Invecchiamento attivo tra inerzia, rinnovamento e innovazione: traiettorie di policy a confronto tra Italia e Norvegia

Dal 2010, in seguito alle raccomandazioni Europee, Italia e Norvegia hanno avviato un percorso culturale e normativo sull'invecchiamento attivo. Premesse e conclusioni sono differenti, ma entrambi gli Stati sono ancora lontani da una piena attuazione del paradigma dell'IA per l'inclusione e la partecipazione dei soggetti anziani. Nel caso italiano, perché trascinato da una certa inerzia legislativa, mentre nel caso norvegese perché radicalmente innovativo.

Di Gloria Ziglioli *(Dottoranda presso la Facoltà di Scienze Sociali, Dipartimento di Sociologia dell'University of Agder, Norvegia e affiliata al Centro di Ricerca per le Trasformazioni Digitali -CeDiT)*

L'idea della 'società per tutte le età' e il policy framework sul tema dell'invecchiamento attivo (IA) sono diffusi a livello internazionale da circa una ventina d'anni, rivestendo altresì un obiettivo cruciale per l'Agenda Europea (Commissione Europea, 2010, Commissione Europea, 2014) e dunque, implicitamente, anche per le politiche previdenziali, occupazionali, sanitarie e assistenziali degli Stati membri.

Il tema della cura come nuovo rischio sociale è ampiamente riconosciuto e discusso in letteratura (Saraceno, 2010; Ranci, Pavolini, 2015; Gori, 2011), come conseguenza al rilevamento di cambiamenti sostanziali nel quadro socio-demografico ed economico europeo. In particolare il dibattito verte sull'**aumento della richiesta per le cure a lungo termine** (LTC) e la necessità di creare un welfare più moderno per gli anziani, attraverso un nuovo patto sociale tra caregiver formali e informali, all'interno della più ampia cornice dell'IA.

In particolare, l'aspettativa di **uniformità legislativa promossa dagli organismi sovranazionali** sul tema viene richiamata attorno ai seguenti obiettivi strategici:

- Servizi accessibili, sostenibili e di alta qualità
- Servizi innovativi e moderni anche attraverso l'uso di tecnologie (TIC)
- Investimento nella prevenzione, promozione della salute a copertura di tutto il ciclo di vita
- Approccio politico multisettoriale, integrato, coordinato e potenziativo delle attività di *community care*.

Il nuovo paradigma è senz'altro promettente, a favore di una maggior sostenibilità e qualità dei sistemi di welfare. Tuttavia, la capacità dei diversi sistemi di affrontare vecchi e nuovi rischi sociali e di ripensare ad un patto sociale integrato e multi attore dipende da dimensioni di ordine e genere diverse, implicite ed esplicite: dai meccanismi di *path dependency*, alle caratteristiche strutturali del contesto e al *network* degli *stakeholder* nel quale esso si (ri)costruisce. Pertanto, questo articolo propone un'**analisi comparata del contenuto in evoluzione delle principali policy e iniziative riguardanti l'IA in due contesti europei, Italia e Norvegia** (quest'ultima pur non essendo tra i paesi membri dell'Unione, ne ha sempre recepito le direttive).

Il metodo
L'articolo cercherà di spiegare le possibili differenze delle traiettorie di policy nei due paesi, seguendo un approccio analitico allo studio del welfare state teorizzato da Clarke come '*cultural turn*' (Clarke, 2005). Esso enfatizza il ruolo della dimensione culturale e contestuale nella spiegazione delle differenze tra i welfare state nazionali, ancorché integrata con variabili strutturali e istituzionali. I dati inerenti l'analisi documentaria sono stati raccolti in modo sistematico ricercando tra i siti web ufficiali dei due governi, e seguendo altresì un percorso di *snowballing*, tale per cui da un documento chiave si risale ad altri altrettanto rilevanti. I documenti politici ufficiali oggetto di studio sono stati adottati nel *timeframe* 2000-2020, dei quali viene proposta un'analisi tematica qualitativa e comparativa del contenuto.

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 1 – Il metodo d'analisi

La vecchiaia: un concetto da problematizzare

Uno dei criteri fondanti il paradigma dell'IA sta nel **riconoscimento del capitale umano e sociale degli anziani, e dunque nel mantenimento e rafforzamento delle loro capacità funzionali**, per accrescerne il valore come risorse per le loro famiglie, comunità e economie. Inoltre, (almeno formalmente) il paradigma dell'IA fa riferimento ai concetti di prevenzione e investimento sociale (Commissione Europea, 2014), a cui consegue un approccio integrato, intersettoriale di organizzazione dei servizi. I contenuti strategici finora promossi e sostenuti dai vari organismi europei sono riportati nella Tabella 2.

EVOLUZIONE DELLE POLITICHE EUROPEE SULL'INVECCHIAMENTO ATTIVO			
Data	**Documento**	**Ente**	**Punti Chiave**
2002	Piano Internazionale d'Azione sull'invecchiamento	ONU	• Interdipendenza e supporto intergenerazionale • Verso una società *per tutte le età* • Definizione di *politiche intersettoriali, integrate*
	Invecchiamento Attivo: un quadro politico	OMS	• Garantire che le persone anziane rimangano una risorsa per le loro famiglie, comunità ed economie • Sviluppare un continuum di servizi socio-sanitari accessibili e di alta qualità
2010 - 2020	Europa 2020	CE	• Dare priorità ad iniziative volte a costruire una popolazione attiva e in salute • Rafforzare interventi di *prevenzione*, promozione della salute e uno stile di vita attivo e indipendente • Istituzione del *partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo* (EIP AHA)
2012	Anno europeo per l'invecchiamento attivo	ECE + CE	• Introduzione dello strumento *indice dell'invecchiamento attivo* (AAI)
2014	Pacchetto Investimenti Sociali (SIP)	CE	• Politiche di prevenzione a copertura di tutto il ciclo di vita • Nuove tecnologie per sostenere l'autonomia e le capacità funzionali degli anziani
2015	Report mondiale sulla vecchiaia e sulla salute	OMS	• Vecchiaia attiva e in salute come concetto olistico comprendente: attributi funzionali, capacità individuali intrinseche e fattori ambientali estrinseci • Strategia per servizi di cura person-centred e integrati anche in ambito delle long-term care • *Ageing in place*
2016 - 2020	Strategia Globale e piano d'azione sulla vecchiaia e salute	OMS	• Supportare ricerca, e scambio di conoscenze ed esperienze innovative • Implementare un *approccio multisettoriale* per rafforzare la capacità pubblica di affrontare le varie dimensioni per un invecchiamento attivo e in salute • Sviluppare ambienti age-friendly

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 2 – Evoluzione policy europea IA

Tuttavia, l'idea dell'IA si pone come concetto da problematizzare nella dimensione produttiva, sociale e politica della vecchiaia. Infatti, **quella degli anziani è una categoria particolare, poiché interseca vari settori della politica: quello previdenziale** (pensioni), **sanitario** (long-term care) **e assistenziale** (servizi domiciliari, semi-residenziali e residenziali). Ciò ha contribuito a diffondere – almeno nella cultura occidentale – un'immagine della vecchiaia come 'peso' o 'costo' per la società e per la politica. Dunque, la necessità formale di identificare con l'aggettivo ***'attivo'*** il processo della vecchiaia, punta a scardinare questo disvalore, promuovendo invece un significato di valore sociale opposto.

Da un punto di vista strettamente sanitario, 'attivo' enfatizza la **dimensione di responsabilità individuale** verso la cura di se stessi (auto-trattamento) e l'adozione di misure preventive ad ampio spettro che agiscono sullo stile di vita. Mentre sul versante sociale, l'idea dell'IA si connette ai **principi di autodeterminazione e partecipazione**, laddove riesce ad agevolare o stimolare la capacità degli individui anziani nel soddisfare i propri bisogni sociali. Tuttavia, spesso, **una vecchiaia maggiormente attiva o in salute è veicolata dalle condizioni di benessere economico** individuali, che se assenti o ridotte possono allontanare gli anziani meno abbienti dalla prospettiva di IA, creando forme di discriminazione o esclusione sociale.

Inoltre, si noti che l'indice di misurazione dell'IA proposto dalla CE è valutato in prima istanza in termini di partecipazione al mercato del lavoro regolare e pagato. In pratica, secondo la capacità produttiva ed utilità allo sviluppo economico del paese degli anziani. Infatti, essendosi allungata la prospettiva di vita, di concerto a nuovi (dis)equilibri del mercato (ingresso più tardivo dei giovani nel mercato, e significativo divario numerico nel flusso di lavoratori in pensione e quelli in sostituzione) la vita produttiva si è estesa anche nella cosiddetta terza età, come contromisura per "alleggerire" le preoccupazioni legate al fenomeno dell'invecchiamento demografico.

E` indubbio che il mantenersi attivi possa potenziare o rinnovare le risorse individuali delle persone, condizionandone positivamente il processo di invecchiamento e producendo altresì un valore aggiunto nella e per la collettività. Ma, per evitare stigmatizzazioni, sarebbe **opportuno discostarsi da quell'idea distorta che tende quasi forzatamente a voler creare un parallelo e finto ideale di vecchiaia come seconda giovinezza**. L'ideale paradigmatico dell'IA dovrebbe essere concepito in termini probabilistici, possibilistici, e non come obiettivo raggiungibile a qualsiasi costo, contraendo il più possibile le barriere culturali e sociali che tuttora lo impediscono.

Traiettorie di policy per l'invecchiamento attivo a confronto

La produzione di politiche coerenti con il paradigma dell'IA implica la combinazione di azioni perseguite a livello locale – di comunità- volte a rendere gli utenti meno dipendenti dai servizi sanitari primari e specialistici, con azioni di promozione e potenziamento di stili di vita più salutari e attivi. Tuttavia, nonostante le sollecitazioni normative, la promozione dell'IA e la sua declinazione in termini pratici si può presentare non priva di tensioni e disuguaglianze.

Invecchiare in Italia significa la stessa cosa che invecchiare in Norvegia? Come i determinanti di salute condizionano l'esperienza della vecchiaia nei due diversi Paesi? A mio avviso la prospettiva comparata può essere una chiave di lettura molto interessante, sia a livello di analisi micro sociale – di esperienza diretta degli individui – che macro sociale, per evidenziarne similitudini, differenze e principali nodi problematici nelle traiettorie di policy.

Italia

Ad oggi **in Italia non esiste una legge nazionale organica in materia di invecchiamento attivo**, ma esistono già dal 2008

leggi regionali (LR) o disposizioni regionali a cui far riferimento. Tuttavia, a livello nazionale esiste la proposta di legge n. 3538/2016 per favorire l'invecchiamento attivo della popolazione attraverso l'impiego delle persone anziane in attività di utilità sociale e le iniziative di formazione permanente; ed è stato avviato un progetto triennale 2019-2022 con l'obiettivo di creare un coordinamento nazionale partecipato, multilivello, delle politiche a favore dell'IA, per giungere ad una legge quadro che lo disciplini.

Dall'analisi dei contenuti legislativi regionali italiani si può affermare che sono numericamente superiori gli interventi trasversali o che promuovono l'IA in termini generici – mi riferisco in questo caso alle LR denominate "***Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo***", introdotte negli ultimi 5 anni da alcune regioni (tabella 3) – evidenziandone le seguenti dimensioni:

- Prevenzione
- Benessere e promozione salute
- Formazione permanente
- Partecipazione attiva.

Per quanto riguarda la **formazione permanente** sembra esserci una certa omogeneità attorno ad interventi di potenziamento (anche economico) delle Università della Terza Età (UTE) per il contributo significativo che offrono per l'inserimento delle persone anziane nella vita socio-culturale della comunità.

Anche per quel che riguarda la categoria della **partecipazione attiva** sembra esserci una certa omogeneità attorno ai concetti di volontariato civile e di agricoltura sociale, per favorire l'inclusione, la socialità, l'integrazione sociale e il benessere degli anziani a rischio isolamento. Nella macro-categoria **prevenzione e promozione della salute**, si trovano, invece gli interventi più eterogenei, che per praticità di lettura e analisi sono stati accorpati in due sotto categorie principali: quella dei piani sociali regionali, e/o piani regionali di prevenzione, e quella della "sanità d'iniziativa" di cui fanno parte attività sportive generiche o finalizzate all'acquisizione di stili di vita utili a migliorarne la qualità, e programmi per l'autogestione delle malattie croniche.

L'analisi della policy italiana, dunque, identifica dapprima questi tre nodi (macro-categorie), che rappresentano i principali ambiti di intervento legislativo per l'IA, a cui si aggiungono interventi a potenziamento del terzo settore e tutela dei cosiddetti caregiver informali, e programmi regionali o europei innovativi per i servizi. Queste ultime due dimensioni sono emerse come significative per la comprensione della policy man mano che la lettura dei documenti si faceva più approfondita. Infatti, **alcune regioni hanno sistematizzato norme per il riconoscimento, la tutela e il sostegno dell'assistenza informale** – molto diffusa su tutto il territorio – riconoscendo il ruolo chiave dei vari soggetti della solidarietà sociale, e dell'associazionismo in generale, attivamente coinvolti anche alla progettazione ed erogazione dei servizi.

Infine, sul territorio italiano si registrano approcci innovativi ai servizi nel conseguimento di obiettivi inerenti l'IA, attraverso l'adozione di progetti regionali o europei. Tuttavia, **la registrata disomogeneità territoriale riflette i principali limiti politici e organizzativi dei vari contesti locali**, rivelandone anche le problematiche attorno alle quali si raccoglie maggior sensibilizzazione, e le risorse reali o potenziali per la costruzione di un'efficiente politica per l'IA.

La tabella 3 intende ricapitolare schematicamente le informazioni sin qui descritte.

PRINCIPALI DIMENSIONI DELL'INVECCHIAMENTO ATTIVO NEGLI INTERVENTI LEGISLATIVI REGIONALI									
	PROMOZIONE SALUTE, BENESSERE E PREVENZIONE		FORMAZIONE PERMANENTE		PARTECIPAZIONE ATTIVA & VITA INDIPENDENTE			CURA INFORMALE (FAM. e TERZO SETT.)	INNOVAZIONI SERVIZI
	LR o PIANO REGIONALE PREVENZIONE	SANITA' D'INIZIATIVA; ATTIVITA FISICHE O SPORTIVE PREVENTIVE	SALUTE	CULTURA	VOLONTARIATO CIVICO	AGRICOLTURA SOCIALE	ALTRO (abitazioni, ambiente, trasporti)		PROGETTI O PROGRAMMI RSA / ESL
ABRUZZO	X							X	
BASILICATA	x(LR)		X			X	X		
CALABRIA	x(LR)								
CAMPANIA	X	X					X	X	
EMILIA ROMAGNA	X						X	X	X (E)
FRIULI VENEZIA G.	X		X					X	X (R; E)
LAZIO	X		X	X		X			
LIGURIA	x(LR)	X				X		X	
LOMBARDIA	X					X			
MARCHE	X	X	X		X	X	X		
MOLISE									
PIEMONTE	x(LR)			X	X				
PUGLIA	x(LR)		X						X (E)
SARDEGNA			X		X (istituzioni giuridiche e sociale)				
SICILIA									
TOSCANA	X	X						X	X (E)
UMBRIA	x(LR)		X	X	X		X	X	X (R)
VALLE D'AOSTA	X (piano per la salute e il benessere sera sociale)		X						X (E)
VENETO					X			X	
P.A. BOLZANO				X		X	X	X	
P.A. TRENTO		X			X		X		X (R; E)

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base dei dati ufficiali Governo Italiano - Dipartimento per le politiche della famiglia, 2019

Tabella 3 – L'invecchiamento Attivo nelle Leggi Regionali italiane

Norvegia

La ricerca ha permesso di rintracciare 7 principali documenti programmatici e strategie nazionali del Governo centrale norvegese in linea con gli obiettivi dell'agenda internazionale per l'IA. Come mostra la **Tabella 4** che li riassume sinteticamente, non c'è un documento specifico sul tema. Al contrario, esso può essere letto come elemento costitutivo di una più ampia ed olistica strategia di rinnovazione dei servizi sanitari e di welfare. In generale, si può affermare che in questo contesto **la priorità politica per l'invecchiamento attivo si consolida a partire dal 2011, quando vengono stabilite le direzioni della nuova policy per i servizi socio-assistenziali** alla luce delle principali sfide demografiche e sociali.

Inoltre, l'anno 2013 rappresenta un altro importante punto di svolta per le linee programmatiche e la strategia norvegese per il **potenziamento e l'innovazione dei servizi assistenziali**, soprattutto attraverso il lancio del ***Care Plan 2013-2020***, contenente gli obiettivi e le azioni chiave per una policy moderna della cura informale e per lo sviluppo di servizi innovativi, guidati dalla tecnologia, su tutto il territorio nazionale. L'organizzazione semi-centralizzata dei servizi, pone anche per la Norvegia una tendenza alla disomogeneità territoriale, amplificata tra l'altro dalla particolare conformazione geografica, che qui agisce in due direzioni opposte: da un lato, in senso ostativo per l'uniformità e l'accessibilità ai servizi; ma anche come abilitatore di innovazioni (*welfare technology*) nel dominio dei servizi assistenziali.

SINTESI PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI IN TEMA INVECCHIAMENTO ATTIVO IN NORVEGIA			
Ente	**Documento**	**Anno**	**Punti Chiave**
Ministry of Health and care services	Meld. St. 25 Long-term care - Future challenges, Care Plan 2015	2005	• Politiche LTC frutto di una prospettiva che lega servizi sanitari/sociali/di welfare per la famiglia • Popolazione anziana in crescita con risorse in crescita
Dedicated Committee	NOU 2011:11 Innovation in the Care Services (official report)	2011	I principali step innovativi e le nuove policy da intraprendere nei servizi: • Active ageing • Active caregiving - una policy moderna per gli attori della cura informale • Technoplan - nuove tecnologie e soluzioni per promuovere indipendenza e autonomia degli utenti ("new rooms")
Ministry of Health and care services	Meld. St. 10 High Quality - Safe Services (white paper)	2012	• Servizi assistenziali e sanitari maggiormente centrati sugli utenti, i loro bisogni e i loro desideri • Sviluppare il potenziale delle TIC per accrescere la qualità e la sicurezza degli interventi assistenziali
Ministry of Health and care services	Meld. St. 29 Future Care (white paper) - Care Plan 2020 Strategia "HelseOmsorg21"	2013	I CP2020 contiene 3 principali programmi: Innovation Program / Programme for an active, future-oriented informal care policy / Welfare Technology Program • Sviluppare un'adeguata cultura della prevenzione • Sviluppare una cultura della condivisione e cooperazione tra soggetti pubblici-privati-nonprofit per aumentare la qualità dei servizi • Aggiornare e rafforzare l'expertise professionale dello staff dei servizi • Strategia nazionale per il volontariato e per una società civile più dinamica • Attivare socialmente e fisicamente gli utenti dei servizi • Amplificare e innovare i servizi assistenziali attraverso nuove architetture (case di cura residenziali del futuro) e innovazioni tecnologiche (welfare technology, WT)
Directorate of Health Norwegian association of Local and Regional Authorities (KS)	Programma nazionale per lo sviluppo del Welfare Technology (WT)		
Norwegian Board of Technology	Future of Ageing	2014	• Ageing literacy - supporto all'alfabetizzazione dei senior per un invecchiamento in salute • Strategie per un utilizzo delle tecnologie nei servizi in maniera responsabile ed efficiente
Ministry of Health and care services	Meld. St. 26 The primary health and care services of tomorrow - localised and integrated	2015	• Active informal care policy - rafforzare la cooperazione tra le risorse dei servizi pubblici e le risorse della comunità

Fonte: elaborazione dell'autore sulla base dei dati ufficiali del Governo norvegese - Regjeringen and Teknologirådet

Tabella 4 – Invecchiamento Attivo nella legislazione norvegese

Discussione

L'analisi fin qui prodotta, mostra sia le divergenze di percezione, descrizione e attivazione politica, che gli elementi più simili in tema di IA in Italia e Norvegia. Si può affermare che per **entrambi i paesi si registra una svolta significativa in termini di produzione normativa**, soprattutto dopo il 2010, sicuramente influenzate dall'agenda sovranazionale, che a partire da quegli anni si fa più strutturata e matura in tema di IA. Ciononostante, si notano già sottotraccia elementi di welfare peculiari (quello italiano più squilibrato, mentre quello norvegese più consolidato) da cui conseguono razionalità politiche e tematizzazioni della (responsabilità di) cura molto diverse.

La principale differenza che emerge dall'analisi della policy per l'IA in Italia e in Norvegia è legata alla percezione comune e dunque alla trattazione politica dei cittadini senior e alla costruzione del concetto di vecchiaia. Il paradigma vigente **in Italia sembra mostrare due tratti principali: il primo che indica l'anzianità come un problema sociale**, che spesso associa indiscriminatamente (tutti) gli anziani come puri costi per il sistema pensionistico e sanitario; **il secondo che evidenzia il valore intrinseco degli anziani in quanto memoria storica, e salvaguardia dei 'veri' valori.** Tale ambivalenza è particolarmente evidente nei regimi di welfare a stampo familistico, conservatore – come è definito quello italiano in molti studi comparativi – dove gli anziani svolgono un ruolo fondamentale come "ammortizzatori sociali", come rete di protezione per molte famiglie.

La **Norvegia**, invece, nella sua narrazione, concettualizza la vecchiaia in termini più realistici, sia distinguendo all'interno della generica fascia anziana della popolazione, gli "**anziani in condizioni di bisogno e assistenza**"; sia riferendosi spesso alla "**futura generazione di anziani**" come cittadini con più risorse in termini di salute, educazione, conoscenze e abilità e anche in ambito finanziario. Così, in questo contesto, da un lato non si nasconde la possibilità reale di incontrare difficoltà funzionali o cognitive durante il processo d'invecchiamento, ma allo stesso tempo si guarda alle risorse concrete di cui gli anziani del futuro disporranno, per poter creare servizi del futuro più adeguati.

Una possibile spiegazione può essere rintracciata nelle generali condizioni di benessere economico norvegese, nonché nella tendenza ad una vita attiva mediamente più alta nei contesti scandinavi rispetto al resto d'Europa. Secondariamente, potrebbe risiedere nel fatto che **la Norvegia affronterà il fenomeno dell'invecchiamento demografico più tardi rispetto a molti altri paesi**, poiché anche l'indice di natalità è sempre stato ben più alto che nel resto d'Europa. Infine, il fatto che il sistema di welfare norvegese – e più in generale quello nordico – abbia sempre goduto di un ampio riconoscimento in quanto a inclusività, generosità, qualità, efficienza e sostenibilità, soprattutto in termini comparativi; lo può effettivamente aver reso **meglio equipaggiato** per affrontare i nuovi rischi sociali. Ciò non significa che le risposte attuali in termini di assistenza siano perfette, anzi, i documenti analizzati riportano il contrario, però, è indubbio che la direzione degli sforzi innovativi norvegesi sia maggiormente organica.

Il concetto politico e sociale di vecchiaia sembra dunque costruito in maniera quasi antitetica nei due paesi, provocando ripercussioni significative anche sulle strategie e sugli interventi di policy. Le due principali conseguenze in questi termini si identificano, **a livello italiano, con una certa "inerzia legislativa**", (Costa, 2013) sia in tema di anziani non-autosufficienti, che in tema di IA, e **con un forte orientamento assistenzialistico delle policy**. Sebbene non mancano singole iniziative a livello regionale e territoriale, il quadro italiano si presenta oggi come un "patchwork di modelli regionali diversi per la non autosufficienza, in cui servizi formali, trasferimenti monetari e lavoro di cura informale si intrecciano in maniera e con livelli di impegno e di spesa assai diversificati" (Costa, 2013).

L'analisi evidenzia quindi un carattere eterogeneo, altamente diversificato tra le regioni italiane e parziale, data

l'assenza di interventi mirati a gestire organicamente la sfida dell'invecchiamento demografico, sotto i vari aspetti che lo riguardano. Inoltre, l'analisi del contenuto italiano mostra un orientamento ancora prettamente assistenzialistico nelle policy per anziani; nonostante un dato positivo si evince nella tendenza che sembra essersi diffusa in alcune regioni (9, da nord a sud) a partire dal 2014 in cui sono stati adottati Piani di Prevenzione. In questo senso, le strategie di prevenzione rappresentano il contraltare dell'assistenzialismo, riducendo la forte discriminazione associata alla fascia anziana della popolazione, agendo invece in un'ottica più ampia e universalistica. Le politiche di prevenzione, infatti, non hanno un target strettamente specifico, e non mobilitano risorse solo in conseguenza alla determinazione dello stato di bisogno. Al contrario, esse sono potenzialmente destinate a tutti i cittadini, con l'obiettivo di diffondere stili di vita e attività che possono ridurre le condizioni ostacolanti all'inclusione sociale, al benessere e alla salute.

La costruzione del concetto di vecchiaia e della categoria degli anziani nel contesto norvegese, comporta strategie ed interventi di policy diversi. Sebbene, o proprio per il fatto che le politiche e i servizi sociali sono di pertinenza comunale in quanto ad organizzazione, finanziamento ed erogazione (in Norvegia ci sono 11 contee e 365 municipalità), **il Governo centrale ha da tempo maturato un dibattito e adottato piani e programmi nazionali a garanzia di una certa omogeneità nazionale**. La strategia che ne emerge mostra una visione olistica e orientata ai servizi e alla loro organizzazione. In particolare il tema ricorrente è quello della "*caregiving challenge*", vale a dire della **sfida assistenziale che i servizi sociali pubblici incontreranno** in conseguenza all'invecchiamento demografico.

La differenza con l'Italia qui è sottile, ma sostanziale: la società norvegese registrerà un aumento vertiginoso di cittadini senior nei prossimi anni, e dovrà attivare una **transizione verso forme moderne e diverse dei servizi di cura e assistenza**. Pertanto, gli interventi proposti sin dal Care Plan 2015 sottoscritto nel 2005, si contraddistinguono per un forte orientamento preventivo, integrato e un approccio *life-course*, finalizzato a sensibilizzare e preparare le organizzazioni locali dei servizi sociali ad un significativo cambio di rotta anche in favore della prospettiva dell'IA.

Nei documenti norvegesi, inoltre, si insiste per l'esplorazione di esistenti o per lo **sviluppo di nuove tecnologie entro il dominio del WT** per garantire un maggiore allineamento tra preferenze, necessità di assistenza degli utenti, e qualità, sostenibilità dell'offerta dei servizi. L'implementazione e l'utilizzo di tali tecnologie sono pensate per il duplice fine di migliorare il benessere individuale, potenziare le abilità di self-care e l'autonomia di coloro i quali si trovano in condizioni di non-autosufficienza, e dall'altro lato di supportare i professionisti dei servizi di cura e assistenza. Il primo programma a livello nazionale in tema di WT è stato adottato dal governo norvegese nel 2013, con l'obiettivo di testare, diffondere ed integrare soluzioni tecnologiche ai servizi di cura e assistenza tradizionali, e stimolare le municipalità a servizi sociali e comunitari più innovativi, entro il 2020.

Infine, c'è un **elemento comune ad entrambe le traiettorie di policy**. Esso riguarda la **valorizzazione della cura ad opera dei caregiver informali**. Tuttavia, la necessità di modernizzare questo aspetto muove da motivazioni differenti. In Italia, infatti, gli attori della cura informale hanno sempre sopperito alle carenze dei servizi pubblici, e rappresentato un'alternativa economicamente vantaggiosa ai servizi privati, creando un vero e proprio mercato informale fatto principalmente di familiari, badanti e volontari di organizzazioni del terzo settore che assolvono a ruoli di caregivers. Ciononostante, questi tre grandi attori informali non sono mai stati tutelati o riconosciuti allo stesso modo. Le organizzazioni del terzo settore, per esempio, a differenza della categoria delle badanti che è stata a lungo sottostimata e ignorata, risultano più disciplinate e tutelate nelle politiche pubbliche italiane.

Il sistema di welfare pubblico norvegese, al contrario, è sempre stato in capo all'erogazione dei servizi socio-assistenziali di qualsiasi natura in forma esclusiva, facendone il suo grande tratto distintivo. Tuttavia, alcuni documenti analizzati in entrambi i contesti, richiamano significativamente alla necessità di integrare formalmente attori privati e dell'associazionismo locale, riconoscendoli come elemento della rete del welfare locale, funzionale ad un'offerta migliore e più sostenibile dei servizi pubblici assistenziali.

Più recentemente, il rapporto tra caregivers formali e informali è stato un importante oggetto della narrazione politico-sociale dell'emergenza sanitaria da COVID-19. Essa, soprattutto in alcuni paesi come l'Italia, rischierebbe di creare nuove forme di familizzazione della cura, redistribuendo asimmetricamente compiti e responsabilità tra uomini e donne e tra famiglia e società. Al contrario, proprio questa emergenza dovrebbe essere l'occasione per adeguare e rivitalizzare il sistema pubblico sanitario, rafforzando le attività di prevenzione primaria, e lo spazio per la community-care che è requisito imprescindibile per il pieno sviluppo della salute degli anziani in piena ottica di invecchiamento attivo. La tabella 5 riassume le principali categorie comparative e gli elementi ad esse associati.

SINTESI COMPARATA DELLE POLICY PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO ITALIA – NORVEGIA

	COSTRUZIONE POLITICA-CONCETTUALE VECCHIAIA e ANZIANI	*STRATEGIA POLITICA PRINCIPALE*	*AMBITO INTERVENTI*		
			PREVENZIONE & PROMOZIONE	*CURA INFORMALE*	*INNOVAZIONE*
ITALIA	- Problema sociale (costo) - Ammortizzatori sociali ↓ *AGEING CHALLENGE*	- Inerzia legislativa nazionale - Frammentazione regionale - Orientamento assistenzialistico ↓ ORIENTATA ALLA CATEGORIA DEGLI ANZIANI IN STATO DI BISOGNO	Piani regionali di prevenzione + LR tema IA (15 regioni)	Interventi regionali per il riconoscimento, la tutela e il sostegno dei caregiver informali e degli enti dell'associazionismo locale	Programmi regionali o progetti europei (all'interno del EIP-AHA) principalmente focalizzati sulla Sanità Digitale e metodi innovativi di coordinamento e governance localizzati sull'IA
NORVEGIA	- Realista - Generazione futura di anziani ↓ *CAREGIVING CHALLENGE*	- Strategia olistica nazionale, orientata alla trasformazione e innovazione dei servizi - Orientamento preventivo e reattivo ↓ ORIENTATA ALLA CATEGORIA DEGLI ANZIANI	Care Plan nazionali 2005-2015; 2013-2020	Programma nazionale per una politica della cura informale attiva e orientata al futuro: rafforzare la cooperazione tra le risorse dei servizi pubblici e le risorse della comunità (associazioni no-profit e attori privati)	Programma nazionale di Welfare Technology per la promozione di soluzioni tecnologiche a favore dell'autonomia e indipendenza individuale + Innovazioni per i centri residenziali del futuro

Fonte: elaborazione dell'autore

Tabella 5 – Codificazione e comparazione policy

Concludendo, le traiettorie di policy che si è cercato di delineare mostrano come strategie e pratiche innovative nell'area dell'IA siano costruite diversamente da contesto a contesto, sebbene talvolta incorporano concetti molto simili. Le traslazioni dei contenuti programmatici nei contesti nazionali e l'evoluzione delle policy sembrano essere il frutto di due processi (spesso in tensione): da un lato quello trasformativo dei servizi e dall'altro quello di continuità culturale. Infatti, sebbene in entrambi i paesi sia diffusa una certa consapevolezza a livello politico, sociale e accademico verso le attuali sfide demografiche, si intravedono ancora spazi di immaturità organizzativa che impediscono una strategica e piena attuazione del paradigma dell'IA per l'inclusione e la partecipazione dei soggetti anziani. Nel caso italiano, perché trascinato da una certa inerzia legislativa, mentre nel caso norvegese perché radicalmente innovativo.

La vignetta (la classica "fa ridere ma anche riflettere") qui è emblematica, e apre un dibattito sulle contraddizioni dell'ideale dell'IA, ma anche sulle aspettative create dall'avanzamento tecnologico. In un mondo in cui anche la nuova frontiera dei servizi di cura e assistenza passa attraverso la mediazione tecnologica, bisognerebbe forse chiedersi quali aspetti di tali servizi la rendono umana e quindi diversa da persona a persona, da contesto a contesto, lontana da molti ideali paradigmatici e insostituibile da qualsiasi strumento tecnologico o digitale.



Figura 1 – Vignetta

BIBLIOGRAFIA

Clarke J., (2005), *What's culture got to do with it? Deconstructing welfare, state and nation*, in Anthropological approaches to studying welfare Research Seminar, University of Aarhus.

Commissione Europea, (2010), *Europa 2020. Per una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva*, Brussels.

Commissione Europea, (2014), *Pacchetto Investimenti Sociali (SIP)*, Brussels.

Costa G., (2013), *L'Italia del Patchwork: le politiche regionali per anziani*, in Kazepov Y., and Barberis E., a cura di, *Il welfare*

frammentato: le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane, Carocci.

Gori C., (2001), a cura di, *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte,* Franco Angeli.

Ranci C., Pavolini E, (2015), *Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe*, Journal of European Social Policy, 25(3).

Saraceno C., (2010), *Tra vecchi e nuovi rischi. Come le politiche reagiscono alla modifica del contratto sociale*, in la Rivista delle Politiche Sociali, 4/2010.

World Health Organization, (2012), *Active Ageing. A Policy Framework*, Geneva.