

# Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?

*a cura di*

Luisa Casseti, Federico Gustavo Pizzetti, Anna Papa



**Giappichelli**

**Le persone anziane tra vulnerabilità,  
vita attiva e inclusione sociale:  
quale tutela giuridica?**

*In copertina:*

Gian Lorenzo Bernini, *Enea, Anchise e Ascanio* (particolare), 1619, Roma, Galleria Borghese.







# **Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?**

*a cura di*

Luisa Casseti, Federico Gustavo Pizzetti, Anna Papa



**Giappichelli**

© Copyright 2026 – G. GIAPPICHELLI EDITORE - TORINO

VIA PO, 21 - TEL. 011-81.53.111

<http://www.giappichelli.it>

ISBN/EAN 979-12-211-1892-6

ISBN/EAN 979-12-211-6706-1 (ebook-pdf)

ISBN/EAN 979-12-211-6707-8 (ebook-epub)

La pubblicazione del volume è stata finanziata con i fondi del Progetto di ricerca “Elderly People, Vulnerability, Inclusive Society. Ageing and Law (ELVIS)” finanziato dall’Unione Europea - Next Generation EU, PNRR, Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1. - Bando PRIN 2022 (D.D. n. 104 del 02/02/2022) (codice id.: 2022YP7KH5; CUP: J53D23006050006 - G53D23002340006 - I53D23003010006). (Principal Investigator Luisa Cassetti). Sito web: <https://www.elvisproject.it/>



Finanziato  
dall'Unione europea  
NextGenerationEU



Ministero  
dell'Università  
e della Ricerca



Italia Domani  
PIANO NAZIONALE  
DI RIPRESA E RESILIENZA



A.D. 1988  
unipg  
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI PERUGIA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI MILANO



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
PARTHENOPE



G. Giappichelli Editore



Questo libro è stato stampato su  
carta certificata, riciclabile al 100%



Stampa: LegoDigit s.r.l. - Lavis (TN)



Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941, n. 633.

Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail [autorizzazioni@clearedi.org](mailto:autorizzazioni@clearedi.org) e sito web [www.clearedi.org](http://www.clearedi.org).

# Indice

|              | <i>pag.</i> |
|--------------|-------------|
| Introduzione | XIX         |

## Parte I

### **La dimensione multilivello della protezione dell'anziano. Istituzioni e società**

|                                                                                                                                                                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale</b>                                                                                                                                                         |    |
| Paola Bilancia                                                                                                                                                                                                                 | 3  |
| 1. La vecchiaia come problema sociale e come problema giuridico (cenni)                                                                                                                                                        | 3  |
| 2. Tutela sociale della persona anziana e crisi economiche                                                                                                                                                                     | 6  |
| 3. La tutela sociale della persona anziana dopo Next Generation EU e il PNRR                                                                                                                                                   | 9  |
| 4. Conclusioni                                                                                                                                                                                                                 | 12 |
| <br><b>Le coordinate costituzionali dell'Ageing:<br/>sostenibilità e solidarietà tra le generazioni</b>                                                                                                                        |    |
| Luisa Cassetti                                                                                                                                                                                                                 | 15 |
| 1. Invecchiamento della popolazione e garanzie <i>multilevel</i> dei diritti. Il valore costituzionale della solidarietà nella prospettiva della sostenibilità sociale                                                         | 15 |
| 2. Cultura e politiche per l' <i>Active Ageing</i>                                                                                                                                                                             | 23 |
| 3. L'invecchiamento attivo nell'ottica della solidarietà tra generazioni. Il lavoro e la vita sociale                                                                                                                          | 25 |
| 4. Lo squilibrio tra generazioni e le proiezioni sui costi delle cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti. Il compito di cura e il diritto alla cura nel quadro della non discriminazione e della solidarietà | 28 |
| <br><b>Il valore aggiunto di una convenzione internazionale<br/>sulla protezione delle persone anziane</b>                                                                                                                     |    |
| Alessandra Lanciotti                                                                                                                                                                                                           | 33 |
| 1. Introduzione                                                                                                                                                                                                                | 33 |
| 2. La difficoltà di definire la categoria protetta                                                                                                                                                                             | 35 |
| 3. Le fonti principali dei diritti delle persone anziane nel quadro degli strumenti di <i>soft law</i> adottati in seno alle Nazioni Unite                                                                                     | 36 |

|                                                                                                                         | <i>pag.</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 4. I diritti delle persone anziane nel sistema di protezione dei diritti umani attualmente vigente a livello universale | 39          |
| 5. Il problema della tutela degli anziani nei contesti di guerra e crisi umanitaria                                     | 43          |
| 6. Considerazioni conclusive                                                                                            | 43          |

### **La centralità (e il nodo irrisolto) dell'assistenza informale nella cura degli anziani**

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Raffaele Manfrellotti, Leandra Abbruzzo                                                                       | 47 |
| 1. La tutela della vulnerabilità nel sistema costituzionale                                                   | 47 |
| 2. La disciplina del <i>caregiving</i> familiare in Italia: frammentarietà normativa e prospettive di riforma | 52 |
| 3. I diritti negati dei <i>caregivers</i> nell'assenza di una disciplina dedicata                             | 56 |
| 4. Ripensare il <i>welfare</i> attraverso la cura: il passo finale verso un sistema inclusivo                 | 58 |

### **Il contributo delle religioni all'elaborazione delle politiche pubbliche in favore degli anziani: dare valore alla persona nell'età 'grande'**

|                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Silvia Angeletti                                                                                                                                       | 65 |
| 1. Introduzione: le politiche in favore delle persone anziane come laboratorio di cooperazione tra istituzioni e religioni                             | 65 |
| 2. Il contributo degli attori religiosi alla pianificazione delle politiche in favore degli anziani, tra protezione e valorizzazione dell'età 'grande' | 68 |
| 3. La religione vissuta in tarda età: riscoprire un bene relazionale                                                                                   | 72 |
| 4. Considerazioni conclusive                                                                                                                           | 77 |

### **Giovani e anziani: tra sostenibilità sociale e solidarietà intergenerazionale**

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Stefano Rotolo                                                                            | 81 |
| 1. Il complesso quadro demografico                                                        | 81 |
| 2. Le risposte del PNRR alla transizione demografica e il nodo delle politiche giovanili  | 83 |
| 3. La Valutazione Impatto Generazionale: tra novità e limiti                              | 85 |
| 4. La questione dell'invecchiamento demografico e le ripercussioni sui giovani            | 90 |
| 5. L'interconnessione possibile tra politiche per gli anziani e per i giovani             | 92 |
| 6. Conclusioni: per un approccio olistico e la costruzione di un patto intergenerazionale | 96 |

## Parte II

**Le declinazioni delle plurime fragilità della persona anziana****L'anziano vulnerabile nella disciplina della relazione di cura e nelle scelte di "fine-vita": criticità e prospettive**

Federico Gustavo Pizzetti 101

1. Le vulnerabilità della persona anziana 101
2. Anziano vulnerabile e decisioni sui trattamenti sanitari 103
3. Anziano vulnerabile e decisioni di "fine-vita" 111
4. Considerazioni conclusive (e una proposta) 116

**Povertà e misure di sostegno al reddito nell'età anziana**

Filippo Scuto 121

1. Persone anziane, contrasto alla povertà e sostegno al reddito nel quadro costituzionale 121
2. L'Europa e le direttive contenute nel Pilastro europeo dei diritti sociali 124
3. La "Pensione di cittadinanza" nel quadro del "reddito di cittadinanza" 126
4. Dalla "Pensione di cittadinanza" all'"Assegno di inclusione" 131
5. Il PNRR, la sua implementazione e i limiti sul piano del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale degli anziani 134
6. Alcune considerazioni conclusive 137

**Anziano e inclusione socio-culturale: i diritti culturali degli immigrati di "prima generazione"**

Giovanni Cavaggion 139

1. Introduzione: anziani, migrazioni e diritti culturali 139
2. L'anziano straniero nella società multiculturale: una doppia (o tripla) fragilità 142
3. Il caso dell'Italia: il quadro normativo vigente 148
4. (segue) ... e le (rare) politiche per la tutela dei diritti culturali (e sociali) dell'anziano straniero 151
5. Conclusioni 154

**Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti.****La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma**

Gloria Marchetti 157

1. Introduzione. Il perdurante disimpegno dello Stato rispetto alla non autosufficienza anziana e l'ampio intervento regionale nel settore 157
2. Gli elementi di criticità delle legislazioni regionali e delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti 161

|                                                                                                                                        | <i>pag.</i> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 3. Il sistema territoriale di <i>Long Term Care</i> nella prospettiva delle recenti normative statali                                  | 166         |
| 3.1. L'innovativa riforma prevista dalla legge delega n. 33/2023                                                                       | 166         |
| 3.2. Il mancato avvio di una riforma in grado di innovare il sistema di <i>Long Term Care</i> a livello territoriale                   | 169         |
| 4. Considerazioni conclusive. La necessità e l'urgenza di superare lo stallo nell'attuazione della riforma della <i>Long Term Care</i> | 174         |

### **Farmacia dei servizi e soggetti vulnerabili**

|                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Gemma Alberico                                                                                                                           | 177 |
| 1. Un nuovo modello organizzativo per la sanità di prossimità: cenni introduttivi                                                        | 177 |
| 2. La farmacia dei servizi: genesi di un modello                                                                                         | 179 |
| 2.1. La fase di sperimentazione del modello della farmacia dei servizi e il ruolo delle farmacie nella gestione dell'emergenza sanitaria | 181 |
| 2.2. Il PNRR e la Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale                                                                         | 183 |
| 2.3. La legge 2 dicembre 2025, n. 182                                                                                                    | 184 |
| 2.4. La farmacia dei servizi e la tutela dei soggetti vulnerabili                                                                        | 186 |
| 3. Il ruolo del farmacista nell'ambito della farmacia dei servizi                                                                        | 188 |
| 3.1. L'evoluzione del ruolo del farmacista nei confronti dei soggetti vulnerabili                                                        | 189 |
| 4. Riflessioni conclusive                                                                                                                | 192 |

## Parte III

### **L'anziano nel mondo digitale**

#### **Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione**

|                                                                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Anna Papa                                                                                                                                                       | 197 |
| 1. Considerazioni introduttive                                                                                                                                  | 197 |
| 2. La vulnerabilità digitale nella società onlife                                                                                                               | 200 |
| 3. Il rischio dell'isolamento digitale nell'età anziana                                                                                                         | 203 |
| 4. La difficile alfabetizzazione digitale degli anziani e le soluzioni proposte dalla normativa europea e nazionale: percorsi e punti di facilitazione digitale | 205 |
| 5. Un punto di particolare criticità: la digitalizzazione della tutela della salute                                                                             | 207 |
| 6. Poco confortanti brevi considerazioni conclusive                                                                                                             | 210 |

#### **Ageismo digitale e dignità delle persone anziane.**

##### **Prospettive di tutela e criticità nello scenario multilivello**

|                                                                                                            |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Daniela Messina                                                                                            | 213 |
| 1. Nuove forme di discriminazione in una società digitale in continua evoluzione: il fenomeno dell'ageismo | 213 |

pag.

|                                                                                                                      |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 2. Ageismo digitale e tutela della dignità umana                                                                     | 217 |
| 3. La disciplina multilivello della tutela dell'anziano nello spazio digitale                                        | 220 |
| 4. La tutela dell'anziano come " <i>homo dignus</i> " nello scenario digitale, tra criticità e prospettive evolutive | 226 |

### **Il fascicolo sanitario elettronico tra universalismo sanitario e divario digitale generazionale**

|                   |     |
|-------------------|-----|
| Andrea Napolitano | 231 |
|-------------------|-----|

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Il diritto alla salute nella prospettiva costituzionale contemporanea                                       | 232 |
| 2. La dimensione digitale del diritto alla salute e il ruolo sistemico del fascicolo sanitario elettronico     | 234 |
| 3. Il divario digitale generazionale come figura costituzionale della disegualianza nella sanità digitalizzata | 238 |
| 4. Considerazioni conclusive                                                                                   | 242 |

### **L'isolamento dei detenuti, soprattutto anziani, nella società digitale**

|                 |     |
|-----------------|-----|
| Giovanni Chiola | 247 |
|-----------------|-----|

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Premessa                                                | 247 |
| 2. L'esecuzione della pena e l'esclusione digitale         | 249 |
| 3. Inclusione digitale e rispetto dei diritti fondamentali | 251 |
| 4. La sicurezza per garantire la riabilitazione digitale   | 254 |
| 5. Opportunità o rischio delle tecnologie in carcere?      | 255 |
| 6. Età avanzata e reinserimento sociale e professionale    | 257 |
| 7. Conclusione                                             | 262 |

### **Intelligenza artificiale e giustiziabilità dei diritti.**

#### **Compatibilità con il modello costituzionale**

#### **e prospettive di tutela della persona anziana vulnerabile**

|               |     |
|---------------|-----|
| Paola Mazzina | 265 |
|---------------|-----|

|                                                                                                                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Intelligenza artificiale e giurisdizione: una tensione costituzionale originaria                                                                              | 266 |
| 2. Tutela giurisdizionale, giudice-persona e vincoli costituzionali alla decisione automatizzata                                                                 | 268 |
| 3. Intelligenza artificiale, giusto processo e limiti costituzionali dell'efficienza                                                                             | 271 |
| 4. Vulnerabilità dell'anziano, intelligenza artificiale e giustizia: dimensioni e implicazioni, opportunità potenziali, rischi e criticità emergenti             | 276 |
| 5. La disciplina dell'intelligenza artificiale nel sistema multilivello europeo e nazionale: principi, <i>governance</i> e spazi di tutela della persona anziana | 277 |
| 6. Verso un modello di giustizia inclusivo: spunti di riflessione conclusivi                                                                                     | 280 |



*pag.*

**L'evoluzione della disciplina della vendita dei beni a consumo  
alla luce del principio di sostenibilità,  
con particolare attenzione al consumatore anziano**

Vincenzo Cesàro 283

1. Introduzione 283
2. Difetto di conformità del prodotto ed impianto rimediabile. La scelta della riparazione nell'ottica della sostenibilità alla luce della Direttiva (UE) 2024/1799 286
3. L'adeguamento della disciplina delle pratiche commerciali scorrette al principio di sostenibilità e all'informazione del consumatore vulnerabile 291

**Facilitazione digitale per gli anziani: opportunità e problematiche**

Caterina Vosa 297

1. Il d.lgs. n. 29/2024 e la rete di servizi di facilitazione digitale 297
2. L'attuazione della rete di servizi di facilitazione digitale 301
3. Criticità e possibili soluzioni 303

Parte IV

**Cura, etica, sostenibilità economica e sociale.  
Il contributo della bioetica, delle scienze mediche/biologiche,  
della psicologia, della demografia sociale e della statistica**

**La vulnerabilità dell'anziano in chiave filosofico-morale**

Virginia Sanchini 309

1. Introduzione 309
  2. Il concetto di vulnerabilità nella bioetica contemporanea e l'anziano come figura paradigmatica dell'intreccio tra vulnerabilità fondamentale e situazionale 310
  3. Tecnologie emergenti e vulnerabilità: una lettura empirico-comparativa 313
  4. Discussione: compensazione, empowerment e limiti di un paradigma tecnologico della cura 318
  5. Conclusioni 319
- Riferimenti bibliografici 321

**Vulnerabilità e fragilità dell'anziano: i condizionamenti sociali.  
Intrecci fra biologia e società**

Veronica Papa 325

1. Premessa 325
2. Metodologia 326
3. Dati epidemiologici e aspettativa di vita 329
4. Le basi biologiche dell'invecchiamento 331

|                                                                       | <i>pag.</i> |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|
| 5. Frailty e Fragility                                                | 332         |
| 6. Fragility e Vulnerabilità Sociale                                  | 334         |
| 7. Determinanti sociali della salute (SDOH) e rischio cardiovascolare | 338         |
| 8. Conclusioni                                                        | 341         |

## **Invecchiamento cognitivo**

|                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Rossana De Beni                                                                  | 343 |
| 1. Introduzione                                                                  | 343 |
| 2. Invecchiamento in Salute: modello bio-psico-sociale                           | 344 |
| 3. L'invecchiamento cognitivo: complessità e variabilità                         | 346 |
| 3.1. Cambiamenti sensoriali: ipotesi della causa comune                          | 348 |
| 3.2. Ripercussioni pratiche: ad esempio la cataratta                             | 348 |
| 3.3. Cosa cambia realmente nel funzionamento cognitivo con l'età?                | 349 |
| 3.4. Cause e fattori che influenzano i cambiamenti cognitivi nell'invecchiamento | 350 |
| 3.5. Cambiamenti specifici nelle diverse funzioni cognitive                      | 351 |
| 3.6. Cambiamenti nelle singole abilità cognitive: la memoria                     | 352 |
| 3.7. Intelligenza emotiva e regolazione emotiva con l'età                        | 353 |
| 3.8. Benessere psicologico e curva a U nell'invecchiamento                       | 354 |
| 4. Plasticità e riserva cognitiva: tra biologia e ambiente                       | 354 |
| 5. Dalla ricerca psicologica alle decisioni sulla persona anziana                | 356 |
| 6. Il peso degli stereotipi e dell'ageismo sulle valutazioni cognitive           | 357 |
| 6.1. Vecchio come altro da me: il paradosso dell'ageism                          | 358 |
| 6.2. Prevalenza dell'ageism rispetto ad altre forme di stereotipo                | 359 |
| 7. Conclusioni: la psicologia per una legislazione equa sulla longevità          | 360 |
| Bibliografia essenziale                                                          | 360 |

## **Take Care: l'assistenza agli anziani in Italia**

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| Cecilia Tomassini                                            | 363 |
| 1. Introduzione                                              | 363 |
| 2. Diverse traiettorie di invecchiamento e di assistenza     | 364 |
| 3. Salute e sopravvivenza e cura: progressi e disuguaglianze | 366 |
| 4. Innovazione tecnologica e digitalizzazione della cura     | 370 |
| 5. Conclusioni                                               | 372 |

## **La costruzione partecipata delle politiche in materia di invecchiamento attivo in Italia**

|                                                                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Andrea Principi                                                                                                             | 373 |
| 1. Introduzione                                                                                                             | 374 |
| 2. La costruzione partecipata delle politiche in materia di invecchiamento attivo nel "Progetto di coordinamento nazionale" | 376 |

|                                                                                                                  | <i>pag.</i> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2.1. Attività del primo triennio progettuale (2019-2022) e approccio partecipato adottato                        | 379         |
| 2.2. Attività del secondo triennio progettuale (2022-2024) e approccio partecipato adottato                      | 381         |
| 3. La promozione dell'invecchiamento attivo nel Decreto n. 29/2024: il ruolo della <i>governance</i> partecipata | 386         |
| 4. Conclusione                                                                                                   | 390         |

## Parte V

### Interventi programmati

#### **Ripensare le città per un invecchiamento attivo. Le raccomandazioni europee a misura di anziano**

|                                                        |     |
|--------------------------------------------------------|-----|
| Anna Silvia Bruno                                      | 395 |
| 1. Introduzione                                        | 395 |
| 2. Soluzioni normative per un'urbanizzazione integrata | 397 |
| 2.1. Il divario digitale grigio                        | 402 |
| 3. L'invecchiamento attivo                             | 406 |
| 4. Alcune esperienze europee come best practices       | 409 |

#### **Contributo alla definizione dello *status* costituzionale della persona anziana all'interno dell'ordinamento repubblicano**

|                                                                     |     |
|---------------------------------------------------------------------|-----|
| Chiara Bertoldi e Massimiliano Malvicini                            | 413 |
| 1. Premessa                                                         | 413 |
| 2. Il processo di invecchiamento... E il suo rilievo costituzionale | 417 |
| 3. La tutela dell'anziano (e i suoi limiti) nell'ambito familiare   | 423 |

#### **Il diritto alla vita indipendente delle persone anziane: un "nuovo pianeta"?**

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| Paolo Addis e Maria Giulia Bernardini                       | 427 |
| 1. Introduzione                                             | 427 |
| 2. Soggetti (vulnerabili) di diritto                        | 429 |
| 3. Il diritto alla vita indipendente: profili generali      | 432 |
| 4. Il diritto alla vita indipendente per le persone anziane | 435 |
| 5. Un "nuovo pianeta" giuridico?                            | 437 |

#### **Gli interventi pubblici per l'alfabetizzazione digitale degli anziani**

|                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Isabella Alberti                                                                  | 443 |
| 1. Introduzione al tema                                                           | 443 |
| 2. L'obbligo di utilizzo delle tecnologie da parte della pubblica amministrazione | 445 |
| 3. Il diritto all'uso delle tecnologie e l'utente medio digitalizzato             | 448 |
| 4. Le iniziative della Repubblica per l'alfabetizzazione digitale                 | 450 |
| 5. Considerazioni conclusive                                                      | 455 |

pag.

**Is Continuity Enough to Safeguard Equality?****A Critique of the New Italian Age-based System of Long-term Care**

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Teresa Andreani                                                                         | 457 |
| 1. Introduction                                                                         | 457 |
| 2. Long-term Care as a Social Problem                                                   | 459 |
| 3. Long-term Care as a Legal Problem                                                    | 460 |
| 4. The First National Legal Reform of LTC in Italy                                      | 461 |
| 5. A Three-steps Critique of the New Italian Age-based LTC System                       | 463 |
| 6. The Constitutionalization of Healthcare Universalism                                 | 464 |
| 7. The Construction of Old Age as a Legal Criterion to Access Welfare Provisions        | 465 |
| 8. The Constitutional Shortfalls of the Age-based Dualization of the Italian LTC System | 467 |
| 9. Conclusions                                                                          | 468 |

**Implicazioni costituzionali dell'uso dell'Intelligenza Artificiale sulla tutela della salute della persona anziana**

|                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Francesco Giuseppe Campodonico                                                                                                           | 469 |
| 1. Introduzione                                                                                                                          | 469 |
| 2. Breve inquadramento dello statuto costituzionale della persona anziana                                                                | 472 |
| 3. Su alcune possibili criticità, rispetto ai principi costituzionali, dell'uso dell'IA per la tutela della salute della persona anziana | 474 |
| 4. Sul tasso di implementazione dell'“approccio globale alla persona” sul piano delle politiche pubbliche                                | 478 |
| 5. In conclusione                                                                                                                        | 481 |

**La riorganizzazione della sanità territoriale e la tutela delle persone anziane non autosufficienti nelle cure domiciliari**

|                                                                                                                              |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Francesco Merenda                                                                                                            | 485 |
| 1. Diritto delle persone anziane e non autosufficienti: tra dettato Costituzionale e ruolo della pubblica amministrazione    | 485 |
| 2. La nuova sanità territoriale nel Piano nazionale di ripresa e resilienza. Quale approccio di cura per le persone over 65? | 490 |
| 3. Il trait d'union tra la Riforma della non autosufficienza e la nuova sanità territoriale                                  | 493 |
| 4. L'assistenza domiciliare integrata tra innovazioni e prime considerazioni                                                 | 495 |
| 5. Il <i>redde rationem</i> del 2026                                                                                         | 498 |

**La formazione degli assistenti familiari a domicilio di persone anziane con demenza come forma di tutela della salute psicofisica e dell'uguaglianza sostanziale**

|                                                                                                                                                                           |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Serena Cancellieri                                                                                                                                                        | 501 |
| 1. Introduzione                                                                                                                                                           | 502 |
| 2. L'invecchiamento della popolazione e le conseguenze assistenziali                                                                                                      | 503 |
| 3. La frammentarietà della normativa nazionale sul lavoro domestico e l'assenza di una figura adeguata alle esigenze della persona affetta da patologia neurodegenerativa | 505 |
| 4. La lacuna legislativa e l'importanza di una formazione specifica dell'assistente familiare di persona affetta da Alzheimer                                             | 509 |

|                                                                                                                                                                 | <i>pag.</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 5. Il Decreto Interministeriale 19 settembre 2025 – Adozione delle Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari | 511         |
| 6. Conclusioni                                                                                                                                                  | 513         |

**La tutela giuridica del *caregiver* familiare nei sistemi di *welfare state* familistico. Quali spunti dalla comparazione per il legislatore italiano?**

|                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Antonio Papaleo                                                                 | 515 |
| 1. <i>Caregiver</i> , <i>caregiving</i> , premesse linguistiche e metodologiche | 515 |
| 2. La definizione di <i>caregiver</i>                                           | 518 |
| 3. Le misure di supporto                                                        | 521 |
| 4. Le misure di conciliazione vita-lavoro                                       | 523 |
| 5. Le misure di compensazione                                                   | 526 |
| 6. Quali spunti per il legislatore italiano?                                    | 527 |

**Nuove tecnologie ed effettività della tutela della salute degli anziani: ricadute, criticità e prospettive dell'e-health**

|                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Jacopo Rizzuto                                                                                           | 529 |
| 1. Premessa                                                                                              | 529 |
| 2. E-health literacy: nozione, natura giuridica e fondamento costituzionale                              | 532 |
| 3. L'approccio unionale in materia di e-health literacy                                                  | 535 |
| 4. L'approccio nazionale in materia di e-health literacy e le sue criticità: alcune notazioni conclusive | 538 |

**Le “tutele attive” del mandato di protezione, delle banche del tempo e del *lifelong learning* a sostegno dell'invecchiamento attivo, dell'autodeterminazione e dell'inclusione sociale dell'anziano**

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Tanya Tiberi                                                                            | 541 |
| 1. La necessità di “tutele attive” per il soggetto anziano. Considerazioni introduttive | 541 |
| 2. Meglio prevenire che curare. Riflessioni in tema di mandato di protezione            | 543 |
| 3. Il tempo è denaro. Il fenomeno delle banche del tempo                                | 547 |
| 4. Non si finisce mai di imparare, ovvero il <i>lifelong (and lifewide) learning</i>    | 551 |

**La sottorappresentazione degli anziani nelle sperimentazioni cliniche: possibili soluzioni per una questione ancora radicata**

|                                             |     |
|---------------------------------------------|-----|
| Rosa Signorella                             | 555 |
| 1. Introduzione: un dilemma anche giuridico | 555 |
| 2. Cause e conseguenze                      | 558 |
| 3. Le risposte del diritto                  | 562 |
| 3.1. ... negli Stati Uniti                  | 563 |
| 3.2. ... in Europa                          | 564 |
| 3.3. Missione (in)compiuta                  | 566 |

|                                                                                      | <i>pag.</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 4. Quando la regolazione non basta: alcune proposte operative                        | 568         |
| 4.1. Migliorare i dati: l'analisi disaggregata e sistemi di intelligenza artificiale | 569         |
| 4.2. Ripensare i luoghi: i <i>(Remote) Decentralized Clinical Trials</i> (DCT)       | 571         |
| 5. Valorizzare il controllore: il ruolo dei Comitati etici                           | 572         |
| 6. Considerazioni finali                                                             | 576         |



## Introduzione

Questo volume raccoglie i saggi che sono frutto della rielaborazione e dell'aggiornamento delle relazioni e degli interventi presentati al Convegno "Le persone anziane tra vulnerabilità, vita attiva e inclusione sociale: quale tutela giuridica?" (Università degli Studi di Perugia, Aula Dessau, 26 e 27 giugno 2025) nel corso del quale abbiamo discusso i risultati della ricerca realizzata nell'ambito del progetto "Elderly People, Vulnerability, Inclusive Society. Ageing and Law (ELVIS)" (finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU, PNRR, Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1. – Bando PRIN 2022 (D.D. n. 104 del 2 febbraio 2022) (codice id.: 2022YP7KH5; CUP: J53D23006050006 – Sito web: <https://www.elvisproject.it/>).

Nelle prime tre parti del volume ospitiamo i contributi dei membri delle unità di ricerca e gli interventi dei giovani dottori di ricerca (Stefano Rotolo, Gemma Alberico e Caterina Vosa) che sono stati reclutati da ciascuna unità attraverso una selezione pubblica per titoli e colloquio, in linea con il piano organizzativo e finanziario del progetto ELVIS.

La dimensione pubblicistica dell'invecchiamento (parte I) ha preso forma con l'adozione, sotto la spinta degli obiettivi in materia di riorganizzazione sanitaria e di intervento economico-sociale definiti dal PNRR, della ambiziosa legge delega n. 33/2023 e del successivo d.lgs. n. 29/2024 con i quali il legislatore nazionale ha inquadrato la complessità del fenomeno con l'obiettivo prioritario di intervenire sulle politiche per gli anziani più fragili e di pianificare al contempo strategie di intervento e di promozione per l'invecchiamento attivo. Questa cornice legislativa deve essere monitorata avendo ben chiare le coordinate costituzionali, le quali si intrecciano con le linee guida delle politiche sociali europee e con il procedere (lento e faticoso) dell'elaborazione in ambito ONU di una convenzione *ad hoc* sui diritti delle persone anziane. Le premesse interpretative per inquadrare dal punto di vista costituzionalistico l'età anziana muovono dalla consapevolezza del valore della persona e della sua dignità (in tutte le stagioni della vita) e dall'ampiezza del divieto di discriminazioni: attraverso queste fondamentali coordinate è utile costruire la sostenibilità sociale dell'invecchiamento, sostenibilità che necessariamente dovrebbe passare attraverso la lente della valutazione delle politiche pubbliche in chiave intergenerazionale, alla luce delle categorie utilizzate dal legislatore costituzionale quando ha introdotto nella Carta repubblicana la sostenibilità dei bilanci ed ha esaltato il valore della protezione ambientale anche nell'interesse delle future generazioni. Con questa consapevolezza è doveroso rileggere e ripensare i



plurimi interventi normativi settoriali sul fronte dei diritti sociali (lavoro, salute, istruzione, previdenza e assistenza sociale), avendo sempre chiara la necessità di pianificare simultaneamente gli interessi della popolazione anziana e le aspettative dell'età giovane. Su questo fronte appaiono in verità già impegnati, fin dalle prime battute delle scelte politiche nazionali in tema di *Ageing*, attori non istituzionali ovverosia le organizzazioni religiose (in particolare la Chiesa cattolica) che hanno confermato il loro ruolo di centrale di collegamento tra la società (mondo dell'associazionismo, terzo settore e volontariato) e le istituzioni.

Questa chiave di lettura delle scelte normative sulla *governance* dell'invecchiamento è stata applicata ad alcuni ambiti che definiscono la fragilità della persona anziana. La scelta di approfondire e studiare alcune vulnerabilità dell'anziano (parte II) ci ha consentito di evidenziare un quadro composito e problematico sull'effettivo stato di salute di alcune garanzie fondamentali che attengono alla dignità e alla pienezza della vita nonché al divieto di discriminazioni in età anziana. In particolare, emergono spunti importanti sulla necessità di calibrare e soddisfare al meglio l'accompagnamento dell'anziano vulnerabile nelle scelte di fine vita sia nella legislazione esistente, sia nella prospettiva della adottanda regolazione del fine vita medicalmente assistito. Non meno rilevanti appaiono le crepe e le lacune normative sulla posizione dell'immigrato anziano rispetto al godimento dei diritti sociali e culturali ovvero sulla gestione della povertà economica nell'età anziana. Più in generale, resta ancora profondamente insoddisfatto il bisogno di riorganizzare e armonizzare i servizi di assistenza tra il livello centrale e i livelli regionali e locali che in ultima battuta determinano l'effettiva risposta delle istituzioni al bisogno di cura dell'anziano non autosufficiente.

La fragilità digitale della persona anziana (parte III) è un profilo cruciale per lo sviluppo delle politiche per l'età anziana che si proietta ben oltre le tappe della transizione digitale pianificata dal PNRR. In realtà, il divario digitale generazionale, se non sarà affrontato con interventi efficaci e tempestivi, potrebbe mettere in crisi le scelte cardinali della sanità digitalizzata (a partire dal fascicolo sanitario elettronico per arrivare alla telemedicina) limitando di fatto l'accesso alle cure e alle prestazioni da parte di una fascia di anziani che, in ragione dell'età avanzata e/o dell'esperienza personale/lavorativa, potrebbe non avere neppure le conoscenze informatiche di base. La sfida che si apre al legislatore è su questo fronte assai urgente e dai saggi emerge come alcune scelte adottate in tempi recentissimi, anche sul versante della disciplina nazionale dell'Intelligenza Artificiale e del suo impiego nel settore della giustizia, non sembrano in effetti tenere in adeguata considerazione la posizione e le condizioni effettive delle persone anziane. Analoghe incertezze e lacunosità legislative sull'educazione informatica in carcere sembrano mettere in discussione il diritto dei detenuti anziani al reinserimento nella società e nella dimensione lavorativa, finendo per incrinare un pilastro del diritto costituzionale penale.

Dal punto di vista metodologico, nonostante che il progetto abbia potuto contare fin dall'inizio sull'apporto di studiosi di altri settori scientifico disciplinari (area

filosofico/bioetica e area medica/biologia) presenti nelle unità di ricerca, la scelta di allargare la platea dei relatori al Convegno ad alcuni autorevoli studiosi esperti di *Ageing* nell'ambito delle scienze mediche, della psicologia, della sociologia e statistica nonché della demografia sociale ha ulteriormente arricchito la prospettiva di indagine che questa pubblicazione propone (parte IV).

Nella parte dedicata agli Interventi programmati (parte V) abbiamo ospitato i lavori di giovani studiosi che hanno partecipato su invito ovvero sono stati selezionati attraverso la *Call for papers* organizzata nei primi mesi del 2025. Attraverso questi scritti è stato possibile estendere l'orizzonte della ricerca verso profili specifici dell'invecchiamento che includono le coordinate sulla vita indipendente e autonoma in età anziana, le politiche pubbliche per armonizzare lo spazio di vita delle città con le esigenze degli anziani, le scelte sull'assistenza domiciliare integrata, l'uso delle nuove tecnologie e dell'Intelligenza Artificiale nell'educazione digitale degli anziani e nello svolgimento/organizzazione dei compiti di cura che includono l'attenzione al ruolo, alla formazione costante e al riconoscimento dei *caregivers* nonché i limiti della sperimentazione clinica che non include la popolazione anziana. Il tema dell'invecchiamento e della società longeva sembra dunque attrarre l'interesse non solo studiosi che hanno una formazione giuspubblicistica, ma include l'analisi filosofica e la prospettiva del diritto privato, a conferma della capacità espansiva delle relazioni che questo tipo di studi è in grado di sviluppare sotto il profilo della multidisciplinarietà della ricerca.

Nel ringraziare tutti i ricercatori, gli illustri ospiti che hanno impreziosito il Convegno e i giovani studiosi intervenuti, rivolgiamo un pensiero grato a Stefano Rotolo che ha supervisionato l'organizzazione della *Call* e del Convegno e a Daniela Messina per il costante sostegno nell'aggiornamento delle sezioni del sito web della ricerca.

Perugia, Milano, Napoli, 15 gennaio 2026

Luisa Cassetti

(PI del progetto EL.V.I.S e Responsabile dell'Unità di ricerca dell'Università di Perugia)

Federico G. Pizzetti

(Responsabile dell'Unità di ricerca dell'Università di Milano)

Anna Papa

(Responsabile dell'Unità di ricerca dell'Università Parthenope di Napoli)



Parte I

**La dimensione multilivello della protezione  
dell'anziano. Istituzioni e società**



# La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale

Paola Bilancia\*

**SOMMARIO:** 1. La vecchiaia come problema sociale e come problema giuridico (cenni). – 2. Tutela sociale della persona anziana e crisi economiche. – 3. La tutela sociale della persona anziana dopo Next Generation EU e il PNRR. – 4. Conclusioni.

**ABSTRACT:** The chapter analyses the issues connected to the protection of the elderly in the social democratic State, by framing them in the wider context of the protection of social and economic rights. The constitutional protection, which should be a responsibility of the welfare State, has been challenged by the economic, financial and pandemic crises of the last decades, that greatly undermined the redistributive capacity of contemporary social democracies. The chapter argues that the new Next Generation EU programme and the PNRR could provide a chance to kickstart a new season of solidarity, social cohesion and intergenerational dialogue, that could allow the State to regain its defining social vocation.

## 1. La vecchiaia come problema sociale e come problema giuridico (cenni)

La condizione dell'anziano è stata, nel corso della storia umana, oggetto di rilevantissimi dibattiti filosofici, politici, sociali e giuridici, nell'ambito dei quali ci si è interrogati sul modo in cui l'invecchiamento influenza la persona in quanto singolo, e il suo rapporto con la comunità in cui vive.

È celebre, in questa prospettiva, l'adagio "*senectus ipsa est morbus*" ("la vecchiaia è per sé stessa una malattia"), nel *Phormio* di Terenzio, che è divenuto celebre proprio per la sua attitudine a catturare la particolare situazione di vulnerabilità che è generata nella persona umana dall'invecchiamento, come conseguenza del decadimento delle funzioni biologiche e, a volte, di conseguenza, di quelle cognitive.

Cicerone, per converso, sosteneva invece nel suo "*De senectute*" che la vecchiaia sarebbe una vera e propria "età della saggezza", della virtù e dell'autorevolezza, in cui l'essere umano raggiunge infine la sua piena maturità. Se la vecchiaia viene vissuta secondo natura e dopo una vita virtuosa, essa consente all'anziano di offrire alla società la sua esperienza e la sua guida, nel suo "crepuscolo dorato" di riflessione e serenità, libero dalle passioni che invece inficiano il giudizio nella giovinezza.

Anche nelle liberaldemocrazie il dibattito si è ripresentato (e si ripresenta ancora

---

\* Professoressa Ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Milano.

oggi) in termini sostanzialmente identici. Basti pensare alle incessanti polemiche che hanno accompagnato la presidenza statunitense di Joe Biden, accusato dai suoi detrattori di essere “*unfit for office*” (“inidoneo per la carica”) per via di un supposto (e mai dimostrato) decadimento fisico e cognitivo dovuto alla sua età avanzata (accuse peraltro mosse anche dal candidato rivale, Donald Trump, che pure è di soli quattro anni più giovane). Tali sono state le polemiche, che esse hanno addirittura impedito, in ultimo, a Biden di candidarsi per una seconda presidenza, con ricadute della massima rilevanza costituzionale (basti pensare alla tesi, proposta dalla nuova amministrazione Trump, per cui i provvedimenti di grazia sottoscritti digitalmente da Biden durante il suo mandato sarebbero nulli, poiché egli non sarebbe stato in grado di comprendere i documenti che stava firmando).

In senso contrario, e sempre con riferimento agli Stati Uniti d’America, è celebre la frase di Donald Reagan, che, durante la campagna per la rielezione alla presidenza del 1984, replicò al candidato avversario Mondale, che lo accusava di essere troppo anziano per assumere la più alta carica del Paese, “*I will not make age an issue. I am not going to exploit for political purposes my opponent’s youth and inexperience*” (“non farò dell’età un problema. Non sfrutterò a fini politici la giovinezza e inesperienza del mio avversario”).

Nella forma di Stato democratico sociale che caratterizza l’esperienza europea del Secondo Dopoguerra la vecchiaia è divenuta, infine, oggetto precipuo dell’attenzione del costituzionalismo, nell’ambito della tutela offerta dal c.d. “welfare State”. L’eguaglianza sostanziale (e dunque, nell’ordinamento italiano, l’art. 3 Cost.) impone la rimozione degli ostacoli che prevengono una effettiva eguaglianza dei consociati, e l’eguaglianza formale non consente discriminazioni che siano fondate sulla condizione personale dell’individuo, nella prospettiva solidarista tracciata dall’art. 2 Cost.<sup>1</sup>.

Orbene, è chiaro che, se è vero come è vero che l’età anziana, pur portando indubbiamente con sé l’esperienza e la saggezza, pone per altri versi la persona umana in una condizione di vulnerabilità sotto molteplici profili, il compito dello Stato sociale contemporaneo non può che essere quello di rimediare a tale vulnerabilità attraverso il riconoscimento di appositi diritti e apposite politiche che possano consentire all’anziano un pieno sviluppo della personalità, un pieno godimento dei diritti, e un pieno adempimento dei doveri costituzionali, anche nella fase avanzata dell’esistenza<sup>2</sup>.

Tale compito è adempiuto dallo Stato attraverso la tutela dei diritti sociali, che, come noto, è tanto più incisiva quanto più risulta marcata la situazione di vulnerabilità in cui si trova la persona che ne usufruisce. E così, percorrendo il catalogo dei diritti sociali, è spesso evidente la loro correlazione con l’invecchiamento: basti

---

<sup>1</sup> Si veda sul tema B. CARAVITA, *Oltre l’eguaglianza formale. Un’analisi dell’Art. 3 comma 2 della Costituzione*, Cedam, Padova, 1984.

<sup>2</sup> Si veda L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell’Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*, in questo volume.

pensare al diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost. (aumentando, con l'età, anche il rischio di incorrere in patologie, ovvero nel naturale decadimento delle funzioni biologiche), il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale, e il diritto alla pensione di cui all'art. 38 Cost., ma anche il diritto all'istruzione di cui agli artt. 33 e 34 Cost., nell'ottica della continua elevazione culturale della persona in tutte le fasi della sua vita.

Ciò a maggior ragione in un contesto in cui il progresso della scienza e della tecnologia (art. 9 Cost.) hanno prodotto forme sempre più avanzate di tutela proprio del diritto alla salute *ex* art. 32 Cost., che hanno esteso le frontiere della vita umana tanto sotto il profilo della sua durata media (che è di fatto raddoppiata nel giro di un secolo), quanto sotto il profilo della sua qualità, quanto sotto quello della possibilità di prolungarla anche a fronte di malattie gravi, mantenendo in vita la persona (o, in alcuni casi, garantendo anche solo la continuità delle funzioni biologiche) in condizioni estreme.

È noto, infatti, che, grazie ai progressi compiuti dalla scienza medica e dalle tecnologie, è oggi possibile prolungare la vita ben al di là di quanto poteva essere immaginato dal Costituente, attraverso la cura di molte malattie, un tempo mortali, ma anche, in alcuni casi, ricorrendo a tecnologie che permettono di mantenere le funzioni vitali in modo artificiale laddove esse si spegnerebbero invece autonomamente in assenza di un intervento "esterno"<sup>3</sup>. Queste nuove possibilità, messe a disposizione dalla scienza e dal progresso del nostro tempo, consentono però a volte la sopravvivenza in condizioni anche molto critiche: si pensi ad esempio alla totale dipendenza da macchinari per la propria sopravvivenza (come nel caso di respiratori), o ai casi dell'alimentazione e dell'idratazione in assenza di capacità cognitiva, o alla sopravvivenza con capacità cognitiva ma in assenza di qualsivoglia abilità fisiologica, tutte condizioni che, per ovvie ragioni, possono interessare più frequentemente la persona anziana<sup>4</sup>.

In generale, e al di là di questi casi "estremi", il tema dell'invecchiamento diviene particolarmente sensibile nella società attuale, presentando notevoli complessità anche sotto il profilo socio-culturale, per via dell'impatto che tali situazioni possono avere, spesso, sulle realtà familiari su cui insistono. I doveri di cura dell'anziano ricadono, infatti, frequentemente sui componenti della famiglia, non potendo il sistema di tutela sociale approntato dal welfare State farsi carico integralmente di tali problematiche, e risultando il ricorso a sistemi di assistenza privata particolarmente dispendioso e fuori dalla portata della maggior parte dei nuclei<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Si veda A. BALDASSARRE, *Le biotecnologie e il diritto costituzionale*, in M. VOLPI (a cura di), *Le biotecnologie: certezze e interrogativi*, il Mulino, Bologna, 2001.

<sup>4</sup> Si veda F.G. PIZZETTI, *L'anziano vulnerabile nella disciplina della relazione di cura e nelle scelte di "fine-vita": criticità e prospettive*, in questo volume.

<sup>5</sup> Si vedano R. MANFRELOTTI, L. ABBRUZZO, *La centralità (e il nodo irrisolto) dell'assistenza informale nella cura degli anziani*, in questo volume.



L'invecchiamento dei componenti della famiglia è quindi capace di generare sofferenza e preoccupazione non solo nel soggetto interessato, ma altresì nelle persone che se ne prendono cura, che spesso si trovano a dover dedicare una gran parte della propria vita alle attività di assistenza, anche per supplire alle carenze dei servizi pubblici in questo senso <sup>6</sup>. Ciò a maggior ragione in un contesto storico come quello attuale, ove si sta assistendo alla progressiva “liquefazione” non solo della società <sup>7</sup>, ma anche della “formazione sociale naturale” (nel senso di cui agli artt. 2 e 29 Cost.) della famiglia <sup>8</sup> per come essa era stata storicamente conosciuta nelle nostre comunità politiche e sociali, che comporta, “a cascata” il venir meno di quella indispensabile e insostituibile “rete sociale” di assistenza che aveva a lungo contraddistinto, con l’assunzione spontanea di doveri di solidarietà orizzontale da parte degli appartenenti al nucleo, in particolare la società italiana (con ulteriore accentuazione, quindi, delle sensazioni di solitudine e di disagio per l’individuo anziano). Il che, a sua volta, comporta il ricorso sempre più frequente a strutture di ricovero private come ad esempio gli “*hospice*”, che, oltre a essere, come accennato, particolarmente costose, sono spesso caratterizzate da un livello di qualità della vita peggiore rispetto a quello che sarebbe garantito alla persona presso la sua abitazione (o presso l’abitazione dei suoi congiunti).

## 2. Tutela sociale della persona anziana e crisi economiche

La fase storica attuale è stata segnata (ed è ancora segnata) da molteplici crisi economiche (a partire dalla crisi economico-finanziaria del 2008, fino a giungere alla crisi economico-sanitaria del 2020) che hanno grandemente impattato, per via della contrazione delle risorse disponibili, la capacità dello Stato democratico sociale di svolgere la sua naturale funzione di perequazione, redistribuzione della ricchezza, e contrasto delle disuguaglianze e delle vulnerabilità <sup>9</sup>.

È emersa, in questa fase, la consapevolezza che la garanzia dei diritti sociali

---

<sup>6</sup> Si veda G. MARCHETTI, *Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti. La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma*, in questo volume.

<sup>7</sup> Si veda in tema Z. BAUMAN, *Culture in a liquid modern world*, Polity, Cambridge, 2011.

<sup>8</sup> Si vedano sul tema: C. ESPOSITO, *Famiglia e figli nella Costituzione italiana*, in C. ESPOSITO, *La Costituzione italiana. Saggi*, Cedam, Padova, 1954; A. PUGIOTTO, *Alla radice costituzionale dei “casi”: la famiglia come “società naturale fondata sul matrimonio”*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2008.

<sup>9</sup> Si vedano, *ex multis*, almeno: A. SPADARO, *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo “modello sociale europeo”: più sobrio, solidale e sostenibile)*, in *Rivista AIC*, 4, 2011; A. MORRONE, *Crisi economica e diritti. Appunti per lo Stato costituzionale in Europa*, in *Quaderni costituzionali*, 1, 2014; S. GAMBINO, *Crisi economica e costituzionalismo contemporaneo. Quale futuro europeo per i diritti fondamentali e per lo Stato sociale?*, in *Astrid rassegna*, 5, 2015.

(incluso il diritto alla salute) deve essere sostenibile<sup>10</sup>, e dunque di come la garanzia di tali diritti debba necessariamente confrontarsi con il loro costo, inteso come il reperimento delle risorse economiche destinate al loro soddisfacimento<sup>11</sup>, che di norma avviene o attraverso la fiscalità generale (art. 53 Cost.), o attraverso l'indebitamento. Trattasi di un percorso complesso che ha preso le mosse a partire dagli anni '90 del secolo scorso, e che è stato influenzato da una molteplicità di fattori, che oltre alle crisi economiche sopracitate hanno incluso il ridimensionamento del tasso di crescita nazionale, le speculazioni internazionali, la fragilità dell'economia italiana e l'indebitamento accumulato nel corso del XX secolo, il ridimensionamento del PIL nell'ottica delle economie globali, e, non ultima, l'integrazione europea, che ha imposto, a partire dal Trattato di Maastricht, stringenti limiti al deficit degli Stati membri, che hanno significativamente compresso la principale "leva" attraverso cui molti di essi avevano storicamente fatto fronte alla domanda di tutela socio-economica e di welfare rappresentata nelle rispettive società<sup>12</sup>.

Tali tendenze sono culminate nella revisione dell'art. 81 Cost. del 2012, che ha introdotto nella Costituzione repubblicana la regola dell'equilibrio di bilancio, recependo, di fatto, quanto già prescritto dal Trattato "*Fiscal Compact*"<sup>13</sup>, proprio ai fini di garantire la stabilità del Paese agli occhi degli osservatori europei e internazionali<sup>14</sup>. Si è così ulteriormente radicata l'idea per cui i diritti non dovrebbero più essere intesi alla stregua di "entità incondizionate", potendo essere anzi compressi, in sede di bilanciamento, per ragioni di mantenimento della stabilità economica e di contenimento della spesa pubblica.

Ha visto così la luce una stagione di garanzia, in un certo senso, "finanziariamente condizionata" dei diritti, che ha impattato, prevalentemente, proprio i diritti sociali, che sono, per loro stessa natura, i diritti che "costano" di più, dovendo essere erogati attraverso prestazioni attive (servizi) da parte dello Stato. Ciò colpisce, per quanto argomentato nella sezione precedente, le fasce più vulnerabili della popolazione, tra cui vi sono, appunto, gli anziani, e dunque coloro che da un lato necessitano di un ricorso più intenso a tali diritti in ragione della loro condizione di fragilità, e dall'altro che non possono, per ragioni economiche, fare ricorso all'alternativa privata per soddisfare i propri bisogni, dovendosi affidare invece interamente al servizio pubblico.

---

<sup>10</sup> Sia consentito il rinvio a P. BILANCIA, *La dimensione europea dei diritti sociali*, in *Federalismi.it*, n. speciale 4, 2018.

<sup>11</sup> Si veda L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la "spesa costituzionalmente necessaria"*, in *Recenti progressi in medicina*, vol. 114, 10, 2023.

<sup>12</sup> Si veda R. MICCÙ, *Le trasformazioni della costituzione economica europea: verso un nuovo paradigma?*, in *Federalismi.it*, 5, 2019.

<sup>13</sup> Su cui sia consentito il rinvio a P. BILANCIA, *La nuova governance dell'Eurozona e i "riflessi" sugli ordinamenti nazionali*, in *Federalismi.it*, 23, 2012.

<sup>14</sup> Si veda G. RIVOSECCHI, *Il c.d. pareggio di bilancio tra Corte e legislatore, anche nei suoi riflessi sulle Regioni: quando la paura prevale sulla ragione*, in *Rivista AIC*, 3, 2012.

In questo quadro di riferimento il diritto più “fragile” è, forse, proprio il diritto alla salute, diritto che richiede un ingente sostegno di risorse pubbliche, ma che si presenta, a seguito della riforma costituzionale del Titolo V del 2001, alla stregua di un diritto (almeno in parte) “decentrato”, con rilevanti funzioni affidate alle Regioni e ai loro diversi sistemi sanitari territoriali (che possono presentare regole anche molto diverse tra loro)<sup>15</sup>. Il diritto alla salute è, del resto, il prodotto “aggregato” di differenti situazioni soggettive, che ricomprende il diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie, così come il diritto sociale alla ricerca della cura assicurata da tutti gli apparati pubblici<sup>16</sup>. Esso dipende, pertanto, dall’esercizio armonico e coordinato di una pluralità di funzioni che tra loro si intersecano e che risultano tutte parimenti coesenziali rispetto alla piena espansione della situazione giuridica soggettiva sottostante protetta.

Il che ha portato, specie in tempo di crisi, al consolidarsi di significativi divari tra le diverse Regioni, che si sono divise tra più e meno “virtuose” (più o meno capaci di esercitare le funzioni in materia sanitaria che a loro sono affidate e che sono indispensabili per la tutela del diritto in questione), con la conseguenza che il diritto alla salute e, specie, il diritto alla salute dell’anziano viene oggi tutelato “a macchia di leopardo” sul territorio nazionale. La differenziazione della tutela in questi termini non riguarda esclusivamente i profili organizzativi, ma coinvolge spesso anche il numero e la qualità delle prestazioni garantite, che può variare considerevolmente da Regione a Regione.

Sono stati diversi i tentativi di intervenire su di un sistema siffatto, a partire dalla celebre “riforma Balduzzi” del 2012 (legge n. 189/2012), con cui si è introdotta una nuova organizzazione delle funzioni sanitarie nella prospettiva della loro integrazione con le funzioni sociali<sup>17</sup>, passando poi per numerosi tentativi operati a livello decentrato, come nel caso delle leggi per la tutela del diritto alla salute adottate da Regioni come la Lombardia e il Veneto. L’obiettivo del legislatore è stato quello di promuovere un’organizzazione delle funzioni che potesse essere aderente alle necessità, alle caratteristiche del territorio e delle comunità insediate, e che dunque potesse tenere conto, tra le altre cose, anche dell’invecchiamento della popolazione di riferimento.

La stessa giurisprudenza costituzionale si è mossa, in quegli anni, nel senso della promozione di un bilanciamento ragionevole tra diritti sociali ed esigenze di contenimento della spesa pubblica. Particolarmente nota è, in questo senso, la sentenza n. 275/2016, con cui la Consulta ha posto il condivisibile principio di diritto per cui ciascun diritto fondamentale (e, soprattutto, i diritti sociali) è provvisto di un suo

---

<sup>15</sup> Si veda R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, il Mulino, Bologna, 2017.

<sup>16</sup> Si veda in punto B. CARAVITA, *Articolo 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN, *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 1990.

<sup>17</sup> Si veda L. DIMASI, *La nuova sanità dopo la riforma BALDUZZI. Spunti per una riflessione sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2, 2013.

“nucleo duro” incompressibile, che non può essere sacrificato in ragione del contenimento della spesa pubblica, precisando che “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [...] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali”, poiché “È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”.

Il che significa che, una volta individuato dalle norme *ad hoc* il nucleo invalicabile di garanzia minima per l’effettività del diritto alla salute, questo non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali, perché è la garanzia minima dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l’equilibrio di bilancio a condizionarne la doverosa erogazione.

È in questo panorama complesso che si è poi sviluppato il noto dibattito sui “livelli essenziali di assistenza” (LEA), e cioè sull’individuazione del “nucleo duro” delle prestazioni necessarie per un’effettiva garanzia del diritto alla salute, che devono essere assicurate in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale *ex art.* 117, comma 2, lett. p), Cost., a prescindere dalle differenze tra i diversi sistemi sanitari regionali<sup>18</sup>.

In una prospettiva generale, il quadro di crisi economico-sociale sostanzialmente permanente che ha caratterizzato il XX secolo ha fatto emergere in modo ancor più netto le difficoltà che lo Stato costituzionale contemporaneo incontra nella mitigazione delle condizioni di vulnerabilità in cui si trovano le fasce più deboli della popolazione.

Il che non può che coinvolgere le persone anziane, che per via della mancata (piena) garanzia di tali diritti si trovano a fronteggiare situazioni di emarginazione sociale – dall’incremento delle disuguaglianze, all’incapacità del sistema sanitario di far fronte pienamente alle loro esigenze, all’insufficienza delle pensioni a garantire un tenore di vita dignitoso, alla crescita delle forme di “nuova povertà”, al disgregamento delle famiglie e delle formazioni sociali intermedie, fino ad arrivare al fenomeno del c.d. “*digital divide*” – che mettono a dura prova la tenuta dei principi solidarista e di eguaglianza sostanziale.

### 3. La tutela sociale della persona anziana dopo Next Generation EU e il PNRR

In questo quadro complesso, un possibile “cambio di passo” è rinvenibile, forse, negli ultimi anni, negli strumenti dispiegati nell’ambito dell’ordinamento multilivello ai fini di contrastare gli effetti della crisi pandemica del 2020<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Si vedano almeno: E. BALBONI, *Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e principi fondamentali*, in *Giur. cost.*, 6, 2007; N. DIRINDIN, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità pubblica*, 7-8, 2000.

<sup>19</sup> Sia consentito il rinvio a P. BILANCIA, *La solidarietà come “collante” dell’integrazione europea*, in E. BERTOLINI, L. CUOCOLO, J. FROSINI, L. MONTANARI, G. PARODI, O. POLLICINO, R. ORRU,

I Trattati dell'Unione europea non prevedono una particolare tutela per la persona anziana, tutela che però è nondimeno desumibile, così come nell'ordinamento costituzionale, dalla trama dei principi (*rectius*, valori) fondamentali dell'Unione, iscritti agli artt. 2 e 3 TUE, e che rappresentano la traduzione in regole giuridiche del “nucleo duro” della tradizione costituzionale comune<sup>20</sup>. Tali valori fondamentali comprendono, infatti, i principi di eguaglianza e di solidarietà che caratterizzano le Costituzioni dei singoli Stati membri.

Nondimeno, una tutela espressa della persona anziana è rinvenibile, per converso, nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, fonte provvista dello stesso valore giuridico dei Trattati, che all'art. 25 riconosce il diritto delle persone anziane a condurre una vita dignitosa e indipendente e a partecipare alla vita sociale e culturale della società in cui esse vivono<sup>21</sup>.

Il problema dell'invecchiamento della popolazione è, in ogni caso, trasversale rispetto alle diverse società europee, che stanno spesso attraversando una considerevole decrescita demografica, complice anche il decremento dei tassi di natalità. Non stupisce, pertanto, che l'attenzione del decisore pubblico sovranazionale si sia progressivamente focalizzata, così come quella di legislatori nazionali, sulla condizione della persona anziana e sulla sua protezione sociale, tema che ha acquisito una rilevanza crescente nell'ambito dell'ordinamento eurolunitario.

E così, anche a livello europeo si è registrato il medesimo cambio di tendenza che ha caratterizzato l'ordinamento italiano, con particolare riferimento a una rinnovata richiesta di tutela dei diritti sociali duramente provati dalle crisi economiche, finanziarie e sanitarie del XXI secolo, che hanno, come si è detto, colpito le persone anziane in modo più intenso proprio per via della loro maggiore vulnerabilità.

*Next Generation EU* ha rappresentato, come noto, una svolta radicale (per alcuni, un “momento Hamilton”) nell'approccio dell'Unione europea alla tutela dei diritti sociali ed economici, con la rottura del paradigma dell'austerità e l'adesione a un approccio, infine, maggiormente solidaristico<sup>22</sup>.

Di conseguenza, è possibile rilevare una importante connessione tra il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), attraverso cui viene data attuazione nell'ordinamento interno a *Next Generation EU*, e il contrasto delle vulnerabilità economiche e sociali<sup>23</sup>, comprese quelle relative alla persona anziana.

---

G. ROMEO, A. VEDASCHI (a cura di), *Itinerari della comparazione: scritti in onore di Giuseppe Franco Ferrari*, Egea, Milano, 2023.

<sup>20</sup> Si veda in punto A. RUGGERI, *Valori e principi costituzionali degli Stati integrati d'Europa*, in *Astrid rassegna*, 92, 2009.

<sup>21</sup> Si veda P.F. LOTITO, *Articolo 25*, in R. BIFULCO, M. CARTABIA, A. CELOTTO (a cura di), *L'Europa dei diritti. Commentario alla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea*, il Mulino, Bologna, 2001.

<sup>22</sup> Sia consentito il rinvio a P. BILANCIA, *La solidarietà come “collante” dell'integrazione europea*, cit. Si veda altresì sul tema G. CAVAGGION, *Riflessioni su principio di solidarietà e processo di integrazione europea nella prospettiva della crisi economico-sanitaria*, in *Federalismi.it*, 4, 2022.

<sup>23</sup> Si vedano: E. CATELANI, *Profili costituzionali del PNRR*, in *Rivista AIC*, 5, 2022; N. LUPO, *Il*

Si pensi, in questa prospettiva, alla Missione 6 (dedicata alla salute), che prevede espressamente il rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale, attraverso (tra le altre cose) l'istituzione delle case e delle case di comunità e il potenziamento dell'assistenza domiciliare integrata. La prospettiva è quella di un progressivo superamento (o, quantomeno, di un affievolimento) del c.d. "modello ospedalocentrico" che ha tradizionalmente caratterizzato il sistema sanitario italiano (soprattutto negli anni più recenti), garantendo il diritto alla salute nella forma di un diritto a ricevere cure adeguate rispetto al contesto di vita e alle condizioni effettive della persona interessata.

In effetti, la garanzia della continuità assistenziale e la prossimità territoriale delle cure sono entrambi elementi decisivi per un'effettiva tutela della persona anziana, a maggior ragione se in presenza di patologie croniche e condizioni di non autosufficienza<sup>24</sup>, e possono alleviare considerevolmente il disagio sociale dei nuclei familiari (di cui si è detto) conformemente alle coordinate tracciate dagli artt. 2, 3 e 32 Cost.

Nello stesso solco si muove anche la Missione 5 (dedicata a inclusione e coesione), che interviene sui servizi sociali, sulle politiche per la non autosufficienza e sul rafforzamento delle infrastrutture sociali. Le misure rivolte agli anziani si inseriscono in una strategia più ampia di contrasto alle disuguaglianze territoriali e sociali, riconoscendo implicitamente la persona anziana come soggetto esposto a un rischio specifico di esclusione.

Massima rilevanza assume, poi, l'attenzione del PNRR per la transizione digitale, da tempo oggetto dell'attenzione del legislatore europeo<sup>25</sup> cui è formalmente dedicata la Missione 1, ma che si pone, a tutti gli effetti, come una sorta di "missione occulta" e trasversale rispetto all'attuazione dell'intero piano, e dunque come "volano" per una migliore realizzazione degli obiettivi che esso si prefigge di raggiungere<sup>26</sup>.

Il PNRR rappresenta, in effetti, un'occasione irripetibile per colmare quello che viene comunemente definito come il "*digital divide* generazionale", e cioè l'esclusione delle fasce più anziane della popolazione dall'utilizzo delle nuove tecnologie, che esse spesso non padroneggiano (o non padroneggiano del tutto), e che deve essere necessariamente rimosso ai fini di garantire una piena compatibilità tra il progresso tecnologico (che deve essere promosso dalla Repubblica in forza degli artt. 4 e 9 Cost.) e il principio di eguaglianza, che vieta che parte dei consociati sia esclusa da tale progresso. Ciò a maggior ragione laddove le nuove tecnologie divengano, come sempre più frequentemente accade, il luogo privilegiato per l'interazione tra

---

*Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi.it*, 1, 2022. Si vedano inoltre i contributi raccolti in P. BILANCIA (a cura di), *L'impatto del PNRR sul sistema di governo multilivello. opportunità e criticità*, il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>24</sup> Si veda G. MARCHETTI, *Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti. La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma*, cit.

<sup>25</sup> Si veda sul tema F. FERRI, *Transizione digitale e valori fondanti dell'Unione: riflessioni sulla costituzionalizzazione dello spazio digitale europeo*, in *Il diritto dell'Unione europea*, 2, 2022.

<sup>26</sup> Si veda in punto A. PAPA, *Transizione ecologica e transizione digitale: due milestones nella prospettiva della ripresa e resilienza del Paese*, in P. BILANCIA (a cura di), *L'impatto del PNRR sul sistema di governo multilivello. Opportunità e criticità*, cit.

individuo e pubblico potere e per l'erogazione dei servizi necessari alla tutela dei diritti sociali<sup>27</sup>.

In questa prospettiva, particolarmente rilevanti appaiono le misure del PNRR volte a promuovere l'alfabetizzazione digitale della popolazione e l'accessibilità piena ed effettiva dei servizi pubblici<sup>28</sup>, nella misura in cui mirano precisamente a garantire che la trasformazione digitale non finisca per tradursi in nuove forme di esclusione e marginalizzazione sociale. La tutela dell'autonomia della persona anziana passa, infatti, anche attraverso la possibilità di esercitare i propri diritti in un contesto sempre più digitalizzato.

Ciò richiede un bilanciamento tra efficienza amministrativa e protezione dei soggetti vulnerabili, bilanciamento che il legislatore e l'amministrazione sono chiamati a realizzare mediante soluzioni normative e organizzative che siano inclusive, e che, cioè, tengano conto delle condizioni di quei soggetti che si trovino in situazioni di vulnerabilità<sup>29</sup>.

## 4. Conclusioni

Alla complessità generata dalle trasformazioni politiche, economiche, sociali e culturali del nostro tempo, che hanno grandemente eroso la capacità della comunità nazionale di aggregarsi attorno a valori ampiamente condivisi, si salda sempre più la crisi della democrazia liberale e, soprattutto, della democrazia rappresentativa. A problemi sociali, culturali, scientifici e tecnologici che si fanno sempre più complessi, fanno fronte istituzioni democratiche sempre meno in grado di offrire soluzioni ponderate ed efficaci, che diano attuazione al disegno valoriale (al "progetto sociale") immaginato dal Costituente.

Proprio per dare attuazione a tale progetto, allora, occorre che il decisore pubblico sappia ritrovare la sua naturale funzione (particolarmente rilevante per Costituzioni che, come quella italiana, hanno basato il "patto fondativo" dell'ordinamento proprio sulla capacità dello Stato di governare l'economia e di generare perequazione e rimozione delle disuguaglianze) solidarista e sociale<sup>30</sup>. Occorre, in

---

<sup>27</sup> Si vedano A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione*, P. MAZZINA, *Intelligenza artificiale e giustiziabilità dei diritti. Compatibilità con il modello costituzionale e tutela della persona anziana vulnerabile*, A. NAPOLITANO, *Il fascicolo sanitario elettronico tra universalismo umanitario e divario digitale generazionale*, tutti in questo volume.

<sup>28</sup> Si veda A. PAPA, *La riforma della pubblica amministrazione: le prospettive nel Piano nazionale di ripresa e resilienza*, in *PasSaggi costituzionali*, 2, 2021.

<sup>29</sup> Si veda A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte)*, cit.

<sup>30</sup> Si veda F. SCUTO, *La dimensione sociale della Costituzione economica nel nuovo contesto europeo*, Giappichelli, Torino, 2022.

altri termini, che lo Stato sappia utilizzare gli strumenti che la Costituzione mette a sua disposizione per garantire la tutela dei diritti delle fasce più vulnerabili della popolazione, tra cui rientrano indubbiamente gli anziani.

Occorre, in ultima analisi, che il decisore pubblico sappia opporsi con fermezza al sostanziale *démontage* dello Stato sociale cui si è assistito nella fase storica che ha caratterizzato la fine del XX secolo e l'inizio del secolo in corso.

In questa prospettiva, *Next Generation EU* e il PNRR hanno rappresentato (e ancora rappresentano) un'occasione forse unica per invertire la tendenza dell'austerità sociale, e per introdurre nuove forme di protezione per la persona anziana che sappiano coniugare la risposta alla sua situazione di vulnerabilità con la capacità fare tesoro della sua esperienza e di far sì che essi continuino a essere, come possono essere, componenti vitali delle formazioni sociali intermedie (*in primis* la famiglia) e membri produttivi della società e del suo arricchimento nelle dimensioni politica, economica, sociale e culturale, come è del resto richiesto dal principio di solidarietà, specie se declinato nella prospettiva intergenerazionale<sup>31</sup> di cui al nuovo art. 9 Cost.

---

<sup>31</sup> Su cui si vedano R. BIFULCO, *Diritto e generazioni future. Profili giuridici della responsabilità intergenerazionale*, Franco Angeli, Milano, 2008; G. PALOMBINO, *Il principio di equità generazionale. La tutela costituzionale del futuro*, Mondadori, Milano, 2022.





# Le coordinate costituzionali dell'Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni

Luisa Cassetti\*

**SOMMARIO:** 1. Invecchiamento della popolazione e garanzie *multilevel* dei diritti. Il valore costituzionale della solidarietà nella prospettiva della sostenibilità sociale. – 2. Cultura e politiche per l'*Active Ageing*. – 3. L'invecchiamento attivo nell'ottica della solidarietà tra generazioni. Il lavoro e la vita sociale. – 4. Lo squilibrio tra generazioni e le proiezioni sui costi delle cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti. Il compito di cura e il diritto alla cura nel quadro della non discriminazione e della solidarietà.

**ABSTRACT:** The essay proposes a reinterpretation of constitutional principles with the aim to define a framework capable of understanding the multiple facets and challenges of Ageing in an increasingly "long-lived society". Social rights guarantees (health, work and social protection) must be reinterpreted in light of the objective of social sustainability of Ageing, a goal that can be achieved by enhancing the culture of solidarity (Article 2 of the It.Constitution) and equal treatment (Article 3) as a catalyst for reorganizing relationships between generations. Social sustainability of Ageing implies the need to enhance the prerequisites and conditions for ensuring Active Ageing, not only to maintain the harmonious coexistence of different generations in the labor market, but also to reorganize and rethink the tasks and responsibilities associated with caring for the most vulnerable elderly. This approach can provide policymakers with a framework for planning health, employment, social security and social policies to meet the needs of today's and tomorrow's ageing society.

## 1. Invecchiamento della popolazione e garanzie *multilevel* dei diritti. Il valore costituzionale della solidarietà nella prospettiva della sostenibilità sociale

Studiare l'invecchiamento con le categorie del diritto costituzionale implica lo sforzo di raggiungere una adeguata consapevolezza in merito ai dati che illustrano e definiscono il fenomeno. L'invecchiamento è un processo naturale che coinvolge gli esseri umani e quindi l'organizzazione delle società in ogni parte del mondo, anche se è in Europa che le statistiche mostrano una accelerazione decisamente più rapida. Il processo di invecchiamento, in costante crescita specie in alcune aree del nostro paese, rappresenta in effetti una netta connotazione della società europea,

---

\* Professoressa Ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico, *Principal Investigator* del progetto EL.V.I.S, Università degli Studi di Perugia.

ma secondo le stime delle Nazioni Unite entro il 2050 a livello globale il numero di persone di età pari o superiore a sessantacinque anni è destinato a raddoppiare e potrebbe superare la cifra di 1,6 miliardi <sup>1</sup>.

La sostenibilità di questa evoluzione deve essere riferita ad una “società longeva” <sup>2</sup> e rappresenta un punto di equilibrio da costruire e raggiungere di fronte alla realtà che i dati statistici e gli andamenti demografici ci restituiscono: l’invecchiamento progressivo della popolazione si combina con l’allungamento delle aspettative di vita delle persone (quantomeno nella parte di mondo che favorisce e sostiene condizioni di benessere materiale e psicologico).

Il “governo” della società longeva non può dunque occuparsi unicamente del bisogno di protezione della popolazione anziana, ma deve prendere altresì atto delle reali ed effettive condizioni di quella parte di anziani che, godendo di buona salute, possono essere coinvolti nella vita attiva, nelle forme e nei limiti che il legislatore dovrà necessariamente ricalibrare <sup>3</sup>.

Il quadro della società longeva è offerto dai dati della demografia, scienza sociale che ha le sue regole e il suo metodo, alla quale il giurista deve necessariamente attingere per comprendere e riflettere sulle trasformazioni sociali che inevitabilmente potrebbero rendere alcuni istituti e alcune garanzie giuridiche persino obsolete, in quanto pensate e sperimentate in una fase storica ben diversa da quella che stiamo vivendo <sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Cfr. UN, Department of Economic and Social Affairs, *Leaving No One Behind In An Ageing World*. World Social Report 2023, 14. Oltre all’Europa, nel Nord America, Australia, Nuova Zelanda e in larga parte dell’est e sud est asiatico il processo di invecchiamento corre più rapidamente. Sulla base dei dati del 2020 in America Latina più dell’8% della popolazione ha 65 anni o più mentre per l’Europa la percentuale è decisamente più elevata (18 %). Tuttavia, questa differenza è destinata ad assottigliarsi in quanto si stima che al 2050 per l’America latina la cifra raddoppierà sino ad arrivare al 17,5 % e sul finale del secolo potrebbe raggiungere il 30 %: sul punto v. H. MIRANDA BONILLA, *La tutela de las personas mayores en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos*, in *Iustitia*, 26, n° 303, julio-setiembre 2022, 25 ss.; S.HUENCHUAN (editora), *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*, Naciones Unidas-CEPAL, Santiago, 2018.

<sup>2</sup> A. ROSINA, *Longevità sostenibile e ricambio per le nuove generazioni*, in *Il Sole 24 Ore*, 1° maggio 2025, ricorda che, secondo le previsioni ISTAT, da qui al 2050 la popolazione *under 75* crollerà da 51,4 milioni a 43,3 milioni, con una perdita di oltre 8 milioni di persone. Aumenteranno invece di quasi 4 milioni gli italiani di 75 anni e oltre. Con la progressiva riduzione della popolazione giovane, per effetto del continuo e inesorabile calo demografico, è fondamentale immaginare già oggi come vivranno le persone *over 75*. Non si tratta dunque di gestire l’invecchiamento della popolazione, ma di immaginare e programmare il presente e il futuro di una società longeva.

<sup>3</sup> L’attenzione della politica verso la transizione demografica è testimoniata dalla istituzione presso la Camera dei deputati di una Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in corso che ha pubblicato un primo report nella seduta del 5 novembre 2025 (Esame e approvazione del documento di sintesi dell’attività svolta dalla Commissione fino al 9 settembre 2025).

<sup>4</sup> Lo ricorda V. ZENO ZENCOVICH, *Prefazione*, in C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto, Invecchiamento della popolazione e tutela degli anziani in prospettiva comparatistica*, Giappichelli, Torino, 2022, XI-XII.

I dati ISTAT sulla longevità in Italia evidenziano che la speranza di vita alla nascita nel 2024 è ben superiore agli ottanta anni. Occorre peraltro considerare che su questi dati ha avuto un peso importante la pandemia da Covid 19: in realtà sono stati necessari quattro anni per tornare a registrare un incremento dell'aspettativa di vita<sup>5</sup>. Ad oggi si registra comunque un incremento dell'aspettativa di vita che è comunque superiore a quella del 2019<sup>6</sup>.

I dati sull'invecchiamento e sulla longevità devono essere letti in combinato disposto i numeri dei nuovi nati: prosegue infatti il calo delle nascite che, secondo i dati provvisori, sono pari a 379.339 unità nel 2023. La diminuzione sul 2022 è del 3,6%, per un totale di circa 14 mila nati in meno. Questo significa che il quoziente di natalità diminuisce ulteriormente, passando dal 6,7 per mille del 2022 al 6,4 per mille del 2023<sup>7</sup>.

Se poi si aggiunge il dato relativo all'invecchiamento della generazione dei *baby boomers* si arriva ad avere una proiezione sull'aumento della popolazione avente sessantacinque anni (e oltre) che è destinata a crescere in misura considerevole, passando dal 40,8% del 2022 al picco del 66% previsto intorno al 2050 (per poi assestarsi al 65,5% nel 2070)<sup>8</sup>.

Inoltre, i dati disponibili sugli adolescenti di oggi consentono di prefigurare la composizione sociale dei prossimi venti/trenta anni: non solo esiste già una sproporzione tra la percentuale (il 6,86% della popolazione complessiva, pari a uno su

---

<sup>5</sup> Cfr. ISTAT, *Indicatori demografici*, Anno 2024, 31 marzo 2025, 4. Nel Nord la speranza di vita alla nascita è di 82,1 anni per gli uomini e di 86,0 per le donne; i primi recuperano cinque mesi rispetto all'anno precedente, le donne invece quasi quattro mesi. Il Trentino-Alto Adige si conferma ancora come la regione con la speranza di vita più alta sia tra gli uomini (82,7) sia tra le donne (86,7). Nel Centro la speranza di vita alla nascita è 81,8 anni per gli uomini e 85,7 anni per le donne, con un incremento di quasi quattro mesi rispetto al 2023 per entrambi i sessi. In questa ripartizione geografica le Marche sono la regione dove si vive più a lungo, con un valore della speranza di vita alla nascita di 82,2 anni per gli uomini e 86,2 per le donne. Nel Mezzogiorno si registrano valori più bassi della speranza di vita alla nascita, 80,3 anni per gli uomini e 84,6 anni per le donne. L'Abruzzo è la regione che consegue guadagni di sopravvivenza maggiori tra gli uomini, oltre otto mesi in più sul 2023. Significativi, sempre nel Mezzogiorno, sono i guadagni ottenuti tra le donne in Sicilia, Basilicata e Calabria, ben 6 mesi in più. La Campania, nonostante un considerevole recupero, rimane la regione con la speranza di vita più bassa sia per gli uomini (79,7), sia per le donne (83,8). Sul rapporto tra longevità, aspettativa di vita e cura v. il contributo di C. TOMASSINI, in questo volume.

<sup>6</sup> Cfr. ISTAT, Audizione del Presidente dell'Istituto Nazionale di Statistica Prof. Francesco Maria Chelli dinanzi alla Commissione parlamentare di inchiesta cit., 1° aprile 2025, 8.

<sup>7</sup> Cfr. ISTAT, *Annuario Statistico Italiano 2024*, Capitolo 3 Popolazione e famiglie, 124. Come sottolineano U. VIGNOLI, E. BARBI, A. PATERNO, *La demografia dell'invecchiamento: Una lettura positiva*, in *Il Mulino*, 4, 2024, 12 ss., la denatalità e il rinvio della maternità da parte delle donne devono essere attentamente studiati in relazione ai limiti del nostro *welfare* familiare e alle disuguaglianze di genere, nonché in relazione ai possibili ausili positivi che potrebbero arrivare dallo sviluppo delle pratiche di PMA (ivi, 18).

<sup>8</sup> Sono i dati riportati nella scheda Italia (Country Fiche Italy) del *2024 Ageing Report, Economic & Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070)*, INSTITUTIONAL PAPER 279, April 2024, 18.

15) di coloro che si trovano a vivere l'adolescenza (13-19) rispetto agli anziani (gli over 65 sono uno su 4), ma le condizioni di povertà in cui cresce una fascia di questi adolescenti non consente di prefigurare un percorso scolastico e lavorativo ottimale<sup>9</sup>.

L'incremento progressivo dell'aspettativa di vita disegna una longevità che infonde alla vecchiaia nuove e più marcate sfumature: l'immagine dell'anziano fragile<sup>10</sup> e bisognoso di cure mette a fuoco solo una frazione dei soggetti in età anziana e quindi accentua un dato che è fondamentale nello studio di questo fenomeno, ovverosia il fatto che l'età anziana non può essere in alcun modo associata ad una categoria omogenea di persone.

La struttura composita di quella parte di società che definiamo genericamente anziana costituisce dunque una premessa fondamentale per immaginare qualsiasi ipotesi di intervento normativo. Da questo punto di vista lo stesso sforzo definitorio che è stato compiuto dal governo in attuazione della legge delega n. 33/2023 certifica il bisogno di distinguere la persona "anziana" (che ha compiuto 65 anni) dal "grande anziano" (dagli 80 anni in avanti)<sup>11</sup>. Tuttavia, vale la pena ricordare che anche all'interno di queste categorie il gruppo degli anziani e dei grandi anziani può presentare marcate disomogeneità, trattandosi di un fenomeno che risente, come è noto, di una serie di fattori storici, economici, politici e anche religiosi<sup>12</sup>.

Questa complessità si riflette nella ampiezza dei settori della società e della vita produttiva che devono essere coinvolti nella gestione e nell'organizzazione di un fenomeno così variegato: è doveroso pensare, in un'ottica di programmazione degli interventi, alla necessità di "formare professionisti, volontari, *caregiver* familiari e anche politici consapevoli delle sfide da affrontare e dei metodi che possono sostenere l'innovazione e il benessere di tutti, al fine di tendere al conseguimento della giustizia sociale"<sup>13</sup>.

In prospettiva occorre poi guardare ai nuovi nati di oggi e immaginare quale potrebbe essere il loro percorso di vita, dal momento che la società dei prossimi decenni potrebbe avere un assetto affatto peculiare in cui si potrebbero ridurre i sostegni della famiglia di origine, gli adulti saranno probabilmente trattenuti ancora

<sup>9</sup> Secondo i dati pubblicati il 14 novembre 2025 da Save the Children nella XVI edizione dell'Atlante dell'Infanzia a rischio in Italia, dal titolo "Senza filtri", oltre un adolescente tra 11 e 15 anni su 4 (il 26,1%) è a rischio povertà o esclusione sociale, con ampi divari tra Nord (15,2%), Centro (24,1%) e Mezzogiorno (41,9%); sul versante dell'abbandono scolastico, il tasso di dispersione implicita alla fine delle superiori è dell'8,7% (risultando maggiore tra i ragazzi, al 10,7%, +4 punti percentuali rispetto alle ragazze).

<sup>10</sup> Sulle plurime fragilità della persona anziana rinvio al contributo di F.G. Pizzetti e ai saggi contenuti nella parte II di questo volume.

<sup>11</sup> Art. 2, comma 1, d.lgs. n. 29/2024.

<sup>12</sup> Come sottolinea C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto*, cit., 5.

<sup>13</sup> Così V. BOFFO, *Anziani e lavoro*, in V. Boffo, M. BERTANI, D. BRAMANTI, R. CHATTAT, L. FORMENTI (a cura di), *Accompagnare la longevità. Buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo*, Firenze University Press, Firenze, 2025, 552.

più a lungo nella fascia dell'età lavorativa e quegli stessi adulti potrebbero non diventare genitori ovvero nonni.

Il complesso quadro sociale che ci restituiscono i dati e le proiezioni demografiche non può certo lasciare indifferente il metodo degli studi gius-pubblicistici giacché la cornice costituzionale dei diritti, così come desunta dalle norme di garanzia citate in apertura, risente di una serie di trasformazioni e di revisioni che incidono direttamente sulla effettività dei diritti e sulla composizione degli interessi tra le varie porzioni della società.

Ricostruire l'odierno assetto costituzionale di riferimento è il primo passo per orientare ovvero valutare l'intervento del legislatore, le sue eventuali lacune e per proporre soluzioni appropriate in vista della realizzazione delle politiche che, nei differenti livelli di governo, si occupano direttamente o indirettamente di *Ageing*.

L'approccio tradizionale degli studi giuridici ad oggi sviluppati attorno al tema dell'invecchiamento si fonda sulla ricostruzione e sulla descrizione della cornice costituzionale dei principi e dei diritti che possono interessare direttamente (o indirettamente) l'età anziana della persona.

In questo contesto si evidenziano in particolare i profili collegati al diritto alla salute, declinato come diritto fondamentale dall'art. 32 Cost., muovendo dal presupposto che il declino fisico e cognitivo della persona anziana può richiedere alle strutture del sistema sanitario nazionale forme di intervento per gestire le diverse malattie croniche fino ad arrivare alla gestione/presa in carico delle persone anziane non autosufficienti. L'altro pilastro affonda le sue radici nella costruzione dei diritti previdenziali di cui la Costituzione repubblicana si fa carico ponendo le premesse per garantire il diritto dei lavoratori ad avere i mezzi necessari per fare fonte alla vecchiaia (oltre che nei casi di infortunio, malattia, invalidità e disoccupazione volontaria di cui all'art. 38 Cost.).

Questi due fondamentali diritti sociali si inscrivono in realtà nel disegno personalistico e solidaristico della Costituzione repubblicana: l'inviolabilità dei diritti della persona e il riferimento ai doveri inderogabili di solidarietà (art. 2) sono premesse tanto più sfidanti nell'età anziana – quando si possono acuire anche repentinamente le fragilità fisiche e/o psicologiche – così come maggiore attenzione deve essere accordato all'effettività del divieto costituzionale di trattamento discriminatorio (art. 3) eventualmente fondato sull'età<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Come sottolinea C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto*, cit., 60 ss., l'*ageismo* è in realtà rinvenibile dappertutto e si manifesta sia negli stereotipi sui luoghi di lavoro, sia nella vita familiare e sociale ed è presente in tutte le culture. Nonostante l'assenza del fattore "età" tra le fonti di possibile discriminazione sia nell'art. 3 Cost. che nell'art. 14 CEDU, esiste ormai un tessuto normativo di protezione nel diritto e nella giurisprudenza dell'Unione europea, anche in virtù della formulazione della Carta dei diritti fondamentali che all'art. 21 stabilisce il divieto di discriminazione fondato su diversi fattori che includono l'età (ivi, p. 67 ss.). Rispetto al fondamentale diritto alle cure degli anziani ultrasettantacinquenni permane nel nostro paese una forte discriminazione territoriale certificata dai dati diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità secondo i quali il 13 % rinuncia alle cure nelle regioni del Nord, il 18 % al Centro e il 23 % tra Sud e Isole: cfr. *Anziani. Iss: cala il numero di quelli che*

L'obiettivo di questa ricerca è di fornire una rilettura del dato costituzionale che possa contenere e valorizzare il profilo della sostenibilità "sociale" ponendo in primo piano il rapporto tra generazioni (presenti e future) in un'ottica di relazioni (da riscrivere in alcuni casi) fondate sul principio-valore dei doveri di solidarietà (art. 2 Cost.)<sup>15</sup> e della pari dignità sociale (art. 3 Cost.).

Con riferimento al principio del personalismo/solidarismo è bene ricordare che la Costituzione riconosce il valore dei diritti inviolabili riferiti all'essere umano, senza distinzione o gradazione di qualsiasi tipo: quel valore, confermato dalla esplicita affermazione della pari dignità sociale, non tollera alcun tipo di affievolimento neppure in relazione alle diverse stagioni della vita<sup>16</sup>.

In termini analoghi si pone la questione interpretativa dell'assenza di un riferimento esplicito alla età nel divieto di discriminazioni proclamato dall'art. 3, comma 1, Cost.<sup>17</sup>. L'assenza di questo fattore non genera un problema interpretativo insuperabile: infatti, il richiamo nella suddetta norma costituzionale delle «condizioni personali» ci sembra un parametro sufficientemente ampio per fondare l'incompatibilità con qualunque forma di ageismo<sup>18</sup>. Inoltre, in virtù del valore riconosciuto dalla nostra Carta e dalla giurisprudenza costituzionale ai vincoli derivanti dal diritto comunitario e internazionale (che gravano sul legislatore statale e regionale ai sensi dell'art. 117 Cost.), il sistema integrato delle garanzie include i principi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e quindi il principio di non discriminazione (art. 21) che richiama esplicitamente l'età tra i fattori che potrebbero generare comportamenti discriminatori, principio che opera accanto al diritto delle persone anziane di vivere una vita dignitosa e di partecipare alla vita sociale e culturale (art. 25). Se guardiamo poi al tessuto giurisprudenziale elaborato in ambito

---

“rinunciano alle cure”, ma persistono disuguaglianze territoriali e socioeconomiche, in *Quotidianosanità.it*, 29 settembre 2025, disponibile all'indirizzo: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=132270&fr=n](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=132270&fr=n).

<sup>15</sup> Sulla autonomia del valore della solidarietà nell'impianto costituzionale italiano v. A. RIVIEZZO, *Di norma solidale: Costituzione e progetto sociale nell'acquis della solidarietà*, Franco Angeli, Milano, 2024.

<sup>16</sup> Così V. ROTONDO, *Invecchiamento della popolazione e strumenti civilistici di protezione e promozione della persona anziana*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili. Questioni giuridiche, dilemmi etici*, Mimesis Edizioni, Milano-Udine, 2025, 171-172.

<sup>17</sup> Analogamente, nell'esperienza costituzionale del Novecento non si rinviene una esplicitazione di questo tipo. Anche la Costituzione spagnola, adottata a trenta anni di distanza dalla nostra Costituzione repubblicana (1978) all'art. 14 non pone il fattore dell'età tra le cause di possibili trattamenti discriminatori vietati: tale lacuna appare a F. FLORES GIMÉNEZ, *Los derechos de las personas mayores en el marco de un derecho de la vejez*, in *UNED. Teoría y Realidad Constitucional*, 56, 2025, 345, come un limite che andrebbe superato mediante una revisione formale sia dell'art. 14, sia dell'art. 50 nella parte in cui la norma si limita a ricollegare il diritto a pensioni adeguate all'aspetto economico (finalizzato esclusivamente all'obiettivo dell'autonomia economica nella terza età).

<sup>18</sup> Sul punto v. S. CATALANO, *Le discriminazioni in base al fattore età*, in AA.VV., *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali*, Vol II, *Questioni di diritto positivo*, a cura di M. TESSARO, ESI, Napoli, 2022, 315.

sovrana nazionale, ci accorgiamo che per la Corte di Giustizia UE l'attenzione verso l'età anziana è collegata in primo luogo alle possibili discriminazioni in ambito lavorativo e pensionistico<sup>19</sup>. Nel sistema regionale europeo di protezione internazionale dei diritti umani (Consiglio d'Europa) si deve ricordare la protezione sociale accordata agli anziani dalla Carta sociale europea (art. 23) così come applicata dal Comitato europeo per i diritti sociali. Per quanto riguarda l'apporto della Corte EDU, l'attitudine dei giudici di Strasburgo a interpretare evolutivamente le garanzie dei diritti dell'uomo declinati dalla Convenzione del 1950 non sembra in verità aver apportato particolare impulso alla collocazione dei diritti nella sfera della persona anziana: permane infatti la difficoltà di aggredire le criticità nel godimento dei diritti che si possono palesare con l'invecchiamento e per questa ragione è stata invocata la necessità di approvare un protocollo *ad hoc* che renda davvero «elderly sensitive» la protezione europea dei diritti dell'uomo<sup>20</sup>. Nella perdurante assenza di una garanzia esplicita nel sistema della CEDU, il profilo dell'età anziana è stato preso in considerazione dai giudici di Strasburgo all'interno dell'orbita argomentativa della vulnerabilità o della speciale vulnerabilità individuale (persona anziana malata e inferma ristretta in carcere, diritto alla cura e all'assistenza di persona anziana con difficoltà motorie, danni causati dalle lungaggini processuali a persone molto anziane) ovvero della (problematica) vulnerabilità riferita a un gruppo o a una categoria di persone<sup>21</sup>.

Analoga lacuna si registra a livello internazionale in quanto, nonostante l'azione pianificatrice dell'ONU si sia concretizzata già nel 1991 con l'adozione dei Principi delle Nazioni Unite per le persone Anziane e sia proseguita con il *Madrid Plan* del 2002, non è stata ad oggi approvata una Convenzione ONU sui diritti delle persone anziane<sup>22</sup>.

Tornando ai parametri costituzionali, rispetto all'impegno della Repubblica per rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona (art. 3, comma 2), appare ormai consolidata l'attenzione del giudice costituzionale nell'utilizzare

---

<sup>19</sup> Sui casi di discriminazione per età v. Report di ricerca sulla Giurisprudenza della Corte di Giustizia UE, a cura di F.G. PIZZETTI e G. ALBERICO, reperibile in <https://www.elvisproject.it/wp-content/uploads/2025/06/Report-ELVIS-Giurisprudenza-CGUE.pdf>.

<sup>20</sup> Così B. MIKOLAJCZYK, *Is the ECHR ready for global ageing?*, in *The International Journal of Human Rights*, 2013, 524.

<sup>21</sup> F. MACIOCE, *La vulnerabilità di gruppo. Funzioni e limiti di un concetto controverso*, Giappichelli, Torino, 2021, 25 ss. La peculiare vulnerabilità degli anziani rispetto alle ondate di calore estive collegate ai cambiamenti climatici è stata portata all'attenzione della Corte EDU nel caso *Verein KlimaSeniorinnen Schweiz and Others v. Switzerland* (Grande Camera, sentenza del 9 aprile 2024 (Ricorso n. 53600/20): pur riconoscendo il valore degli studi internazionali che evidenziano la stretta connessione tra le ondate di calore e l'aggravamento delle condizioni di salute degli anziani, la Corte ha escluso che da quei dati si possa desumere il bisogno di speciale protezione nei loro confronti e si è concentrata sulla violazione dell'art. 8 CEDU.

<sup>22</sup> In data 6 ottobre 2025, Il Consiglio per i diritti umani dell'ONU ha approvato, senza votazione, una bozza di risoluzione A/HRC/60/L.15 sui diritti delle persone anziane. Sullo stato dei negoziati e sul possibile apporto di una Convenzione ONU in materia di *Ageing* rinvio al saggio di A. Lanciotti, in questo volume.



questo principio qualora la pienezza di un diritto fondamentale sia messa in discussione da norme legislative che talora dimenticano, se non addirittura aggravano, le condizioni di fragilità/vulnerabilità della persona<sup>23</sup>.

In realtà, oltre ai principi-valore sopra ricordati, la nostra Costituzione ci consente oggi di individuare le coordinate della sostenibilità (sociale) dell'invecchiamento: per inquadrare questo profilo è utile muovere dal riconoscimento implicito dello "sviluppo sostenibile" che può considerarsi tessuto nella trama costituzionale, dopo che la revisione in materia ambientale (legge cost. n. 1/2022) ha esplicitamente ricollegato l'impegno della Repubblica nella tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi con "l'interesse delle future generazioni" (art. 9 Cost.).

In realtà la cultura della sostenibilità era già entrata nel lessico costituzionale con la riforma del 2012 che ha formalizzato, nell'ottica di raggiungere la sostenibilità dei conti pubblici, il principio dell'equilibrio-pareggio di bilancio (artt. 81, 97 e 119 Cost.), aprendo così la strada agli studi sulla possibilità di immaginare un percorso in grado di salvaguardare, di fronte alla indifferibilità di ridimensionare il debito pubblico accumulato, la tenuta dei diritti e delle garanzie costituzionali nell'ottica di salvaguardare e rendere effettiva la convivenza solidale tra generazioni diverse<sup>24</sup>.

Per ricercare le premesse di una reale ed effettiva sostenibilità sociale alla luce delle problematiche che emergono dall'*Ageing* è necessario dunque riannodare i fili di quelle declinazioni del principio di sostenibilità nella parte in cui coinvolge il rapporto tra generazioni: qui la ricerca dell'equilibrio intergenerazionale è evidentemente legata al rapporto tra le generazioni di coloro che oggi sono giovani e di quelle che rientrano nel multiforme panorama degli anziani.

La sfida è dunque quella di immaginare, alla luce dei dati che abbiamo e delle proiezioni statistiche per il futuro, una convivenza armoniosa tra diritti/bisogni/doveri degli anziani di oggi e di coloro che anziani lo diventeranno nei prossimi decenni. Questa sfida è quantomai concreta e si fonda su dati oggettivi incontrovertibili e sulla ragionevole aspettativa di chi oggi vive in salute la sua giovinezza/maturità di avere, nella prospettiva naturale dell'invecchiamento, garanzie, opportunità e diritti. L'invecchiamento pone dunque tutti i pubblici poteri dinanzi alla necessità di

---

<sup>23</sup> Mi riferisco alla giurisprudenza in cui la Corte utilizza questo principio fondamentale: da ultimo v. Corte cost. sent. n. 3/2025, par. 4.2 del *Considerato in diritto*, che ha dichiarato incostituzionale la norma del codice dell'amministrazione digitale che impediva la firma digitale per la sottoscrizione delle firme necessarie per la presentazione di candidature alle elezioni, finendo per rendere inutilmente gravoso, complesso e tortuoso l'esercizio dei diritti politici (artt. 48 e 49 Cost.) da parte di una persona affetta da sclerosi multipla.

<sup>24</sup> Cfr. D. PORENA, *Il principio di sostenibilità. Contributo allo studio di un programma costituzionale di solidarietà intergenerazionale*, Giappichelli, Torino, 2017, 197 ss., nel descrivere le diverse "materie" in cui si declinava il principio di sostenibilità muove appunto dalla centralità dell'obiettivo della sostenibilità del debito pubblico, alla luce della riforma introdotta dalla legge cost. n. 1/2012, e quindi ragiona sulle prospettive della sostenibilità/mantenimento del sistema sanitario universalistico per poi ricostruire il concetto di sviluppo sostenibile per come codificato nella normativa nazionale e sovranazionale in materia di tutela dell'ambiente introdotta a partire dagli anni Settanta del secolo scorso.

immaginare strumenti di intervento e politiche in grado di non perdere mai di vista questo fondamentale aspetto della sostenibilità sociale.

In questo quadro di diritti, doveri e interessi da ricomporre e riequilibrare non si può dimenticare lo squilibrio nei rapporti tra i generi: il peso della cura degli anziani coinvolge la vita (lavorativa, familiare e sociale) delle donne in misura nettamente più estesa rispetto agli uomini di pari età e questo genera non solo un *gap* nella equa distribuzione dei compiti di cura tra i sessi, ma potrebbe nel lungo periodo produrre effetti negativi sulla sostenibilità sociale di un fenomeno che coinvolge inevitabilmente la dimensione lavorativa delle donne (possibili lacune contributive per i periodi di cura dei figli ai quali si sommano altrettanti problemi a svolgere appieno l'attività lavorativa ai tempi della cura dei genitori anziani e malati) e quindi in prospettiva generare condizioni sociali ed economiche precarie nell'età anziana (difficoltà nel raggiungimento della pensione e riduzione significativa dell'assegno medesimo nonché difficoltà a fare fronte alle eventuali cure di lungo periodo in caso di non autosufficienza)<sup>25</sup>.

## 2. Cultura e politiche per l'Active Ageing

La rivoluzione della longevità è accompagnata dalla narrazione e dallo studio trasversale (in ambito medico e psicologico come anche nelle scienze sociali e umane) della vecchiaia che ha subito un radicale mutamento di prospettiva già negli anni Ottanta del secolo scorso quando è emersa la concettualizzazione dell'*ageing well* spesso associato agli aggettivi che connotano il processo di *Active Ageing* con riferimento allo stato di buona salute (*healthy*), all'essere produttivi (*productive*), all'essere persone gratificate (*successful*).

La definizione a livello globale di *Active Ageing* è arrivata all'inizio di questo secolo quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ricollegato questa nozione al processo che porta a ottimizzare le opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di sviluppare la qualità della vita.

La nozione di *Active Ageing* appare quindi nel II piano internazionale d'azione adottato a Madrid dalle Nazioni Unite (2002) in cui furono dettati i principi in grado di guidare in tutte le aree del mondo politiche in grado di affrontare le conseguenze collegate al repentino e inarrestabile cambiamento demografico della popolazione che invecchia, a cominciare dall'Europa che detterà una agenda per la ricerca

---

<sup>25</sup> Cfr. lo studio di N. DE LA VEGA, S. FEDERMAN, *The Aging Parent Penalty Across Countries* (November 04, 2024), disponibile all'indirizzo: <https://ssrn.com/abstract=5024306>. Il divario in questione potrebbe altresì aggravare la potenziale povertà retributiva delle donne e metterle nella condizione di non poter pagare le cure nell'ultima fase della loro vecchiaia. Sulle questioni relative ai costi della LTC in Europa e sulla necessità di immaginare per tempo soluzioni in merito all'organizzazione e gestione di persone molto anziane bisognose di assistenza continua nell'ultima parte della loro età anziana v. da ultimo i dati riportati in *A crisis in long-term care of Europe's elderly The costs of neglect are huge*, in *The Economist*, 25 settembre 2025.

nell'ambito del Settimo Programma Quadro della Commissione europea per pianificare politiche, azioni e iniziative nella prospettiva dell'*Active Ageing*<sup>26</sup>.

Le critiche che in ambito scientifico sono state rivolte al modello e alla cultura sottostante l'*Active Ageing* contestano il fatto che si tratterebbe di una visione che raramente tiene conto delle esigenze e delle esperienze di vita dei singoli, giacché l'essere nato in un determinato ambiente o parte del mondo, avere goduto di un certo livello di istruzione e di relazioni sociali sono tutti fattori che hanno un grande impatto sulla possibilità di arrivare alla terza età in buona salute, inseriti in una solida rete lavorativa e di relazioni sociali<sup>27</sup>.

Proprio al fine di includere la complessità delle precondizioni individuali e sociali che possono favorire l'invecchiamento attivo, la Commissione europea, insieme con la Commissione economica delle nazioni unite (UNECE) ha redatto un documento che reca tutta una serie di indicatori (Indice per l'invecchiamento attivo) composto di ventidue indicatori raggruppati all'interno degli spazi dell'occupazione, delle attività sociali, della vita autonoma in salute e in sicurezza e dell'ambiente in grado di favorire l'invecchiamento attivo<sup>28</sup>.

In una recentissima ricerca scientifica (pubblicata da *Nature Medicine*) svolta a livello globale su quaranta paesi si prende atto della necessità di indagare i fattori di rischio e i fattori di protezione rispetto a degenerazioni di tipo fisico e psichico negli anziani tenendo in considerazione anche l'ambiente socio-politico di riferimento: anche sistemi politici fortemente polarizzati e contrapposti incidono sui fattori di rischio, nel senso che inducono politiche talora contrastanti e facilitano la precaria risposta dei sistemi di welfare sanitario, aumentando così le probabilità di produrre sistemi inefficienti e incapaci di rispondere al bisogno di cura degli anziani. La conclusione è che per avere davvero un invecchiamento sano è necessario svolgere azioni e trovare soluzioni integrate a livello ambientale, sociale e politico<sup>29</sup>.

<sup>26</sup> Sul legame tra la rivoluzione della longevità e la nozione di *Active Ageing* v. A. KALACHE, I. VOLCHER, M. LOUVISON, *Active Aging and the Longevity Revolution*, in F. ROJO-PÉREZ, G. FERNÁNDEZ-MAYORALAS (a cura di), *Handbook of Active Ageing and Quality of Life*, Springer, Cham, 2021, 43 ss.

<sup>27</sup> Su questa letteratura si rinvia a A. SERPE, *Active Ageing tra scienza e diritto. Trionfo o sfida?* In *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali*, vol. I, *Questioni critiche*, a cura di D. VELO DALBRENTA, ESI, Napoli, 2022, 179 ss., 202, ove si mette in guardia dal rischio di ghettizzare e acuire ulteriormente la precarietà di quella porzione di anziani che per condizioni personali e sociali di svantaggio originarie non potrebbe rientrare nel modello di *Active Ageing*.

<sup>28</sup> UNECE, European Commission, *Active Ageing Index 2014: Analytical Report*, Geneva (United Nations Economic Commission for Europe), Brussels (European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion), 2015. Fotografa la situazione dell'invecchiamento attivo in Italia il documento ISTAT, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma 2020, (<https://www.istat.it/it/files/2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia.pdf>): utilizzando l'*Active Ageing Index*, l'Italia ha applicato quei parametri (occupazione, partecipazione sociale e culturale, mantenimento dell'autonomia nei diversi contesti esaminati) a livello regionale.

<sup>29</sup> H. HERNANDEZ, H. SANTAMARIA-GARCIA, S. MOGUILNER *et al.*, *The exposome of healthy and accelerated aging across 40 countries*. *Nat Med* 31, 3089-3100 (2025). <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03808-2>.

Queste recentissime evidenze scientifiche sembrano confermare l'importanza di valutare in modo appropriato tutte le plurime componenti in grado di prefigurare l'andamento del processo di invecchiamento in una società longeva, in modo da fornire al decisore pubblico e agli operatori politici un quadro che esprima tutta la complessità e le sfumature di un processo naturale che è destinato ad avere un ruolo sempre più centrale nella gestione della cosa pubblica.

### **3. L'invecchiamento attivo nell'ottica della solidarietà tra generazioni. Il lavoro e la vita sociale**

L'esistenza di almeno dieci milioni di anziani pensionati che godono oggi di buona salute è un dato degno di considerazione sul quale si sono già innestate ricerche e sperimentazioni volte a creare le condizioni oggettive e strutturali presso le imprese per incentivarle a garantire il diritto al lavoro di questa fascia di popolazione.

Non si tratta in realtà di rimediare solo al calo di produttività collegato al processo, assai marcato in Italia, di riduzione progressiva della forza lavoro in virtù della denatalità. Premesso che non si può fare finta di non vedere ciò che già siamo in grado di prevedere, ovverosia una riduzione progressiva del numero di individui in età lavorativa nei prossimi decenni con un conseguente squilibrio rispetto al monte di anziani che fruiscono di pensione, è opportuno ragionare sulle forme di intervento capaci di rimediare a questa realistica previsione<sup>30</sup>.

In un'ottica di promozione della solidarietà tra generazioni si dovrebbe valorizzare il legame tra anziani ai quali viene garantito il diritto al lavoro, nelle forme e nei limiti che gli accordi sindacali con le imprese sono in grado di definire, e giovani che si avviano al percorso lavorativo in azienda essendo affiancati da figure professionali più mature. Per questa via, mediante gli opportuni interventi normativi volti a disciplinare questo tipo di prestazione lavorativa, si possono ottenere benefici che coinvolgono diverse fasce di età. I benefici interesserebbero oltre all'anziano ultrasessantacinquenne in pensione, i lavoratori maturi vicini all'età pensionabile, che potrebbero essere preparati al lavoro da prestare subito dopo il raggiungimento dell'età pensionabile, e i giovani NEET (*Not in Education, Employment or Training*)<sup>31</sup> che avrebbero l'opportunità di fruire dell'esperienza degli

---

<sup>30</sup> Elaborando i dati ISTAT, R. Fratini, S. MENGHINELLO, *Crescita economica, lavoro e declino demografico in Europa e in Italia*, in *Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica*, a cura di C. ALESSI, W. CHIAROMONTE, M. ESPOSITO, V. FILÌ, M. GAMBACCIANI, M. TIRABOSCHI, ADAPT University Press, Bergamo, 2025 ([www.adapt.it](http://www.adapt.it)), 191-192, evidenziano la marcata riduzione della popolazione nella fascia più matura (25-54 anni) con un calo del 12%, mentre si registra un netto aumento in percentuale delle fasce di popolazione *senior* (55-64 e oltre i 65 anni) in parte ancora attiva ovvero vicina al pensionamento. Risulta molto marcata la flessione della popolazione giovanissima (0-14 anni).

<sup>31</sup> I dati su questa categoria di giovani totalmente inattivi sono reperibili in [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Labour\\_market\\_statistics\\_at\\_regional\\_level#Unemploy](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Labour_market_statistics_at_regional_level#Unemploy)

anziani attivi nel loro fondamentale percorso di formazione e avviamento al lavoro<sup>32</sup>.

Qualora il legislatore si facesse carico di questa necessità non dovrebbe adottare norme settoriali, ma avrebbe bisogno di un approccio alle garanzie dei diritti ispirato alla logica che abbiamo evidenziato in apertura. Non ci sono interessi o diritti di singole categorie potenzialmente in conflitto (anche se per un lungo periodo ha dominato la narrazione del “conflitto” tra pensionandi trattenuti al lavoro e nuovi potenziali assunti), ma si tratta piuttosto di concepire le relazioni più sostenibili tra le diverse generazioni avendo ben chiaro un obiettivo multiforme. Tale obiettivo vorrebbe coniugare l’esigenza di mantenere un livello adeguato di produttività con la sostenibilità dei rapporti tra generazioni diverse mediante la valorizzazione delle strategie utili a mantenere la compresenza di diverse generazioni sul mercato del lavoro<sup>33</sup> e di cogliere i frutti delle politiche per l’invecchiamento attivo.

Attraverso questa chiave interpretativa possono dunque essere concretamente sviluppate, con il necessario ausilio delle regioni nelle materie di loro competenza, le diverse politiche per l’invecchiamento attivo descritte nel d.lgs. n. 29/2024 che vede nei luoghi di lavoro un volano per organizzare forme di partecipazione al lavoro delle persone anziane attraverso il coinvolgimento, da parte del datore di lavoro, di personale in età anziana eventualmente anche in modalità agile in armonia con la disciplina dettata dai contratti collettivi nazionali di settore vigenti<sup>34</sup>.

La pubblica amministrazione sembra in verità aver colto l’importanza di gestire nelle migliori condizioni l’invecchiamento dei propri lavoratori avendo inserito nel nuovo contratto collettivo l’*age management*<sup>35</sup>. Si tratta di un complesso di pratiche volte a garantire la fruttuosa e reciproca collaborazione tra le diverse generazioni di lavoratori con l’obiettivo di aumentare la produttività e garantire la qualità del lavoro in un ambiente fondato su relazioni possibilmente armoniose. L’affiancamento dei

---

ment. Per l’Italia emerge il triste primato di due regioni del sud ove il tasso di occupati (20-64) è in assoluto il più basso dei paesi UE (Calabria 48,5% e Campania 49,4%); per l’elevato tasso (minimo 25%) di giovani NEET si segnalano ancora Sicilia (25,7%) e Calabria (26,2%), mentre i livelli più bassi si registrano in Olanda, Germania e Rep. Ceca, specie nelle zone sviluppate e urbanizzate in cui è più facile per i giovani integrarsi nel mercato del lavoro.

<sup>32</sup> Sull’esperienza maturata nell’ambito di associazioni di promozione sociale e sulla necessità di rivedere la normativa e le relazioni tra le parti sociali per rendere stabile ed effettiva questa sperimentazione, v. G. PACINI, *Per una longevità generativa di valore per la società. L’evoluzione demografica in corso impone un ridisegno dei ruoli delle diverse fasce d’età*, in V. BOFFO, M. BERTANI, D. BRAMANTI, R. CHATTAT, L. FORMENTI (a cura di), *Accompagnare la longevità*, cit., 607 ss.

<sup>33</sup> Cfr. S. SONNATI, *Il diritto del lavoro tra cambiamenti demografici e “questione generazionale”: verso la costruzione di un indice di giustizia intergenerazionale*, in *Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica*, cit., 121 ss.

<sup>34</sup> Così art. 5, d.lgs. n. 29/2024.

<sup>35</sup> Inserito nell’art. 27 intitolato “Obiettivi e strumenti di age management” del Contratto collettivo nazionale “funzioni centrali” della PA: sul punto v. A. FEOLI, *Nella PA arriva la novità dell’age management*, in *LaVoce.info*, 19 marzo 2025, disponibile all’indirizzo: <https://lavoce.info/archives/107391/nella-pa-arriva-la-novita-dellage-management/>.

neoassunti a lavoratori *senior* dovrà convivere con la flessibilità lavorativa da riconoscere ai dipendenti più anziani affinché sia loro garantito il diritto al lavoro in condizioni che riducano lo stress lavorativo e al contempo valorizzino l'esperienza da loro maturata.

Risponde alla stessa logica e presuppone analogo sforzo organizzativo e attenta analisi delle relazioni tra generazioni il coinvolgimento degli anziani nelle attività di utilità sociale e di volontariato: anche in questo ambito le istituzioni scolastiche, in stretta collaborazione con i centri di promozione sociale, le organizzazioni di volontariato, gli enti locali ovvero i soggetti appartenenti al terzo settore, possono inserire nell'offerta formativa iniziative rivolte a prevenire forme di emarginazione sociale delle persone anziane<sup>36</sup>. Per le stesse finalità di inclusione e di prevenzione della marginalizzazione degli anziani le regioni e gli enti locali possono realizzare iniziative in grado di sostenere l'integrazione sociale degli anziani e il contatto con le nuove generazioni<sup>37</sup>. Anche il servizio civile universale è stato ripensato per essere rivolto a persone anziane e risponde alla logica dell'integrazione tra il bisogno di protezione di alcune fasce di persone anziane e la possibilità di favorire il dialogo tra generazioni nell'ottica di promuovere l'inclusione delle persone anziane nella vita sociale, economica e culturale<sup>38</sup>.

Le norme sopra richiamate forniscono un quadro di principi e criteri che attendono di essere concretamente realizzati nelle differenti realtà regionali. L'odierno panorama delle regole regionali è assai variegato, dal momento che in alcune regioni la disciplina dell'invecchiamento attivo è stata introdotta diversi anni prima del d.lgs. n. 29/2024, mentre in altre la normativa è più recente e comunque non in tutte le realtà regionali esistono regole specifiche sulla promozione dell'invecchiamento attivo. La "Repubblica delle autonomie" è quindi chiamata a rendere effettivi sul territorio opportunità, diritti e formazione necessari per organizzare efficacemente la società longeva, eventualmente anche attraverso un intervento di armonizzazione da parte del legislatore nazionale, proprio alla luce delle priorità e delle regole ora definite dal decreto legislativo sopra citato. È del resto evidente che un simile coordinamento nazionale dovrebbe essere in grado di prevedere risorse economiche vincolate alla realizzazione da parte delle regioni dei (plurimi) obiettivi in materia di invecchiamento attivo<sup>39</sup>.

---

<sup>36</sup> Cfr. art. 6, comma 1, d.lgs. n. 29/2024.

<sup>37</sup> Le iniziative di cui all'art. 6, comma 2 comprendono l'agricoltura sociale, gli orti e il giardinaggio urbano in collaborazione con i ragazzi, l'insegnamento presso istituti scolastici da parte di persone collocate in quiescenza, le azioni di formazione per favorire la costruzione di competenze finanziarie negli anziani, onde prevenire truffe a loro danno, e favorire la conoscenza di stili di vita finalizzati al mantenimento di buone condizioni di salute.

<sup>38</sup> Così art. 14, d.lgs. n. 29/2024.

<sup>39</sup> I dati aggiornati sulla realtà normativa regionale si possono leggere in L. CASSETTI, S. ROTOLO, *Report di ricerca Invecchiamento attivo*, in *elvisproject.it*, disponibile all'indirizzo: <https://www.elvisproject.it/wp-content/uploads/2025/06/Report-Invecchiamento-ELVIS-definitivo.pdf>. Cfr. D.

#### 4. Lo squilibrio tra generazioni e le proiezioni sui costi delle cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti. Il compito di cura e il diritto alla cura nel quadro della non discriminazione e della solidarietà

L'urgenza di riprogrammare le relazioni tra le generazioni anziane e le fasce più giovani della popolazione si comprende anche con riferimento alla fondamentale esigenza di trovare un equilibrio tra il bisogno crescente di cure di lungo periodo e il reperimento delle risorse per farvi fronte.

Un recente articolo pubblicato su un noto settimanale britannico descrive il problema dello squilibrio tra la velocità dell'invecchiamento, specie nel sud Europa, e il numero crescente di giovani laureati che emigrano in altri paesi. Questa realtà sembra essere particolarmente evidente in Italia, dove, a fronte di un'età media di 49 anni, il 2,8% dei giovani laureati (tra i 25 e i 34 anni) ha deciso di lasciare il paese nel 2021<sup>40</sup>.

La crescita dei costi per l'erogazione delle cure di lungo termine si inserisce drammaticamente nell'attuale contesto delle politiche sanitarie nel nostro paese in cui domina il problema della formazione e della remunerazione del personale medico e socio sanitario.

È indispensabile proiettare nei decenni a venire la stima dei costi derivanti dalle cure di lungo periodo e immaginare per tempo strumenti capaci di intervenire in modo efficace, a partire dalla elaborazione di politiche per l'invecchiamento attivo che, ove possibile, potrebbero assottigliare la fascia di popolazione anziana bisognosa di quel tipo di assistenza. Dall'altro lato occorre altresì classificare con attenzione e rigore il grado di fragilità e di declino funzionale e cognitivo degli anziani e dei grandi anziani con l'obiettivo di fornire ai decisori pubblici i dati per programmare interventi e prevedere i costi di un siffatto approccio integrato fondato sulle specifiche esigenze dei singoli<sup>41</sup>. Questo approccio analitico mira altresì a verificare il possibile coinvolgimento nel metodo di cura dei supporti informatici che possono essere utilizzati dagli anziani (ovverosia da quelli che sono in grado di usarli) per il monitoraggio e l'assistenza a distanza<sup>42</sup>.

---

BUTTURINI, I. CARLOTTO, *Il diritto all'invecchiamento attivo nella prospettiva giuridica multilivello*, in AA.VV., *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali*, Vol. II, *Questioni di diritto positivo*, cit., 267 ss., 305; L. DORATO, M. ROSPI, *Per un nuovo patto intergenerazionale: spunti per una proposta di legge-quadro per l'invecchiamento attivo*, in *federalismi.it*, 8, 2021, 112; R. CARIDÀ, *Invecchiamento attivo e ruolo delle regioni*, in *dirittifondamentali.it*, 1, 2019, 11.

<sup>40</sup> *A crisis in long-term care of Europe's elderly*, in *The Economist*, Sept., 11th 2025.

<sup>41</sup> È l'oggetto dell'importante studio clinico (rientrante nel Progetto *AgeIt.it*) descritto da C. OKOYE, L. CUFFARO et al., *Multicomponent interventions and technologies to reduce the burden of frailty, functional, and cognitive decline: insights from the Age-It Research Program*, in *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2025, 80(S2), 180 ss.

<sup>42</sup> Sul *digital divide* degli anziani in relazione all'accesso alle cure rinvio al contributo di A. PAPA e ai saggi contenuti nella parte III di questo volume sul tema dell'anziano nel mondo digitale.

In effetti con il d.lgs. n. 29/2024, adottato in attuazione dei principi della legge delega n. 33/2023, il nostro paese ha messo mano alla riforma dei benefit riservati agli anziani non autosufficienti, immaginando un aumento dell'importo dell'assegno che però avrà una durata biennale (2025-26): si tratta in verità di una riforma adottata in via sperimentale e si stima che, per le risorse oggi a disposizione, la stessa possa interessare solo una fetta marginale rispetto al totale dei potenziali beneficiari<sup>43</sup>. Come è noto, la suddetta normativa è intimamente legata al raggiungimento degli obiettivi del PNRR, in particolare per la parte in cui si richiede un imponente sforzo di riorganizzazione e potenziamento dei servizi sanitari nel quadro della ridefinizione dei servizi territoriali e dell'evoluzione dei servizi di telemedicina<sup>44</sup>.

La prospettiva di favorire la cura a domicilio degli anziani non autosufficienti, funzionale al risparmio dei costi dovuti alla ospedalizzazione e al mantenimento di condizioni di vita più sicure e protette per anziani che sono spesso affetti da una pluralità di patologie, ha bisogno di una attenta pianificazione dei compiti di cura, compiti che a oggi sono in larghissima misura legati all'impiego di assistenti personali ovvero familiari che si occupano dell'anziano.

È un universo complesso caratterizzato da due fattori fondamentali: da un lato la cura degli anziani è affidata alla dimensione privata/familiare e il lavoro è molto spesso irregolare; dall'altro lato sappiamo che vi è una netta prevalenza di donne che svolgono le funzioni di *caregivers*. Entrambe questi profili sono altamente problematici sotto il profilo delle garanzie costituzionali.

Il carattere informale e non riconosciuto del lavoro di cura sembra essere ormai una costante nei paesi più avanzati, ma nel lungo periodo questo approccio non favorisce il raggiungimento di un obiettivo sacrosanto, ovvero sia il rapporto equilibrato tra la (elevata) domanda di cura, già oggi presente nelle nostre società, e l'offerta di personale formato e strutture professionali in grado di assolvere a quei

---

<sup>43</sup> *Riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti al palo. Il Patto per un nuovo welfare: "Rischiamo di muoverci troppo tardi", Il Fatto Quotidiano, 22.10.2025.* Per una critica dell'approccio adottato dal d.lgs. n. 29/2024 sulle misure per la non autosufficienza, v. G. LAMURA e C. RANCI, *Per la non autosufficienza è tempo di riforma* (1 aprile 2022), disponibile in <https://lavoce.info/archives/94136/per-la-non-autosufficienza-e-tempo-di-riforma/>.

<sup>44</sup> Cfr. art. 1, comma 1, legge n. 33/2023, ove si fa riferimento alla normativa nazionale sulla gestione in ambito locale dei servizi alla persona e alla famiglia in attuazione dei programmi di cui alla Missione 5, componente 2, riforma 1.2 del PNRR e in armonia con gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel settore sanitario nazionale in attuazione della Missione 6, componente 1, riforma 1 del PNRR. La componente 2 della Missione 5 (Coesione sociale e inclusione) coinvolge la creazione di "infrastrutture sociali" funzionali alla realizzazione di politiche a sostegno delle famiglie, dei minori, delle persone con gravi disabilità e degli anziani non autosufficienti. La componente 1 della Missione 6 (Salute) ricomprende la creazione di presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare (per raggiungere il 10% della popolazione con più di 65 anni, in particolare coloro che hanno patologie croniche o non sono autosufficienti), lo sviluppo della telemedicina e l'assistenza remota e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.



compiti. Ripensare e programmare le cure di lungo periodo resta un obiettivo cruciale sia per gli anziani di oggi che ne hanno bisogno, sia per le future generazioni di anziani e di *caregivers*<sup>45</sup>.

Il fatto poi che le donne siano prevalentemente coinvolte nella gestione di questi compiti finisce nel lungo periodo per accentuare il loro *handicap* sul versante del mercato del lavoro, con importi salariali insufficienti e quindi la maturazione di un monte contributivo insufficiente: sappiamo del resto che le donne patiscono le suddette conseguenze sfavorevoli già in età fertile (per via del congedo per maternità) e il fatto di essere poi responsabili della cura degli anziani contribuisce ad acuire il rischio di povertà in età avanzata. Da qui la prospettiva non certo rosea di una sostanziale difficoltà economica delle donne nell'età anziana, ivi inclusa la probabile e inevitabile difficoltà nell'accesso e nella fruizione delle costose cure di lungo termine<sup>46</sup>.

Su questo fronte va rilevato l'attivismo delle nostre regioni nella adozione di norme per la disciplina dei compiti di cura, anche se una recente indagine dell'OCSE mette in luce alcune gravi criticità nella gestione del fenomeno, criticità che si riferiscono all'assenza di una completa ed efficace mappatura delle persone che sul territorio svolgono tali funzioni e quindi una sostanziale difficoltà nel costruire e quindi poi gestire politiche appropriate ed efficaci<sup>47</sup>.

Rispetto a queste problematiche e criticità l'obiettivo politico di favorire per quanto possibile l'efficienza delle cure domiciliari per gli anziani non autosufficienti dovrebbe essere inquadrato in una ben più solida consapevolezza delle molteplici sfaccettature della cura.

Il tema è stato approfondito in un recentissimo parere reso dalla Corte Interamericana dei Diritti Umani su richiesta dell'Argentina<sup>48</sup> in merito alla possibilità di enucleare l'autonomia giuridica del "diritto alla cura" rispetto agli altri diritti economico-sociali ai quali è strettamente connesso e quindi precisare gli obblighi degli stati parte della Convenzione Americana sui Diritti Umani e di quelli che hanno ratificato la Convenzione Interamericana sulla protezione dei diritti umani delle

---

<sup>45</sup> Così UN, Department of Economic and Social Affairs, *Leaving No One Behind In An Ageing World. World Social Report 2023*, cit., 19.

<sup>46</sup> Cfr. N. DE LA VEGA, S. FEDERMAN, *The Aging Parent Penalty Across Countries* (November 04, 2024, rev. 31 July 2025), Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=5024306>. Sui problem di accesso alle long term care v. OECD, Health Policy Studies, *Is Care Affordable for Older People?*, OECD Publishing, Paris, 2024.

<sup>47</sup> Cfr. OECD (2025) *Verso un'integrazione strutturale e sistemica delle cure domiciliari iper non autosufficienti in Italia*, OECD Publishing, Paris, 2025. Sul rischio di povertà in età anziana particolarmente elevato per le donne v. V. CAPPELLATO, E. MERCURI, *Ageing in Italy: policies and meaning*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, Fascicolo Speciale, dicembre 2023, 48; F. ZANASI, M. ALBERTINI, *Il peso della cura: disuguaglianze sociali nel "caregiving" informale in Italia*, in *Stato e mercato*, n. 2/2025, 178 ss.

<sup>48</sup> Corte IDU, *El Contenido y el Alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos*, Opinión Consultiva OC-31/25 de 12 de Junio de 2025 solicitada por la República Argentina.

persone anziane approvata nel 2015<sup>49</sup>. Nel parere si afferma l'esistenza di un autonomo diritto umano alla cura, enucleabile alla luce della protezione accordata dalle suddette convenzioni ed è interessante l'analisi delle sue specifiche componenti, dal momento che su alcune di queste vi sono osservazioni specifiche e puntuali sulla condizione dell'anziano. Le componenti di questo diritto umano sono tre e comprendono il diritto di prendersi cura (*cuidar*), il diritto ad essere curati (*ser cuidados*) e il diritto delle persone che sono impegnate nei compiti di cura a mantenere un livello soddisfacente di benessere materiale e spirituale (*autocuidado*)<sup>50</sup>.

Rispetto ai possibili destinatari del diritto di essere curati, i giudici interamericana precisano che, a differenza di altre categorie sociali (bambini e adolescenti ad esempio), le persone anziane non costituiscono in gruppo omogeneo, giacché le condizioni effettive (salute, indipendenza, relazioni sociali) di coloro che hanno più di sessanta o sessantacinque anni possono variare e non necessariamente si tratta di persone etichettabili come "bisognose di cure". Per la categoria specifica di anziani che hanno bisogno di assistenza si chiariscono piuttosto le responsabilità degli Stati che dovrebbero agire secondo il principio di corresponsabilità (intervenire quando la famiglia o la società non può farlo) e garantire agli anziani non autosufficienti cure adeguate che tengano in considerazione il valore della dignità, la sicurezza e la protezione da ogni forma di violenza.

Nella consapevolezza della sproporzione tra i generi nella distribuzione delle cure informali (per le quali non è corrisposta alcuna retribuzione) la Corte sottolinea la necessità che siano garantite le premesse per consentire alle donne che curano il mantenimento di condizioni di benessere materiale e morale, in nome del principio di corresponsabilità sociale e familiare. Appare quindi quantomai necessario l'impegno delle istituzioni statali a riconoscere il lavoro di chi presta le cure (anche in modalità informale) in quanto si tratta di un'attività umana essenziale per il rafforzamento dei legami tra le persone in nome del principio di solidarietà e per il mantenimento della coesione sociale<sup>51</sup>. Nella prospettiva della palese e inaccettabile distribuzione iniqua dei compiti di cura che gravano in massima parte sulle donne

---

<sup>49</sup> Nel 2022 la Commissione Interamericana dei diritti umani aveva pubblicato un documento in cui sono riassunti gli obblighi degli stati parte della Convenzione Interamericana sui diritti delle persone anziane e le misure adottate dai singoli stati per dare concreta esecuzione ai diritti in questione (*Human Rights of the elderly and national protection systems in the Americas*, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 397/22, December 31, 2022). Sul valore di questa convenzione internazionale regionale rinvio a L. CASSETTI, *L'integrazione attraverso i diritti: le persone anziane tra Europa e America latina, in El futuro de las relaciones eurolatinoamericanas: Hacia una Integración sostenible y estratégica*, Conference Proceedings, Atti del Convegno "XI Congreso Eurolatinoamericano sobre Integración Jurídica, Económica y Político-Social" (Perugia 28-29-30 October, 2024, realized within the activities of the "BALDUS" (Building the Age of a Lawful and Sustainable Data-Use) Project funded by the EACEA-Erasmus + Programme n. 101047644), 286 ss.; EAD., *Un patto sociale e una prospettiva culturale a sostegno delle politiche per le persone anziane*, in F. ABBONDANTE, C. CAPOLUPO, M. GALDI, A.M. NICO (a cura di), *L'arte del dialogo. Liber amicorum in onore di Salvatore Prisco*, ES, Napoli, 2025, 23 ss.

<sup>50</sup> Corte IDU, *El Contenido y el Alcance*, cit., parr. 114 e 115.

<sup>51</sup> Corte IDU, *El Contenido y el Alcance*, cit., par. 120.

che prestano le cure, i giudici sottolineano la menomazione di alcuni loro diritti sociali fondamentali quali il diritto al lavoro, il diritto alla sicurezza sociale e il diritto all'istruzione. Per rimediare a queste discriminazioni è necessario l'impegno dello Stato a riconoscere il compito di cura informale, renderlo compatibile con l'impegno lavorativo e formativo delle donne, con l'obiettivo di far emergere in definitiva anche il valore economico collegato a quelle attività <sup>52</sup>.

Le argomentazioni usate dai giudici interamericani, nella misura in cui costruiscono il diritto alla cura sulla base dei principi chiave della responsabilità condivisa, della eguaglianza e della solidarietà <sup>53</sup>, sono perfettamente nelle corde del nostro attuale quadro costituzionale: gli obiettivi costituzionali della realizzazione della dignità (a qualunque età), il divieto di discriminazioni, il principio solidaristico e l'impegno della Repubblica a rimuovere gli ostacoli che impediscono alle persone anziane la piena partecipazione allo sviluppo del paese se inquadrati all'interno della cornice della sostenibilità rappresentano solide basi per l'intervento programmato e coordinato del legislatore e per lo sviluppo della giurisprudenza.

Per attuare davvero questi principi non sono necessarie trasformazioni organizzative radicali, ma sarebbe indispensabile razionalizzare il sistema dell'assistenza e delle misure di intervento per l'invecchiamento attivo, dando attuazione piena e sviluppando ulteriormente la linea già indicata dai recenti interventi normativi collegati agli obiettivi del PNRR. In effetti, il decreto n. 29/2024 riconosce il valore sociale ed economico dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane non autosufficienti e permette il pieno coinvolgimento del *caregiver* nella definizione del piano di assistenza integrato, riconoscendo ai fini formativi quell'esperienza (art. 39). La recente approvazione da parte del Consiglio dei ministri di un disegno di legge sui *caregivers* potrebbe aggiungere un tassello importante ponendo la prima pietra del sistema che dovrebbe dare pieno riconoscimento giuridico e lavorativo ai compiti di cura <sup>54</sup>. Si tratta di primi passi ai quali deve fare seguito una costante programmazione di misure dotate di robusta copertura finanziaria non solo per consentire l'effettiva conciliazione dei tempi di vita attiva, lavorativa e sociale con i tempi della cura <sup>55</sup>, ma anche per dare un segnale di piena consapevolezza in merito al coinvolgimento delle diverse generazioni e delle varie fasce della società nella gestione dell'invecchiamento.

---

<sup>52</sup> Corte IDU, *El Contenido y el Alcance*, cit., parr.153 ss.

<sup>53</sup> Cfr. M.L. HENRÍQUEZ VIÑAS., S. RAGONE, *Caring for Rights: OC-31/25 and the Recognition of Care in Inter-American Human Rights Law*, *VerfBlog*, 2025/10/02, <https://verfassungsblog.de/right-to-care-iachr/>

<sup>54</sup> *Caregiver familiari*, approvato il disegno di legge dal Consiglio dei Ministri, 13 gennaio 2026, in <https://www.sanitainformazione.it/caregiver-familiari-approvato-il-disegno-di-legge-dal-consiglio-dei-ministri/>.

<sup>55</sup> Cfr. F. SCHIAVETTI, *Invecchiamento della popolazione e sostenibilità della sicurezza sociale: il ruolo dei caregivers familiari*, in *Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica*, cit., 105.

# Il valore aggiunto di una convenzione internazionale sulla protezione delle persone anziane

Alessandra Lanciotti\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. La difficoltà di definire la categoria protetta. – 3. Le fonti principali dei diritti delle persone anziane nel quadro degli strumenti di *soft law* adottati in seno alle Nazioni Unite. – 4. I diritti delle persone anziane nel sistema di protezione dei diritti umani attualmente vigente a livello universale. – 5. Il problema della tutela degli anziani nei contesti di guerra e crisi umanitaria. – 6. Considerazioni conclusive.

**ABSTRACT:** There are no binding human rights instruments that focus on the rights of older persons. Even though existing human rights treaties already provide some protection to the elderly, there can be identified both normative and implementation gaps. Such gaps require a more comprehensive convention that can frame the rights of the affected group more efficiently, also considering that, in the current scenario the applicable rules are scattered among a multitude of legal instruments.

This paper aims to examine whether and to what extent the international normative framework currently in force at a universal level can guarantee the protection of the rights of the older component of the population. Then, it evaluates what could be the added value of an *ad hoc* treaty capable of eliminating the specific forms of discrimination faced by the elderly. The adoption of such a treaty will require lengthy negotiations and will inevitably lead to compromises on many aspects. Nonetheless, such a new treaty, although incomplete in content, could still contribute to changing the current paradigm, removing attitudinal barriers, fostering the perception of elderly people as rights-holders, something that current legislation does not always manage to achieve.

## 1. Introduzione

La popolazione ultra-sessantenne è la parte della popolazione mondiale che ha registrato il più alto tasso di crescita, tanto che entro il 2050 si stima che le persone in età avanzata saranno oltre 2,1 miliardi, vale a dire due volte di più rispetto ai fanciulli al di sotto dei cinque anni d'età<sup>1</sup>. Questi dati sono indicatori di una rivoluzione silenziosa e dalle conseguenze imprevedibili per la società, che non può

---

\* Professoressa Ordinaria di Diritto internazionale, Università degli Studi di Perugia.

<sup>1</sup> World Health Organization, *Ageing and Health*, October 2025, <https://www.who.int/health-topics/ageing>; Human Rights Council, *Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*, 17 luglio 2024 (A/79/167), 3.

essere ignorata sul piano del diritto internazionale<sup>2</sup>. Al momento per le persone in età avanzata non esiste ancora un trattato a livello universale dedicato espressamente alla loro tutela, a differenza che per altre categorie o gruppi di persone ritenuti vulnerabili o a maggior rischio di subire discriminazioni nel godimento dei propri diritti, come i fanciulli, le donne, specie quelle che vivono in aree svantaggiate, le persone con disabilità, i lavoratori migranti o gli indigeni.

Ci sono già, invero, una serie di dichiarazioni di principi e raccomandazioni approvate a partire dagli anni Ottanta in vari consessi internazionali, di cui diremo in seguito, ma nessuno di questi strumenti è giuridicamente vincolante; sono atti di *soft law*, dunque di per sé non costituiscono fonte di diritti per la categoria considerata. Attualmente l'unico strumento di *hard law* in vigore è la convenzione regionale adottata dall'Assemblea generale dell'Organizzazione degli Stati americani il 15 giugno 2015, interamente dedicata alla protezione delle persone anziane<sup>3</sup>. Anche l'Unione Africana ha approvato nel 2016 il testo di un Protocollo, annesso alla Carta Africana dei diritti dell'uomo e dei popoli, sui diritti delle persone anziane in Africa, ma non è ancora in vigore<sup>4</sup>. Nel Vecchio Continente, invece, nessuna delle organizzazioni regionali che si occupano della tutela dei diritti ha adottato un trattato separato sul tema, benché se ne sia parlato sia nell'ambito del Consiglio d'Europa che dell'Unione europea da oltre un decennio<sup>5</sup>.

In questo lavoro ci proponiamo di esaminare se e in quale misura gli strumenti internazionali attualmente vigenti a livello universale siano in grado di garantire la tutela dei diritti della componente più vecchia della popolazione, al fine di valutare quale potrebbe essere il valore aggiunto di uno specifico strumento convenzionale universale *ad hoc*, in grado di eliminare le specifiche forme di discriminazione nei riguardi degli anziani. Non tratteremo della tutela dei diritti delle persone anziane nei sistemi regionali per ragioni di spazio<sup>6</sup>.

---

<sup>2</sup> Committee on Economic Social and Cultural Rights, *General Comment n. 6, Rights of older persons*, 8 dicembre 1995 (E/C.12/1995/16).

<sup>3</sup> *Convencion interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores* del 15 giugno 2015, in vigore da gennaio 2017, conta 13 Stati parti, [www.oas.org](http://www.oas.org). Si tratta di uno strumento piuttosto avanzato che, nei suoi 41 articoli, declina l'obbligo di eliminare ogni forma di discriminazione basata sull'età, ponendo l'attenzione su alcuni aspetti fondamentali che ben potrebbero essere considerati nel futuro trattato a livello globale. F. SEATZU, *Sulla convenzione dell'Organizzazione degli stati americani sui diritti delle persone anziane*, in *Anuario español de derecho internacional*, vol. 31, 2015, 349 ss.

<sup>4</sup> *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Older Persons in Africa* adopted on 31 gennaio 2016 <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-older-persons>.

<sup>5</sup> B. MIKOŁAJCZYK, *The Council of Europe's Approach towards Ageism*, in L. AYALON, C. TESH-RÖMER (eds.), *Contemporary perspectives on ageism*, vol. 19 *International perspectives on Aging*, Springer Open, 2018, 321 ss.; N. GEORGANTZI, *The European Union's Approach Toward Ageism*, *ibidem*, 341 ss.

<sup>6</sup> S. SOLIDORO, *La tutela degli anziani nel diritto internazionale: ultimi sviluppi nella prassi dei*

## 2. La difficoltà di definire la categoria protetta

Come in ogni strumento pattizio che si rispetti, per determinare l'ambito di operatività delle norme del futuro trattato in materia, sarà necessario affrontare la questione definitoria e individuare i contorni della categoria di persone protette dalle disposizioni ivi formulate. Ora, nel nostro caso, ciò comporta particolari problemi sia a livello terminologico, per trovare un termine univoco che definisca i soggetti titolari della protezione, sia a livello anagrafico, per stabilire la soglia minima d'età a partire dalla quale si è beneficiari delle norme convenzionali, al pari di quanto è avvenuto, ad esempio, nelle convenzioni sulla tutela dei fanciulli<sup>7</sup>. Sotto il primo profilo, e benché le espressioni impiegate sinora nei vari atti internazionali siano varie (*“the aged, the elderly, the third age, le troisième âge, seniores, pensioners, advanced age persons, older persons, personnes âgées, personas mayores”*), non c'è ancora una terminologia univoca, così come *“there is no typical older person”*<sup>8</sup>. Pertanto, in considerazione della difficoltà insite in qualsivoglia tentativo di classificazione di un gruppo di persone così eterogeneo e vario, non useremo un'espressione in particolare, né ci occuperemo della questione della soglia d'età minima. Invero, risulterebbe piuttosto difficile stabilire un limite basato sull'età biologica

---

sistemi europeo e interamericano di protezione dei diritti umani, in V. LORUBBO, M.G. BERNARDINI (a cura di), *Diritti umani e condizioni di vulnerabilità*, Erickson, Trento, 2023, 113 ss.; E. BACCIARDI, *La tutela civile degli anziani alla luce dell'art. 25 della Carta di Nizza*, in *Nuova giur. civ.*, 2015, 6, 20293; F. SEATZU, *op. cit.*, 349 ss.; F. VIGGIANI, *La tutela degli anziani nel diritto internazionale e l'implementazione domestica. Due casi di specie*, in *Ordine int. e dir. umani*, 2025, 405 ss., 415 ss. Per quanto attiene al sistema di protezione predisposto dalla CEDU, va notato come la Corte di Strasburgo abbia preso in esame, in casi molto diversi fra loro, la situazione di persone in età avanzata, sebbene nel testo convenzionale non vi sia alcun riferimento particolare ai diritti degli anziani. In argomento, A. TYMOFEYEVA, *Human Rights of Older Persons in the Case Law of the European Court of Human Rights*, in *Czech Yearbook of Public & Private International Law*, vol. 10, 2019, 266 ss., 268 s.; M. DE PAUW, *Interpreting the European Convention on Human Rights in the Light of Emerging Human Rights Issues: An Older Person's Perspective*, in *Human Rights & International Legal Discourse*, 2014, 235 ss.; B. MIKOLAJCZYK, *Is the ECHR ready for global ageing?* in *The Int. Journal of Human Rights*, vol. 17, 4, 2013, 518.

<sup>7</sup> La Convenzione sui diritti del fanciullo del 1989 definisce fanciullo (*child*) “ogni essere umano avente un'età inferiore a diciott'anni, salvo se abbia raggiunto prima la maturità in virtù della legislazione applicabile” (art. 1), mentre il suo Protocollo opzionale del 2000 ha aumentato l'età minima per la partecipazione diretta agli scontri a fuoco dai 15 ai 18 anni (art. 1) e ha vietato il servizio di leva o il reclutamento forzato al di sotto dei 18 anni (art. 2). Limite di età che invece resta di 15 anni nello Statuto della Corte penale internazionale per il crimine di guerra di arruolamento nell'esercito di bambini e il loro utilizzo nella partecipazione attiva alle ostilità (art. 8, par. 2, lett. b –xxvi e lett. e –vii).

<sup>8</sup> World Health Organization, *Challenges in responding to population ageing*: “Some 80-year-olds have physical and mental capacities similar to many 30-year-olds. Other people experience significant declines in capacities at much younger ages. A comprehensive public health response must address this wide range of older people's experiences and needs”. Secondo l'OMS, nella fascia di età compresa tra i 60 ai 74 anni si parla di “età avanzata”, in quella che va dai 75 ai 90 di “anziani”, mentre dai 90 anni in poi si è definiti “longevi”.

che sia valido in tutti i continenti e in ogni contesto, poiché la qualificazione di un individuo come “anziano” dipende da numerosi fattori, fra i quali le condizioni ambientali, socio-economiche e culturali, la posizione geografica, lo stato di salute, e altri ancora <sup>9</sup>. Inoltre la definizione dovrà necessariamente basarsi su nozioni e elementi mutuati da altre scienze (biomedicina, gerontologia, psichiatria, sociologia, ecc..), considerato che il concetto di vecchiaia è spesso percepito come un problema biomedico associato ad un declino fisico e cognitivo <sup>10</sup>. In conclusione, appare piuttosto difficile definire la categoria tutelata in termini astratti e generali, sia pure al solo scopo di delimitare l’ambito di operatività di un futuro trattato sui diritti delle persone anziane.

### 3. Le fonti principali dei diritti delle persone anziane nel quadro degli strumenti di *soft law* adottati in seno alle Nazioni Unite

Prima di analizzare la questione dell’opportunità di addivenire alla stipulazione di un trattato *ad hoc*, vale la pena esaminare, ancorché sinteticamente, le iniziative intraprese in seno all’Organizzazione delle Nazioni Unite, che ha mostrato nel tempo un’attenzione crescente al tema dell’invecchiamento della popolazione mondiale. È noto che nel contesto onusiano vari organi si sono occupati dell’argomento: l’Assemblea generale, il Consiglio dei diritti umani, il Consiglio economico e sociale, l’Ufficio dell’Alto Commissariato per i diritti umani, agenzie e istituti specializzati (OMS, OIL, UNESCO, UNICEF).

A partire dagli anni Ottanta l’Assemblea generale ha commissionato studi e approvato numerose raccomandazioni in cui sono stati declinati i principi generali per la tutela delle persone anziane che dovrebbero ispirare le strategie di sviluppo in

---

<sup>9</sup> La soglia di 60 anni d’età fu inizialmente riconosciuta dal Segretario generale ONU nel 1980, in un documento intitolato “*Problems of the Elderly and the Aged, Draft programme and Arrangements for the World Assembly of the Elderly*”, Secretary General Report, 13 marzo 1980 (A/35/130). Anche il Protocollo africano sui diritti degli anziani definisce “older persons” “*those persons aged sixty (60) years and above, as defined by the United Nations (1982) and the AU Policy Framework and Plan of Action on Ageing (2002)*” (art. 1). La Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores considera *older person/persona mayor* “una persona di 60 o più anni, eccetto quando la legge determina un’età minima che sia minore o maggiore, a patto che non superi i 65 anni. Questo concetto include anche le persone anziane” (art. 2).

<sup>10</sup> Come ha constatato l’OMS “*although there are commonly used definitions of old age, there is no general agreement on the age at which a person becomes old. Age classification varies between countries and over time, reflecting in many instances the social class differences or functional abilities related to the workforce, but more often than not reflect the current political or economic situation*”, World Health Organization, *Proposed working definition of an older person in Africa for the Minimum Data Set, MDS project*, 2019, consultabile online all’indirizzo: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en>.

ambito nazionale<sup>11</sup>. Nel 1982, nel corso della prima Assemblea mondiale sull'invecchiamento delle Nazioni Unite, veniva approvato a Vienna l'*International Plan of Action on Ageing*, avallato dall'Assemblea generale con la risoluzione 37/51<sup>12</sup>, con cui si promuoveva il c.d. "active ageing"<sup>13</sup>. A partire dall'inizio del decennio successivo, l'Assemblea generale ha adottato alcune risoluzioni in materia, fra cui spicca la Ris. n. 46/91 del 16 dicembre 1991, intitolata "*Implementation of the International Plan of Action on Ageing and Related Activities*", che contiene in allegato i Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane<sup>14</sup>. I Principi sono particolarmente esaurienti sul piano dei contenuti precettivi e delle garanzie e, pur non essendo vincolanti, contengono alcune chiare raccomandazioni rivolte alle autorità statali per l'adozione di politiche mirate ad ottenere l'eguaglianza sul piano formale e sostanziale nel godimento dei diritti delle persone in età avanzata. Grazie alla loro configurazione, essi ben possono rappresentare la base di partenza per la formulazione delle disposizioni pattizie della futura convenzione.

L'approvazione dei Principi fu preceduta dall'adozione della Ris. n. 45/106, con la quale l'Assemblea generale ha indetto la giornata internazionale delle persone anziane (il 1° ottobre)<sup>15</sup>; a quest'ultima hanno fatto seguito la Ris. n. 47/5 "*Proclamation on Ageing*"<sup>16</sup> e la Ris. n. 47/86 "*Implementation of the International Plan of Action on Ageing: integration of older persons in development*", con cui sono stati individuati gli obiettivi globali sull'invecchiamento per il 2001, indispensabili per un'attuazione concreta delle azioni previste e sollecitare gli Stati membri a stabilire gli obiettivi nazionali<sup>17</sup>. Quindi, l'Assemblea ha proclamato il decennio 2020-2033 the *UN Decade of Healthy Ageing*<sup>18</sup> e ha istituito un gruppo di lavoro aperto sull'invecchiamento (*Open Ended Working Group on Ageing*)<sup>19</sup>, con l'obiettivo di rafforzare i diritti umani delle persone anziane, identificare eventuali

---

<sup>11</sup> UN Secretary General, *Global Targets on Ageing in the Year 2001: A Political Strategy*, 10 settembre 1992 (A/47/339).

<sup>12</sup> General Assembly, *Question of ageing*, Ris. n. 37/51 del 3 dicembre 1982 (A/RES/37/51).

<sup>13</sup> L'OMS ha chiarito il significato di tale espressione nel documento intitolato *Active Ageing. A Policy Framework* pubblicato nel 2002, nel quale veniva definito come "the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age". Il documento è consultabile al sito <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wpcontent/uploads/2014/06/WHO-Active-AgeingFramework.pdf> WHO. N. PAPADOPOULOS, 'Active Ageing' under International Law: The Localization of a Human-Based Approach, in *DUDI*, 2024, 5 ss.

<sup>14</sup> General Assembly, *United Nations Principles for Older Persons*, Ris. 46/91 del 16 dicembre 1991 (A/RES/46/91).

<sup>15</sup> General Assembly *Implementation of the international plan of action on ageing and related activities*, Ris. 45/106 del 7 febbraio 1991 (A/RES/45/106).

<sup>16</sup> General Assembly, *Declaration on ageing*, Res. n. 47/5 del 16 ottobre 1992 (A/RES/47/5).

<sup>17</sup> General Assembly, Ris. 47/86 del 22 marzo 1993 (A/RES/47/86).

<sup>18</sup> General Assembly, Ris. 75/131 del 14 dicembre 2020 (A/RES/75/131).

<sup>19</sup> General Assembly, *Follow-up to the Second World Assembly on Ageing*, Ris. 57/167 del 16 gennaio 2003 (A/RES/57/167).



lacune nel quadro normativo internazionale vigente e formulare proposte, sulla scorta di quanto era stato evidenziato nel *Madrid International Plan of Action on Ageing* del 2002. Quest'ultimo ha rappresentato il principale *forum* per il dibattito sull'adozione di uno strumento internazionale a carattere vincolante per la protezione dei diritti delle persone anziane<sup>20</sup>.

Negli stessi anni il tema è stato dibattuto anche in seno al Consiglio dei Diritti Umani che, nel 2013, ha deciso di nominare un *Independent Expert on the Enjoyment of all human rights by older persons*, con il compito di valutare l'attuazione degli standard nazionali, regionali e internazionali relativi ai diritti delle persone anziane; identificare e promuovere le migliori pratiche relative alla promozione e alla tutela di tali diritti; formulare raccomandazioni in merito e relazionare annualmente allo stesso Consiglio e all'Assemblea generale<sup>21</sup>. L'esperta indipendente, Claudia Mahler, il cui mandato è stato rinnovato nel 2022<sup>22</sup>, ha evidenziato che le maggiori criticità rispetto alla tutela della terza età sono determinate, in particolare, dal fenomeno del c.d. *ageism*<sup>23</sup> con tutto ciò che esso comporta, e dalla violenza, specie nei confronti delle donne anziane<sup>24</sup>.

Più di recente il Consiglio per i Diritti umani ha approvato, per *consensus*, una risoluzione con cui ha deliberato di dare inizio al processo negoziale per la formulazione di un trattato sui diritti degli anziani e, a tale scopo, ha deciso di creare un *Open-ended Working Group* intergovernativo, con il compito di elaborare una bozza di convenzione in materia<sup>25</sup>. Questo *Working Group* succede a quello precedentemente istituito dall'Assemblea generale, il cui mandato si è concluso nel 2024, al quale era stato demandato di "*consider proposals for an international legal instrument to promote and protect the rights and dignity of older persons, based on the holistic approach*"<sup>26</sup>. Il Gruppo di lavoro aveva evidenziato varie lacune nel

<sup>20</sup> *Madrid International Plan of Action on Ageing, Second World Assembly on Ageing*, Madrid 8-12 aprile 2002, United Nations, New York, 2002, consultabile sul sito [social.desa.un.org](https://social.desa.un.org).

<sup>21</sup> Human Rights Council, Resolution n. 24/20 of 20 September 2013, *Establishing the mandate of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons* (A/HRC/RES/24/20).

<sup>22</sup> Human Rights Council, Resolution n. 51/4 of 6 October 2022 (A/HRC/RES/51/4).

<sup>23</sup> L'*ageism* si caratterizza per la presenza di attitudini pregiudizievoli nei confronti della vecchiaia, delle persone anziane e dell'invecchiamento. Si veda WHO, *Global report on ageism*, Ginevra, 2021, cap. 1. L'OMS ha lanciato la campagna globale "A World 4 All Ages" per combattere l'ageismo, consultabile su <https://www.aworld4allages.org/>. R.N. BUTLER, *Age-ism: Another Form of Bigotry*, in *Gerontologist*, vol. 9, 4, 1969, 243 ss.; I. DORON, N. GEORGANTZI (eds), *Ageing, Ageism and the Law. European Perspectives on the Rights of Older Persons*, E. Elgar, Cheltenham, 2024; M.G. BERNARDINI, *Le vulnerabilità dell'età senile: una prospettiva giusfilosofica*, in V. LORUBBIO, M.G. BERNARDINI (a cura di), *Diritti umani e condizioni di vulnerabilità*, cit., 98 ss.; L. AYALON, C. TESH-RÖMER (eds.), *Contemporary perspectives on ageism, International perspectives on aging*, vol. 19, Springer Open, Cham, 2018.

<sup>24</sup> Human Rights Council, *Report of the independent expert on the enjoyment of human rights by older persons*, 4 agosto 2021.

<sup>25</sup> Human Right Council, Risoluzione del 3 aprile 2025.

<sup>26</sup> General Assembly, *Towards a comprehensive and integral international legal instrument*

vigente sistema di tutela, in particolare nel campo dello sviluppo sociale e della parità di genere.

#### 4. I diritti delle persone anziane nel sistema di protezione dei diritti umani attualmente vigente a livello universale

Nel panorama degli strumenti vincolanti sui diritti umani promossi dalle Nazioni Unite la garanzia del godimento dei diritti fondamentali assume una particolare connotazione rispetto alle persone della terza età, in ragione della condizione di vulnerabilità, povertà o emarginazione sociale in cui alcune di esse si trovano a vivere. Questo aspetto è stato ben evidenziato dal Comitato per i diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite (CESCR) nell'Osservazione Generale n. 6 dedicata ai diritti degli anziani, in cui si afferma che, sebbene il Patto ONU sui diritti economici sociali e culturali del 1966 (d'ora in avanti "Patto") non menzioni esplicitamente gli anziani, i diritti ivi sanciti si applicano a tutti i membri della società, comprese le persone *ageé*<sup>27</sup>. A giudizio del Comitato, la mancanza di lavoro, d'autonomia e di sicurezza sociale sono gli aspetti di maggiore criticità. Il Comitato ha peraltro notato che nei rapporti periodici inviati dagli Stati parti solo raramente ci sono riferimenti alle modalità con cui vengono garantiti i diritti alle persone anziane negli ordinamenti nazionali; questo atteggiamento comprova la scarsa sensibilità alla questione da parte delle autorità di governo di molti Paesi<sup>28</sup>.

Nel contesto del Patto, il punto di partenza per riconoscere il diritto ad una vita dignitosa e indipendente è dato dalla disposizione dell'art. 11 che sancisce il diritto ad un livello di vita adeguato per sé e la propria famiglia. Questo è un punto chiave, come riconosciuto dal Principio n. 1 dei Principi ONU per le persone anziane, in cui si raccomanda ai governi l'adozione di politiche mirate ad ottenere, fra le altre cose, alloggi, alimentazione e mobilità adeguati. Fondamentale è pure la garanzia fornita dall'art. 12 del Patto che impegna gli Stati parti a riconoscere il diritto alla salute fisica e mentale<sup>29</sup>. Anche il diritto all'istruzione (art. 13 del Patto) assume

---

*to promote and protect the rights and dignity of older persons*, 13 February 2013 (A/RES/67/139), par. 1, e *supra*, nota 19.

<sup>27</sup> Committee on Economic Social and Cultural Rights, *General Comment n. 6, Rights of older persons* (E/C.12/1995/16 (1995), par. 11-13.

<sup>28</sup> F. MÉGRET, *The Human Rights of Older Persons*, cit., 50; L. JUDGE, *The Rights of Older People: International Law, Human Rights Mechanisms and the Case for New Normative Standards*, December 2008 <https://globalag.igc.org/elderrights/world/2008/internationallaw.pdf>. Peraltro questa carenza di informazioni sul trattamento riservato a livello statale agli anziani era emersa anche dal rapporto del Segretario generale ONU del 6 luglio 2009, *Follow-up to the Second World Assembly on Ageing*, (A/64/127), par 8.

<sup>29</sup> Questo aspetto è evidenziato anche nel *Vienna International Plan of Action on Ageing*, v. Raccomandazioni n. 1-17 su salute, prevenzione, riabilitazione e cura dei malati terminali. In argomento D. RODRIGUEZ-PINZÓN, C. MARTIN, *The International Human Rights Status of Elderly Persons*, in

un significato particolare per delle persone avanti con gli anni, in quanto va inteso non solo come diritto ad apprendere, ad esempio nel campo delle conoscenze digitali, sempre più indispensabili per l'inclusione sociale in certi ambiti, ma anche come diritto alla condivisione della propria esperienza con le nuove generazioni. Quest'esigenza è stata considerata nel Piano d'Azione di Vienna e meriterebbe di essere ulteriormente concretizzata nella futura convenzione<sup>30</sup>. L'art. 15 del Patto sancisce il diritto di partecipare alla vita culturale, che per gli anziani dovrebbe concretizzarsi nel diritto di accesso alle risorse culturali e a restare integrati nel contesto socio-culturale della comunità. Questo diritto è specificato nel Principio n. 7 dei Principi ONU, mentre il successivo Principio n. 16 riconosce il diritto degli anziani "to have access to educational, cultural, spiritual and recreational resources of society"<sup>31</sup>. Al riguardo vale la pena ricordare quanto previsto dalla Convenzione quadro del Consiglio d'Europa sul valore del patrimonio culturale per la società (Faro, 2005) che impegna gli Stati parti a favorire un clima economico e sociale che sostenga la partecipazione di tutti alle attività inerenti all'eredità culturale (art. 5). Peraltro pure l'UNESCO ha approvato alcune raccomandazioni in cui invita gli Stati ad adottare un sistema educativo basato sul senso della comunità e dell'inclusione dei più anziani.

In termini più generali, molti aspetti della tutela dei diritti della parte meno giovane della popolazione ruotano intorno all'applicazione del principio di non discriminazione. Ora, benché né la Dichiarazione Universale, né i due Patti delle Nazioni Unite del 1966, in cui il principio in parola è solennemente enunciato, e neppure la Carta ONU, menzionino specificamente l'età anagrafica fra i possibili motivi di discriminazione nel godimento dei diritti fondamentali, ciò evidentemente non esclude che il divieto di fare distinzioni comprenda anche le discriminazioni in base all'età dei soggetti<sup>32</sup>. Questa interpretazione trova conferma, fra l'altro, nell'Osservazione Generale n. 20/2009 del Comitato ONU per i diritti economici, sociali e culturali, in cui il Comitato ha evidenziato come le "unemployed older persons" siano particolarmente discriminate<sup>33</sup>, e ha invitato gli Stati a incorporare il principio di non discriminazione nelle politiche di tutela della salute e del diritto a un livello di vita adeguato.

---

*American University International Law Review*, 2003, 915 ss., 970 s. V. anche la *Global strategy and action plan on ageing and health 2016-2020: Towards a world in which everyone can live a long and healthy life*, approvata dall'OMS il 28 maggio 2016 (WHA69.3).

<sup>30</sup> *Vienna International Plan of Action on Ageing*, cit., Raccomandazione n. 44: "Educational Programmes featuring the elderly as the teachers and transmitters of knowledge, cultural and spiritual values should be developed".

<sup>31</sup> *UN Principles for Older Persons*, cit., Principle n. 16: "Older persons should remain integrated in society, participate actively in the formation and implementation of policies that directly affect their well-being and share their knowledge and skills with younger generations."

<sup>32</sup> Art. 2, Dichiarazione universale; art. 2, par. 2, Patto '66; art. 1, par. 3 Carta ONU. CESCR, *General Comment n. 6, Rights of older persons*, cit., par. 11: "Rather than being seen as an international exclusion, this omission is probably best explained by the fact that, when these instruments were adopted, the problem of demographic ageing was not as evident or as pressing as it is now."

<sup>33</sup> CESCR, *General Comment n. 20, Non-discrimination in economic, social and cultural rights* (2009), par. 29.

Ora, sebbene il principio in parola abbia assunto nell'ordinamento internazionale valore cogente, da solo non è sufficiente per scongiurare abusi e contrastare l'*ageism*. Parlando di *ageism* è noto come gli stereotipi di genere combinati con l'invecchiamento possano costituire barriere al godimento dei diritti, specialmente per la componente femminile della popolazione anziana. La discriminazione subita dalle donne anziane è spesso multidimensionale, poiché l'avanzare dell'età aggrava altre forme di discriminazione basate su genere, origine etnica, disabilità, livelli di povertà, orientamento sessuale e identità di genere, stato civile e familiare, alfabetizzazione e altri motivi ancora, quali l'appartenenza a minoranze o gruppi etnici o indigeni<sup>34</sup>. In molti paesi pure l'accesso ad un alloggio adeguato, ai servizi sociali e a internet rappresentano problemi per le donne anziane, specie per quelle che vivono in aree rurali o in baraccopoli urbane, che troppo spesso non hanno diritto all'assistenza sanitaria e mancano delle risorse di sussistenza<sup>35</sup>. In questa prospettiva la Convenzione ONU sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione nei confronti delle donne, approvata nel 1979 (CEDAW), costituisce una valida base giuridica di partenza, ma la questione merita di essere disciplinata più attentamente in un futuro trattato..

Il maggior numero di riferimenti normativi applicabili alla tutela delle persone anziane è rinvenibile nelle disposizioni della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Questo trattato, ratificato da oltre 180 Paesi, sancisce l'obbligo di garantire il diritto all'inclusione e indica espressamente l'età (quella avanzata al pari di quella infantile) fra i possibili motivi di discriminazione (Preambolo, lett. p), nonché quale fattore da considerare nell'attuazione di misure e politiche a tutela delle persone con disabilità (artt. 7(3), 13(1), 16(2). Detta Convenzione insiste sull'accessibilità (art. 9) e sulla tutela del diritto alla salute, obbligando gli Stati contraenti a fornire "i servizi destinati a ridurre al minimo ed a prevenire ulteriori disabilità... alle persone anziane" (art. 25, lett. b); garantire il diritto ad un livello di vita adeguato, assicurando dei servizi di protezione che tengano conto dell'età e del genere (art. 16) e l'accesso ai programmi di protezione sociale e di riduzione della povertà (art. 28, lett. b), nonché a prendere misure per garantire l'esercizio della capacità d'agire e il diritto di vivere in modo indipendente all'interno della comunità (art. 19).

Un altro fattore importante da considerare nella gestione della senilità riguarda la tutela dell'esercizio della capacità giuridica. Le decisioni relative all'incapacità delle persone anziane fragili o non autosufficienti sono in gran parte il frutto di un approccio culturale incapacitante, che ancora permea molta parte delle disposizioni in materia. Spesso le legislazioni nazionali prevedono norme generiche riferibili

---

<sup>34</sup> Come ha messo in evidenza l'organo di monitoraggio istituito da questo trattato, spesso stereotipi di genere e pratiche tradizionali possono avere un impatto dannoso su tutti gli aspetti della vita delle donne anziane, cfr. United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women, *General Recommendation No. 27 on older women and protection of their human rights*, 16 December 2010 (CEDAW/C/GC/27), par. 13 e 16.

<sup>35</sup> *Ibidem*, par. 12.

all'istituto giuridico da applicare (inabilitazione, capacità di testare, incapacità naturale, consenso informato), ma non specificamente alla condizione dell'anziano come persona<sup>36</sup>. In proposito assume rilevanza la Convenzione dell'Aja sulla protezione internazionale degli adulti<sup>37</sup>, che si propone di rafforzare la tutela degli adulti incapaci, stabilendo i criteri per determinare lo Stato le cui autorità sono competenti ad adottare le misure di protezione della persona e dei beni dell'adulto. La Convenzione opera sul versante del diritto internazionale privato e detta norme sulla competenza giurisdizionale, sulla legge applicabile, sul riconoscimento internazionale e l'esecuzione delle misure di protezione. Il suo ambito di applicazione è tuttavia limitato alle situazioni transfrontaliere che coinvolgono persone residenti negli Stati contraenti, mentre per combattere gli abusi, sarebbe più efficace uno strumento internazionale *ad hoc*, in grado di assicurare che i provvedimenti riguardanti l'esercizio della capacità giuridica rispettino i diritti e le scelte della persona anziana, siano adatti alle condizioni del soggetto interessato e svincolati da indebite ingerenze.

Altre criticità riguardano la situazione dei lavoratori più anziani. Nel quadro normativo attuale questi ultimi trovano una blanda forma di tutela nella Convenzione OIL sulle discriminazioni nei confronti dell'impiego e l'occupazione<sup>38</sup>, mentre la Convenzione ONU sulla protezione dei lavoratori migranti e delle loro famiglie include espressamente l'età fra i fattori in base ai quali i lavoratori migranti sono a rischio discriminazione, ma non si è rivelata particolarmente efficace<sup>39</sup>.

Infine, se è pur vero che il diritto alla sicurezza personale e ad una vita priva di violenza di qualsiasi tipo, maltrattamenti e abusi fisici o psicologici trova fondamento nelle disposizioni delle convenzioni contro la tortura e i trattamenti inumani o degradanti, vigenti a livello universale e regionale, l'elaborazione di una convenzione *ad hoc* sui diritti degli anziani potrebbe imporre più efficacemente agli Stati specifici obblighi di prevenzione per garantire l'effettività del controllo sociale.

---

<sup>36</sup> M.G. BERNARDINI, *Autonomia e diritti delle persone anziane. Capaci di scegliere?*, in *Lavoro sociale*, Suppl.al vol. 22, n. 6, dicembre 2022, 75 ss., 81. V. anche *Legal capacity and informed consent, Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*, 18 luglio 2024 (a/HRC/57/42), 3 ss.

<sup>37</sup> Convenzione sulla protezione internazionale degli adulti, fatta all'Aja il 13 gennaio 2000, è stata ratificata dall'Italia nel 2014. <https://www.hcch.net/en/instruments/conventions/full-text/?cid=71>

<sup>38</sup> Art. 5, par. 2, *Convention concerning Discrimination in Respect of Employment and Occupation*, ILO Convention No. 111, 1958.

<sup>39</sup> Art. 7, *Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families*, adopted by General Assembly resolution 45/158 of 18 December 1990.

## 5. Il problema della tutela degli anziani nei contesti di guerra e crisi umanitaria

I moderni conflitti si protraggono nel tempo e causano numerosi sfollati fra i civili, con un impatto sproporzionato proprio sui più anziani<sup>40</sup>. Purtroppo il diritto internazionale umanitario, codificato nelle quattro Convenzioni di Ginevra del 1949 e nei due Protocolli aggiuntivi del 1977, non riconosce specificamente la grave situazione di vulnerabilità delle persone anziane nei contesti di guerra<sup>41</sup>. La categoria di persone considerata è menzionata espressamente in una sola disposizione della IV Convenzione di Ginevra, a proposito dell'obbligo di evacuazione dei civili in caso di assedio, stabilendo che "le Parti in conflitto si sforzeranno di concludere accordi locali per lo sgombero, da una zona assediata o accerchiata, dei feriti, dei malati, degli infermi, dei *vecchi*, dei fanciulli e delle puerpere"<sup>42</sup>; la stessa Convenzione prevede inoltre l'obbligo per la potenza detentrica di trattare gli internati civili tenendo conto delle loro condizioni di salute e dell'età<sup>43</sup>. Ora, è evidente come questo sistema sia lacunoso e non sia in grado di garantire una protezione adeguata alle vittime anziane; inoltre copre solo le situazioni di conflitto armato o di occupazione bellica, mentre non si applica ad altri tipi di situazioni emergenziali o crisi umanitaria (disastri, epidemie o calamità naturali)<sup>44</sup>. Come ha notato l'UNHCR, in caso di sfollamento forzoso della popolazione, gli anziani sono maggiormente esposti al rischio di violenza<sup>45</sup>, pertanto la redazione di un nuovo trattato sui diritti delle persone anziane potrebbe essere l'occasione buona per colmare questa lacuna.

## 6. Considerazioni conclusive

Nella maggioranza dei trattati a tutela dei diritti umani si nota l'assenza di un *focus* specifico sulle persone anziane. Naturalmente non sarebbe corretto concludere che nell'attuale sistema internazionale di tutela manchino le norme a garanzia dei diritti e libertà fondamentali delle persone *agées*. Pur tuttavia gli strumenti

---

<sup>40</sup> *Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*, 17 luglio 2024 (A/79/167), par. 23.

<sup>41</sup> L. JUDGE, *The Rights of Older People*, cit., 9 s.

<sup>42</sup> Art. 17, IV Conv. di Ginevra relativa alla protezione delle persone civili in tempo di guerra (1949).

<sup>43</sup> Art. 85, IV Conv di Ginevra.

<sup>44</sup> A. LANCIOTTI, *Emergenze sanitarie e diritto internazionale umanitario*, in M. MARCHEGIANI et al. (a cura di), *Le situazioni emergenziali tra diritti e restrizioni, L'esigenza di un approccio precauzionale alla gestione delle emergenze*, Giappichelli, Torino, 2022, 1 ss.

<sup>45</sup> Executive Committee of the High Commissioner's Programme; Standing Committee, *UNHCR's Policy on Older Refugees*, EC/50/SC/CRP.13, Annex II, UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), 19 April 2000, <https://www.refworld.org/reference/annualreport/unhcr/2000/en/49454>.

attualmente in vigore non sembrano offrire una protezione adeguata per queste persone<sup>46</sup>. Dall'esame delle disposizioni convenzionali applicabili in materia è emerso che le persone anziane sono percepite più come oggetto di protezione, da realizzare tramite l'intervento delle politiche statali, che come soggetti titolari di diritti propri, fra cui il diritto all'autonomia, al lavoro, all'istruzione, a vivere integrati in una comunità, a partecipare alla vita culturale, alla dignità, ecc. ...In una parola: il diritto di invecchiare (*human right to age*), un diritto che formalmente è già esistente, ma che risulta mal tutelato<sup>47</sup>. Infatti, basandosi sul quadro normativo corrente, occorre far riferimento di volta in volta a fonti diverse a seconda del diritto da tutelare (a non subire abusi o violenza, a ricevere assistenza, ad avere accesso alle cure mediche, alla sicurezza sociale, all'abitazione, all'inclusione sociale, ecc.).

Insomma, ciò che manca nell'attuale sistema internazionale è una sistematizzazione dei diritti delle persone avanti con l'età che tenga in considerazione il particolare *status* di vulnerabilità e discriminazione in cui esse possono trovarsi. In questo contesto, l'elaborazione di una convenzione *ad hoc* avrebbe il merito di "radunare" tutti i diritti in un unico strumento normativo dal *focus* specifico, così da evitare che alcuni di questi diritti vengano derubricati a meri bisogni. Inoltre un'apposita codificazione contribuirebbe a riaffermare e meglio definire la portata di quei diritti non ancora del tutto specificati negli strumenti pattizi vigenti, quali il diritto alla dignità durante la vecchiaia, all'autonomia, all'integrazione all'interno della comunità, alle cure a lungo termine, a veder tutelata la propria capacità giuridica, nonché il diritto ad un adeguato livello di protezione nelle situazioni di conflitto armato o crisi umanitaria. Ciò servirebbe ad ottenere il formale riconoscimento da parte degli Stati (perlomeno di quelli firmatari) che far fronte alle esigenze delle persone anziane attraverso un quadro giuridico ben definito è un vero e proprio obbligo internazionale.

Per quanto attiene ai contenuti di una tale convenzione, nulla vieta che i diritti da riconoscere specificamente alle persone anziane possano essere declinati sulla falsariga di quanto già sancito dalle disposizioni della Convenzione interamericana in materia, la quale a sua volta si è apertamente ispirata agli atti e risoluzioni di *soft law* elaborati in precedenza<sup>48</sup>. Inoltre sarà di supporto far riferimento ai Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane, che declinano cinque punti fermi da cui partire: indipendenza; partecipazione; cura (*care*); autorealizzazione (*self-fulfilment*) e dignità. In tale prospettiva anche la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità rappresenta un utile parametro di riferimento, non solo per aver messo in rilievo i valori e gli obiettivi per ampliare il grado di inclusione

---

<sup>46</sup> A. KOMANOVICS, *Old-Age Discrimination: The Age-Blindness of International Human Rights Law*, in *Hungarian Yearbook of International Law and European Law*, 2013, 217 ss., 239.

<sup>47</sup> F. FLORES GIMÉNEZ, *Los derechos de las personas mayores en el marco de un derecho a la vejez*, in *Teoría y Realidad Constitucional*, 56, 2025, 327 ss., 345.

<sup>48</sup> V. Preambolo della Convenzione interamericana sui diritti delle persone anziane, 8° considerando e *supra*, nota 3.

sociale dei soggetti considerati, ma soprattutto per aver marcato un punto di passaggio dall'approccio più tradizionale alla tutela dei soggetti vulnerabili, basato su un modello di benessere medico e sociale, ad un approccio più moderno fondato su un modello più ampio di tutela incentrato sul concetto di inclusività e sul rapporto tra la persona e il suo ambiente di riferimento<sup>49</sup>. In altre parole, un nuovo trattato aiuterebbe a rimuovere non solo le barriere fisiche ma anche quelle attitudinali.

La nuova convenzione dovrebbe porre l'accento sul versante dell'attuazione di politiche pubbliche per garantire l'effettività dei diritti degli anziani (c.d. *obligation to realize*). Vero è che per ottenere l'approvazione da parte di un buon numero di Stati, il nuovo trattato non potrà che prevedere l'attuazione progressiva dei diritti di tipo socio-economico (in linea con la disposizione dell'art. 2 del Patto delle Nazioni Unite), però potrebbe altresì contemplare la costituzione di un apposito meccanismo di controllo e monitoraggio sull'implementazione nel tempo degli obblighi convenzionali da parte degli Stati contraenti.

Sebbene vi sia chi abbia scorto nella creazione di una normativa specifica, rivolta *tout court* alla tutela dei diritti degli anziani, una potenziale fonte di pericolo per gli stessi soggetti da tutelare, poiché ritiene che rischierebbe addirittura di enfaticizzare lo stigma sociale, andando a creare un'ulteriore causa di emarginazione<sup>50</sup>, in ogni caso un trattato in materia avrebbe pur sempre un valore aggiunto nel panorama della tutela internazionale dei diritti umani, in quanto, grazie alla predisposizione di un quadro giuridico ben definito a livello internazionale, contribuirebbe a modificare la narrazione dominante, che spesso percepisce gli anziani come un peso per la società.

Siamo consapevoli che l'approvazione di un trattato siffatto richiederà lunghi negoziati e finirà inevitabilmente per approdare a soluzioni di compromesso su molteplici aspetti, arrivando probabilmente ad ometterne alcuni (come, ad esempio, è accaduto per la violenza domestica nella CEDAW). Ciò nonostante, il nuovo strumento, ancorché dal contenuto incompleto, potrà comunque contribuire a modificare il paradigma attuale e a rimuovere le barriere attitudinali, favorendo la percezione degli anziani come soggetti titolari di diritti, cosa che le norme vigenti non sempre riescono a fare.

In definitiva, da quanto emerge dall'esame dei vari atti internazionali, è innegabile che gli anziani non abbiano ancora ottenuto un proprio spazio di tutela a livello internazionale. È come se fossero in un certo qual modo "invisibili"<sup>51</sup>. Alla luce di

---

<sup>49</sup> A. KANTER, *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Implications for the Rights of Elderly People Under International Law*, in *Georgia State University Law Review*, 2009, 527 ss.

<sup>50</sup> F. MÉGRET, *The Human Rights of Older Persons*, cit., 37 ss.

<sup>51</sup> V. LORUBBIO, M.G. BERNARDINI, *Diritti umani e condizioni di vulnerabilità: a mo' di introduzione*, in V. LORUBBIO, M.G. BERNARDINI (a cura di), *Diritti umani e condizioni di vulnerabilità*, cit., 7; F. MÉGRET, *The Human Rights of Older Persons*, cit., 37 ss.



tale situazione, l'adozione di una convenzione appositamente dedicata servirebbe non tanto e non solo ad introdurre nuovi o più incisivi diritti in favore delle persone *agée* nel panorama dei diritti umani, quanto piuttosto a "rompere la cospirazione del silenzio" sulla loro condizione umana<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> S. DE BEAUVOIR, *La vieillesse*, Gallimard, Paris, 1970: "*Les vieillards sont-ils des hommes? À voir la manière dont notre société les traite, il est permis d'en douter [...] Voilà justement pourquoi j'écris ce livre: pour briser la conspiration du silence*".

# La centralità (e il nodo irrisolto) dell'assistenza informale nella cura degli anziani

Raffaele Manfrellotti\*, Leandra Abbruzzo\*\*

**SOMMARIO:** 1. La tutela della vulnerabilità nel sistema costituzionale. – 2. La disciplina del *caregiving* familiare in Italia: frammentarietà normativa e prospettive di riforma. – 3. I diritti negati dei *caregivers* nell'assenza di una disciplina dedicata. – 4. Ripensare il *welfare* attraverso la cura: il passo finale verso un sistema inclusivo.

**ABSTRACT:** The essay analyzes the centrality of family caregiving in the Italian system of care for the elderly who are not self-sufficient. Despite the essential nature of informal care work and the economic contribution it makes in terms of saving public expenditure, the legal system still does not grant a single legal status to family caregivers. This lack leads to a squeeze of constitutionally guaranteed rights and fuels forms of economic, social and gender inequality. The current regulatory framework is fragmented and inadequate: the instruments introduced in recent years, such as dedicated funds and sporadic assistance measures, do not constitute a comprehensive framework; similarly, the provisions of Delegated Law No 33/2023 and Legislative Decree No 29/2024 represent a first symbolic recognition, but without any real impact on the protection of caregivers. In the absence of a state law, the risk is to accentuate territorial inhomogeneity through unequal regional interventions. The work supports the need for a comprehensive welfare reform that assumes care as a shared responsibility between the State, the community and the family, identifying essential levels of performance and services capable of supporting the care function and preventing the prejudices that it entails. Investment in local social services, the effective implementation of the measures provided for in the NRRP and overcoming the traditional 'familiarisation' of assistance are essential conditions for an inclusive model.

## 1. La tutela della vulnerabilità nel sistema costituzionale

La protezione nei confronti di persone che versano in una situazione di svantaggio ha rappresentato uno degli scopi del costituzionalismo, come emerge dai principi fondamentali delle Costituzioni che hanno gettato le basi del modello di Stato sociale<sup>1</sup>. In particolare, nella Costituzione italiana vi sono numerose disposizioni

---

\* Professore Ordinario di diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Napoli Federico II.

\*\* Dottoressa di ricerca in "Il diritto dei servizi nell'ordinamento italiano ed europeo", Università degli Studi di Napoli Parthenope.

<sup>1</sup> Per tutti, si veda P. HÄBERLE, *Lo Stato costituzionale*, Istituto della Enciclopedia italiana, Roma, 2005, 214-215.

che descrivono molteplici situazioni di bisogno meritevoli di tutela, condizioni da cui traspare vulnerabilità<sup>2</sup>. Al riguardo possono menzionarsi, oltre gli artt. 2 e 3 Cost.<sup>3</sup>, la garanzia ai non abbienti dell'accesso alla giustizia (art. 24, comma 3, Cost.), il diritto degli indigenti alle cure gratuite (art. 32, comma 1, Cost.), il diritto di raggiungere i gradi più alti degli studi da parte dei capaci e meritevoli privi di mezzi (art. 34, comma 3, Cost.), la speciale protezione nei confronti della madre lavoratrice e del minore lavoratore (art. 37 Cost.) e di coloro che si trovano in una situazione di svantaggio in ambito lavorativo (art. 38 Cost.)<sup>4</sup>.

La protezione delle persone vulnerabili è connessa all'inviolabilità della dignità umana, che ne giustifica un trattamento diverso. La pari dignità sociale *ex* art. 3, comma 1, Cost. è un elemento importante, ma non esauriente del principio del rispetto della dignità umana desumibile dall'art. 2 Cost.<sup>5</sup>. Particolarmente rilevante è infatti anche il secondo comma, dal momento che la vulnerabilità si configura come categoria funzionale all'individuazione di situazioni soggettive che richiedono un ampliamento degli obblighi positivi dello Stato ai sensi dell'art. 3, comma 2, Cost.

Con il tempo l'attenzione per i soggetti vulnerabili si è spostata dall'ambito lavorativo<sup>6</sup> per focalizzarsi, in particolare, sui diritti sociali<sup>7</sup>: «attraverso il canone dell'eguaglianza sostanziale», tali posizioni giuridiche soggettive vengono intese «proprio in funzione del superamento di quelle situazioni di svantaggio e difficoltà che sono nei fatti d'impedimento alla inclusione, nel sistema costituzionale democratico e pluralista, del soggetto che ne è vittima»<sup>8</sup>. L'art. 3, comma 2, Cost., dunque, rappresenta il fondamento dei diritti sociali<sup>9</sup>, sulla cui base si rinviene uno dei

<sup>2</sup> F. PIZZOLATO, *Gli argini costituzionali alla delimitazione della vulnerabilità*, in *Ars interpretandi*, 2, 2019, 25 ss.

<sup>3</sup> Sul legame tra gli artt. 2 e 3 Cost., tra gli altri, P. RIDOLA, *Diritti fondamentali. Un'introduzione*, Giappichelli, Torino, 2006, 124 ss.; G. SILVESTRI, *Dal potere ai principi. Libertà ed eguaglianza nel costituzionalismo contemporaneo*, Laterza, Roma-Bari, 2009, 83; F. POLITI, *Libertà costituzionali e diritti fondamentali. Casi e Materiali. Un itinerario giurisprudenziale*, III ed., Giappichelli, Torino, 2021, 274.

<sup>4</sup> Sul punto, cfr. G. AMATO, *I vulnerabili e la Costituzione italiana*, in *Gli ultimi. La tutela giuridica dei soggetti deboli*, Atti del 70° Convegno nazionale di studi, UGCI – Unione Giuristi Cattolici Italiani, Roma, 9-11 dicembre 2021, Aracne, Roma, 2022, 29 ss.

<sup>5</sup> G.M. FLICK, *Dignità umana e tutela dei soggetti deboli: una riflessione problematica*, in E. CECCHERINI (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Editoriale scientifica, Napoli, 2008, 56.

<sup>6</sup> Al riguardo, M. BELLOCCI, P. PASSAGLIA (a cura di), *La tutela dei «soggetti deboli» come esplicazione dell'istanza solidaristica nella giurisprudenza costituzionale*, in *Corte costituzionale – Studi e ricerche*, novembre 2007.

<sup>7</sup> Cfr. A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enc. giur. Treccani*, XI, Roma, 1989; M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, Utet, Torino, 2013, 1 ss.

<sup>8</sup> P. SCARLATTI, *Soggetti deboli, Costituzione ed istanze della vulnerabilità*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 1, 2023, 268.

<sup>9</sup> In merito, *ex plurimis*, M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, in *Enc. dir.*, XII, Giuffrè, Milano, 1964,

compiti dello Stato sociale nella tutela dei soggetti più fragili<sup>10</sup>. La vulnerabilità, infatti, contraddistingue le relazioni tra le persone e lo Stato<sup>11</sup>.

Nonostante le disposizioni sopra richiamate, la nozione di vulnerabilità non è di facile definizione e in una prospettiva giuridica si concretizza «nell'immagine di una soglia ultima dinanzi alla quale innalzare un limite estremo di difesa»<sup>12</sup>.

Preliminarmente occorre chiarire che la tutela della vulnerabilità non può essere ricondotta alla sola categoria dei diritti soggettivi. La vulnerabilità non costituisce, infatti, una posizione giuridica "posseduta" dall'individuo, bensì una condizione intrinseca all'esperienza umana<sup>13</sup>, che emerge con intensità diversa nelle fasi della vita o in presenza di specifici fattori di fragilità. Proprio perché non è un bene disponibile né una prerogativa giuridica autonomamente rivendicabile, la vulnerabilità non può essere tradotta nello schema classico dei diritti soggettivi, che presuppone la titolarità individuale e la possibilità di far valere pretese determinate. Essa, al contrario, si manifesta come una situazione esistenziale che richiede un adeguamento dell'azione pubblica, di cui il diritto deve farsi carico attraverso meccanismi di protezione ulteriori.

Da questo angolo visuale, la tutela della vulnerabilità si radica in un diverso modo di intendere il rapporto tra individuo e potere pubblico ovvero come dovere dello Stato di riconoscere che alcune condizioni umane esigono interventi specifici per rendere effettivo l'esercizio dei diritti costituzionalmente riconosciuti. L'ordinamento, pertanto, non protegge la vulnerabilità come un diritto in sé, ma riconosce che essa impone l'attivazione di obblighi positivi, fondati sul principio di eguaglianza sostanziale, affinché chi si trova in situazioni di particolare fragilità venga effettivamente messo in condizione di partecipare alla vita sociale, economica e istituzionale<sup>14</sup>.

Pur essendovi apparentemente una coincidenza tra soggetti deboli e soggetti

---

804; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1981, 757; B. CARAVITA, *Oltre l'eguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3 comma 2 della Costituzione*, Cedam, Padova, 1984, 64 ss.; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in *Studi in onore di Manlio MAZZIOTTI di Celso*, II, Cedam, Padova, 1995, 113-114; A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Jovene, Napoli, 1999, 42 ss.

<sup>10</sup> Cfr. A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., 32; A. PACE, *Problematica delle libertà costituzionali, Parte generale*, II ed., Cedam, Padova, 1990, 59 ss.; B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali*, Giuffrè, Milano, 2001, 189 ss.; P. CARETTI, G. TARLI BARBIERI, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, IV ed., Giappichelli, Torino, 2017, 504.

<sup>11</sup> V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive un'indagine sociologica e giuridica*, il Mulino, Bologna, 2021, 192-193.

<sup>12</sup> S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2, 2017, 1.

<sup>13</sup> M. LUCIANI, *Le persone vulnerabili e la Costituzione*. Intervento di discussione della Lectio magistralis del Presidente della Corte europea dei diritti dell'uomo, Prof. Robert Spano, Roma, 22 aprile 2022, reperibile in [www.cortecostituzionale.it/convegniSeminari.do](http://www.cortecostituzionale.it/convegniSeminari.do).

<sup>14</sup> M. GENSABELLA FURNARI, *Vulnerabilità e cura. Bioetica ed esperienza del limite*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2008, 120 ss.

vulnerabili, la vulnerabilità rappresenta un concetto ampio<sup>15</sup>, legato all'emersione di valori della persona umana ritenuti meritevoli tutela<sup>16</sup>, la cui salvaguardia si è affermata, anche attraverso la giurisprudenza<sup>17</sup>, proprio per forme di svantaggio non concepibili astrattamente.

Il diritto manifesta una particolare attenzione per i soggetti fragili<sup>18</sup> e, difatti, attraverso la vulnerabilità assumono autonoma rilevanza nell'ordinamento giuridico diverse figure soggettive, espressive di molteplici condizioni esistenziali<sup>19</sup>. Si tratta di composite categorie sociali verso cui le tutele giuridiche si sono mostrate inidonee e che per tale motivo richiedono garanzie<sup>20</sup>.

La vulnerabilità si presenta anche come una risorsa per la nascita del legame sociale, il cui sviluppo suppone quella «comune vulnerabilità umana (...) segno di una condizione primaria di necessità e bisogno»<sup>21</sup>. Per tale ragione la vulnerabilità si associa alla cura, intesa come esempio di solidarietà orizzontale, derivando dal reciproco soccorso<sup>22</sup>. La persona, dunque, diviene il fulcro di una rete di relazioni di assistenza e cura finalizzate a tutelare il soggetto vulnerabile di cui si occupa<sup>23</sup>.

In questa rete di legame solidali vi sono attori che assumono un ruolo strutturalmente più stabile, atteso che è prevalentemente nelle relazioni primarie che si concentra la responsabilità di rispondere ai bisogni di chi non è in grado di provvedere a sé. La vulnerabilità determina, o dovrebbe determinare, quindi, un compito collettivo coinvolgendo soggetti che sono posti in posizione di prossimità affettiva rispetto alla persona. In questo contesto emerge il ruolo della famiglia, la quale immette nell'ordinamento la questione strutturale della protezione dei soggetti che necessitano di interventi compensativi e canali di tutela dedicati<sup>24</sup>. L'attività di

<sup>15</sup> F. LONGATO, *La felicità: un diritto dell'uomo? Sul rapporto tra felicità, benessere, vita buona e diritti umani nella filosofia pratica contemporanea*, in *Ragion Pratica*, 2001, 174 ss.; M. MANETTI, *I nuovi diritti nascenti dal mercato: illusioni e delusioni*, in *Giur. cost.*, 2019, 3387.

<sup>16</sup> S. ZULLO, *Lo spazio sociale della vulnerabilità tra «pretese di giustizia» e «pretese di diritto». Alcune considerazioni critiche*, in *Pol. dir.*, 3, 2016, 478.

<sup>17</sup> Si vedano R. CHENAL, *La definizione della nozione di vulnerabilità e la tutela dei diritti fondamentali*, in *Ars interpretandi*, 2, 2018, 35 ss.; E. DICIOTTI, *La vulnerabilità nelle sentenze della Corte europea dei diritti dell'uomo*, in *Ars interpretandi*, 2, 2018, 13 ss.

<sup>18</sup> S. RODOTÀ, *Dal soggetto alla persona. Trasformazioni di una categoria giuridica*, in *Fil. pol.*, 3, 2007, 375 ss.

<sup>19</sup> Si rinvia a M.G. BERNARDINI, *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari tra filosofia del diritto e Disability Studies*, Giappichelli, Torino, 2016, 137 ss.

<sup>20</sup> Così E. DICIOTTI, *La percezione e i problemi della vulnerabilità*, in *Etica & Politica*, XXII, 2020, 239 ss.

<sup>21</sup> J. BUTLER, *Violenza, lutto, politica*, in *Vite precarie*, Meltemi, Roma, 2004, 52 ss.

<sup>22</sup> S. GALEOTTI, *Il valore della solidarietà*, in *Dir. soc.*, 1996, 10 ss.

<sup>23</sup> Si veda E.F. KITTAY, *La cura dell'amore. Donne, uguaglianza, dipendenza*, Milano, 2010; ID., *The Ethics of Care, Dependency, and Disability*, in *Ratio Juris*, 1, 2011, 49-58.

<sup>24</sup> P. RESCIGNO, *La comunità familiare come formazione sociale*, in *Rapporti personali nella famiglia*, Quaderni del CSM, Roma, 1980, 366.

cura<sup>25</sup> cui si fa riferimento deve essere intesa in senso ampio, ovvero come un insieme eterogeneo di prestazioni rivolte a sostenere la qualità della vita di persone vulnerabili, tra cui i soggetti anziani. Tale funzione continua a essere esercitata prevalentemente all'interno delle mura domestiche e, nella maggior parte dei casi, da componenti femminili del nucleo familiare, anche a causa della persistente configurazione sessuata dei ruoli sociali<sup>26</sup>.

Questa attività, così intesa, costituisce attuazione congiunta del diritto alla salute ex art. 32 Cost. e del diritto all'assistenza sociale ex art. 38 Cost.<sup>27</sup> e dovrebbe essere assicurata dalle istituzioni pubbliche mediante servizi diversificati, che spaziano dall'assistenza presso l'abitazione ai servizi residenziali gestiti da strutture del settore socio-sanitario<sup>28</sup>. Ciononostante, la rete familiare informale continua a rappresentare l'asse portante dell'assistenza alle persone non autosufficienti, sostituendosi in larga parte allo Stato e agli enti territoriali e generando un notevole contenimento della spesa pubblica destinata al *welfare*.

Per molti soggetti, soprattutto anziani, l'assistenza prestata in ambito familiare resta preferibile poiché evita il distacco repentino dal contesto di vita abituale e consente una presa in carico più integrata dei bisogni complessivi della persona, in cui la dimensione affettiva e relazionale si fonde con quella strettamente assistenziale. In questa prospettiva emerge la figura del familiare che assume, in modo spontaneo, stabile e gratuito, la responsabilità di assistere il congiunto non autosufficiente<sup>29</sup>. Questo soggetto, denominato *caregiver* nel lessico ormai diffuso, è colui che provvede volontariamente alla cura della persona fragile, talvolta dedicandovi la totalità del proprio tempo, talaltra conciliando tale impegno con un'attività lavorativa. Ne deriva la presenza di due categorie di assistenti familiari non professionali: da un lato coloro che svolgono anche un'attività lavorativa, avvalendosi degli strumenti di conciliazione tra vita professionale e vita privata (c.d. *caregivers ibridi*)<sup>30</sup>; dall'altro coloro che si dedicano esclusivamente all'assistenza, rinunciando a un'occupazione esterna (c.d. *caregivers puri*).

A partire dalla constatazione della marcata insoddisfazione del quadro di tutele

---

<sup>25</sup> Sul significato della "cura", J. LONG, *La cura della persona "dipendente" tra etica, legge e contratto*, in *Dir. fam.*, 2010, 478 ss.; E. BATTELLI, *I soggetti vulnerabili: prospettive di tutela della persona*, in *Dir. fam.*, 2020, 283 ss.

<sup>26</sup> Così E. ALES, *Il modello sessuato di ruolo sociale e i suoi antidoti: l'adult worker model nell'ordinamento italiano*, in *Lav. dir.*, 3, 2008, 533 ss.

<sup>27</sup> A. LO CALZO, *Il diritto all'assistenza e alla cura nella prospettiva costituzionale tra eguaglianza e diversità*, in *Osservatorio AIC*, 3, 2018, 1 ss.

<sup>28</sup> La legge di riferimento è la legge 8 novembre 2000, n. 388. Sul tema cfr. M. D'ONGHIA, *Dall'assistenza sociale a un nuovo modello di politiche sociali. Mutamenti e sfide del sistema italiano*, in *Var. temi dir. lav.*, 2, 2019, 349 ss.

<sup>29</sup> Cfr. M.N. BUGETTI, *La solidarietà tra genitori e figli e tra figli e genitori anziani*, in *Famiglia*, 3, 2017, 316.

<sup>30</sup> Sull'incidenza delle misure di conciliazione sul sistema di protezione sociale si rinvia a M. D'ONGHIA, *Lavoro "informale" di cura e protezione sociale*, in *Dir. relaz. ind.*, 1, 2024, 87 ss.

giuridiche attualmente vigente, appare urgente interrogarsi sui percorsi idonei a rafforzare il sistema di protezione rivolto a coloro che prestano cura non professionale. Ciò risulta tanto più necessario in un contesto demografico mutato, segnato dal progressivo restringimento delle fasce giovanili e dal costante aumento dell'età media della popolazione<sup>31</sup>. Una cornice di garanzie adeguate per il *caregiver* produce, per effetto riflesso, infatti, una tutela più solida e effettiva dei diritti della persona vulnerabile, in ragione del rapporto stretto e continuativo che lega assistente e assistito<sup>32</sup>.

## 2. La disciplina del *caregiving* familiare in Italia: frammentarietà normativa e prospettive di riforma

In Italia non è prevista una specifica tutela per coloro che si occupano di un proprio familiare che versa in una condizione di vulnerabilità e fragilità<sup>33</sup>, ma, essendo più di sette milioni le persone impegnate nel *caregiving*, il riconoscimento giuridico di questa categoria non è più differibile.

La figura del *caregiver* è stata definita per la prima volta dalla legge di bilancio per il 2018<sup>34</sup>, che ha anche istituito il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare<sup>35</sup>, le cui risorse con il d.l. n. 86/2018 sono state indirizzate al finanziamento di interventi finalizzati al riconoscimento del valore dell'attività di cura non professionale del *caregiver* familiare. Dal 2020 Il Fondo è stato ripartito tra le Regioni per la realizzazione di servizi di sostegno per i *caregivers*, stabiliti sulla base della programmazione degli interventi di integrazione sociosanitaria e delle misure per i soggetti non autosufficienti, consentendo agli enti territoriali regionali di distribuire risorse agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS)<sup>36</sup>. Il legislatore è intervenuto nuovamente istituendo un secondo fondo con la legge di

---

<sup>31</sup> Per un approfondimento, C. SARACENO, *L'assistenza senza il welfare*, il Mulino, Bologna, 2009, 444 e 553; S. ROSSI, *Appunti su un diritto possibile. Lo statuto giuridico dei caregivers familiari*, in I. NICOTRA, F. GIUFFRÈ (a cura di), *La famiglia davanti ai suoi giudici*, Editoriale scientifica, Napoli, 2014, 532; M. D'ONGHIA, *Lavoro "informale" di cura e protezione sociale*, cit., 82 ss.

<sup>32</sup> Cfr. S. ORRÙ, *La cura e l'assistenza all'anziano non autosufficiente da parte del caregiver familiare fra diritti fondamentali ed effettività di tutela*, in P. CORRIAS, E. PIRAS (a cura di), *I soggetti vulnerabili nell'economia, nel diritto e nelle istituzioni*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2021, spec. 79 ss.

<sup>33</sup> Sul tema P. BOSI, *Famiglia e welfare: tra servizi e trasferimenti economici*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 1, 2008, 78 ss.

<sup>34</sup> Art. 1, comma 255, legge 27 dicembre 2017, n. 205.

<sup>35</sup> Art. 1, commi 254-256, legge 27 dicembre 2017, n. 205.

<sup>36</sup> Il decreto 17 ottobre 2022, «Criteri e modalità di utilizzo delle risorse del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del *caregiver* familiare per l'anno 2022», approvato dal Ministro per la disabilità di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali ha elencato le tipologie di servizi e prestazioni finanziabili con le risorse del Fondo istituito dalla legge n. 205/2017.

bilancio per il 2021 per il finanziamento degli interventi legislativi indispensabili al riconoscimento della attività non professionale del prestatore di cure familiari.

Come si evince, dunque, non è stato adottato un apparato di garanzie giuridiche coerente, verosimilmente a causa delle peculiarità che caratterizzano la cura familiare, e in particolare della sua natura non remunerata. Accade difatti frequentemente che, laddove le condizioni economiche del nucleo lo rendano possibile, si sviluppi un sistema di auto-organizzazione interna tanto efficiente da impedire l'emersione dei bisogni assistenziali al di fuori dell'ambiente domestico.

Con l'approvazione nel marzo 2023 della legge delega n. 33 recante «Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane», il Parlamento ha tentato di rispondere alle istanze emerse dalla società (ed evidenziate dalla dottrina)<sup>37</sup>. Per la parte che in questa sede rileva, la legge delega, invero, si è limitata a prevedere una ricognizione e revisione della disciplina vigente, interventi volti a certificare le competenze maturate nell'esperienza di cura e modalità innovative di coinvolgimento delle rappresentanze dei *caregivers* nei processi di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria.

Per quanto concerne le proposte di legge inerenti a questa figura, invece, finora non sono state ancora approvate<sup>38</sup>. Attualmente è in discussione un atto normativo<sup>39</sup>, che, per favorire l'accesso ai servizi sociali, prevede, mediante d.p.c.m., la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) sociali da garantire ai *caregivers* familiari su tutto il territorio nazionale nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e l'introduzione nei livelli essenziali di assistenza (LEA) di servizi e prestazioni per i *caregivers* e gli assistiti, come la domiciliarizzazione di visite e prestazioni specialistiche.

Nel testo sono previste tutele di natura previdenziale, misure a favore della conciliazione tra l'attività di cura e lavorativa, il riconoscimento delle competenze acquisite in qualità di *caregivers* per un reinserimento o un nuovo accesso lavorativo e detrazioni per carichi di famiglia. Nel testo manca, tuttavia, il riconoscimento di un diritto soggettivo autonomo rispetto ai diritti dell'assistito e quello a percepire un'indennità.

Nonostante l'evidente vuoto di disciplina, non può negarsi la presenza di alcune, seppur frammentarie, misure di protezione, articolate in interventi indiretti e diretti, nei confronti dei *caregivers* familiari. Sotto il primo profilo, con specifico riguardo al rischio previdenziale connesso alla vecchiaia, il legislatore ha introdotto alcuni

---

<sup>37</sup> In merito, C. GORI, *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *Pol. soc.*, 3, 2023, 511 ss.; F. LONGO, *Legge Delega Anziani e Long-Term Care*, in *I luoghi della cura online*, 2023; S. PASQUINELLI, *Non autosufficienza: si volta pagina*, in *Welforum.it*, 2023.

<sup>38</sup> Cfr. F. PESARESI, *Le proposte di legge di riforma in Italia*, in ID. (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari. Aiutare chi aiuta*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021, 75 ss. e G. MARCHETTI, *La tutela multilivello dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, in *Federalismi.it*, 4, 2022, 532 ss.

<sup>39</sup> Atto Senato n. 1461, «Disposizioni per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare». Per un commento F. PESARESI, *Le proposte di legge di riforma in Italia*, cit., 76 ss.



meccanismi di anticipazione dell'età pensionabile che, pur non configurando un istituto dedicato in senso tecnico, finiscono per intercettare la condizione del *care-giver*. Tra questi, l'Anticipo pensionistico (Ape) sociale, misura attivabile su istanza di parte, riconosciuta (in presenza di requisiti anagrafici e contributivi determinati) ai soggetti che prestino, da almeno sei mesi, attività di cura continuativa a favore del coniuge, della parte dell'unione civile o di un parente di primo grado convivente e qualificato come portatore di handicap in situazione di gravità ai sensi della legge n. 104<sup>40</sup>. Analogo rilievo assume l'accesso al pensionamento anticipato c.d. "Quota 41 precoci", riservato a chi (avendo maturato quarantuno anni di contributi, comprensivi di almeno un anno accreditato antecedentemente al compimento del diciannovesimo anno di età) svolga attività assistenziale da non meno di sei mesi nei confronti di un familiare convivente con disabilità grave, includendosi, in casi circoscritti, anche parenti o affini di secondo grado, laddove i familiari di riferimento abbiano superato i settant'anni, siano affetti da condizioni invalidanti ovvero risultino deceduti o irreperibili<sup>41</sup>.

Tali istituti presuppongono, in via imprescindibile, una pregressa partecipazione del *caregiver* al mercato del lavoro e, conseguentemente, l'esistenza di una base contributiva minima, con ciò escludendo dal loro perimetro applicativo quei soggetti che abbiano svolto compiti di cura in via pressoché esclusiva, senza un percorso lavorativo formalizzato.

Con riferimento agli interventi diretti, rilevano le misure di assistenza sociale che hanno consentito l'introduzione di strumenti quali il c.d. "bonus *caregiver*", introdotto dalla legge di bilancio 2018 e consistente in un sostegno economico finalizzato a rimborsare i costi sostenuti per l'assunzione di un assistente retribuito con contratto di lavoro domestico, nonché in ulteriori prestazioni integrative di natura socioassistenziale. A tali interventi si aggiungono le indennità che, pur non essendo destinate direttamente ai prestatori di cura, producono effetti indiretti su di essi, come l'indennità di accompagnamento *ex* legge n. 18/1980, erogata in favore della persona con disabilità.

Deve inoltre essere ricordata l'istituzione del Fondo assicurativo di previdenza per i soggetti che svolgano, in assenza di retribuzione, attività di cura derivanti da responsabilità familiari<sup>42</sup> e la disciplina dell'assicurazione contro gli infortuni domestici<sup>43</sup>, rivolta esclusivamente ai *caregivers* informali non coperti da altre forme previdenziali obbligatorie e impegnati, senza vincolo di subordinazione e a titolo gratuito, in attività svolte nell'ambiente domestico con finalità di cura personale o familiare<sup>44</sup>.

---

<sup>40</sup> Cfr. art. 1, comma 179, legge 11 dicembre 2016, n. 232.

<sup>41</sup> Cfr. art. 1, comma 199, legge 11 dicembre 2016, n. 232.

<sup>42</sup> D.lgs. 16 settembre 1996, n. 565.

<sup>43</sup> Legge 3 dicembre 1999, n. 493.

<sup>44</sup> G. PISTORE, *Alla ricerca di un inquadramento giuridico per il caregiver familiare*, in R. DEL

Sul punto, la giurisprudenza costituzionale<sup>45</sup> ha inoltre avallato un'interpretazione particolarmente rigorosa della normativa, circoscrivendone l'operatività alla presenza congiunta di un requisito soggettivo (l'appartenenza al nucleo familiare dell'assistito) e di un elemento oggettivo (la stabile domiciliazione all'interno dell'abitazione in cui l'attività di cura viene prestata)<sup>46</sup>.

In proposito sono intervenute anche le Regioni<sup>47</sup>, predisponendo forme di tutela dei *caregivers* familiari. Tra queste Emilia-Romagna<sup>48</sup>, Abruzzo<sup>49</sup>, Veneto<sup>50</sup>, Campania<sup>51</sup>, la Provincia autonoma di Trento<sup>52</sup>, Puglia<sup>53</sup> e Lombardia<sup>54</sup> hanno adottato leggi per realizzare una rete di sostegno al lavoro di accudimento del *caregiver* familiare. Più dettagliatamente, Emilia-Romagna, Abruzzo, Puglia e Campania hanno disposto il riconoscimento dei *caregivers* familiari, la valutazione dei loro bisogni, e una loro partecipazione alla programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria; la possibilità di accedere, limitatamente alle risorse disponibili, ai servizi pubblici integrati; l'elaborazione di Piani di assistenza individuali, in cui sono stabilite i contributi, i supporti e le prestazioni da fornire ai *caregiver* da parte dei servizi sociali e sanitari; la formazione<sup>55</sup> e il riconoscimento delle competenze nonché misure di supporto di tipo psicologico.

Alcune Regioni hanno sviluppato anche programmi che prevedono interventi socioassistenziali e sanitari per sostenere i *caregivers*. Ad esempio, le Regioni Lombardia e Liguria sperimentano le c.d. "RS aperte", ossia RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) accreditate dalla Regione. La Regione Veneto ha intrapreso, invece, un'azione di monitoraggio dei bisogni dei *caregivers*, mentre, talvolta, altre (come Campania, Lazio, Lombardia e Veneto) erogano contributi e aiuti economici per riconoscerne il lavoro di assistenza.

---

PUNTA, D. GOTTARDI, R. NUNIN, M. TIRABOSCHI (a cura di), *Salute e benessere dei lavoratori: profili giuslavoristici e di relazioni industriali*, ADAPT University Press, Bergamo, 2020, 214 ss.

<sup>45</sup> Corte cost., sent. n. 202/2022. Per un commento I. TAGLIABUE, *Lavoro informale di cura e tutele assicurative: dalla Corte costituzionale un sollecito al legislatore per una estensione delle garanzie per i 'caregivers' familiari*, in *Dir. relaz. ind.*, 1, 2023, 157 ss.

<sup>46</sup> Su questi aspetti, M. D'ONGHIA, *Lavoro "informale" di cura e protezione sociale*, cit., 95 ss.

<sup>47</sup> Per un'analisi approfondita del ruolo delle Regioni nell'ambito del sistema multilivello si veda, tra i tanti, A. PAPA, *Le Regioni nella multilevel governance europea*, in EAD., (a cura di), *Le Regioni nella multilevel governance europea. Sussidiarietà, partecipazione, prossimità*, Giappichelli, Torino, 2017.

<sup>48</sup> Legge regionale 28 marzo 2014, n. 2.

<sup>49</sup> Legge regionale 27 dicembre 2016, n. 43.

<sup>50</sup> Legge regionale 17 ottobre 2017, n. 38.

<sup>51</sup> Legge regionale 20 novembre 2017, n. 33.

<sup>52</sup> Legge Provincia autonoma di Trento 13 giugno 2018, n. 8.

<sup>53</sup> Legge regionale 27 febbraio 2020 n. 3.

<sup>54</sup> Legge regionale 30 novembre 2022, n. 23.

<sup>55</sup> Sull'importanza della formazione del *caregiver*, M. SIMONCELLI, *L'educazione terapeutica e l'addestramento del caregiver*, in F. PESARESI (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari*, cit., 163 ss.

### 3. I diritti negati dei *caregivers* nell'assenza di una disciplina dedicata

Anche per i familiari che svolgono attività di cura in via esclusiva possono concretizzarsi situazioni di bisogno riconducibili alla sfera protetta dall'art. 38 Cost. Non è raro, infatti, che tali soggetti versino in condizioni di dedizione pressoché assoluta, al punto da incidere in modo rilevante sull'esercizio di diritti costituzionalmente riconosciuti<sup>56</sup>, tra cui il diritto al lavoro (art. 4 Cost.), la partecipazione alla vita sociale e istituzionale (artt. 2 e 51 Cost.); il diritto alla salute (art. 32 Cost.), l'istruzione, nel caso di *young caregiver* (art. 34 Cost.); la formazione professionale (art. 35 Cost.) e il diritto a una adeguata tutela previdenziale (art. 38 Cost.).

La tutela del *caregiver* è richiesta dall'interpretazione dei principi costituzionali, in particolare dal combinato disposto degli artt. 2<sup>57</sup> e 3 Cost., rientrando nel compito di rimozione degli ostacoli che si frappongono alla realizzazione dell'individuo<sup>58</sup>, ed è importante per attuare la difesa e la promozione della dignità umana<sup>59</sup>, in tutte le sue proiezioni<sup>60</sup>.

Per i *caregivers*, infatti, l'assenza di una disciplina che ne riconosca il ruolo e i diritti porta a una compressione della loro dignità in molteplici aspetti. Il lavoro del *caregiver*, per esempio, pur essendo essenziale per il benessere dei loro assistiti e per l'intera società, non viene riconosciuto né retribuito, relegandolo a una sfera invisibile e svalutata. Questo incide profondamente sulla dignità della persona, che si trova a dedicare gran parte della propria vita a un'attività che non ha alcun riconoscimento economico o sociale. Si incide negativamente sul diritto all'autorealizzazione: l'impegno richiesto spesso costringe chi assiste i propri familiari a rinunciare a carriere professionali, attività sociali e personali, limitando la libertà di realizzarsi pienamente come individui. La mancanza di congedi retribuiti, flessibilità lavorativa o altre forme di supporto impedisce a chi presta lavoro di cura informale di conciliare vita privata e assistenza, sacrificando così il loro diritto all'autodeterminazione.

Vi è altresì una violazione del principio di eguaglianza, poiché l'assenza di una disciplina specifica per i *caregivers* crea evidenti disparità, in particolare economiche,

<sup>56</sup> In merito R. DELUIGI, *Abitare l'invecchiamento. Itinerari pedagogici tra cura e progetto*, Mondadori, Milano, 2014, 82-83; M. TRABUCCHI, *I caregiver: un ruolo importante, complesso, gravoso*, in F. PESARESI (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari*, cit., 11 ss.

<sup>57</sup> Sull'art. 2 Cost., E. ROSSI, *Art. 2 Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Utet, Torino, 2006, 57 ss.; G. DI COSIMO, *Art. 2 Cost.*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Cedam, Padova, 2008, 14 ss.

<sup>58</sup> A. D'ALOIA, *Eguaglianza sostanziale e Regioni. Note di sintesi*, in *Le Regioni*, 2-3, 2023, 573 e 581.

<sup>59</sup> Sul carattere "aperto" della nozione di vulnerabilità, P. SCARLATTI, *Soggetti deboli, Costituzione ed istanze della vulnerabilità*, cit., 266 ss. Cfr. anche M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Pol. dir.*, 1999, 25 ss.

<sup>60</sup> Cfr. C. PICIOCCHI, *La dignità come rappresentazione giuridica della condizione umana*, Cedam, Padova, 2013; S. RODOTÀ, *La rivoluzione della dignità*, La scuola di Pitagora, Napoli, 2013; A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *Federalismi.it*, 17, 2013; G.M. FLICK, *Elogio della dignità (se non ora quando?)*, in *Rivista AIC*, 4, 2014.

atteso che, non potendo conciliare il proprio ruolo con un lavoro remunerato, subiscono un grave impoverimento. Questo problema si aggrava per le famiglie con meno risorse, le quali non possono permettersi assistenza privata e, per tale ragione, sono costrette a fare affidamento esclusivamente sull'assistenza familiare. Un altro aspetto sfavorevole è la precarietà economica, che incide negativamente sul reddito familiare. Le famiglie si trovano a dover far fronte non solo alla perdita di un reddito, ma anche ai costi diretti legati alla cura del familiare, come spese mediche o di assistenza, incrementando il divario economico tra nuclei che hanno la possibilità di accedere a servizi di assistenza privati e quelli che invece devono fare affidamento esclusivamente su *caregivers* non retribuiti.

Meritevole di considerazioni sono anche le disuguaglianze di genere. La maggior parte di coloro che assiste i propri familiari sono donne e la mancanza di riconoscimento giuridico ed economico per il loro ruolo amplifica le disuguaglianze di genere già presenti nel mercato del lavoro e nella società. Le donne *caregivers* si trovano così in una posizione di doppia esclusione: non solo sono penalizzate economicamente e socialmente rispetto agli uomini, ma la mancanza di riconoscimento formale del loro ruolo rafforza questa condizione di emarginazione, precludendo loro possibilità di avanzamento professionale e personale.

L'assenza del riconoscimento di tale categoria si riverbera sul diritto al lavoro, considerata la frequente rinuncia dei *caregivers* a opportunità lavorative, cui consegue una probabile condizione di precarietà economica e previdenziale, esponendoli a un rischio di povertà in età avanzata, quando non avranno accesso a una pensione adeguata al lavoro svolto. Il tempo dedicato all'assistenza rappresenta una lacuna contributiva che riduce sensibilmente l'importo della pensione futura e questo crea un ulteriore svantaggio economico a lungo termine.

Il mancato riconoscimento giuridico e previdenziale dei *caregivers* comporta ugualmente implicazioni pregiudizievoli per il sistema di *welfare* nel suo complesso. Non riconoscendo chi presta lavoro di cura informale come un soggetto titolare di diritti sociali specifici, l'ordinamento omette di considerare un elemento che, di fatto, assume una rilevanza strutturale nella gestione della non autosufficienza, pregiudicando in questo modo la capacità dello Stato stesso di intercettare e amministrare il bisogno delle persone anziane non autosufficienti. Il sistema di *welfare* continua infatti a fondarsi implicitamente sulla presenza del *caregiver* come mediatore tra assistito e intervento pubblico, con la conseguenza che colui che presta lavoro di cura informale di fatto supplisce alle funzioni che le istituzioni non svolgono con continuità. In mancanza di tale presenza, l'anziano perde il suo riferimento nel rapporto con lo Stato e, in ragione di questo vuoto, la persona vulnerabile diviene un soggetto ancora più fragile perché non intercettato e dunque privo di un accesso ai diritti sociali che l'ordinamento gli riconosce. Ne deriva una forma di invisibilità sociale che non è frutto di un'emergenza improvvisa, ma di una strutturale assenza di canali attraverso cui lo Stato possa farsi carico di chi non è in grado di segnalare autonomamente il proprio bisogno. Ne consegue un circolo vizioso, atteso che l'insufficienza degli interventi pubblici accresce la pressione

sulle famiglie, impedisce di integrare in modo ordinato l'apporto dei prestatori informali nel circuito pubblico dell'assistenza e priva il sistema della possibilità di costruire una *governance* condivisa della cura, fondata su responsabilità ripartite e su un adeguato sostegno istituzionale.

Da menzionare sono anche le frizioni con il diritto alla salute<sup>61</sup> e con i diritti di partecipazione politica e sociale. Coloro che prestano lavoro di cura informale spesso si trovano esclusi da questi processi partecipativi per vari motivi, tra cui isolamento sociale e la mancanza di rappresentanza. Senza un riconoscimento giuridico, i *caregivers* non hanno una voce istituzionale che possa rappresentare i loro interessi nelle decisioni politiche, costringendo tale categoria all'invisibilità nelle politiche pubbliche.

#### 4. Ripensare il *welfare* attraverso la cura: il passo finale verso un sistema inclusivo

Dal quadro brevemente descritto, è evidente l'assenza nell'ordinamento italiano di una visione complessiva sui bisogni delle famiglie di cui faccia parte una persona non autosufficiente<sup>62</sup>, nonostante gli interventi legislativi menzionati indichino la volontà di colmare tale lacuna. È imprescindibile l'adozione di una legge che tuteli i *caregivers*, riconoscendo loro un diritto soggettivo autonomo rispetto ai diritti dell'assistito<sup>63</sup>.

È altresì necessario realizzare un sistema di *welfare* che redistribuisca i compiti di cura tra Stato, società e famiglia<sup>64</sup> e che valorizzi l'assistenza territoriale e domiciliare e il ruolo delle RSA per eliminare gli ostacoli al pieno sviluppo della personalità dei *caregivers* familiari e i pregiudizi ai propri diritti. Un simile ripensamento implica la revisione del modello giuridico di allocazione delle responsabilità

---

<sup>61</sup> E. BRENNI, *Cura degli Anziani, scelte lavorative e salute*, in L. CAPPELLARI, C. LUCIFORA, A. ROSINA (a cura di), *Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere*, il Mulino, Bologna, 2018, spec. 120 ss.

<sup>62</sup> F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti Dibattiti Molti gli annunci, troppi i rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024.

<sup>63</sup> Sul tema R. GOTTARDO, *Lavoro di cura. Spunti di riflessione*, in *Lavoro e diritto*, 1, 2001, 121 ss. In assenza di una legge statale, infatti, le Regioni potrebbero approvare decisioni diverse determinando discriminazioni nel godimento di strumenti di protezione e promozione della dignità umana. Il sostegno deve concretizzarsi in misure che alleggeriscano il lavoro di cura evitando pregiudizi alla qualità della vita e al benessere psico-fisico; che garantiscano servizi di formazione e di supporto psicologico. In sostanza, la legge statale dovrebbe determinare i LEP e i LEA da garantire e, successivamente, le Regioni, sulla base di questa cornice e considerando le proprie specificità territoriali, dovrebbero intervenire nuovamente per apprestare ulteriori forme di garanzia.

<sup>64</sup> Cfr. P. DI NICOLA, *Principi di "giustizia": la sfida del lavoro di cura per le famiglie e per la società degli individui*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 3, 2017, 609 ss.

di cura, superando la dicotomia pubblico/privato e qualificando la cura come interesse pubblico primario.

Si impone, dunque, la necessità di abbandonare la tradizionale riduzione della cura a prestazione meramente “serviziale”, e di predisporre un quadro di protezione giuridica adeguato. Ciò implica attribuire valore giuridico a un’attività generativa di utilità collettiva, prendendo atto dell’interrelazione strutturale tra lavoro produttivo e lavoro di cura, che non può essere relegato entro uno spazio puramente privato di relazioni le quali, pur informali, risultano decisive per il funzionamento dell’economia, dell’organizzazione sociale e della stessa idea contemporanea di lavoro, famiglia e redistribuzione interna degli oneri assistenziali<sup>65</sup>. In tale prospettiva si colloca anche la recente pronuncia della Corte costituzionale che, chiamata a valutare l’estensione della disciplina sull’infortunio domestico ai familiari che prestano cura al di fuori dell’abituale domicilio, ha indirettamente rivolto al legislatore un chiaro monito ovvero quello di rafforzare la rete protettiva mediante l’introduzione di prestazioni idonee a sostenere i *caregivers* non professionali<sup>66</sup>.

Sarebbe insufficiente arrestarsi, tuttavia, a tale livello di principi. Il passo ulteriore dovrebbe consistere nella predisposizione di strumenti idonei a realizzare forme di solidarietà specifiche, interne alla categoria dei *caregivers* esclusivi, tenendo conto anche del fatto che il contributo materiale dei *caregivers* familiari determina un significativo risparmio per il sistema di *welfare*<sup>67</sup>. Di conseguenza, dovrebbero essere introdotte misure sociali che riconoscano e sostengano direttamente la funzione di cura, indipendentemente dall’eventuale titolarità di ulteriori forme di assicurazione sociale da parte dei beneficiari<sup>68</sup>.

Tali linee di intervento non hanno trovato concreta attuazione e il silenzio normativo permane. Un segnale, per quanto timido, si rinviene nel d.lgs. n. 29/2024, attuativo della legge delega n. 33/2023. Il decreto legislativo, infatti, riconosce esplicitamente il valore sociale ed economico della cura familiare non retribuita prestata a favore delle persone anziane e non autosufficienti<sup>69</sup>. Tale riconoscimento, però, è destinato a restare privo di effettività se non accompagnato da un rafforzamento della rete dei servizi per l’anziano, condizione imprescindibile per

---

<sup>65</sup> P. DI NICOLA, *Principi di giustizia: la sfida del lavoro di cura per le famiglie e per la società degli individui*, cit., 609 ss.; M. TIRABOSCHI, *Il mercato del lavoro come costruzione sociale: perché ripensare in questa prospettiva il lavoro domestico e di cura*, in L. CASANO (a cura di), *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*, ADAPT University Press, Bergamo, 2022, 16 e 20-21.

<sup>66</sup> Corte cost., sent. n. 202/2022, cit. Già nel 1995 la Corte riconosceva che anche il lavoro svolto all’interno della famiglia rientra nella garanzia dell’art. 35 Cost., che tutela il lavoro in tutte le sue manifestazioni. Così Corte cost., sent. n. 28/1995.

<sup>67</sup> E. D’AVINO, *La (in)sicurezza sociale dei ‘caregivers’ «puri»: alcune riflessioni a partire dalla normativa sull’infortunio domestico*, in *Riv. giur. lav.*, 3, 2023, 448.

<sup>68</sup> E. ALES, *Il modello sessuato*, cit., 549.

<sup>69</sup> Art. 39, comma 1, d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29.

consentire a chi presta assistenza di sviluppare un proprio progetto di vita e di compiere scelte non interamente condizionate dal peso dell'impegno assistenziale.

L'attuazione di un simile disegno incontra il limite della sostenibilità finanziaria ed è presumibile che proprio l'onere economico rappresenti il principale ostacolo all'adozione di un sistema unitario di tutele, atteso che ogni definizione di livelli minimi di protezione comporta la previsione delle risorse necessarie al loro finanziamento. Da ciò deriva un'inevitabile tensione tra il principio di adeguatezza delle prestazioni assistenziali, che attiene al contenuto essenziale dei diritti sociali, e l'esigenza di equilibrio di bilancio<sup>70</sup>. Il problema concerne scelte politiche di redistribuzione delle risorse ispirate a criteri di solidarietà e giustizia sociale. Non può negarsi il riconoscimento di diritti a un'ampia e crescente fascia di popolazione sulla base della carenza di risorse, poiché il nucleo essenziale dei diritti sociali deve comunque essere garantito.

Oltre le risorse pubbliche è necessario attirare anche quelle private che possono contribuire al finanziamento degli interventi. In merito la legge di bilancio per il 2024 istituisce dal 1° gennaio 2024 il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, in cui sono confluiti i precedenti fondi abrogati<sup>71</sup>, ma in realtà le risorse finanziarie non sono state implementate<sup>72</sup>. Non essendo stati previsti degli investimenti specificamente dedicati al sostegno dei *caregivers*, viene rimarcata un'asimmetria che trascura il lavoro informale di cura, spesso capace di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione della persona non autosufficiente, con un notevole risparmio di risorse pubbliche<sup>73</sup>.

Parallelamente, e in una prospettiva più ampia, la ridefinizione delle tutele per il lavoro di cura richiede un deciso potenziamento dei servizi sociali. Le sfide legate all'invecchiamento demografico e alla non autosufficienza impongono lo sviluppo di un'offerta robusta di servizi, indispensabile per rispondere ai bisogni complessi della popolazione e per alleggerire il carico di cura che, altrimenti, continua a ricadere in misura sproporzionata sulle donne, con conseguenze pregiudizievoli anche sulla loro partecipazione al mercato del lavoro.

È fondamentale un investimento deciso nelle infrastrutture sociali. Il sistema italiano continua, invece, ad affidarsi in modo prevalente a un modello misto, fondato, da un lato, sulla responsabilità familiare e, dall'altro, su interventi pubblici per lo più monetari; servizi ancora insufficienti e distribuiti in modo disomogeneo

---

<sup>70</sup> R. BIN, *Diritti e argomenti*, Giuffrè, Milano, 1992, 111.

<sup>71</sup> Art. 1, comma 210, legge 30 dicembre 2023, n. 213. In merito F. PESARESI, *Bilancio 2024: i fondi per la disabilità sono diminuiti?*, in [www.welforum.it](http://www.welforum.it), 27 dicembre 2023, 1 ss.

<sup>72</sup> Anche il maggior importo di 320 milioni di euro, previsto ad incremento del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, per il 2024, deriva in realtà dal prelievo di risorse dal Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità, per cui, come afferma ancora F. PESARESI, *Bilancio 2024: i fondi per la disabilità sono diminuiti?*, cit., 1 ss., «nulla cambia salvo le apparenze».

<sup>73</sup> P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *Federalismi.it*, 5, 2024, 219.

alimentano inoltre il lavoro di cura svolto in forme irregolari<sup>74</sup>. A meno di non voler accettare una ulteriore “familiarizzazione” dei bisogni assistenziali, occorre prendere atto dell’espansione della domanda di servizi e della necessità di potenziarli in modo significativo<sup>75</sup>.

Un approccio di investimento sociale più ampio produrrebbe benefici significativi: la logica della “spesa sociale produttiva” (volta a sostenere crescita, occupazione e conciliazione tra tempi di lavoro, vita e cura grazie a un’articolata rete di servizi) risulta particolarmente cruciale per un Paese che registra un ritardo strutturale nella dotazione di servizi per l’infanzia e per gli anziani.

Continuare a fare affidamento esclusivamente sugli strumenti tradizionali di conciliazione significa anche ignorare la persistente criticità derivante dai periodi di inattività lavorativa e dai conseguenti vuoti contributivi. Si torna pertanto alla complessa questione dell’impatto di genere della normativa previdenziale e delle profonde disparità pensionistiche tra uomini e donne<sup>76</sup>.

Un possibile punto di svolta sembrerebbe offerto dagli investimenti strategici delineati nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>77</sup>, che destina circa sette miliardi di euro a interventi sociali afferenti alla Missione 5 (“Inclusione e coesione”) e alla Missione 6 (“Salute”), con particolare attenzione a tre aree di azione prioritaria: il rafforzamento delle politiche familiari, la legge quadro per la disabilità e la riforma dei servizi per la non autosufficienza. Sebbene tali misure configurino un’opportunità per promuovere una redistribuzione più equilibrata delle responsabilità di cura tra famiglie, Stato e collettività, nonché per rafforzare le tutele per i *caregivers* e contribuire alla riduzione delle disuguaglianze di genere connesse al lavoro di cura<sup>78</sup>, l’attuale stato di avanzamento degli interventi evidenzia significativi ritardi sia nella realizzazione delle infrastrutture previste, sia nell’attuazione delle riforme normative correlate. In particolare, il PNRR riserva

---

<sup>74</sup> Cfr., *ex pluris*, S. BRUN, *Lavoro sommerso e servizi di cura tra politiche del lavoro, di cura e socio-assistenziali*, in *Dir. lav. mercati*, 2, 2005, 30 ss.; F. CAPPONI, *L’emersione del mercato del lavoro domestico e della assistenza domiciliare: profili giuridici e contrattuali*, in *Professionalità e studi*, 1, 2019, 28 ss.

<sup>75</sup> La mancanza di una strategia organica per lo sviluppo dei servizi alla persona è tema ricorrente nella letteratura scientifica. Cfr. A. CIARINI, *Politiche sociali e occupazione nei servizi alle persone. Lavoro povero e servizi in tempi di austerità*, in ID. (a cura di), *Politiche di welfare e investimenti sociali*, il Mulino, Bologna, 2020, 91 ss.

<sup>76</sup> Sul tema si rinvia a O. BONARDI, *Povere vecchie. L’età pensionabile nella prospettiva di genere*, in *Var. temi dir. lav.*, 1, 2017, 113 ss.; M. D’ONGHIA, *Le tutele welfaristiche nel Social Pillar*, in G. BRONZINI (a cura di), *Verso un pilastro sociale europeo (Atti del convegno della Fondazione Basso, Roma, 9 maggio 2018)*, Fondazione Basso, Roma, 2018, 1 ss.; V. FILÌ, *Gli strumenti di salvataggio del diritto a pensione per le carriere discontinue*, in *Riv. giur. lav.*, 4, 2020, 685 ss.

<sup>77</sup> P. BILANCIA (a cura di), *L’impatto del PNRR sul sistema di governo multilivello*, il Mulino, Bologna, 2024, 1 ss.

<sup>78</sup> G. MARCHETTI, *La tutela multilivello dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, cit., 541 ss.



una specifica attenzione al potenziamento dell'assistenza domiciliare e alla sperimentazione di nuovi modelli organizzativi di prossimità e di integrazione tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali, come dimostrano, ad esempio, le iniziative relative alle Case della Comunità <sup>79</sup>.

La concreta attivazione di tali presidi territoriali, però, procede a un ritmo inferiore rispetto alle tempistiche originariamente previste, sollevando interrogativi sulla reale capacità del Piano di incidere, nel breve termine, sulle criticità strutturali del sistema di cura e assistenza. È inoltre necessario che l'attuazione di queste misure si collochi all'interno di un approccio integrato e multidimensionale, che promuova una sinergia efficace tra soggetti pubblici e privati, *profit* e non *profit*, nella logica di una responsabilità condivisa nella realizzazione delle prestazioni sociali e assistenziali.

Tale orientamento è già rintracciabile negli stessi strumenti programmatori del PNRR e nelle ultime leggi di bilancio, che sembrano muoversi verso una progressiva integrazione e riconoscimento reciproco degli attori coinvolti nella rete dei servizi <sup>80</sup>. Ciò non deve tradursi in una delegittimazione del ruolo primario del *welfare* pubblico, né tantomeno favorire una pericolosa devoluzione ai privati di responsabilità che devono restare in capo allo Stato, al fine di perseguire un modello in cui pubblico e privato non siano in competizione, ma operino in una logica di reciproco sostegno, garantendo al contempo interventi di qualità, universalmente accessibili e professionalmente qualificati <sup>81</sup>.

Il percorso sin qui delineato è certamente ambizioso, ma realizzabile, richiedendo un impegno politico convinto e tempestivo, che eviti ulteriori ritardi istituzionali. È infatti indispensabile attribuire un valore alla cura, approntando una tutela sostanziale non solo per le persone non autonome, ma anche per coloro che se ne occupano quotidianamente.

Riconoscere uno *status* giuridico al *caregiver* familiare rappresenta una scelta di civiltà e di giustizia sociale, cui un Paese che ha inserito in Costituzione il principio della sicurezza sociale, affinché lo Stato garantisca a tutti la libertà dal bisogno e la piena promozione della persona (artt. 2, 3, comma 2, e 38 Cost.) <sup>82</sup>, non può sottrarsi. A ciò deve necessariamente accompagnarsi un cambiamento culturale profondo, orientato a valorizzare il lavoro di cura in ragione del suo altissimo valore sociale (e anche economico), difficilmente riconducibile alla logica mercantile <sup>83</sup>, e dunque a riconoscere la dignità dei soggetti che lo svolgono. Occorre

---

<sup>79</sup> L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi.it*, 26, 2023.

<sup>80</sup> L. CASSANO, *Legge di bilancio e non autosufficienza: spunti per una riflessione sulla costruzione di un mercato del lavoro di cura*, in *Dir. relaz. int.*, 1, 2022, 335 ss.

<sup>81</sup> L. SPERANZA, *Who cares? Who cures? Perché è meglio non separare umanità e competenza*, in *Professionalità e studi*, 6, 2019, 1 ss.

<sup>82</sup> Cfr. M. PERSIANI, M. D'ONGHIA, *Diritto della sicurezza sociale*, Giappichelli, Torino, 2022, 9.

<sup>83</sup> M. TIRABOSCHI, *Il mercato del lavoro come costruzione sociale*, cit., 20.

infine superare una lettura riduttiva che colleghi la cura unicamente al ruolo femminile, dal momento che confinare la questione alla sfera privata significherebbe continuare a scaricare sulle donne il peso strutturale delle carenze delle politiche sociali<sup>84</sup>.

Colmando un vuoto normativo, è possibile riportare la cura al centro dell'impianto costituzionale, riconoscendola come attività che produce valore pubblico. Dare dignità giuridica ai *caregivers* significa realizzare il principio stesso di solidarietà e garantire che nessuno sia costretto a sacrificare i propri diritti costituzionalmente riconosciuti per supplire a carenze gravi del sistema, rendendo in tal modo il *welfare* veramente inclusivo e capace di riconoscere la cura come infrastruttura fondamentale della vita collettiva.

---

<sup>84</sup> J.C. TRONTO, *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, trad. it., Diabasis, Bergamo, 2006; B. CASALINI, *L'etica della cura e il pensiero femminista: tra dipendenza e autonomia*, in T. CASADEI (a cura di), *Donne, diritto, diritti. Prospettive del giusfemminismo*, Giappichelli, Torino, 2015, 174 ss. Su questi aspetti, si veda M. D'ONGHIA, *La debole protezione sociale per il lavoro "informale" di cura*, in *Dir. soc.*, 1-2. 2024, 397 ss.



# **Il contributo delle religioni all'elaborazione delle politiche pubbliche in favore degli anziani: dare valore alla persona nell'età 'grande'**

Silvia Angeletti\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione: le politiche in favore delle persone anziane come laboratorio di cooperazione tra istituzioni e religioni. – 2. Il contributo degli attori religiosi alla pianificazione delle politiche in favore degli anziani, tra protezione e valorizzazione dell'età 'grande'. – 3. La religione vissuta in tarda età: riscoprire un bene relazionale. – 4. Considerazioni conclusive.

**ABSTRACT:** This essay aims at exploring two interconnected aspects of the participation of religious actors in determining the national public policies related to the elderly people. Firstly, considering the recent legislative reform on the protection and promotion of the advanced age, it will be emphasized the role taken in the process by religious actors, through theoretical and practical cooperation. In this scenario, the framework and content of the 'Charter for the rights of the elder and the duties of the community' will be analyzed and the civil society's engagement in the reform of the social assistance for elderly people who are not self-sufficient will be recalled. These two examples not only demonstrate a significant and practical commitment and collaboration of religious actors with the State in building effective public policies for the old age, but also illuminate the religious meaningful perspective on the aged people, focused on their agency, relational abilities and capacity to be actively engaged in society.

A second part of the essay will examine a recent qualitative research on religiosity and the elderly people, the outcomes of which confirm that most of the aged people maintain a strong religious feeling and look at religion as an essential feature of their life, which enhances their happiness and their sense of belonging to a community and constitutes a source of healing and resilience in tough times.

These data, showing how relevant is religion for the well-being of aged people, suggest that public policies addressing the elderly people would protect and promote their freedom of thought, conscience and religion, reducing any practical limitation to individual and collective worship as well as preventing possible intersectional discriminations and forms of intolerance that obstacle and diminish their right to freely exercise their religion or belief.

## **1. Introduzione: le politiche in favore delle persone anziane come laboratorio di cooperazione tra istituzioni e religioni**

L'attenzione delle istituzioni nazionali per la protezione e la promozione delle persone anziane si è tradotta recentemente in alcuni interventi legislativi, introdotti

---

\* Professoressa Associata di Diritto e religione, Università degli Studi di Perugia.

con la legge delega 23 marzo 2023, n. 33 ‘Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane’.

Attraverso la nuova normativa si è cercato non solo di delineare con maggiore chiarezza le misure da adottare per migliorare il quadro complessivo dell’assistenza agli anziani, quanto anche di riconsiderare il ruolo assunto nella società dai soggetti che rientrano in tale categoria, con l’obiettivo di facilitarne la partecipazione attiva alla vita sociale. Sotto questo profilo, l’impianto teorico delle nuove misure legislative ha attinto da alcune acquisizioni concettuali elaborate in seno alla società civile, in particolar modo da quei settori che sono da tempo impegnati nei campi del welfare, del volontariato e del Terzo Settore e tra i quali un ruolo di primo piano è tradizionalmente svolto dalle comunità religiose. Non a caso, quindi, queste ultime hanno vissuto da protagoniste, direttamente o attraverso propri esponenti, la nuova stagione legislativa concernente l’età ‘grande’<sup>1</sup>.

Senza dubbio, il Terzo Settore rappresenta una delle forme principali attraverso le quali le istituzioni religiose sono attive nel sistema italiano del welfare dedicato alle persone anziane<sup>2</sup>. Il contributo degli attori religiosi si attua attraverso un panorama composito, fatto di enti ecclesiastici, associazioni di volontariato, istituti religiosi, cooperative sociali specializzate nell’assistenza socio-sanitaria e vari altri soggetti che, nei diversi contesti e nelle molteplici modalità con cui le confessioni religiose si organizzano sul territorio, si prendono cura degli anziani negli ambiti della salute, della tutela economica, dell’aiuto alla socializzazione e al disbrigo delle questioni della vita quotidiana.

Il sostegno nelle situazioni di difficoltà che l’età avanzata può portare con sé non esaurisce, tuttavia, l’impegno che le religioni<sup>3</sup>, nel nostro Paese, dedicano agli anziani; forti della loro tradizione<sup>4</sup>, esse si dimostrano in molti casi pronte a cogliere e a valorizzare il contributo concreto e prezioso che gli anziani possono offrire alla crescita della comunità, sia religiosa che civile.

A testimonianza dell’importanza attribuita alle persone in età avanzata, si può ricordare, ad esempio, il documento sulla sinodalità presentato nel 2025 dall’Assemblea

<sup>1</sup> V. PAGLIA (a cura di), *L’Età Grande: la nuova legge per gli anziani*, III ed., LSWR, Milano, 2024; G. CARAMORE, *L’età grande. Riflessioni sulla vecchiaia*, Garzanti, Milano, 2023.

<sup>2</sup> Sul tema, *ex multis*, P. CONSORTI, *Profili di welfare religioso nei Patti e nelle Intese dello Stato italiano*, in *Politiche sociali*, 12, 2, 2024, 359-370; P. CONSORTI, L. GORI, E. ROSSI, *Diritto del Terzo Settore*, II ed., Il Mulino, Bologna, 2021; P. CAVANA (a cura di), *Gli enti ecclesiastici nella riforma del Terzo settore*, Giappichelli, Torino, 2021; M. FERRANTE, *Enti religiosi/ecclesiastici e riforma del Terzo settore*, II ed., Giappichelli, Torino, 2019; A. CHIZZONITI, *La riforma del Terzo settore: aspetti di diritto ecclesiastico*, in A. GIANFREDA, M. ABU SALEM (a cura di), *Enti religiosi e riforma del Terzo settore*, Libellula, Tricase, 2018, 11 ss.

<sup>3</sup> Il termine ‘religioni’ è qui utilizzato in modo generico per indicare le confessioni religiose, senza un riferimento specifico al loro status giuridico e al livello dei rapporti istituzionali tenuti con lo Stato italiano.

<sup>4</sup> Sul tema, M.C. MARAZZI, A. SPREAFICO, F. TEDESCHI, *Gli anziani e la Bibbia. Letture spirituali della vecchiaia*, Morcelliana, Brescia, 2020.

sinodale della Chiesa cattolica in cui, nella sezione dedicata alla ministerialità delle laiche e dei laici, si chiede di favorire una maggiore corresponsabilità dei battezzati anche attraverso la valorizzazione del «contributo di parola, competenza e servizio che le persone anziane mettono a disposizione della comunità»<sup>5</sup>.

L'essere portatrici di un patrimonio sapienziale ed esperienziale che interpreta in positivo il rapporto tra le generazioni rende le confessioni religiose – in particolare, la Chiesa cattolica – interlocutrici di particolare valore delle istituzioni nazionali e locali in tutto il settore del sociale, ed è essenzialmente questo aspetto ad aver favorito la partecipazione degli attori religiosi all'elaborazione delle recenti politiche pubbliche in favore degli anziani.

Le pagine che seguono intendono ripercorrere brevemente alcuni esempi di questa forma di collaborazione, che ha visto figure istituzionali della gerarchia ecclesiastica accanto a uomini e donne espressione del laicato cattolico e di altre denominazioni religiose svolgere un ruolo non marginale nell'individuazione dei nodi strutturali e delle possibili strategie per perseguire un rinnovamento delle misure e, più ancora, per adottare una prospettiva innovativa intorno alla presenza e al ruolo degli anziani nella vita collettiva.

Ben lontane da ogni programmatica volontà di enfatizzare il ruolo dell'una piuttosto che dell'altra confessione religiosa, le nostre considerazioni si concentrano principalmente sul contributo cattolico in ragione dell'interesse suscitato dalla vicenda della 'Carta per i diritti degli anziani' nel contesto della pianificazione della riforma del 2023, cui va aggiunto l'apporto dato da un gruppo di esperti del settore attraverso il 'Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza'.

Il coinvolgimento da parte del governo di figure provenienti dall'ambito confessionale, ma scelte al di fuori degli impegni derivanti dai rapporti istituzionali con le autorità ecclesiastiche, è degno di nota nella misura in cui restituisce al dibattito sulle relazioni tra attori religiosi e istituzioni pubbliche spunti di interesse generale e permette di osservare l'evoluzione delle forme e dei modi in cui si esprimono attualmente i rapporti tra diritto e religione<sup>6</sup>.

In un momento successivo, verrà qui richiamata una recente ricerca incentrata sulla percezione della religione da parte degli anziani che vivono in Italia e i cui risultati indicano una crescita della soddisfazione del vissuto personale all'aumentare della religiosità. La lettura di questo dato ci sembra confermare, casomai ce ne

---

<sup>5</sup> *Lievito di pace e di Speranza. Documento di sintesi del cammino sinodale delle Chiese che sono in Italia*, CEI, Roma, 25 ottobre 2025, [https://camminosinodale.chiesacattolica.it/wpcontent/uploads/2025/10/CamminoSinodale\\_DocumentodiSintesi.pdf](https://camminosinodale.chiesacattolica.it/wpcontent/uploads/2025/10/CamminoSinodale_DocumentodiSintesi.pdf). (Punto 72).

<sup>6</sup> Sul tema, da sempre centrale nella dottrina ecclesiasticistica e per questo oggetto di una vasta letteratura, si richiamano, tra i più recenti contributi, M. MADONNA, A. TIRA, C. VARALDA (a cura di), *Diritto e religione in Italia ed in Europa. Dai Concordati alla problematica islamica*, III ed., Giappichelli, Torino, 2025; A. FERRARI, *La libertà religiosa in Italia. Un percorso incompiuto (1848-2024)*, Carocci, Roma, 2025. Sul rapporto tra diritto e religione restano ancora di grande interesse le riflessioni di H. BERMAN, *The Interaction of Law and Religion*, Abingdon Press, Nashville TN, 1974 (trad. it. a cura di M. VENTURA, *L'interazione tra diritto e religione*, Leo S. Olschki, Firenze, 2024).

fosse bisogno, la necessità che le istituzioni pubbliche garantiscano l'esercizio della libertà religiosa facilitando, in particolare, le persone anziane anche negli aspetti pratici che vi sono connessi, allo stesso tempo impegnandosi per combattere ogni forma di discriminazione o di intolleranza che possa limitare o impedire alle persone di vivere appieno la propria esperienza di fede anche in tarda età.

## **2. Il contributo degli attori religiosi alla pianificazione delle politiche in favore degli anziani, tra protezione e valorizzazione dell'età 'grande'**

Il quadro delle politiche per gli anziani è oggi arricchito dagli interventi normativi introdotti, come si accennava in apertura, con la legge delega 23 marzo 2023, n. 33, alla quale, un anno dopo, ha fatto seguito il d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29 recante 'Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane'.

Nell'iter della riforma, gli attori non istituzionali hanno assunto un ruolo significativo. Nel 2020, l'allora Ministro della Salute, Roberto Speranza, istituiva una 'Commissione per la riforma dell'assistenza sociale e sanitaria per la popolazione anziana', e invitava a presiederla Mons. Vincenzo Paglia, che in quel periodo rivestiva la carica di Gran Cancelliere del Pontificio Istituto teologico per le Scienze del matrimonio e della famiglia e di Presidente della Pontificia Accademia per la vita. Paglia viene invitato non in veste istituzionale in quanto rappresentante della Chiesa cattolica quanto, piuttosto, per l'esperienza personale maturata nel settore e condivisa con gli altri membri della Commissione, laici di diversa estrazione e anch'essi indicati in ragione delle competenze individuali.

La Commissione aveva il compito di analizzare le politiche dell'assistenza socio-sanitaria alla popolazione anziana, che, in periodo Covid, avevano dimostrato più di una carenza, per poi offrire proposte di riforma. Nel 2021, il gruppo di lavoro presentava al governo, presieduto da Mario Draghi, la 'Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità', che Paglia definiva «una rivoluzione copernicana» e che Draghi accoglieva come il frutto di un lavoro «straordinario» e di «enorme rilevanza sociale ed etica»<sup>7</sup>.

Dal documento elaborato dalla Commissione emerge una visione in positivo dell'età avanzata che avrà un certo seguito al momento della pianificazione delle misure introdotte con la riforma.

Come più volte ricordato da Paglia<sup>8</sup>, la società sta assistendo a un significativo cambiamento demografico e al prolungamento della vita media, tuttavia l'opinione pubblica non sembra aver preso piena coscienza di tali mutamenti né il diritto si dimostra pronto a mettere in atto i necessari correttivi.

---

<sup>7</sup> [https://www.repubblica.it/cronaca/2021/09/01/news/premier\\_draghi\\_monsignor\\_paglia\\_anziani-316131761/](https://www.repubblica.it/cronaca/2021/09/01/news/premier_draghi_monsignor_paglia_anziani-316131761/).

<sup>8</sup> V. PAGLIA (a cura di), *L'Età Grande: la nuova legge per gli anziani*, cit.; V. PAGLIA, *L'età da inventare. La vecchiaia fra memoria ed eternità*, Piemme, Milano, 2021.

La persona anziana, come la prassi della vita quotidiana dimostra, è sovente ancora in grado di partecipare alla vita sociale e volenterosa di dare il proprio contributo; in altri termini, è un soggetto attivo e non solo (o non sempre) richiedente cure, costi e assistenza. Del resto, anche quando richiede assistenza, l'anziano resta prima di tutto una persona e non andrebbe visto come un costo o, peggio, come un oggetto di potenziale 'scarto'.

Ancorata a questo orizzonte di fondo, la 'Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità' si fonda sui principi di solidarietà e di uguaglianza delineati nella Costituzione (che pure non riserva alle persone anziane una tutela specifica), sulla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea (l'art. 25 in particolare) e sugli interventi del Consiglio d'Europa<sup>9</sup>. Il documento non nasce solo con lo scopo di delineare in astratto i diritti delle persone anziane e i corrispondenti doveri della società, quanto anche con l'obiettivo di fornire in concreto indicazioni pratiche a istituzioni e operatori del settore<sup>10</sup>.

Per avere un'idea della prospettiva adottata dalla Carta, vale la pena richiamare i tre punti essenziali nei quali essa si articola, ovvero il rispetto della dignità delle persone anche nella terza età, l'assistenza responsabile e la vita attiva di relazione.

Al primo punto, che mette al centro la dignità, si legge che la persona anziana ha il diritto di decidere delle sue condizioni di salute in maniera libera, informata e consapevole e che familiari e *caregivers* hanno il dovere di dare all'anziano tutte le informazioni necessarie affinché si autodetermini in maniera consapevole, senza peraltro sostituirsi a lui, implicitamente negandogli autonomia. La persona anziana, inoltre, deve avere il diritto di nominare un soggetto di propria fiducia che la assista nelle decisioni.

Poiché la dignità della vita è fortemente condizionata anche dalle condizioni economiche, la Carta riconosce la necessità della tutela del reddito e del patrimonio dell'anziano e, qualora indigente, della garanzia di un sostegno al reddito, oltre a cure e prestazioni sanitarie gratuite.

Sul piano pratico, è importante anche menzionare il riferimento al sostegno dei servizi socio assistenziali laddove ciò permetta alla persona anziana di continuare a risiedere nella propria abitazione (ad esempio, se occorre eliminare barriere architettoniche o realizzare un ascensore).

In ambito sanitario viene in rilievo la dignità del vivere anche nelle condizioni di maggiore vulnerabilità: la persona anziana, anche se non più autosufficiente, ha diritto a conservare dignità, decoro, pudore, riservatezza, ad essere trattata con gentilezza e rispetto, chiamata per nome, sostenuta nelle sue capacità residue.

Il tema della dignità del morire, invece, viene affrontato nella Carta evocando la necessità di disporre di cure palliative: «La persona anziana ha diritto di accedere

<sup>9</sup> Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, Raccomandazione CM/Rec 2014(2) sulla promozione dei diritti umani delle persone anziane, 19 febbraio 2014.

<sup>10</sup> <https://www.fondazioneetagrande.it/carta-per-i-diritti-delle-persone-anziane-e-i-doveri-della-comunita/>.



alle cure palliative, nel rispetto dei principi di conservazione della dignità, del controllo del dolore e della sofferenza sia essa fisica, mentale o psicologica, fino alla fine della vita. Nessuno dovrebbe essere abbandonato sulla soglia dell'ultimo passaggio»<sup>11</sup>. Il documento sottolinea che occorre considerare i bisogni specifici dell'anziano e ricordare che la solitudine nel dolore è spesso la causa più profonda della richiesta di eutanasia. La persona non andrebbe lasciata sola, bensì accompagnata nell'ultimo tratto della vita.

Il secondo punto della Carta riguarda un'assistenza responsabile e si concentra su alcuni aspetti della cura, in particolare affermando che la persona anziana ha diritto di partecipare alla definizione del percorso e delle tipologie di trattamento e di scegliere le modalità di erogazione dell'assistenza sociosanitaria.

Se sceglie di curarsi a casa, l'anziano dovrebbe essere aiutato dal sistema pubblico a sostenerne i costi, dal momento che l'assistenza al proprio domicilio dovrebbe essere preferita ogniquale volta ciò sia fattibile.

La Carta insiste sul fatto che la persona ha diritto al consenso informato al trattamento sanitario e a ricevere le informazioni necessarie, che spesso, invece, vengono fornite solo all'amministratore di sostegno. Sotto questo aspetto, la formazione professionale degli operatori sanitari andrebbe adeguata alle esigenze specifiche degli anziani.

Infine, il terzo punto prende in considerazione la vita attiva di chi si trova in tarda età; emerge qui in modo evidente la volontà di tenere ben presenti le potenzialità di relazione, troppo spesso limitate da difficoltà oggettive ed esterne. Prima di tutto, si mette in risalto come le persone anziane abbiano il diritto di coltivare una vita attiva di relazione con i familiari e all'esterno della famiglia. Le istituzioni dovrebbero impegnarsi a favorire il dialogo intergenerazionale, anche, ad esempio, facendo in modo che i luoghi di cura per anziani 'dialoghino' con il quartiere in cui si trovano.

La persona ha, inoltre, il diritto di accedere ai servizi culturali e ricreativi ed è compito degli enti pubblici facilitare l'apprendimento per coloro che siano sforniti di mezzi propri (attraverso centri diurni, e-learning o altre iniziative). Occorrerebbe anche adottare misure per agevolare la mobilità degli anziani e consentire loro di viaggiare liberamente; l'ambiente urbano, ad esempio, causa spesso notevoli limitazioni e impedimenti alla mobilità e all'uso del trasporto pubblico per chi ha difficoltà motorie.

Da ultimo, il documento dedica un passaggio ad un aspetto della vita degli anziani che non andrebbe trascurato, ovvero la vita di fede e l'esperienza spirituale: «La persona anziana ha il diritto di conservare e veder rispettate le proprie credenze, opinioni, sentimenti». Si tratta di un giusto richiamo, per quanto piuttosto generico, all'esercizio della libertà di pensiero, coscienza e religione, che non dovrebbe incontrare limitazioni dovute all'età.

---

<sup>11</sup> [https://www.fondazioneetagrande.it/carta-per-i-diritti-delle-persone-anziane-e-i-doveri-della-comunita/\(par. 1.7\)](https://www.fondazioneetagrande.it/carta-per-i-diritti-delle-persone-anziane-e-i-doveri-della-comunita/(par.1.7)).

Purtroppo, la situazione concreta di chi si trova in tarda età appare non sempre facile anche sotto questo profilo; al livello della pratica religiosa, ad esempio, è possibile constatare come questa sia nei fatti alquanto ridotta ogniqualevolta i luoghi di culto siano assenti, troppo distanti o inaccessibili, oppure per la mancanza di spazi adibiti al culto all'interno dei centri di cura e di accoglienza per anziani, malati e soggetti fragili, o ancora negli istituti penitenziari. L'affermazione della Carta, inoltre, proprio attraverso una formulazione generale sembra voler andare oltre le barriere pratiche all'esercizio del culto per spingersi sul terreno del rispetto delle convinzioni in ogni aspetto della vita, evocando principi di non discriminazione e attenzione alla diversità religiosa.

Complessivamente, appare evidente il tentativo dei curatori della Carta di rovesciare l'immagine dell'anziano come 'scarto', riportandolo al centro di un'idea inclusiva di società e di sviluppo e sostituendo l'approccio «da problema a chance»<sup>12</sup>.

Un secondo esempio della collaborazione in materia di politiche per gli anziani, che ha visto le istituzioni confrontarsi con la società civile e i soggetti religiosi, è quello che ha riguardato l'esperienza del 'Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza', sottoscritto nel 2021 da un'ampia coalizione sociale<sup>13</sup> formata da individui, gruppi e associazioni di diversa matrice, anche confessionale.

Attraverso il Patto, questa rete di attori non istituzionali ha offerto un importante contributo in termini di proposte operative per la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, a partire da una solida esperienza nel settore dell'assistenza sociale.

Nel 2022 il gruppo di lavoro pubblica un'articolata proposta per la creazione di un sistema nazionale assistenza anziani (SNAA), cercando così di colmare l'assenza di un progetto complessivo del governo. Due anni più tardi, viene approvato il Decreto legislativo contenente la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Il testo del 2024, tuttavia, a giudizio dei proponenti del Patto, è inferiore alle attese e la riforma introdotta con la Legge 33/2023 appare ancora in sostanziale stallo<sup>14</sup>. Come più volte ricordato dai rappresentanti del Patto in successivi appelli, la riforma aveva tre grandi obiettivi attorno ai quali si era coagulato il sostegno delle forze sociali esperte su questi temi.

---

<sup>12</sup> Queste le parole del Ministro Speranza riportate dai media: <https://www.famigliacristiana.it/articolo/i-vecchi-chance-non-scarti-la-carta-dei-diritti-degli-anziani-.aspx>.

<sup>13</sup> Il Patto, ideato e coordinato dal prof. Cristiano GORI, è stato sottoscritto da molti esponenti del welfare sociale: <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2025/06/Organizzazioni-Patto-divise-in-aree-giugno-2025.pdf>.

<sup>14</sup> Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, *Riforma in impasse, serve un nuovo slancio. L'appello della società civile a istituzioni e politica: unire le forze per rilanciare la riforma sull'assistenza agli anziani*, 11 giugno 2025, [https://www.pattononautosufficienza.it/documenti\\_e\\_news/legge-33-patto-non-autosufficienza-riforma-in-impasse-serve-un-nuovo-slancio/](https://www.pattononautosufficienza.it/documenti_e_news/legge-33-patto-non-autosufficienza-riforma-in-impasse-serve-un-nuovo-slancio/); la preoccupazione è stata ribadita qualche mese più tardi nel documento: *La riforma dell'assistenza agli anziani: a che punto siamo?*, 21 ottobre 2025, <https://www.pattononautosufficienza.it/wp-content/uploads/2025/10/Riforma-anziani-a-che-punto-siamo-DEF.pdf>.

Il primo obiettivo era la semplificazione: snellimento delle procedure e superamento della frammentazione delle misure. Il secondo obiettivo riguardava l'innovazione, attraverso l'introduzione di nuovi modelli di intervento. Infine, il terzo obiettivo aveva al centro l'ampliamento e l'incremento dell'offerta dei servizi alla persona, residenziali e non. Obiettivi che, secondo i coordinatori del Patto, non sono stati ancora raggiunti <sup>15</sup>.

Non è questa certamente la sede per un'analisi della riforma sulla quale il gruppo di lavoro si è concentrato; preme piuttosto evidenziare il ruolo propulsore assunto dalla società civile attraverso questa esperienza e come al suo interno, similmente a quanto avvenuto per la Carta sui diritti delle persone anziane, sia significativa la presenza di soggetti provenienti dalle comunità religiose e impegnati nel settore del sociale, i quali hanno dato vita, insieme a esponenti di matrice sindacale, professionale e accademica, a una proposta concreta e condivisa. Si tratta per lo più di associazioni e figure individuali con esperienza sul campo, tra le quali possono citarsi, solo a titolo di esempio, le Associazioni cristiane lavoratori (ACLI), l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (ARIS) e la Diaconia Valdese – CSD.

### 3. La religione vissuta in tarda età: riscoprire un bene relazionale

La visione volta a promuovere una considerazione della persona anziana che ne metta in risalto le potenzialità, sia nell'ambiente sociale che nell'ambito dell'esperienza comunitaria di fede, sembra trovare un'indiretta conferma negli esiti di una recente ricerca che ha tematizzato il rapporto tra religiosità degli anziani e livello di benessere individuale, osservando come tra i due aspetti ricorra una relazione di reciprocità positiva.

Si tratta di un'indagine qualitativa condotta dalla Fondazione 'Età grande' in collaborazione con IPSOS e presentata nel febbraio 2025 con il titolo 'Gli anziani e la religiosità in Italia' <sup>16</sup>.

Tra i dati principali che emergono dal campione intervistato, figura che il livello di felicità percepita cresce all'aumentare dell'importanza assegnata alla religione nella propria vita.

---

<sup>15</sup> C. GORI, F. PESARESI, E. VANNI, *Sfide e ritardi nella riforma per l'assistenza agli anziani non autosufficienti*, <https://www.ilsole24ore.com/art/sfide-e-ritardi-riforma-l-assistenza-anziani-non-autosufficienti-AHwTIMrD>, 21 novembre 2025.

<sup>16</sup> *Gli anziani e la religiosità in Italia*, indagine condotta da IPSOS e Fondazione 'Età grande', [https://www.vivaglianziani.it/wp-content/uploads/2025/02/PAGNONCELLI\\_Ipsos-LA-RELIGIOSITA-DEGLI-ANZIANI\\_UFF-1.pdf](https://www.vivaglianziani.it/wp-content/uploads/2025/02/PAGNONCELLI_Ipsos-LA-RELIGIOSITA-DEGLI-ANZIANI_UFF-1.pdf). La Fondazione Età grande, nata nell'ambito della Comunità di Sant'Egidio, si ispira ai valori cristiani ed evangelici ed ha lo scopo di promuovere ogni iniziativa in campo culturale, scientifico, politico, giuridico e ogni iniziativa che vada nella direzione di garantire agli anziani protezione, invecchiamento attivo, assistenza. Fonte: <https://www.fondazioneetagrande.it>.

Pur nella consapevolezza delle caratteristiche e dei limiti delle interviste, nella misura in cui possono essere influenzate da numerosi fattori<sup>17</sup>, ci sembra valga la pena di dare conto di almeno alcuni degli esiti della ricerca in questione<sup>18</sup>. Essa offre, infatti, un punto di osservazione su un aspetto della condizione degli anziani nel nostro Paese che trascende le questioni della vita quotidiana per concentrarsi sui temi sensibili e fondamentali dell'esistenza, sulla percezione della fede, della vita, della morte e della sofferenza; si tratta di questioni che, se non altro per le loro ricadute sul benessere psico-fisico complessivo della persona, non possono che meritare attenzione anche dal punto di vista dell'aggiornamento delle politiche pubbliche.

La religione occupa un ruolo importante o fondamentale nella vita per quasi la metà degli intervistati (45%) con un aumento significativo nelle fasce più avanzate di età (dai 76 e per gli ultraottantenni) mentre appare poco importante per gli intervistati tra i 65 e i 70 anni. In questa stessa fascia d'età, il 33% si dichiara non religioso, a fronte di più dell'80% degli over 76 che si dichiarano religiosi.

Nel complesso, e pur se con qualche differenza in base all'età, il 75% degli intervistati si considera una persona religiosa anche indipendentemente dalla frequenza ai luoghi di culto. Del resto, il declino della partecipazione alle celebrazioni religiose, almeno per i cattolici, è ormai un dato noto<sup>19</sup> e la ricerca lo conferma (sebbene qui i dati riguardino anche i riti di altri culti): il 58% degli intervistati partecipa ai riti qualche volta l'anno o mai, il 15% da una a tre volte al mese e solo il 27% vi partecipa una volta o più a settimana. Tuttavia, resta ampio il numero di coloro che pregano al di fuori delle celebrazioni, chi per cercare conforto nei momenti difficili e per sentirsi vicino a Dio, chi per ringraziarlo ed esprimere la propria spiritualità, oppure semplicemente perché si segue un insegnamento ricevuto quando si era bambini: il 39% da qualche volta alla settimana a qualche volta durante l'anno, il 37% una volta o più volte al giorno, mentre il 24% risponde di non pregare mai.

Di fronte alla domanda sul ruolo della fede nella vita personale, emergono percentuali piuttosto alte riferite a una visione molto positiva del significato che una

---

<sup>17</sup> *Ex multis*, C. VEZZONI, F. BIOLCATI, *Calibrating self-reported church attendance questions in online surveys. Experimental evidence from the Italian context*, in *Social Compass*, 66, 4, 2019, 596-616.

<sup>18</sup> Circa la metodologia adottata e il campione della ricerca, dal testo si ricava che sono state intervistate persone residenti in Italia dai 65 anni in avanti, con una tecnica di rilevazione mista (interviste personali + interviste online). Il 56% sono donne, il 44% sono uomini (universo di riferimento). Sono state condotte 1000 interviste complete (numero interviste eseguite); il periodo di riferimento è novembre 2024. Il 78% degli intervistati ha titoli inferiori al diploma, il 7% possiede una laurea. I cattolici praticanti assidui rappresentano il 26% degli intervistati, il 33% si dichiara cattolico praticante saltuario, il 16% cattolico non praticante, il 23% si dichiara non credente, il 2% si dichiara credente di altri culti.

<sup>19</sup> Da ultimo, L. DIOTALLEVI, *La Messa è sbiadita. La partecipazione ai riti religiosi in Italia dal 1993 al 2019*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2024, al quale si rimanda per gli approfondimenti relativi alla pratica religiosa nel Cattolicesimo italiano e per un'analisi sociologica delle cause e del contesto.

convinzione religiosa possa avere nell'esistenza e di come la sua presenza aiuti la vita quotidiana e sostenga nei momenti di difficoltà o di solitudine.

Per l'85% degli intervistati credere in Dio è un bisogno dell'essere umano (si va dal 75% di coloro che hanno tra 65 e 70 anni al 94% degli ultra ottantenni); la religione fa sentire parte di una comunità (76%) e rende più sereni di fronte alla morte (75%); la religione aiuta ad affrontare le difficoltà della vita (71%), a trovarne il senso profondo (72%), a superare la solitudine (68%); minore è invece la percentuale di quelli che affermano che la religione guida le scelte e i comportamenti di ogni giorno (64%, con solo il 50% di coloro che si trovano tra i 65 e i 70 anni).

La differenza – seppure non così significativa – tra la percentuale di quanti vivono l'esperienza di fede attraverso la partecipazione alla vita comunitaria e ai riti e quella di coloro che, pur non assidui nella frequenza, continuano a considerare la religione in termini positivi, non desta stupore ed anzi appare riconducibile a una tendenza da tempo segnalata dalla dottrina e comune non solo all'Italia<sup>20</sup>.

In termini essenziali, ciò che gli studi evidenziano in generale è che, a fronte di una riduzione del numero di fedeli legati a una comunità religiosa avente un carattere istituzionale, una dottrina comune e un insieme di regole e pratiche condivise, cresce il numero di quanti si considerano più spirituali che religiosi. Generalmente, in questa seconda categoria rientrano persone che intendono la spiritualità come una scelta personale nel quadro della costruzione individuale della propria identità, anche nei suoi fondamenti morali ed etici<sup>21</sup>.

Un approccio incentrato sulla spiritualità tende a concentrarsi sull'esperienza del singolo e a rispondere alle esigenze individuali di conforto, sostegno e crescita personale<sup>22</sup>; d'altra parte, il conseguente declino della componente dottrinale e comunitaria riduce la capacità delle confessioni religiose di esercitare un'influenza sui comportamenti individuali e collettivi<sup>23</sup>.

<sup>20</sup> Nell'ambito delle ricerche sulla religiosità in Italia, si vedano, tra gli altri: R. CIPRIANI, *L'incerta fede. Un'indagine quanti-qualitativa in Italia*, Franco Angeli, Milano, 2021; R. BICHI, G. ROVATI, *La religiosità dopo la secolarizzazione*, in F. BIOLCATI, G. ROVATI, P. SEGATTI (a cura di), *Come cambiano gli italiani. Valori e atteggiamenti dagli anni Ottanta a oggi*, Il Mulino, Bologna, 2020, 115-140; F. GARELLI, *Gente di poca fede. Il sentimento religioso nell'Italia incerta di Dio*, Il Mulino, Bologna, 2020; R. CIPRIANI, M.P. FAGGIANO, M.P. PICCINI, *La religione dei valori diffusi. Intervista qualitativa e approccio misto di analisi*, FrancoAngeli, Milano, 2020.

<sup>21</sup> U. BECK, *Il dio personale. La nascita della religiosità secolare*, Laterza, Bari, 2009; R.F. INGLEHART, *Giving Up on God. The Global Decline of Religion*, in *Foreign Affairs*, 99, 5, 2020, 110-118; J. HIRSCHLE, *Disenchanted Modern, Re-enchanted Postmodern Society?* in *Comparative Sociology*, 15, 2016, 354-371; M. VENTURA, *Creduli e credenti. Il declino di Stato e Chiesa come questione di fede*, Einaudi, Torino, 2014.

<sup>22</sup> Sul tema, S. PALMISANO, N. PANNOFINO, *Contemporary Spiritualities, Enchanted Worlds of Nature, Wellbeing and Mystery in Italy*, Routledge, Abingdon, 2021; M. VENTURA, *Nelle mani di Dio. La super-religione del mondo che verrà*, Bologna, Il Mulino, 2021.

<sup>23</sup> Per un approfondimento, L. DIOTALLEVI, *Fine corsa. La crisi del cristianesimo come religione confessionale*, Ed. Dehoniane, Bologna, 2017.

Se questo trend appare in crescita soprattutto tra le giovani generazioni, le persone in età avanzata tendono piuttosto a rimanere radicate in un'esperienza comunitaria della religione, che assolve funzioni di conforto spirituale ma anche di socializzazione e i risultati della ricerca in esame sembrano confermare questo dato. Si tratta di un aspetto che dovrebbe essere tenuto nella dovuta considerazione da parte delle istituzioni le quali, primariamente a livello locale, possono favorire l'attività di associazioni e gruppi di volontariato che aiutano gli anziani a proseguire il proprio percorso di fede in modo attivo e nella relazione con gli altri <sup>24</sup>.

L'ultimo profilo della ricerca che merita richiamare riguarda il grado di conoscenza che gli anziani possiedono in materia di concetti, pratiche e strumenti inerenti alle fasi finali della vita.

Una percentuale rilevante degli intervistati dichiara di non aver mai sentito parlare di eutanasia (67%), suicidio assistito (51%), cure palliative (59%), fine vita (42%), testamento biologico (49%). Più della metà degli intervistati, inoltre, dichiara che si parla in modo superficiale del fine vita e delle cure palliative (58%). Il 77% guarderebbe con favore a una legge sul fine vita.

La lettura di questi dati suggerisce una riflessione collettiva sul fatto che, su temi così sensibili, occorre una comunicazione corretta ed efficace, che sappia giungere in particolare proprio alle fasce più anziane della società per aiutarle a sviluppare una consapevolezza critica di fronte alle complesse questioni del fine vita.

Tra i meriti della ricerca svolta da 'Età grande' e IPSOS vi è certamente il fatto di aver posto l'attenzione sulle persone in tarda età, scelta che ha permesso di mettere nel giusto risalto alcuni aspetti peculiari legati al rapporto con la religiosità. Più in generale, vale la pena ricordare che la relazione tra vissuto di fede e livello di soddisfazione esistenziale è stata sovente oggetto di indagine nell'ambito delle ricerche empiriche a partire, ad esempio, dall'economia comportamentale, e che le conclusioni tendono a confermare l'esistenza di una positiva correlazione tra un forte coinvolgimento religioso e un alto grado di benessere individuale <sup>25</sup>.

Tra gli studi più recenti, un'indagine in campo economico si è proposta di rispondere alla domanda sul perché e attraverso quali fattori la religiosità influisce sul benessere individuale e sulla soddisfazione personale <sup>26</sup>. Coprendo un periodo di 16 anni, la ricerca ha preso in esame un certo numero di Paesi europei dove il trend della partecipazione religiosa risulta in calo ormai da diversi anni e ha considerato un target plurale in termini di età, genere, istruzione e status economico.

---

<sup>24</sup> Sul tema, A. CHIZZONITI, A. GIANFREDA, *L'azione degli enti locali per la promozione della libertà religiosa. Ambiti e forme di intervento tra tradizione e innovazioni*, in *Quaderni di diritto e politica ecclesiastica*, 2025, 211-230.

<sup>25</sup> A.E. CLARK, O. LELKES, *Let us pray: religious interactions in life satisfaction*, in *PSE Working Papers*, 2009; F. CAMPANTE, D. YANAGIZAWA-DROTT, *Does Religion Affect Economic Growth and Happiness? Evidence from Ramadan*, in *The Quarterly Journal of Economics*, 130, 2, 2015, 615-658.

<sup>26</sup> L. BECCHETTI, *Happiness, religiosity and rationality: going deeper into the utility function*, in *International Review of Economics*, 2025, 35-72.

Con riferimento al campione intervistato, le denominazioni religiose coinvolte sono state Cattolicesimo, Protestantismo e Ortodossia, mentre alcuni intervistati si sono dichiarati religiosi ma senza appartenere a una data confessione oppure, semplicemente, 'non religiosi'.

L'analisi ha messo in luce come l'appartenenza religiosa apporti numerosi benefici alla persona credente.

A supporto di tale conclusione, lo studio sembra confermare il dato, emerso anche dalla ricerca sugli anziani, che le religioni offrono prospettive di senso capaci di permeare l'intera esistenza in tutti i suoi aspetti, offrendo consolazione e motivi per superare situazioni negative oltre che ragioni e strumenti di resilienza. Inoltre, la fede accresce il grado di soddisfazione esistenziale in quanto è di per sé un bene relazionale<sup>27</sup>, che amplia e cementa le relazioni e apre a esperienze di senso comunitarie gratificanti<sup>28</sup>.

Beni relazionali, resilienza, risposta alla richiesta di senso e soddisfazione personale emergono dalla ricerca come positivamente correlati con la partecipazione religiosa e con un alto grado di religiosità individuale. Basandosi sui risultati raggiunti, dunque, l'Autore dello studio suggerisce alcune azioni che le istituzioni pubbliche potrebbero intraprendere; le sue proposte, peraltro, sembrano andare nella medesima direzione qui auspicata (seppure, nel nostro caso, con specifico riguardo alle politiche per gli anziani), ovvero quella di facilitare la creazione e il mantenimento di autonome relazioni nella sfera religiosa. L'indagine evidenzia, infatti, l'esigenza di creare le condizioni che permettano a ciascuno di sviluppare un proprio percorso religioso o un suo 'equivalente secolare': «lead individual to discern and eventually mature high levels of religiosity and/or focusing on secular equivalents or functional substitutes of the mechanisms that religion activates»<sup>29</sup>.

Possibili equivalenti funzionali di tipo secolare rispetto ai meccanismi che le religioni sono in grado di attivare sono raggiungibili, ad esempio, attraverso politiche che sostengano la creazione di luoghi di aggregazione, supporto e volontariato, dove replicare il senso di appartenenza e di socialità condivisa dato dall'esperienza religiosa; su un altro versante, politiche di sostegno al reddito e all'inclusione aiuterebbero a ridurre le disuguaglianze sociali, mentre politiche volte a introdurre l'educazione civica potrebbero incoraggiare il senso di corresponsabilità.

L'insieme di queste misure dovrebbe avere come obiettivo quello di realizzare un ecosistema pluralistico: «The aim is to sustain a pluralistic ecosystem of meaning, resilience, and belonging, where religious and non-religious pathways can co-exist and reinforce each other»<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> G. CENCI, E. DELVECCHIO, C. MAZZESCHI, *Beni relazionali e benessere: un "incontro" possibile?*, in M. CASUCCI (a cura di), *Economia e beni relazionali. Tra desideri e realizzazione dell'uomo*, Orthotes, Napoli, 2019, 59-71.

<sup>28</sup> Sul tema, H. ROSA, *Perché la democrazia ha bisogno della religione*, Il Mulino, Bologna, 2025.

<sup>29</sup> L. BECCHETTI, *Happiness, religiosity and rationality: going deeper into the utility function*, cit.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

Facilitare la costruzione e l'accesso ai luoghi di culto, promuovere l'associazionismo e il welfare, creare luoghi di condivisione e di aggregazione, sono solo alcune delle soluzioni pratiche con le quali le istituzioni pubbliche possono concretamente contribuire ad aiutare le persone anziane a conservare legami sociali e coltivare beni relazionali e spirituali. Non meno importanti, inoltre, sono le strategie e gli strumenti da mettere in campo per combattere ogni forma di discriminazione o di intolleranza che impedisca ai fedeli di esercitare pienamente e in condizioni di sicurezza il proprio diritto di libertà religiosa. Occorre, inoltre, vigilare affinché discriminazioni intersezionali per età, genere e ogni altra condizione personale, non ostacolino o comprimano l'esercizio dei diritti fondamentali di riunione, associazione e di libera espressione del pensiero.

Entro il quadro delle garanzie costituzionali, europee e internazionali, la tutela dei diritti degli anziani alla libertà di pensiero, coscienza e religione rappresenta, come si è visto, una componente significativa per la promozione del loro benessere e delle loro relazioni e, non da ultimo, anche un fattore di valorizzazione del contributo che essi sono in grado di offrire alla collettività. Tematizzare il rapporto tra anziani e religiosità aiuta, in definitiva, ad acquisire ulteriori conoscenze e strumenti per riconsiderare più ampiamente il ruolo svolto dalla religione nell'esperienza dei singoli e della collettività e richiamare, ancora una volta, le ragioni di un intervento pubblico che ne garantisca e faciliti l'esercizio<sup>31</sup>.

#### 4. Considerazioni conclusive

Si è visto come la partecipazione degli attori religiosi all'elaborazione di nuovi modelli di azioni pubbliche in favore degli anziani abbia contribuito a dare un'impronta innovativa alla più recente legislazione, valorizzando l'aspetto attivo e relazionale dell'età avanzata a fianco della necessaria esigenza di cura e di presa in carico delle condizioni di vulnerabilità.

Se è vero che le confessioni religiose, attraverso soprattutto l'attività del Terzo Settore, condividono buone prassi e rappresentano una fonte di collaborazione, di confronto e di sinergie per le istituzioni, è altrettanto vero che il loro apporto non si limita a questo, dal momento che le religioni offrono il contributo del proprio orizzonte di senso al dibattito pubblico sul tema dell'età 'grande'.

Abbiamo visto come l'esempio della Carta per i diritti degli anziani suggerisce la prospettiva entro la quale la visione religiosa ridefinisce la categoria dell'età avanzata in termini di risorsa e non di 'scarto'. Nel caso di specie, concetti come quello di vulnerabilità, di relazione e di cura assumono un significato che si rinnova continuamente all'interno dell'orizzonte valoriale della persona, intrecciando prospettive di

---

<sup>31</sup> *Ex multis*, F. ALICINO (a cura di), *Riconoscere la libertà religiosa. Tra normativa unilaterale e bilaterale*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2024; P. CONSORTI (a cura di), *Costituzione, religione e cambiamenti nel diritto e nella società*, Pisa University Press, Pisa, 2019.



matrice religiosa e filosofica in uno scambio fecondo e capace, se perseguito, di avere concrete ricadute anche sul piano dell'intervento legislativo.

Si è osservato, inoltre, come non solo le confessioni religiose ma anche singole figure, in ragione delle proprie competenze, abbiano partecipato all'aggiornamento normativo, sollecitate dalle istituzioni a dare il proprio contributo. Certamente, non ci troviamo di fronte a una scelta inedita quanto piuttosto a un approccio che evoca *latu sensu* uno dei modi in cui si attua la collaborazione delle religioni con le istituzioni per progetti di comune interesse, nel segno di una visione complessiva della società ordinata al bene comune<sup>32</sup>. Per la Chiesa cattolica, in particolare, l'impegno per il bene comune è alla base della «reciproca collaborazione per la promozione dell'uomo e il bene del Paese» affermata all'art. 1 dell'Accordo di Villa Madama di riforma del Concordato Lateranense, un impegno che riguarda la Repubblica e la Santa Sede in tutte le loro articolazioni.

Nell'ambito ecclesiale, inoltre, il Concilio Vaticano II invita tutti i cristiani a «prendere coscienza della propria speciale vocazione nella comunità politica (...) sviluppando in se stessi il senso della responsabilità e la dedizione al bene comune»<sup>33</sup>. La logica del mutuo apporto per il bene dell'uomo, di tutto l'uomo e di tutti gli uomini, apre a dinamiche di collaborazione socialmente feconde, che realizzano con modalità sempre nuove un bene comune inteso secondo una prospettiva poliarchica<sup>34</sup>.

Infine, una riflessione circa il ruolo propositivo delle religioni nelle politiche per gli anziani non può trascurare di considerare anche l'esercizio della libertà religiosa in tarda età.

È questo il secondo aspetto sul quale ci siamo soffermati attraverso una breve analisi di alcune ricerche empiriche. In particolare, l'indagine su *Gli anziani e la religiosità in Italia* ha messo in luce quanto l'esperienza di fede rivesta un significato positivo in tarda età, incrementando, tra l'altro, la vita di relazione e la socialità, mitigando gli aspetti più sensibili al passaggio del tempo, come la solitudine o la mancanza di obiettivi, fornendo un conforto nella malattia e restituendo un orizzonte di senso nelle difficoltà.

Nella prospettiva di individuare migliori strategie pubbliche in favore degli anziani, la consapevolezza di queste dinamiche dovrebbe indurre le istituzioni a favorire con ogni mezzo l'esercizio in concreto della libertà religiosa con uno sguardo attento ai bisogni specifici dell'anziano.

---

<sup>32</sup> Sul tema del bene comune, tra i molti riferimenti, D. HOLLENBACH, *The Common Good and Christian Ethics*, Cambridge, CUP, 2012; J. C. MURRAY, *Religious Liberty. Catholic Struggles with Pluralism*, Westminster/John Knox Press, Louisville, 1993.

<sup>33</sup> Concilio Vaticano II, *Gaudium et Spes* (75); *Dignitatis Humanae* (6).

<sup>34</sup> Per un approfondimento e i necessari riferimenti bibliografici su questo punto, si rinvia a S. ANGELETTI, G. ARMILLEI, *Introduzione*, in S. ANGELETTI, G. ARMILLEI (a cura di), *Poliarchia e bene comune. Chiesa, economia e politica per la crescita dell'Umbria*, Il Mulino, Bologna, 2010, 7-31.

Siamo di fronte a una dimensione dell'esistenza che coinvolge il vissuto più profondo e intimo della persona e che si proietta all'esterno rivelando potenzialità ed esigenze sempre nuove al passaggio delle generazioni; esigenze alle quali solo attraverso uno sguardo attento sul presente, e con la collaborazione di tutti gli attori sociali, le istituzioni possono provare a dare risposta.



# Giovani e anziani: tra sostenibilità sociale e solidarietà intergenerazionale

Stefano Rotolo\*

**SOMMARIO:** 1. Il complesso quadro demografico. – 2. Le risposte del PNRR alla transizione demografica e il nodo delle politiche giovanili. – 3 La Valutazione Impatto Generazionale: tra novità e limiti. – 4. La questione dell'invecchiamento demografico e le ripercussioni sui giovani. – 5. L'interconnessione possibile tra politiche per gli anziani e per i giovani. – 6. Conclusioni: per un approccio olistico e la costruzione di un patto intergenerazionale.

**ABSTRACT:** This paper examines the impact of the demographic transition on public policies targeting young and older people. The PNRR has taken a different approach, dedicating specific missions to the growing elderly population, while issues relating to the young population have been considered a cross-cutting priority. Accordingly, after an in-depth conceptual development by COVIGE (Youth Policy Evaluation Committee), the legislator introduced Generational Impact Assessment (VIG) into government legislation to measure the effects of measures on young people and future generations. However, this tool has application and structural limitations that prevent it from having a significant impact on the legal system. The paper continues with the relationship between public policies for young people and older people, highlighting a potential harmonious connection. Indeed, several examples demonstrate the potential for interconnection between different segments of the population. The conclusions highlight the need for a public policy evaluation body specifically dedicated to young people. This body could support the Government and Parliament in building an intergenerational pact that does not neglect the young population, which is increasingly less influential at the demographic and electoral levels.

## 1. Il complesso quadro demografico

Il panorama demografico italiano è contraddistinto da una profonda trasformazione, evidenziata da una progressiva diminuzione della popolazione complessiva. Tale fenomeno è accompagnato dal raggiungimento di livelli storicamente minimi del tasso di fecondità per donna e da un conseguente declino delle nascite. Parallelamente, si registra un incremento significativo della popolazione anziana oltre ad un costante ridimensionamento della componente giovanile. Questi cambiamenti demografici impongono una riflessione approfondita sulla sostenibilità del sistema

---

\* Assegnista di ricerca in "Invecchiamento, vulnerabilità e inclusione sociale. Profili giuridici", Università degli Studi di Perugia, Dottore di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Perugia.

di *Welfare State* e, in termini più generali, sulle dinamiche intergenerazionali che ne derivano.

Analizzando nel dettaglio i dati <sup>1</sup>, al 1° gennaio 2025, la popolazione residente in Italia si attesta a 58 milioni e 934mila unità, registrando una continua diminuzione già in atto a partire dal 2014 <sup>2</sup>. Il trend demografico negativo si contraddistingue da un significativo calo di natalità che si conferma nel corso del tempo, unito ad un tasso di fecondità media minimo per donna <sup>3</sup>. In linea con questa evoluzione demografica negativa avviata dal 2014, le proiezioni medie prevedono, tra il 2023 e il 2030, un ulteriore calo della popolazione di 439mila individui (da poco meno di 59 milioni a circa 58,6 milioni), con una variazione media annua di -1,1 per mille. Tra il 2030 e il 2050 si prospetta una contrazione ancora più marcata: la popolazione potrebbe scendere a 54,8 milioni (tasso medio annuo di -3,3 per mille). Entro il 2080, si prevede un ulteriore calo fino a 46,1 milioni di residenti, registrando una contrazione complessiva di 12,9 milioni rispetto al valore base del 2023 e un tasso medio annuo di -5,8 per mille. L'attuale struttura della popolazione riflette uno squilibrio persistente tra le nuove e le vecchie generazioni, causato dall'aumento della longevità combinato con una fecondità cronicamente bassa, una caratteristica tipica della realtà italiana. Infatti, al 1° gennaio 2023 il paese presentava questa distribuzione per fasce d'età: il 12,4% dei residenti aveva fino a 14 anni; il 63,6% era compreso tra i 15 e i 64 anni; il restante 24% era rappresentato da persone di età pari o superiore ai 65 anni. Di conseguenza, l'età media ha raggiunto i 46,4 anni, collocando l'Italia – subito dopo il Giappone – tra le nazioni più interessate dalla transizione demografica, insieme ad altri Stati del Mediterraneo come Portogallo, Grecia e Spagna, oltre alla Germania. Secondo lo scenario mediano per il 2050, la quota di popolazione over 65 potrebbe rappresentare il 34,5% del totale. Un incremento significativo interesserà anche la percentuale degli ultraottantacinquenni, che passeranno dal 3,8% nel 2023 al 7,2% nel 2050. Tale aumento nella popolazione anziana avrà inevitabilmente un impatto rilevante sulle politiche sociali, chiamate a rispondere alle crescenti esigenze della fascia più fragile della popolazione. I giovani fino a 14 anni, nonostante una parziale ripresa della fecondità prevista nello stesso scenario mediano, potranno rappresentare l'11,2% del totale entro il

---

<sup>1</sup> Si veda in tal senso l'Audizione del Presidente ISTAT Prof. Francesco Maria Chelli del 1° aprile 2025 presso la Camera dei Deputati alla Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto.

<sup>2</sup> Il calo demografico, già in atto dal 2014, prosegue senza interruzioni. Nel 2024, la diminuzione (-0,6 per mille) è coerente con quella degli anni precedenti: -0,4 per mille nel 2023 e -0,6 per mille nel 2022.

<sup>3</sup> Nel 2024 i neonati residenti nel Paese, nello stesso anno, sono stati 370mila, con un calo di circa 10mila unità (-2,6%) rispetto al 2023. Il tasso di natalità scende leggermente al 6,3 per mille (6,4 per mille nel 2023), mentre la fecondità media raggiunge un nuovo minimo stimato di 1,18 figli per donna, inferiore sia a quello del 2023 (1,20), sia al precedente record negativo di 1,19 registrato nel 1995. Questo costante declino della natalità si inserisce in una tendenza ormai consolidata: dal picco di 576mila nati registrato nel 2008 – il valore più alto dall'inizio degli anni Duemila – si osserva una riduzione pari a 206mila unità.

2050, segnando una lieve diminuzione relativa rispetto alla situazione odierna. Sul fronte dei rapporti tra generazioni, si profila uno squilibrio significativo, con un rapporto di oltre tre ultrasessantacinquenni per ogni giovane. Questo fenomeno sarà amplificato dal progressivo invecchiamento delle generazioni numericamente significative nate negli anni del *baby boom* (anni '60 e prima metà degli anni '70), che passeranno dall'età adulta a quella anziana, mentre la popolazione in età lavorativa subirà una contrazione. Nei prossimi trent'anni, infatti, secondo lo scenario mediano, la fascia di popolazione tra i 15 e i 64 anni scenderà al 54,3%, con inevitabili ripercussioni sul mercato del lavoro e sui sistemi di welfare <sup>4</sup>.

## 2. Le risposte del PNRR alla transizione demografica e il nodo delle politiche giovanili

Di fronte alla complessa realtà della transizione demografica, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza ha cercato di sviluppare strategie e interventi mirati, concentrandosi in particolare sulle esigenze delle fasce di popolazione rappresentate da anziani e giovani. Tuttavia, l'approccio metodologico adottato nei confronti di queste due fasce di popolazione risulta significativamente differente. Per quanto riguarda gli anziani, il PNRR si riferisce principalmente alla Missione 5, Componente 2, e alla Missione 6, Componente 1. I giovani, invece, sono considerati una delle tre "priorità trasversali" comuni a tutte le misure del Piano, insieme alle donne e al Mezzogiorno <sup>5</sup>. Questo approccio implica che le sei missioni previste nel PNRR vengano valutate anche in relazione all'impatto che esse avranno nel promuovere il potenziale dei giovani, delle donne e nello sviluppo dei territori svantaggiati. È opportuno evidenziare come il legislatore abbia dedicato maggiore attenzione alle questioni riguardanti la popolazione anziana, con particolare riferimento alle politiche sanitarie e assistenziali ad essa correlate. Al contrario, le politiche giovanili hanno ricevuto minore interesse <sup>6</sup>, conseguenza della loro natura trasversale nel Piano, che ne ha limitato la definizione di una portata programmatica chiara e strutturata <sup>7</sup>.

---

<sup>4</sup> Per una ricostruzione storica dell'evoluzione demografica italiana si veda A. ROSINA, R. IMPACCIATORE, *Storia demografica d'Italia*, Carocci, Roma, 2022.

<sup>5</sup> L'approccio adottato, per quanto riguarda i giovani, non rispecchia pienamente la raccomandazione avanzata dal Dispositivo di Ripresa e Resilienza, che proponeva di dedicare un pilastro specifico del Piano alle politiche rivolte alla nuova generazione. In realtà, nessuna delle Missioni del Piano è stata specificamente concepita per affrontare le esigenze giovanili, e tale scelta è stata confermata anche nella successiva riprogrammazione del PNRR del 2023.

<sup>6</sup> «Si evidenzierà come, nonostante le elevate aspettative da esso suscitato, il PNRR genererà probabilmente effetti solo marginali sui giovani, in quanto più orientato ad una modernizzazione complessiva dell'Italia che ad una riduzione delle disuguaglianze giovanili» in L. DE SIMONE, *Giovani tra Nord e Sud Italia: quali opportunità dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza? Prime evidenze*, in *Rivista economica del Mezzogiorno*, 3-4, 2023, 517.

<sup>7</sup> «Alla luce delle Riforme e delle Missioni in cui il Piano si struttura e del peso che al loro interno

Su impulso del PNRR, con il Decreto del 3 giugno 2021, il Ministro per le Politiche Giovanili ha istituito il Comitato per la Valutazione dell'Impatto Generazionale delle Politiche Pubbliche (COVIGE)<sup>8</sup>, un organismo dedicato all'analisi e alla verifica sistematica dell'impatto delle politiche, dei programmi e dei progetti che coinvolgono, direttamente o indirettamente, le giovani generazioni. Il principale obiettivo del Comitato è fornire dati e informazioni utili per migliorare il coordinamento e l'attuazione delle politiche giovanili, contribuendo così a un'efficace azione di governo.

Il tema giovani ha assunto un'importanza crescente anche grazie agli orientamenti internazionali, come l'Agenda 2030 e i pareri OCSE, che sono diventati particolarmente rilevanti nel periodo post-pandemia da Covid-19. In tale contesto, il COVIGE ha sviluppato le Linee Guida per la Valutazione dell'Impatto Generazionale delle Politiche Pubbliche, definite attraverso l'individuazione di tre elementi chiave: la platea dei destinatari, le tipologie delle misure in atto e i possibili ambiti di intervento. La platea dei destinatari si riferisce alla popolazione di età compresa tra i 14 e i 35 anni, con l'intento del legislatore di concentrare l'attenzione su un target ben preciso per calibrare adeguatamente le politiche pubbliche. Questa scelta, sebbene in netto contrasto con altri approcci europei che delimitano fasce di età più ristrette, riflette la particolare condizione socio economica dei c.d. *young adults*<sup>9</sup> italiani ed è influenzata anche dall'età media elevata della popolazione del Paese.

Il Comitato ha inoltre identificato gli obiettivi delle misure classificandole in tre categorie:

1. misure generazionali, interventi esplicitamente finalizzati a ridurre il divario generazionale e pensati esclusivamente per i giovani;
2. misure potenzialmente generazionali, provvedimenti non progettati primariamente per contrastare il divario generazionale, ma che possono produrre effetti positivi sui giovani grazie al loro orientamento prevalente verso tale categoria;

---

assumono gli interventi rivolti ai giovani, più che come «priorità trasversali» le pari opportunità generazionali sembrano configurarsi come «questioni marginali», in quanto trattate in maniera vaga e piuttosto disorganica» così C. CANGIANO, R. SARNATARO, *Non è ancora tempo. Lo spazio riservato ai giovani nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2022, 230.

<sup>8</sup> Sin dal principio del proprio mandato, il Comitato ha orientato le proprie attività lungo quattro direttrici fondamentali. La prima ha riguardato l'individuazione del target giovanile, con un focus specifico sulle misure indirizzate direttamente a questa fascia della popolazione (misure di natura generazionale), nonché su quelle capaci di coinvolgere potenzialmente un numero significativo di giovani (misure potenzialmente generazionali) previste nel contesto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La seconda direttrice ha comportato la definizione delle principali aree di impatto e l'individuazione degli indicatori necessari per monitorare e valutare le misure generazionali, avvalendosi dei parametri offerti dal sistema del Benessere Equo e Sostenibile (BES) e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs). Inoltre, il Comitato ha sviluppato specifici indicatori atti a valutare in modo adeguato le misure generazionali all'interno del contesto del pilastro f del Regolamento UE n. 241/2021, che disciplina il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza. Infine, sono stati definiti criteri e indicatori fondamentali per identificare le politiche pubbliche che possano essere considerate come esempi di buone pratiche.

<sup>9</sup> L. MONTI, *Legiferare meglio: la valutazione di impatto generazionale del Documento Unico di Programmazione*, in *Rivista di Diritto ed Economia dei Comuni*, 2, 2024, 59.

3. misure anti-generazionali, interventi che possono ostacolare lo sviluppo personale e professionale dei giovani o arrecare loro svantaggi indiretti. Questi ultimi includono misure destinate a gruppi diversi dalla fascia giovanile ma che incidono negativamente sulle nuove generazioni, come quelle finanziate tramite debito o risorse originariamente previste per i giovani, o provvedimenti con esternalità sfavorevoli per i giovani.

Le politiche descritte saranno sottoposte a monitoraggio per valutarne l'impatto sulla fascia d'età 14-35 anni attraverso quattro ambiti principali di analisi: educazione, occupazione, inclusione e benessere <sup>10</sup>.

### 3 La Valutazione Impatto Generazionale: tra novità e limiti

Nell'ambito del percorso tracciato e stimolati dalle indicazioni del PNRR, è stata recentemente approvata una legge che integra questa ricca elaborazione concettuale in materia di politiche giovanili nel contesto più ampio della qualità della normazione. La legge n. 167/2025, intitolata «Misure per la semplificazione normativa e il miglioramento della qualità della normazione e deleghe al Governo per la semplificazione, il riordino e il riassetto in determinate materie», introduce nell'ordinamento la Valutazione di Impatto Generazionale degli atti normativi governativi.

Nello specifico l'art. 4 della legge stabilisce al comma 1 che le leggi della Repubblica promuovono l'equità intergenerazionale anche nell'interesse delle generazioni future. Proseguendo, il comma 2 stabilisce che la Valutazione di Impatto Generazionale (VIG) rappresenta uno strumento informativo basato sull'analisi preventiva degli atti normativi del Governo, con esclusione dei decreti-legge. Tale analisi è finalizzata a valutare gli effetti ambientali e sociali derivanti dai provvedimenti, in particolare quelli che incidono sui giovani e sulle generazioni future, ponendo una particolare attenzione all'equità intergenerazionale. Ai sensi del comma 3, la VIG degli atti normativi del Governo dovrà essere effettuata nell'ambito dell'analisi di impatto della regolamentazione prevista dall'art. 14 della legge n. 246/2005, secondo criteri e modalità individuati con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui al comma 5 del medesimo art. 14, adottato di concerto con l'Autorità politica delegata in materia di giovani, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge <sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> L. MONTI, *La valutazione di impatto generazionale delle politiche pubbliche: dalle linee guida del COVIGE al possibile Youth-check in Italia*, in *Amministrazione in Cammino*, 2022, 11-12.

<sup>11</sup> Il menzionato art. 14, legge n. 246/2005 disciplina l'analisi e la verifica di impatto della regolamentazione. Ai sensi del comma 1, l'analisi dell'impatto della regolamentazione (AIR) consiste nella valutazione preventiva degli effetti di ipotesi di intervento normativo ricadenti sulle attività dei cittadini e delle imprese e sull'organizzazione e sul funzionamento delle pubbliche amministrazioni, mediante comparazione di opzioni alternative, mentre, ai sensi del comma 4, la verifica dell'impatto della regolamentazione (VIR) consiste nella valutazione, anche periodica, del raggiungimento delle



Il comma 4 precisa che la VIG è, in ogni caso, necessaria se l'atto normativo determina effetti significativi di tipo ambientale o sociale, a carico delle generazioni future. In tali casi, restano fermi i criteri e le modalità individuate con il decreto di cui al comma 3<sup>12</sup>.

L'art. 5 della legge n. 167/2025 istituisce, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'Osservatorio nazionale per l'impatto generazionale delle leggi. Questo organismo ha il compito di assicurare una reale promozione dell'equità intergenerazionale focalizzata sulle generazioni future nella produzione normativa, in linea con quanto stabilito dall'art. 4. L'Osservatorio si occupa di monitoraggio, analisi, studio e proposta relativamente agli strumenti utili per definire e raggiungere gli obiettivi indicati nello stesso art. 4<sup>13</sup>.

Ad un'osservazione più attenta si può notare come la VIG presenti una "duplice natura", in quanto gli elementi caratterizzanti dei giovani e delle generazioni future non devono essere concepiti come un'endiadi normativa, bensì come due poli giuridico-concettuali ben distinti.

Il tema relativo ai giovani fa riferimento a una categoria demografica attuale, sulla quale emerge una significativa attenzione a livello internazionale, evidenziata da iniziative quali l'Agenda 2030 e i *focus* dell'OCSE, nonché a livello europeo

---

finalità e nella stima dei costi e degli effetti prodotti da atti normativi sulle attività dei cittadini e delle imprese e sull'organizzazione e sul funzionamento delle pubbliche amministrazioni. In particolare, il comma 5 rinvia a dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri, adottati ai sensi dell'art. 17, comma 3, legge n. 400/1988, la definizione di: a) i criteri generali e le procedure dell'AIR, da concludere con apposita relazione, nonché le relative fasi di consultazione; b) le tipologie sostanziali, i casi e le modalità di esclusione dell'AIR; c) i criteri generali e le procedure, nonché l'individuazione dei casi di effettuazione della VIR; d) i criteri ed i contenuti generali della relazione al Parlamento di cui al comma 10.

<sup>12</sup> Nella relazione illustrativa del disegno di legge, il Governo sottolinea che anche il Comitato economico e sociale europeo, nel suo parere sulla Cooperazione nel settore della gioventù (SOC/759) del 15 giugno 2023, ha recentemente indicato che gli Stati membri dovrebbero intensificare le misure intersettoriali che beneficiano i giovani e contribuiscono a ridurre il divario generazionale. Ha inoltre sottolineato l'importanza di sottoporre tutte le leggi, politiche, strategie, programmi e investimenti pubblici a consultazioni per verificare il loro impatto sugli stessi giovani. È essenziale, secondo il Comitato, evitare azioni che possano violare i diritti o discriminare i giovani. Con l'introduzione della valutazione di impatto generazionale delle leggi attraverso questo disegno di legge, il Governo intende accogliere e prolungare nel tempo questa prospettiva, considerando gli effetti a lungo termine delle politiche pubbliche, soprattutto quelle con significativi costi ambientali o sociali. Il Governo mira a elevare a livello legislativo l'iniziativa avviata nella scorsa legislatura con le Linee guida del Comitato per la valutazione dell'impatto generazionale delle politiche pubbliche, definite nel DM 8 luglio 2022. Queste linee guida includono indicatori utili per tale valutazione, in linea con pratiche adottate in altri paesi dell'UE e con gli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030.

<sup>13</sup> Ai sensi dei commi 3 e 4 dell'art. 5, l'organizzazione e il funzionamento dell'Osservatorio sono definiti tramite decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, che deve essere adottato entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Per quanto riguarda l'istituzione e il funzionamento dell'Osservatorio, si provvede utilizzando esclusivamente le risorse umane, strumentali e finanziarie già disponibili secondo la legislazione vigente, senza determinare nuovi o maggiori costi per la finanza pubblica. Ai componenti dell'Osservatorio non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi spese o altri emolumenti di qualsiasi natura.

attraverso strumenti come il programma *Next Generation EU*, le comunicazioni della Commissione Europea e il parere del Comitato Economico e Sociale Europeo<sup>14</sup>. Nello stesso solco il PNRR indica i giovani come una priorità trasversale alle Missioni, individuando al contempo Missioni specifiche la tutela delle persone anziane<sup>15</sup>, quasi a voler riunire in una visione intergenerazionale le fasce di popolazione più esposte agli effetti della pandemia. In questa prospettiva, la VIG si orienta verso esperienze già adottate in altri Paesi europei<sup>16</sup> con il c.d. *Youth Check*, uno strumento utile a valutare l'impatto delle politiche pubbliche sulle giovani generazioni<sup>17</sup>. Diversamente la nozione di generazioni future si riferisce a una categoria di popolazione non presente nel tempo attuale, strettamente legata al principio di sostenibilità sancito dalla Costituzione. Questo principio si configura come una norma di redistribuzione intergenerazionale dei costi e benefici delle scelte collettive in ambiti economici, sociali e ambientali<sup>18</sup>. In questa prospettiva la VIG appare come un'applicazione concreta degli artt. 9 e 97 Cost., che contemplano rispettivamente l'interesse delle generazioni future in tema di protezione ambientale e la sostenibilità del debito pubblico. La legge costituzionale n. 1/2022, ha infatti rafforzato la tutela dell'ambiente tra i principi fondamentali, agendo in particolare sugli artt. 9 e 41 Cost.<sup>19</sup>. Essa ha

---

<sup>14</sup> L. MONTI, *Anche in Italia arriva la sfida europea dello Youth-check: una opportunità o l'ennesima occasione sprecata?*, in *Luiss Working paper*, 1, 2024, 6.

<sup>15</sup> Si veda L. CASSETTI, *Un Presidente USA troppo anziano e fragile? L'invecchiamento tra stereotipi e politiche per i diritti delle persone anziane*, in *federalismi.it*, 19, 2024, VI ss.

<sup>16</sup> In primo luogo, il Belgio ha introdotto nel 2008 nelle Fiandre il *Child and Youth Impact Report*, per valutare gli effetti ex ante e ex post delle leggi sulla popolazione sotto i venticinque anni; successivamente, l'Austria ha sviluppato una metodologia simile nel 2013, seguita dalla Germania nel 2017. Lo *Youth Check* è diventato un istituto internazionale, definito dall'OCSE nel rapporto *Youth Stocktaking Report «Engaging and empowering Youth in OECD countries- How to bridge the "governance gap"»* del 2018 come il metodo «per allineare i risultati delle politiche alle preoccupazioni giovanili, prevedere possibili conseguenze negative e quindi ridurre il rischio di effetti indesiderati e, infine, promuovere società ed economie più favorevoli ai giovani».

<sup>17</sup> C. CIOFFI, S. PIERATTINI, *Contrastare il divario generazionale attraverso la valutazione delle politiche pubbliche rivolte ai giovani*, in *Amministrazione in Cammino*, 2023, 5 ss.

<sup>18</sup> La dottrina ha affrontato diffusamente il concetto di generazioni future e il correlato principio di sostenibilità. In tal senso si richiamano ex multis: R. BIFULCO, *Diritto e generazioni future. Profili giuridici della responsabilità intergenerazionale*, Franco Angeli, Milano, 2008; R. BIFULCO, A. D'ALOIA (a cura di), *Un diritto per il futuro. Teorie e modelli dello sviluppo sostenibile e della responsabilità intergenerazionale*, Jovene, Napoli, 2008; A. D'ALOIA, voce *Generazioni future (diritto costituzionale)*, in *Enc. dir.*, *Annali IX*, Giuffrè, Milano, 2016; M. LUCIANI, *Generazioni future, distribuzione temporale della spesa pubblica e vincoli costituzionali*, in *Diritto e Società*, 2, 2013; L. BARTOLUCCI, *La sostenibilità del debito pubblico in Costituzione. Procedure euro-nazionali di bilancio e responsabilità verso le generazioni future*, Wolters Kluwer Cedam, Padova, 2020; G. PALOMBINO, *Il principio di equità generazionale. La tutela costituzionale del futuro*, Le Monnier, Milano, 2022; D. PORENA, *Il principio della sostenibilità. Contributo allo studio di un programma costituzionale di solidarietà intergenerazionale*, Giappichelli, Torino, 2017.

<sup>19</sup> L. BARTOLUCCI, *La valutazione di impatto generazionale delle leggi come forma di attuazione degli articoli 9 e 97 della Costituzione*, in *federalismi.it*, 4, 2024, 42 ss.

introdotto una disposizione esplicita in materia di protezione dell'ambiente con implicazioni dirette per le generazioni future. Allo stesso modo, anche la legge costituzionale n. 1/2012 fa riferimento alla tutela delle generazioni future in via implicita, poiché il principio di sostenibilità del debito pubblico, sancito nel primo comma dell'art. 97 Cost., può essere interpretato sotto questa lente. In conseguenza di queste revisioni costituzionali, l'introduzione della VIG sembra configurarsi come uno strumento procedurale volto a garantire la tutela delle generazioni future, rappresentando una forma di attuazione dei principi costituzionali legati alla sostenibilità.

È dunque opportuno esaminare attentamente i confini e le opportunità che la VIG, nel modo in cui è delineata nella legge, potrà mettere a disposizione dell'ordinamento.

La scelta di integrare la VIG nell'ambito dell'AIR potrebbe, a prima vista, apparire coerente con la normativa attuale e utile per potenziare gli strumenti di *better regulation* già in uso<sup>20</sup>. Tuttavia, questa opzione non è priva di rischi, sia per quanto riguarda l'aspetto applicativo sia per la sua definizione normativa. Sotto il primo profilo, emergono due rilevanti limitazioni. La prima concerne il fatto che il dispositivo si applichi esclusivamente agli atti normativi governativi, escludendo i disegni di legge di iniziativa parlamentare. Considerando la forma di governo e i poteri delle assemblee elettive, questa scelta appare poco giustificabile e potrebbe prestarsi ad utilizzi strumentali, permettendo di eludere la norma attraverso un ricorso frequente ai disegni di legge parlamentari, che non sarebbero soggetti a valutazione. In secondo luogo, l'art. 4 esclude i decreti-legge dal campo di applicazione della VIG, limitando in modo significativo l'efficacia di tale strumento. Analizzando i dati recenti della produzione normativa, si rileva che, delle 257 leggi approvate nei tre anni di legislatura, ben 190 derivano da iniziativa governativa (pari al 73,9%). Inoltre, nel medesimo triennio sono stati adottati 110 decreti-legge, di cui 95 convertiti in legge (pari al 37,4%), evidenziando la predominanza di tale strumento legislativo<sup>21</sup>.

Considerando l'aspetto definitorio, la sovrapposizione tra i meccanismi dello Youth Check e la valutazione di sostenibilità per le generazioni future rischia di creare un intreccio di indicatori progettati per finalità molto diverse. Nel contesto giovanile, i parametri di riferimento seguono le Linee guida elaborate dal COVIGE, mentre la tutela delle generazioni future si concentra sulla promozione dello sviluppo sostenibile e sull'allineamento agli obiettivi e target dell'Agenda 2030 dell'ONU<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> L'art. 4 della legge, oltre a far riferimento all'art. 14, legge n. 246/2005, interagisce con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 15 settembre 2017, n. 169 *Regolamento recante disciplina sull'analisi dell'impatto della regolamentazione, la verifica dell'impatto della regolamentazione e la consultazione*.

<sup>21</sup> Si veda il rapporto del servizio Studi della Camera dei Deputati *Tre anni di produzione legislativa nella XIX legislatura: cifre e caratteristiche* del 13 ottobre 2025.

<sup>22</sup> L. MONTI, *Anche in Italia arriva la sfida europea dello Youth-check: una opportunità o l'ennesima occasione sprecata?*, cit., 6-7.

Tali funzioni sono affidate alla Strategia Nazionale di Sviluppo Sostenibile, che è stata recentemente approvata dal CIPE e riorganizzata all'interno del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica e lo Sviluppo Sostenibile (CIPESS)<sup>23</sup>. La coesistenza di questi elementi potrebbe comportare il rischio di svuotare di significato il nuovo strumento informativo, riducendolo a un mero esercizio formale. È inoltre fondamentale analizzare le cause di esclusione dall'esame VIG stabilite nel regolamento sull'analisi di impatto della regolazione<sup>24</sup>, la cui valutazione è affidata al Dipartimento per gli Affari Giuridici e Legislativi presso la Presidenza del Consiglio<sup>25</sup>. Questo organismo dispone di un significativo margine di discrezionalità nella validazione delle esclusioni<sup>26</sup>. Non è prevista una procedura sistematica di revisione delle decisioni di esclusione<sup>27</sup>, eccetto quando richiesto dal Consiglio dei ministri o dalle commissioni parlamentari<sup>28</sup>, con obbligo di motivazione. A questa problematica si somma la questione delle esenzioni dall'AIR, frequentemente motivate dal presunto ridotto impatto sui cittadini. Queste esenzioni prevedono una clausola di salvaguardia che estende i criteri di deroga a generici «specifici aspetti della disciplina», attribuendo al DAGL un margine di discrezionalità ancora maggiore<sup>29</sup>.

È fondamentale considerare che la VIG potrebbe, in linea teorica, rappresentare un eccezionale strumento per contrastare il fenomeno del “presentismo” legislativo<sup>30</sup>, promuovendo una prospettiva orientata al futuro<sup>31</sup>. Tuttavia, nella sua attuale formulazione, la valutazione mette in luce le molteplici contraddizioni insite nel sistema italiano di *better regulation*<sup>32</sup>.

---

<sup>23</sup> Strategia ribadita dalla direttiva del Presidente del Consiglio dei ministri del 16 marzo 2018 contenente gli indirizzi di attuazione dell'Agenda 2030.

<sup>24</sup> Art. 6, comma 1, d.P.C.M. n. 169/2017.

<sup>25</sup> Art. 4, comma 3, d.P.C.M. n. 169/2017.

<sup>26</sup> Art. 6, comma 4, d.P.C.M. n. 169/2017.

<sup>27</sup> Tra le cause di esclusione vi sono anche le leggi di approvazione di bilanci e rendiconti generali, che sono fondamentali per l'allocazione delle risorse finanziarie a favore dei giovani e delle generazioni future (art. 6, comma 1, lett. f, d.P.C.M. n. 169/2017). La VIG non si occupa della materia finanziaria dal momento che gli effetti economico-finanziari dei provvedimenti sono già oggetto della c.d. “relazione tecnica”, prevista ora dall'art. 17, comma 3, legge n. 196/2009, di competenza del Ragioneria generale dello Stato e non del DAGL. Per approfondimenti si veda L. BARTOLUCCI, *La nuova “Valutazione di impatto generazionale delle leggi”*, in *Osservatorio AIR*, 2, 2024, 38-39.

<sup>28</sup> Art. 6, comma 4, d.P.C.M. n. 169/2017.

<sup>29</sup> Art. 7, comma 3, d.P.C.M. n. 169/2017.

<sup>30</sup> L. BARTOLUCCI, *La Valutazione di impatto generazionale, un antidoto al “presentismo” per le nostre leggi*, in *LUISS Policy Brief*, 2, 2024, 1-4.

<sup>31</sup> M. MEZZANOTTE, *La valutazione di impatto generazionale come tecnica di “programmazione”*, in *Consulta Online*, III, 2025, 1533-1535.

<sup>32</sup> Al fine di garantire al meglio un più corretto ciclo di regolazione sarebbe opportuno un *Regulatory Oversight Body*, struttura organizzativa istituita in diversi Paesi dell'area OCSE per valutare l'efficacia e l'efficienza degli strumenti di *better regulation* e, in particolare, dell'Analisi d'impatto della regolazione (AIR). Tale struttura avrebbe il pregio di responsabilizzare il DAGL nel suo operato

In particolare, emerge la tradizionale riluttanza del DAGL a sfruttare pienamente tali strumenti, relegandoli spesso ad un ambito di mero formalismo rituale<sup>33</sup>.

#### 4. La questione dell'invecchiamento demografico e le ripercussioni sui giovani

Alla luce delle considerazioni espresse, il tema delle politiche giovanili non appare adeguatamente affrontato dal PNRR, mentre la transizione demografica introduce spunti di riflessione sugli squilibri generazionali in atto. I dati ISTAT indicano chiaramente una diminuzione numerica della presenza dei giovani nella società italiana. Il tutto avviene in un contesto caratterizzato da elevati livelli di debito pubblico, che amplifica le difficoltà legate agli squilibri generazionali. La scarsità di risorse derivante dalla ridotta forza lavoro, dall'aumento delle spese indirizzate alla popolazione anziana e dall'ingente debito pubblico rischia di ridurre progressivamente gli investimenti dedicati alle nuove generazioni: tra cui istruzione, welfare attivo, strumenti per promuovere l'autonomia e politiche familiari. Questo scenario potrebbe confinare progressivamente il Paese in una traiettoria caratterizzata da bassi livelli di sviluppo, opportunità limitate e una qualità della vita compromessa<sup>34</sup>. L'aumento della popolazione anziana porta con sé una complessità senza precedenti rispetto al passato. In un contesto caratterizzato da un debole ricambio generazionale e da una bassa natalità, le dinamiche demografiche negative hanno fatto sì che l'Italia diventasse il primo Paese al mondo in cui il numero di residenti sotto i 15 anni è inferiore a quello degli over 65. Tuttavia, il dato quantitativo da solo non è sufficiente per comprendere appieno il fenomeno. I cambiamenti vissuti dalle persone nel corso della loro vita testimoniano un'evoluzione significativa anche dal punto di vista qualitativo: il costante miglioramento delle condizioni di salute e del benessere ha reso sempre più comuni età che, in passato, erano raggiunte solo da un'esigua minoranza della popolazione, spesso in situazioni di fragilità. La soglia che definisce l'ingresso nell'età anziana, non più rigidamente stabilita come lo era in passato, implica non solo che le convenzioni anagrafiche tradizionali risultano ormai superate, ma anche che ogni generazione si trovi a ridefinire queste fasi rispetto a quella precedente<sup>35</sup>.

Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana, accompagnato dall'aumento dell'aspettativa di vita, non si limita a produrre effetti di carattere previdenziale,

---

regolativo. Per approfondimenti sia consentito il rinvio a S. ROTOLO, *Il nuovo Comitato per la legislazione al Senato e gli altri soggetti della buona scrittura delle leggi: tra criticità di sistema ed esigenze di riforma*, in *federalismi.it*, 6, 2023, 159 ss.

<sup>33</sup> Si veda in tal senso il documento approvato dal Comitato per la Legislazione del Senato nella seduta dell'11 giugno 2025 intitolato «Profili critici della produzione normativa e proposte per il miglioramento della qualità della legislazione».

<sup>34</sup> A. ROSINA, *Gli squilibri generazionali di un paese che non cresce*, in *Il Mulino*, 4, 2022, 99-100.

<sup>35</sup> A. ROSINA, *Verso la società della longevità?*, in *Il Mulino*, 4, 2024, 36-37.

come il significativo innalzamento dell'età pensionabile, ma incide in maniera profonda soprattutto sulle politiche di protezione sociale. Queste ultime dovranno essere ripensate e adeguate a rispondere in modo efficace alle esigenze di una popolazione anziana in continua crescita<sup>36</sup>. In tale contesto, il ruolo del decisore pubblico è quello di andare oltre un approccio esclusivamente assistenzialistico, favorendo invece strategie integrate e proattive. Diventa quindi fondamentale attribuire valore agli anni di vita aggiuntivi attraverso iniziative che promuovano un invecchiamento attivo. Questo concetto si riferisce al processo volto a ottimizzare le opportunità legate alla salute, alla partecipazione sociale e alla sicurezza, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane e incentivare un maggiore benessere sia individuale che collettivo<sup>37</sup>.

Il legislatore, sollecitato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ha adottato importanti interventi normativi nel quadro della Missione 5, Componente 2, Investimento 1.1, orientati al sostegno delle persone vulnerabili, e della Missione 6, Componente 1, Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3, finalizzati allo sviluppo delle case di comunità, alla presa in carico personalizzata degli individui, al potenziamento dei servizi domiciliari e della telemedicina, nonché al rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle relative strutture. In particolare, la legge n. 33/2023 assegna al Governo una delega relativa alla definizione e attuazione delle politiche a favore delle persone anziane, specificando linee guida e criteri direttivi sia di carattere generale sia strettamente settoriali per i diversi ambiti di intervento. Questo provvedimento si configura come una riforma organica e strutturale, tesa ad attuare alcune delle disposizioni previste nella legge di bilancio per il 2022 (legge n. 234/2021, art. 1, commi 159-171) e, al contempo, a perseguire gli obiettivi inclusi nel PNRR, con particolare attenzione alla categoria degli anziani non autosufficienti. Il d.lgs. n. 29/2024 dà attuazione alle deleghe legislative previste dagli artt. 3, 4 e 5, legge del 23 marzo 2023, n. 33, riguardante le politiche a favore delle persone anziane. Il testo legislativo non si limita a legiferare sui servizi dedicati agli anziani non autosufficienti, ma introduce anche misure volte a prevenire situazioni di fragilità e a promuovere la salute. L'obiettivo è incentivare l'invecchiamento

---

<sup>36</sup> A. BROGLIA, G. MION, *I sistemi di servizi per anziani verso la sostenibilità: l'etica come driver di resilienza*, in F. BRUNETTI, E. DEMO (a cura di), *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali, Questioni economiche*, Tomo IV, ESI, Napoli, 1350-1351.

<sup>37</sup> La definizione di invecchiamento attivo fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si riferisce al processo di ottimizzazione delle opportunità legate alla salute, alla partecipazione e alla sicurezza, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane. Tale concetto, caratterizzato da un approccio ampio e multidimensionale, sottolinea l'importanza del coinvolgimento attivo e dell'inclusione sociale degli individui in età avanzata nella società moderna. In questa prospettiva, l'invecchiamento attivo comprende una vasta gamma di attività e opportunità in ambiti sociali, lavorativi, educativi, civici e ricreativi, consentendo agli anziani di partecipare pienamente in base alle proprie esigenze, inclinazioni e aspirazioni. L'adozione di questo paradigma rappresenta un superamento della visione tradizionale dell'età anziana come fase passiva dell'esistenza, spesso associata a condizioni di dipendenza e marginalità sociale, promuovendo invece un'immagine dell'anziano come risorsa preziosa per la comunità e la società nel suo insieme.

attivo, potenziare la sanità preventiva e sviluppare la telemedicina pensata per gli anziani.

Il tentativo del legislatore di ripensare lo Stato sociale di fronte all'invecchiamento di una parte significativa della popolazione non può ignorare la fragilità socio-economica che colpisce i giovani italiani. Il perdurante squilibrio generazionale nel Paese mette in luce quanto il difficile accesso al mercato del lavoro pesi in modo rilevante sulle nuove generazioni. Di conseguenza, il carico sulle spalle della popolazione attiva è destinato a crescere sensibilmente, trasformandola in principale responsabile del sostegno ad un numero sempre maggiore di persone inattive<sup>38</sup>. Tale scenario genera una serie di implicazioni assistenziali che non possono essere sottovalutate.

Il ritardo nell'ingresso nel mondo del lavoro, unito a salari non competitivi e alla forte instabilità occupazionale, rischia di mettere una parte significativa dei giovani di oggi in una situazione di vulnerabilità economica nella vecchiaia, accentuata dalla possibilità di pensioni future inadeguate<sup>39</sup>. Il fenomeno della tarda natalità pone sfide aggiuntive, considerando che nel 2024 l'età media delle donne al momento del parto è stimata a 32,6 anni, registrando un lieve incremento rispetto ai 32,5 anni dell'anno precedente. Questo valore riflette un aumento considerevole di quasi tre anni rispetto a quanto osservato nel 1995<sup>40</sup>. Tale tendenza al posticipo potrebbe determinare una crescente diffusione di giovani che crescono con genitori più anziani rispetto alle generazioni precedenti, generando interrogativi e implicazioni di natura sociale e familiare.

## 5. L'interconnessione possibile tra politiche per gli anziani e per i giovani

In un contesto caratterizzato da una crescente complessità socio-demografica, risulta fondamentale esaminare le conseguenze delle politiche sull'invecchiamento in relazione alle dinamiche che interessano le nuove generazioni. Una visione sistemica non dovrebbe limitarsi alla semplice distribuzione delle risorse pubbliche tra i vari segmenti della popolazione, ma dovrebbe evidenziare la stretta interconnessione tra le politiche rivolte alle diverse categorie demografiche. Questa prospettiva acquisisce particolare rilevanza soprattutto nell'analisi dell'impatto delle politiche sull'invecchiamento, che possono influire significativamente sulle esperienze e sulle

---

<sup>38</sup> C. LOTTIERI, *Il welfare State italiano alla prova della demografia. L'invecchiamento della società tra crisi della proprietà ed espansione dei poteri statali*, in D. VELO DALBRENTA (a cura di), *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali, Questioni Critiche*, Tomo I, ESI, Napoli, 2022, 82-85.

<sup>39</sup> A. ROSINA, *Verso la società della longevità?*, cit., 38-39.

<sup>40</sup> Si veda in tal senso il Rapporto Annuale ISTAT 2025 <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-Annuale-2025-integrale.pdf>.

opportunità delle generazioni più giovani. In questo contesto, risultano emblematici tre casi che illustrano il possibile intreccio tra le politiche dedicate agli anziani e quelle orientate verso i giovani.

Un primo esempio rilevante è rappresentato dal tema della coabitazione intergenerazionale, concepito come un modello abitativo che promuove la convivenza solidale tra anziani e giovani. Tale approccio offre diversi vantaggi: da una parte, consente di ridurre l'isolamento sociale degli anziani, favorendone un invecchiamento attivo; dall'altra, permette agli studenti di accedere a soluzioni abitative a costi più sostenibili rispetto agli standard del mercato immobiliare, in cambio di assistenza in piccole attività quotidiane. In questo contesto, gli artt. 15-18, d.lgs. n. 29/2024 incentivano l'adozione di tale modello, affidando al Comitato Interministeriale per le Politiche a Sostegno della Persona Anziana (CIPA) il compito di definire linee guida per strutturare gli interventi. Tra questi rientrano il *senior cohousing*, volto alla coabitazione solidale tra anziani, e il *cohousing* intergenerazionale, finalizzato in particolare all'inclusione di giovani in condizioni di svantaggio socioeconomico. In alcune città universitarie<sup>41</sup> esistono già esperienze consolidate in questo ambito, che dimostrano l'efficacia pratica dell'integrazione tra politiche sull'invecchiamento attivo, dedicate alla lotta contro l'isolamento sociale, e iniziative giovanili legate alla questione abitativa<sup>42</sup>. Nonostante ciò, pur essendo questi interventi strettamente collegati e fondati su una visione di solidarietà intergenerazionale, manca ancora un quadro legislativo nazionale chiaro e organico che possa valorizzare pienamente le esperienze già sperimentate a livello locale.

Un altro tema di significativa interconnessione tra diverse politiche è certamente quello del *caregiver*, ossia la persona che si dedica in modo continuativo, senza una specifica professionalità e a titolo gratuito, all'assistenza di un individuo, spesso un membro della propria famiglia, affetto da malattie croniche, disabilità o altre condizioni che richiedono supporto a lungo termine. Questo ruolo abbraccia anche l'assistenza agli anziani gravemente non autosufficienti e a persone con disturbi psichici o patologie neurodegenerative, impegnandosi nella pianificazione e gestione del loro sostegno. La figura del caregiver familiare sta acquisendo un crescente riconoscimento nell'ordinamento italiano<sup>43</sup> ed è connotata da una notevole complessità.

---

<sup>41</sup> Le città universitarie impegnate in progetti di coabitazione intergenerazionale sono Padova, Pavia, Milano, Bergamo e Reggio Emilia. Recentemente anche Perugia si sta avviando a tale modello di coabitazione.

<sup>42</sup> Si veda in tal senso S. DE STEFANI, *Coabitazione intergenerazionale. Report di sperimentazione*, Progetto Frame 128, Padova, 2024.

<sup>43</sup> La prima definizione normativa è presente nella legge di bilancio 2018 (art. 1, commi 254-256, legge n. 205/2017), laddove al comma 255 il *caregiver* è definito come «persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti». Più specificatamente la norma definisce il *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge n. 76/2016, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, in presenza di un handicap grave, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente



L'assistenza offerta abbraccia infatti una vasta gamma di situazioni di vulnerabilità della persona supportata, rendendo il ruolo particolarmente diversificato e articolato. In relazione alle sfide legate all'invecchiamento, il d.lgs. n. 29/2024, nell'art. 39, pone un'attenzione specifica al valore sociale ed economico dell'attività svolta in ambito familiare in forma non professionale e non retribuita, a beneficio degli anziani e in particolare degli anziani non autosufficienti. Questa norma prevede disposizioni specifiche per i caregiver familiari, introducendo misure volte a migliorare progressivamente le loro condizioni di vita. Tuttavia, nell'ordinamento italiano manca ancora una legge nazionale integralmente dedicata alla figura del *caregiver*<sup>44</sup>, anche se esistono normative regionali che affrontano il tema<sup>45</sup>. È importante sottolineare che la figura del prestatore d'assistenza non è monolitica, ma presenta esigenze e difficoltà molto diversificate. In questo scenario di transizione demografica, risulta importante prendere in considerazione la figura del giovane *caregiver*, il quale, a causa della sua età, si trova non solo a dover gestire le sfide legate alla conciliazione tra cura e lavoro, ma anche a dover bilanciare l'attività di assistenza con il proprio percorso formativo, sia esso scolastico, universitario o professionale. Esso deve spesso affrontare difficoltà di natura psicologica, emotiva e socio-educativa nello svolgimento dei propri compiti. Di conseguenza, il tipo di supporto richiesto appare notevolmente più mirato e complesso rispetto a quello necessario per un *caregiver* adulto<sup>46</sup>. Riconoscere questa diversità di esigenze

---

e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata, o sia titolare di indennità di accompagnamento.

<sup>44</sup> Sono attualmente in discussione nei due rami del Parlamento diverse proposte legislative riguardanti i *caregiver*. Alla Camera dei Deputati, l'iter sembra essere a uno stadio più avanzato, considerando che le 13 proposte di legge presentate sono state assegnate alla Commissione Affari Sociali per l'esame congiunto. Al Senato della Repubblica, invece, la situazione appare meno definita: sebbene i 3 disegni di legge siano stati assegnati alla Commissione competente l'esame non è ancora iniziato. Da segnalare inoltre il fatto che il 12 gennaio 2026 il Consiglio dei Ministri, su iniziativa della ministra per le disabilità Alessandra Locatelli, abbia approvato un disegno di legge specifico sul *caregiver* familiare. All'interno della legge di Bilancio sono già stati stanziati fondi pari a 257 milioni di euro. L'iter parlamentare dovrebbe iniziare a breve, considerando la richiesta di procedura d'urgenza. Questo disegno di legge prevede il riconoscimento formale del ruolo del *caregiver* familiare, con priorità al *caregiver* convivente prevalente, ossia chi si fa carico maggiormente dell'assistenza. Si propongono misure organiche mirate a garantire sia tutele economiche che interventi non economici a supporto dei *caregiver*.

<sup>45</sup> Per un approfondimento si veda il Report di ricerca EL.V.I.S. sul *caregiver* familiare nel sito del progetto <https://www.ehvisproject.it/wp-content/uploads/2025/05/Report-Caregiver-ELVIS-definitivo.pdf>.

<sup>46</sup> Risulta interessante notare come il legislatore regionale dell'Emilia Romagna abbia recentemente introdotto, con la legge regionale n. 5/2024, la figura del giovane *caregiver*. Si tratta di una persona di età non superiore ai ventiquattro anni che si dedica alla cura di un proprio caro. La normativa mira a promuovere l'identificazione di questa figura per comprenderne meglio le necessità e riconoscerne le competenze. Dal punto di vista statale nel disegno di legge Locatelli si stabilisce che i giovani *caregiver* possano richiedere l'adeguamento dell'orario di servizio civile alle esigenze legate all'attività di assistenza. Inoltre, per gli studenti che si occupano di attività di *caregiving* è previsto l'esonero dal pagamento delle tasse universitarie. Il testo prevede anche che agli studenti *caregiver* venga riconosciuta l'esperienza maturata nell'ambito delle attività di cura come credito formativo e nei percorsi di alternanza scuola-lavoro.

permetterebbe di valorizzare ulteriormente il ruolo del *caregiver*, promuovendo una visione orientata alla solidarietà intergenerazionale e integrando le politiche sull'invecchiamento attivo con quelle destinate al sostegno della popolazione giovanile.

Un significativo punto di connessione tra le politiche pubbliche rivolte agli anziani e quelle dedicate ai giovani risiede indubbiamente nel tema del lavoro. La combinazione tra gli squilibri generazionali e l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione comporterà una inevitabile trasformazione della struttura produttiva del Paese, sollevando interrogativi sulla sostenibilità delle finanze pubbliche. In particolare, emerge uno squilibrio tra l'accesso dei giovani al mercato del lavoro e la crescita della parte di popolazione anziana inattiva. In questo senso, risulta interessante considerare sia un prolungamento della vita attiva dei lavoratori più maturi sia un investimento mirato sul capitale umano giovanile. Per quanto riguarda i lavoratori più esperti, l'aumento dell'età pensionabile richiede necessariamente politiche adeguate di *age management*, finalizzate a trasformare il prolungamento della vita lavorativa in un'esperienza positiva per gli individui e produttiva per le aziende e le organizzazioni. Tuttavia, queste politiche incontrano difficoltà nel trovare una piena attuazione nel panorama nazionale. Oltre ai benefici che tale approccio apporta al bilancio pubblico, mira anche a valorizzare il contributo individuale, evidenziando le peculiarità proprie di ogni persona nelle diverse fasi della vita e riconoscendo il ruolo della forza lavoro matura<sup>47</sup>.

Sul versante delle politiche giovanili, appare essenziale rafforzare l'istruzione di base e promuovere l'acquisizione di competenze avanzate, al fine di garantire un inserimento stabile e attivo nel mercato del lavoro. È fondamentale prestare attenzione al fenomeno della sovraistruzione, che si rivela più incisivo rispetto alla sottoistruzione, soprattutto tra le persone sotto i 35 anni. In tale contesto, assumono particolare rilievo i sistemi di orientamento e supporto alla riqualificazione, strumenti cruciali per accompagnare i giovani nelle diverse fasi di transizione: dal passaggio scuola-lavoro al reinserimento dopo una pausa per motivi formativi o familiari, dalla ricollocazione post-disoccupazione alla mobilità professionale, fino eventualmente alla creazione di un'impresa propria<sup>48</sup>.

Le politiche pubbliche dedicate all'investimento nel capitale umano in ambito lavorativo possono così essere interpretate seguendo una prospettiva intergenerazionale. La presenza simultanea di giovani e anziani consente infatti di integrare le capacità innovative dei primi con l'esperienza consolidata dei secondi, creando opportunità di crescita condivisa e sostenibile per il sistema socioeconomico del Paese<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> P. CHECCUCCI, *Conseguenze della transizione demografica sulle politiche di age management in Italia e possibili scelte di policy*, in *Rivista SINAPPSI*, 1, 2025, 37 ss.

<sup>48</sup> Si veda in tal senso S. BERTOLINI, C. BORGNA, S. ROMANÒ (a cura di), *Il lavoro cambia e i giovani che fanno? Tra struttura, aspirazioni e percezioni*, Franco Angeli, Milano, 2022.

<sup>49</sup> A. ROSINA, *Crisi demografica. Politiche per un paese che ha smesso di crescere*, Vita e Pensiero, Milano, 2021, 155.

## 6. Conclusioni: per un approccio olistico e la costruzione di un patto intergenerazionale

Osservando gli esempi riportati, emerge la possibilità di intrecciare politiche pubbliche orientate alle esigenze delle diverse fasce di popolazione attraverso un approccio olistico. Questo modello si presenta come un patto intergenerazionale tra giovani e anziani, superando le tradizionali dinamiche di contrapposizione demografica. In tale ottica, la costruzione di un sistema di welfare veramente sostenibile e inclusivo richiede di mettere al centro la valorizzazione della persona in tutte le sue dimensioni, fisiche e psichiche, considerando queste come risorse fondamentali per il bene collettivo. Un simile obiettivo può essere raggiunto adottando un approccio solidale, che favorisca un'integrazione virtuosa tra generazioni <sup>50</sup>. Occorre tuttavia rilevare che, in risposta alla pressante questione demografica, il legislatore ha concentrato maggiore attenzione sugli anziani attraverso il d.lgs. n. 29/2024, trascurando un approccio specificamente rivolto ai giovani. Al fine di invertire tale tendenza, recentemente in Consiglio dei Ministri <sup>51</sup> è stato approvato un disegno di legge delega al Governo riguardante politiche per i giovani e il servizio civile universale <sup>52</sup>. Il provvedimento si sviluppa seguendo due principali direttrici. Da una parte, conferisce deleghe legislative per il riordino e il coordinamento delle politiche nazionali rivolte ai giovani, oltre ad una revisione organica della normativa sul servizio civile universale. Dall'altra, introduce alcune disposizioni immediatamente operative. Queste riguardano la revisione della disciplina e delle finalità della Carta Giovani Nazionale e la creazione di un Osservatorio permanente dedicato alle politiche giovanili <sup>53</sup>. L'obiettivo di semplificazione e riordino delle norme vigenti punta a garantire l'attuazione della Strategia dell'Unione europea per la gioventù, promuovendo l'inclusione dei giovani nella vita politica, economica e sociale in

---

<sup>50</sup> A. ROSINA, *Gli squilibri generazionali di un paese che non cresce*, cit., 99-100.

<sup>51</sup> Il 22 dicembre 2025, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Presidente Giorgia Meloni e del Ministro per lo sport e i giovani Andrea Abodi, ha approvato con procedura d'urgenza un disegno di legge delega al Governo riguardante politiche per i giovani e il servizio civile universale.

<sup>52</sup> L'obiettivo di semplificazione e riordino delle norme vigenti punta a garantire l'attuazione della Strategia dell'Unione europea per la gioventù, promuovendo l'inclusione dei giovani nella vita politica, economica e sociale in un'ottica di equità intergenerazionale. In linea con tale strategia, il provvedimento italiano definisce come giovani le persone di età compresa tra i 14 e i 30 anni. Sul piano nazionale, la strategia verrà delineata con un orizzonte temporale di almeno cinque anni attraverso un provvedimento condiviso tra Stato ed enti territoriali.

<sup>53</sup> Tra le misure operative immediate vi è l'introduzione della Carta Giovani Nazionale gratuita per i cittadini tra i 18 e i 35 anni. La carta consentirà l'accesso agevolato a servizi istituzionali e a una serie di beni e servizi a condizioni vantaggiose, promuovendo la crescita personale, sociale e culturale dei giovani beneficiari. Infine, presso il Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale della Presidenza del Consiglio dei Ministri, viene istituito l'Osservatorio permanente per le politiche giovanili. Questa struttura fungerà da luogo di dialogo politico-strategico tra le amministrazioni pubbliche coinvolte e da organo consultivo che rappresenta i giovani attraverso il Consiglio Nazionale dei Giovani.

un'ottica di equità intergenerazionale. In attesa di un'eventuale intensificazione delle politiche giovanili, l'asimmetria intergenerazionale che caratterizza le politiche pubbliche appare destinata ad accentuarsi ulteriormente a causa dell'attuale squilibrio demografico. La progressiva riduzione della popolazione giovanile comporta una diminuzione del loro peso elettorale, circostanza che limita significativamente la capacità delle nuove generazioni di influenzare i processi decisionali collettivi, portando avanti le proprie istanze, sensibilità e visioni orientate al futuro. Vi è il concreto pericolo che l'agenda politica sia sempre più orientata verso gli interessi della popolazione anziana, tanto per l'aumento della domanda proveniente da questa fascia della popolazione, che assume maggiore rilevanza numerica, quanto per la sua maggiore capacità di influenzare il consenso elettorale<sup>54</sup>. Di fronte a questa problematica, la VIG si dimostra uno strumento poco adeguato a causa delle sue marcate limitazioni applicative e della natura ambivalente che la caratterizza, oscillando tra la protezione dei giovani e quella delle generazioni future. Il principale limite intrinseco della VIG risiede nel fatto che essa non costituisce un vincolo per le politiche pubbliche, ma si configura unicamente come strumento informativo. Sebbene il valore dell'informazione sia indiscutibilmente prezioso nella normazione, il rischio è che la valutazione venga impiegata prevalentemente come supporto tecnico per legittimare decisioni già prese, invece che come opportunità per stimolare una riflessione più accurata prima dell'adozione di tali decisioni<sup>55</sup>.

Giungendo alle conclusioni, un autentico cambio di prospettiva potrebbe consistere nella creazione di un organismo dedicato alla valutazione delle politiche pubbliche rivolte ai giovani, in grado di offrire un supporto tecnico al Parlamento e al Governo in un ambito decisionale di tale rilevanza. Tale organismo comporterebbe un significativo cambiamento di *forma mentis*, promuovendo un approccio multidisciplinare che trascende le mere considerazioni giuridiche e si avvale di strumenti economici, sociologici, scientifici e di altri ambiti disciplinari. È importante evidenziare che il processo di valutazione non implica l'espressione di giudizi di meritevolezza, bensì si concentra sull'analisi della validità di una politica pubblica in relazione agli obiettivi che essa si è prefissata di raggiungere. La finalità principale non risiede nell'influenzare direttamente il decisore politico, bensì nel metterlo in condizione di comprendere appieno le implicazioni derivanti dalle proprie scelte<sup>56</sup>, tanto più in un contesto delicato come quello della transizione demografica dove è essenziale operare con la massima accuratezza.

---

<sup>54</sup> L. DORATO, M. ROSPI, *Per un nuovo patto intergenerazionale: spunti per una proposta di legge-quadro per l'Invecchiamento attivo*, in *federalismi.it*, 18, 2021, 127 ss.

<sup>55</sup> S. SILEONI, *L'istituzionalizzazione del principio di equità intergenerazionale attraverso la valutazione di impatto intergenerazionale*, in A. D'ALOIA, T. DI MANNO, E. MALFATTI, G. SORRENTI (a cura di), *Le Corti costituzionali e la protezione delle generazioni future*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, 362-363.

<sup>56</sup> E. DI CARPEGNA BRIVIO, *Rappresentanza responsiva o rappresentanza cognitiva?*, in *Costituzionalismo.it*, 2, 2021, 212.

Il buon funzionamento della valutazione delle politiche pubbliche si basa su un equilibrio tra committenza politica, strutture di supporto altamente specializzate e procedure dedicate. Alla committenza politica spetta il ruolo di promuovere le domande di ricerca, definire le politiche e gli obiettivi dell'intervento pubblico, oltre a recepire i risultati ottenuti. Le strutture di supporto hanno il compito di analizzare indipendentemente il problema identificato dalla politica, adottare un approccio multidisciplinare e proporre diverse alternative attuabili, bilanciando la dimensione politica delle domande con la precisione del linguaggio tecnico. Infine, le procedure istituzionali rivestono un ruolo cruciale nell'integrare le analisi tecniche delle politiche, collegando l'input dei decisori alle indagini specialistiche<sup>57</sup>.

Un organismo di questo tipo non rappresenterebbe soltanto un supporto rilevante dal punto di vista informativo e conoscitivo per il Governo e il Parlamento, ma offrirebbe anche strumenti più adeguati a gestire la transizione demografica. Come sottolineato, la popolazione giovanile tende a ricevere sempre meno considerazione nelle politiche pubbliche e, col passare del tempo, avrà un'incidenza inferiore sia sul piano demografico che su quello elettorale. In questa cornice, per garantire la realizzazione concreta di un patto intergenerazionale, diventa fondamentale che il decisore politico possa contare su un punto di riferimento istituzionale specificamente dedicato ai giovani. L'assenza di una tale attenzione rischia infatti di minare la sostenibilità sociale ed economica del sistema di *welfare*, generando in futuro ripercussioni negative anche sulle generazioni più anziane.

---

<sup>57</sup> S. ROTOLO, *La valutazione delle politiche pubbliche nel sistema parlamentare italiano: tra disfunzioni ed opportunità di riforma*, in *Nuove Autonomie*, 1, 2025, 636 ss.

Parte II

**Le declinazioni delle plurime fragilità  
della persona anziana**



# L'anziano vulnerabile nella disciplina della relazione di cura e nelle scelte di “fine-vita”: criticità e prospettive

Federico Gustavo Pizzetti\*

**SOMMARIO:** 1. Le vulnerabilità della persona anziana. – 2. Anziano vulnerabile e decisioni sui trattamenti sanitari. – 3. Anziano vulnerabile e decisioni di “fine-vita”. – 4. Considerazioni conclusive (e una proposta).

**ABSTRACT:** This essay examines the legal protection of vulnerable elderly individuals under Italian law, specifically regarding healthcare and end-of-life decisions, with a focus on Law No. 219/2017 and Legislative Decree No. 29/2024. It presents a taxonomy of elderly vulnerability, emphasizing its heterogeneous nature, driven by factors such as frailty, cognitive decline, dependency, and social isolation. The analysis observes that the legal framework on informed consent and advance care planning does not specifically address the vulnerable elderly a distinct category; rather, they are subsumed under the general categories of competent or incompetent adults. However, the essay argues that the existing legal framework governing healthcare decision-making – including end-of-life matters – as interpreted and applied to vulnerable elderly persons, is overall adequate and consistent with constitutional principles of dignity, self-determination and health protection. Nonetheless, the essay identifies some areas for improvement, particularly the formal recognition of representative health care powers for caregivers regulated under Legislative Decree No. 29/2024.

## 1. Le vulnerabilità della persona anziana

Il mutamento della composizione demografica dell'Italia nel senso di un progressivo invecchiamento della popolazione residente<sup>1</sup>, ha comportato la progressiva emersione di una classe di soggetti di *età avanzata* potenzialmente affetti da diverse *vulnerabilità*, spesso fra di loro intersecate, *non* tutte accompagnate anche da una condizione di conclamata *incapacità*<sup>2</sup>.

Si tratta, come è stato osservato in dottrina<sup>3</sup>, di vulnerabilità diverse, vuoi di tipo “*psico-fisico*”, legate al progressivo affievolimento della forza corporea, della

---

\* Professore Ordinario di Diritto costituzionale e pubblico, Responsabile Unità di Ricerca EL.V.I.S., Università degli Studi di Milano.

<sup>1</sup> Cfr. A. GOLINI, A. ROSINA (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, il Mulino, Bologna, 2011.

<sup>2</sup> Cfr. M.G. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Jovene, Napoli, 2020.

<sup>3</sup> Cfr. V. SANCHINI, *La vulnerabilità dell'anziano in chiave filosofico-morale*, in questo Volume.



capacità sensoriale e della brillantezza cognitiva; vuoi di vulnerabilità di natura “relazionale”, innescate dalla rarefazione dei rapporti interpersonali dovuta alla premorte di familiari e amici o, all’opposto, causate dalla crescente dipendenza dall’apporto altrui anche in attività semplici, un tempo di autonoma gestione; vuoi di vulnerabilità “esistenziali”, determinate dal possibile venir meno del (sempre) dovuto riconoscimento dell’identità, della dignità e dell’autonomia decisionale della persona (anche anziana) che conduce ad atteggiamenti di “infantilizzazione” e di “degradazione”; vuoi di vulnerabilità di stampo “socio-economico”, connesse alla povertà, alla precarietà abitativa o alla difficoltà di accesso ai servizi socio-assistenziali e sanitari <sup>4</sup>; vuoi, infine, di vulnerabilità di carattere “culturale”, derivanti dalla propria storia individuale<sup>5</sup>, da pratiche di emarginazione sociale o dall’esclusione dal godimento dei benefici della società digitale <sup>6</sup>.

Vulnerabilità, tutte quelle sin qui appena accennate, che, come è evidente, possono ulteriormente esacerbarsi nel caso in cui il soggetto, già *anziano* e *vulnerabile*, sia *anche* affetto da una o più *patologie* (croniche, acute o degenerative), nonché, a maggior ragione, laddove le sue condizioni di salute – critiche, penose, o senza speranza – siano tali da prospettare addirittura la possibilità di compiere vere e proprie scelte “di fine-vita”.

Si tratta di scenari nei quali, come noto, vengono in rilievo sia diritti di spessore costituzionale, alla dignità, alla cura, alla salute e all’autodeterminazione terapeutica dell’individuo (artt. 2 e 32 Cost.), sia talune normative, anche recenti, di rango primario, in materia di consenso informato nella relazione di cura (legge n. 219/2017) e di politiche in favore della popolazione anziana (d.lgs. n. 29/2023).

Nel quadro del Progetto di ricerca di interesse nazionale (PRIN 2022) “*Elderly People, Vulnerability, Inclusive Society – Ageing and Law*” (EL.V.I.S.), appositamente dedicato a un’indagine in chiave giuridico-costituzionale ed etico-morale sulla condizione delle persone anziane e sulle loro vulnerabilità <sup>7</sup>, il presente contributo si soffermerà – dunque – su alcuni elementi del vigente quadro (costituzionale e) legislativo in materia di decisioni sui trattamenti sanitari e di scelte di “fine-vita” collocandosi nella specifica prospettiva della popolazione anziana e vulnerabile.

---

<sup>4</sup> Cfr. C. SANGALLI, M. TRABUCCHI (a cura di), *Età anziana: tempo di diritti e responsabilità*, il Mulino, Bologna, 2023; M. ARLOTTI, *Anziani, povertà e diseguaglianze sociali*, il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>5</sup> Cfr. G. CAVAGGION, *Anziano e inclusione socio-culturale: i diritti culturali degli immigrati di “prima generazione”*, in questo Volume.

<sup>6</sup> Cfr. M. TRABUCCHI, C. SANGALLI (a cura di), *Ipotesi per il futuro degli anziani. Tecnologie per l’autonomia, la salute e le connessioni sociali*, il Mulino, Bologna, 2022; F. DI BLASI, *Anziani digitali. La risposta della tecnologia a una popolazione che invecchia*, Armando, Roma, 2024; A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione*, in questo Volume.

<sup>7</sup> Si v. il sito ufficiale del Progetto: [www.elvisproject.it](http://www.elvisproject.it).

## 2. Anziano vulnerabile e decisioni sui trattamenti sanitari

Giova sin da subito avvertire che la legge 27 dicembre 2017, n. 219<sup>8</sup>, recante la disciplina organica della relazione di cura e fiducia medico-paziente, a tutela dei diritti alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona secondo gli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, *non* contiene alcun riferimento alla specifica figura dell'"anziano vulnerabile"<sup>9</sup>.

La legge, infatti, distingue (unicamente) fra il soggetto *minorenne*, da una parte (art. 3, commi 1 e 3), la persona *maggiorenne* (di qualunque età) *capace di autodeterminarsi*, dall'altra parte (artt. 1, 4 e 5), e la persona *maggiorenne* (di qualunque età) *incapace naturale* o sottoposta a *interdizione*, *inabilitazione*<sup>10</sup> o *amministrazione di sostegno*, dall'altra parte ancora (art. 3, commi 1, 3, 4 e 5)<sup>11</sup>.

Figure, queste ultime, che, proprio in quanto collegate, ai sensi degli artt. 404 e 414 c.c.<sup>12</sup>, a una situazione di comprovata *manca*za di *lucidità mentale* o di

---

<sup>8</sup> Cfr. M. RIDOLFI, *Consenso informato e DAT: tutte le novità*, Giuffrè, Milano, 2018; M.G. DI PENTIMA, *Il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento*, Giuffrè, Milano, 2018; G. RAZZANO, *La legge n. 219/2017 su consenso informato e DAT fra libertà di cura e rischio di innesti eutanasici*, Giappichelli, Torino, 2019; A. SIROTTI GAUDENZI, *Il biotestamento*, Maggioli, Rimini, 2019; M. MAINARDI (a cura di), *Testamento biologico e consenso informato. Legge 22 dicembre 2017, n. 219*, Giappichelli, Torino, 2018; E. CALÒ (cura di), *Consenso informato e disposizioni anticipate*, ESI, Napoli, 2019.

<sup>9</sup> Cfr. B. SALVATORE, *Il minore e la persona incapace nella l. n. 219/2017: la rilevanza della volontà del soggetto vulnerabile nelle scelte sanitarie*, in *Jus civile*, 6, 2020, 1494-1508.

<sup>10</sup> Cfr. T. MONTECCHIARI, *Della interdizione, della inabilitazione e della incapacità naturale. Artt. 414-432*, in P. SCHELSINGER, F.D. BUSNELLI, G. PONZANELLI (diretto da), *Commentario al Codice civile*, Giuffrè-Francis Lefebvre, Milano, 2024.

<sup>11</sup> Per una generale panoramica, si v. G. FERRANDO (a cura di), *L'amministrazione di sostegno*, Giuffrè, Milano, 2005; per una disamina con specifico riferimento alla relazione terapeutica, cfr. B. VIMERCATI, *Consenso informato e incapacità. Gli strumenti di attuazione del diritto costituzionale all'autodeterminazione terapeutica*, Giuffrè, Milano, 2014; più, recentemente, per l'analisi critica, cfr. M.N. BUGETTI, *Verso... e oltre l'amministrazione di sostegno: una retrospettiva su un criticato istituto di successo*, in *Fam. e dir.*, 3, 2024, 309-317; U. ROMA, *Luci e ombre dell'amministrazione di sostegno. Quale riforma?*, in A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, Pacini, Pisa, 2023, 109-119; per l'inquadramento con specifico riferimento alla condizione dell'anziano vulnerabile, cfr. C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società. Problematiche di diritto civile*, Pacini, Pisa, 2023, 50-57; C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto. Invecchiamento della popolazione e tutela degli anziani in prospettiva comparatistica*, Giappichelli, Torino, 2022, 116-113.

<sup>12</sup> Si segnala che il Parlamento, con l'art. 17, legge di semplificazione 10 novembre 2025, n. 167, ha delegato il Governo ad adottare uno o più decreti legislativi per il riordino e la semplificazione degli istituti dell'interdizione, dell'inabilitazione, dell'amministrazione di sostegno nell'ottica del graduale superamento dei primi due e della rimodulazione del terzo in favore di misure di protezione giuridica che assicurino al beneficiario adeguata tutela nei casi di assente o limitata capacità di autodeterminarsi o di attendere alle ordinarie occupazioni e di provvedere ai propri interessi, con attribuzione, all'amministratore di sostegno, di poteri graduati e proporzionati alla condizione del beneficiario e introduzione di adeguati strumenti di verifica e controllo in capo al giudice. La stessa delega

conclamata *infermità* o *menomazione psico-fisica*, non sembrano, invero, coprire tutte le variegate sfaccettature nelle quali la vulnerabilità dell'anziano si può esprimere e che comprendono, come si è visto <sup>13</sup>, anche le sole “*notevoli difficoltà*” nel districarsi in tutte le complicazioni della vita moderna che il soggetto in età avanzata può incontrare anche *senza* avere una menomazione della sfera cognitiva e volitiva <sup>14</sup>.

Dal canto suo, il decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29, varato in tema di politiche di favore per la popolazione anziana, ai sensi della legge delega n. 33/2023 e volto a promuovere la dignità, l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana alla luce degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione, detta sì la definizione di *persona “anziana”* – riferita all'individuo di età pari o superiore ad anni 65 – e di *persona “grande anziana”* – individuata nel soggetto che abbia compiuto almeno 80 anni di età – [art. 2, comma 1, lett. a) e b)], ma tace del tutto rispetto al soggetto *anziano* (o *grande anziano*) che sia, in particolare, “*vulnerabile*”.

Ben è vero che lo stesso decreto delegato contempla la definizione di *persona anziana “non autosufficiente”* <sup>15</sup> – intesa dal legislatore governativo come l'individuo “*over 65*” che, anche in considerazione dell'età e delle disabilità pregresse, presenta «gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale» <sup>16</sup> [art. 2, comma 1, lett. c)] – ma tale figura, come si può ben notare, pur in parte sovrapponendosi a quella di *anziano vulnerabile* (soprattutto nelle più gravi manifestazioni di fragilità), *non* sembra per intero esaurire il multiforme spettro delle debolezze che la persona di età avanzata può manifestare <sup>17</sup>, soprattutto laddove si faccia riferimento

---

prevede, inoltre, che il Governo riveda gli «istituti che dettano una disciplina specifica in presenza di una dichiarazione di inabilitazione o di interdizione», fra i quali, pur se non menzionati nella legge delega, potrebbero anche rientrare quelli relativi alla rappresentanza sanitaria del tutore di cui all'art. 3, legge n. 219/2017.

<sup>13</sup> V. *supra*, § 1.

<sup>14</sup> Cfr. B. GARDELLA TEDESCHI, *L'invecchiamento della popolazione e il diritto*, in V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, il Mulino, Bologna, 2021, 183.

<sup>15</sup> Cfr. T. VECCHIATO, *Non autosufficienza: un linguaggio negativo per cure positive*, in A. FUSARO, M. PICCINI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., 43-55.

<sup>16</sup> Da valutare, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 29/2024, in base a metodiche standardizzate che tengano conto anche delle indicazioni fornite dalla “*Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute – International Classification of Functioning Disability and Health (ICF)*”, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale che concorrono alla complessità dei bisogni della persona, alla luce di specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali e in coerenza con quanto previsto dal d.m. salute 23 maggio 2022, n. 77.

<sup>17</sup> Osservano, in proposito, S. GIOVA, V. ROTONDO, M. EPIFANIA, *La protezione legale nelle relazioni di cura agli anziani*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme*

a quelle *vulnerabilità* ancora solo incipienti o di più ridotta portata che *non* determinano (almeno nell'immediato) una «grav[e] limitazion[e]» o una vera e propria «perdita» dell'autonomia e del funzionamento biologico, psichico e sociale<sup>18</sup>.

Pur in assenza di specifici riferimenti nella legge n. 219/2017 e nel d.lgs. n. 29/2024, sembra, tuttavia, possibile riferire all'*anziano vulnerabile* (autosufficiente o meno secondo il d.lgs. n. 29/2024<sup>19</sup>), ancora *in grado di autodeterminarsi*<sup>20</sup> nelle scelte sanitarie<sup>21</sup>, le disposizioni di cui agli artt. 1, 4 e 5, legge n. 219/2017, dettate per l'*individuo maggiorenne e capace*; mentre per l'*anziano vulnerabile* (e *non* autosufficiente secondo il decreto delegato<sup>22</sup>), sottoposto a regime di *tutela o amministrazione di sostegno*, si applicheranno le norme previste dall'art. 3, legge n. 219/2017 per l'*adulto interdetto o beneficiario di amministrazione di sostegno*.

Ai sensi dell'art. 1, commi 1 e 2, della legge n. 219/2017 spetterà, quindi, all'*anziano vulnerabile* ancora in grado di autodeterminarsi – così come ad ogni altro adulto di età inferiore ai 65 anni rimasto lucido – esercitare direttamente il proprio diritto all'*autodeterminazione terapeutica*<sup>23</sup>, di cui è costituzionalmente titolare (artt. 2, 13

---

*nella società anziana. Considerazioni multidisciplinari sulla domanda di assistenza agli anziani in Italia*, il Mulino, Bologna, 2024, 170, come il concetto di vulnerabilità, se riferito alla persona, sia da considerarsi «nozione aperta».

<sup>18</sup> Così C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto*, cit., 105.

<sup>19</sup> L'*anziano* in condizioni di *vulnerabilità*, che sia ancora in grado di autodeterminarsi nelle decisioni "esistenziali" (ivi comprese quelle sui trattamenti sanitari e di "fine-vita"), potrebbe nondimeno considerarsi *non autosufficiente*, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 29/2024, se risulta affetto da una limitazione parziale della propria autonomia che *non* intacca, però, la lucidità di comprensione e raziocinio.

<sup>20</sup> Da intendersi nel senso di essere in grado di rendersi *consapevolmente* conto della portata e delle decisioni assunte, sia nell'attualità che in via pianificata, rispetto ai trattamenti sanitari ai quali sottoporsi.

<sup>21</sup> La *vulnerabilità* del soggetto *anziano* che *non* incida sulla sua capacità di autodeterminarsi nelle scelte sulla salute può, tuttavia, costituire terreno fertile per la formazione di una volontà di cura (attuale o anticipata) *non* genuina. In proposito va segnalato che legge n. 219/2017 *non* contiene alcuna disposizione specifica relativa ai presupposti, e al regime sanzionatorio, dei *vizi della volontà* del disponente *anziano vulnerabile* (come di chiunque altro). Alla luce delle disposizioni generali previste per gli atti negoziali, si può, tuttavia, ritenere *viziata* la volontà del soggetto *anziano vulnerabile* che, al momento della formulazione delle DAT, risulti essere stata afflitta da *errore*, coartata da *violenza* (essenzialmente di tipo "psicologico") oppure carpita con *dolo* (mediante artifici e raggiri determinanti). In tali casi, le DAT devono ritenersi invalide e, perciò, sottoposte al regime dell'annullabilità proprio degli atti *unilaterali*, non recettizi, *non* a contenuto patrimoniale. Cfr. G. MIOTTO, *Problematiche, attualità e prospettive delle dichiarazioni anticipate di volontà tra diritto vivente e proposte legislative*, in *Fam. pers. succ.*, 7, 2012, 533.

<sup>22</sup> In tali casi è ragionevole presumere che l'*anziano* in questione sia anche *non autosufficiente* in base all'art. 2, comma 1, lett. c), d.lgs. n. 29/2024 in quanto la situazione di perdita, specie se completa, del funzionamento bio-psico-sociale integra i presupposti per il ricorso alle misure dell'amministrazione di sostegno o dell'interdizione di cui agli artt. 404 ss. e 414 ss. c.c.

<sup>23</sup> Cfr. L. CHIEFFI, *Il diritto all'autodeterminazione terapeutica. Origine ed evoluzione di un*

e 32 Cost.), prestando *consenso*<sup>24</sup>, oppure opponendo rifiuto o ancora revocando l'adesione precedentemente prestata in relazione a tutti i trattamenti sanitari<sup>25</sup> (di carattere diagnostico, terapeutico, preventivo, riabilitativo e palliativo) ai quali può essere sottoposto nel corso della relazione di cura.

A tal fine, dovranno, quindi, essere fornite al paziente anziano vulnerabile (e a lui solo) tutte le informazioni – complete, aggiornate e comprensibili – sulle condizioni di salute in cui versa, sulla diagnosi e prognosi della malattia di cui è affetto e sui rischi e i benefici degli interventi sanitari prospettati ivi comprese le possibili alternative e le conseguenze prevedibili in caso di eventuale rifiuto o successiva rinuncia (art. 1, comma 3, legge n. 242/2019)<sup>26</sup>.

Da questo punto di vista, non si può non mettere in risalto come, proprio in ragione dell'età avanzata e della situazione di fragilità in cui il malato anziano vulnerabile si trova, ben potrebbero emergere “difficoltà” od “ostacoli”, di ordine cognitivo o esistenziale, ovvero culturale, nel ricevere ed elaborare adeguatamente i contenuti informativi necessari ad assumere una scelta sulle proprie cure. La comunicazione col malato anziano vulnerabile dovrà, quindi, sempre avvenire (pur se la legge non lo indica a chiare lettere) con *particolare attenzione* proprio alla *vulnerabilità* riscontrata in concreto affinché la consapevolezza della decisione assunta sia il più possibile *solida e piena* a tutela dello stesso diritto all'autonomia terapeutica dell'individuo, fragile e di età avanzata.

Il consenso (o il rifiuto o la revoca), espresso dal paziente, può essere acquisito, da parte dei medici, con gli strumenti e nei modi ritenuti più consoni alle effettive condizioni psico-fisiche della persona<sup>27</sup> facendo, eventualmente, ricorso, ove necessario, alla videoregistrazione o a dispositivi che permettono la comunicazione dell'individuo con disabilità (art. 1, comma 4, legge n. 219/2017).

Si tratta di una disposizione che assume peculiare rilievo – nel caso di specie – a fronte della vulnerabilità dell'ammalato anziano che richiama l'adozione di strumenti e modalità peculiari “tarati” sulla sua condizione di fragilità, specialmente se si tratta di una debolezza di ordine fisico.

In qualunque forma sia stato espresso, il consenso informato (così come il rifiuto o la revoca) è versato nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (art. 1, comma 4, legge n. 219/2017).

Fermo restando che il paziente anziano e vulnerabile (alla pari di chiunque altro)

---

valore costituzionale, Giappichelli, Torino, 2019. In giurisprudenza, *ex multis*, Corte cost., 23 dicembre 2008, n. 438.

<sup>24</sup> Cass., sez. I civ., 10 settembre 2024, n. 24251.

<sup>25</sup> Invero, anche quelli *obbligatori per legge* (purché *non anche coattivi*) in quanto, come avvertito dalla giurisprudenza costituzionale, il *consenso* non solo manifesta adesione all'obbligo ma permette, altresì, l'esecuzione della misura sanitaria sul *corpo* dell'obbligato: Corte cost., 9 febbraio 2022, n. 14.

<sup>26</sup> Cass., sez. III civ., 2 febbraio 2024, n. 3085.

<sup>27</sup> Cass., sez. III civ., 10 dicembre 2019, n. 32124.

*non* può esigere dal personale curante interventi *contra legem*, incluse le pratiche *non* consentite dalla deontologia professionale o dalle linee guida clinico-assistenziali, il consenso (o il rifiuto o la revoca), formulato dall'assistito, è da considerarsi *vincolante* per i medici e gli operatori sanitari (art. 1, comma 5, legge n. 219/2017)<sup>28</sup>.

Lo stesso soggetto anziano vulnerabile – inoltre – quando è *capace* di autodeterminarsi (lo stesso vale per l'adulto), può coinvolgere, nel rapporto con i medici curanti, anche i familiari<sup>29</sup>, la parte dell'unione civile, il convivente di fatto<sup>30</sup> o un'altra «persona di fiducia» (art. 1, comma 2, legge n. 219/2017).

Agli stessi familiari o alla persona di fiducia (e, pur nel silenzio della legge, anche alla parte dell'unione civile o al convivente) il malato può altresì conferire, di propria iniziativa, l'incarico di ricevere le informazioni medico-sanitarie al suo posto e di prestare, in sua vece, il consenso (o il rifiuto o la revoca) alle cure prospettate. L'indicazione dell'*incaricato* munito di tali *poteri di rappresentanza sanitaria* deve essere sempre registrata nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (art. 1, comma 5, legge n. 219/2017).

Nel caso in esame, tale facoltà può, in effetti, giovare all'anziano che, per fattori di ordine meramente fisico o esistenziale, trovi difficile mantenere costante il rapporto con i medici curanti e preferisca, perciò, *di propria iniziativa*, affidare a parenti o a individui di cui ha piena fiducia il compito di interagire con l'equipe o la struttura sanitaria.

In base ai successivi artt. 4 e 5 della legge n. 219/2017, poi, il soggetto anziano vulnerabile capace (come qualunque altro adulto lucido), può esercitare, senza preclusione alcuna in ragione dell'età anagrafica, il proprio diritto costituzionale (artt. 2, 3, 13 e 32 Cost.) alla *pianificazione anticipata delle cure* in previsione di un'eventuale, futura, incapacità<sup>31</sup> mediante la predisposizione (nonché la successiva modificazione, rinnovo<sup>32</sup> o revoca<sup>33</sup>) di *disposizioni anticipate di trattamento* (DAT), oppure di una *pianificazione condivisa delle cure*.

Le DAT, da redigersi da parte del disponente solo dopo aver acquisito, autonomamente e senza bisogno di alcun consulto specialistico, adeguate informazioni

---

<sup>28</sup> Cass., sez. I civ., 3 febbraio 2025, n. 2549.

<sup>29</sup> Si devono ritenere, senz'altro, compresi anche il coniuge e i parenti in linea retta e collaterale, mentre è più dubbio che rientrino gli affini.

<sup>30</sup> Di cui alla legge 20 maggio 2016, n. 76 di disciplina delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e delle convivenze anche fra persone di sesso diverso (c.d. "*Legge Cirinnà*").

<sup>31</sup> Sia consentito il rinvio a F.G. PIZZETTI, *Alle frontiere della vita. Il testamento biologico fra valori costituzionali e promozione della persona*, Giuffrè, Milano, 2008. In giurisprudenza, Cass., sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748.

<sup>32</sup> Giacché la legge n. 219/2017 *non* prevede che le DAT siano sottoposte a termini di validità, il rinnovo delle medesime è a cura dello stesso disponente laddove questi abbia voluto autonomamente fissare una qualche durata temporale alle proprie disposizioni.

<sup>33</sup> L'art. 4, comma 6, legge n. 219/2017, riconosce al disponente che si trovi in una situazione di «emergenza e urgenza», di poter revocare le proprie DAT mediante semplice dichiarazione verbale, raccolta o videoregistrata dal medico alla presenza di due testimoni.

mediche sulle conseguenze delle scelte compiute<sup>34</sup>, devono essere formulate per atto pubblico, per scrittura privata autenticata, oppure per scrittura privata consegnata personalmente all'ufficio dello stato civile del Comune di residenza o all'ASL territorialmente competente o alla struttura sanitaria di attuale ricovero o residenza (art. 4, commi 1 e 6, legge n. 219/2017)<sup>35</sup>.

In caso di impossibilità a ricorrere alle forme ordinarie previste, è ammesso servirsi della videoregistrazione o di dispositivi che permettano alla persona disabile di comunicare (art. 4, commi 1 e 6, legge n. 219/2017).

Previsione, quest'ultima, che riveste un significato interessante nel caso di specie, giacché consente al soggetto anziano vulnerabile di non vedersi impedito l'esercizio del proprio diritto alla pianificazione anticipata delle cure a causa di un'eventuale condizione di fragilità fisica che renda arduo l'utilizzo delle forme ordinarie prescritte.

Le DAT producono effetti solo dal momento in cui il paziente cade in stato d'incapacità, e sono, di regola, *vincolanti*. Esse, infatti, possono essere *disattese* dai clinici, d'intesa con il rappresentante legale dell'ammalato incapace, *unicamente* laddove contengano richieste contrarie alla legge, alla deontologia professionale o alla buona pratica clinico-assistenziale, oppure nel caso in cui risultino palesemente incongrue o appaiano *non* corrispondenti alla condizione clinica effettivamente verificatasi, o siano state redatte *prima* dell'avvento di terapie, all'epoca *non* prevedibili, in grado di offrire *concrete* possibilità di miglioramento delle condizioni di vita dell'infermo incapace (art. 4, comma 5, legge n. 219/2017).

L'art. 4, commi 1 e 2, legge n. 219/2017 attribuisce, inoltre, al disponente anziano vulnerabile ma *capace* (così come a ogni altro adulto lucido) la facoltà di

---

<sup>34</sup> Sembra ragionevole ritenere, con riferimento allo specifico caso di soggetto anziano e vulnerabile qui in esame, che il vaglio di "adeguatezza" posto dall'art. 4, comma 1, della legge n. 219/2017 in relazione alle informazioni mediche che il soggetto è tenuto ad acquisire, debba essere condotto con scrupolosa attenzione se, al momento della formulazione delle DAT, la persona si trovava in una condizione di età avanzata e di fragilità (senza compromissione della capacità di agire). Occorre, infatti, scongiurare che vi siano stati elementi, soprattutto di ordine relazionale, esistenziale o culturale, tali da inficiare, in concreto, la valutazione, da parte del disponente, circa la effettiva, genuina, provenienza da "*fonti mediche*" delle informazioni assunte e il relativo livello di approfondimento e chiarezza.

<sup>35</sup> Con successiva previsione, contenuta nell'art. 1, comma 418, legge 27 dicembre 2017, n. 205 e completata dal regolamento di esecuzione adottato con d.m. salute 19 dicembre 2019, n. 168, è stato istituito, presso il Ministero della salute, il *Registro nazionale delle DAT*. I soggetti che ricevono le DAT (notaio, ufficiale di stato civile, dirigente della struttura sanitaria, rappresentante diplomatico o consolare per le disposizioni formulate da cittadino italiano residente all'estero) sono tenuti a trasmettere, senza indugio, alla banca dati in questione, servendosi di rete telematica protetta da idonee garanzie di cyber-sicurezza, le informazioni identificative e di reperibilità dell'atto, ovvero, se così il disponente vuole, anche copia dell'atto medesimo. Al *Registro nazionale* (organizzato secondo protocolli informatici che assicurino la protezione dei dati ivi conservati) accedono, oltre al disponente, anche il fiduciario nominato nelle DAT e il medico curante, previa autenticazione informatica e dichiarazione di aver effettivamente in cura il paziente. I dati vengono conservati in banca dati sino al decimo anno successivo alla morte del disponente. In caso risultino più DAT registrate, senza formale revoca l'una dell'altra, si applicano quelle aventi data posteriore.

indicare, nelle proprie DAT, un «fiduciario», anche *non* appartenente alla cerchia familiare, purché maggiorenne e capace d'agire, al quale la legge attribuisce poteri di *rappresentanza* nelle relazioni con il medico, l'equipe curante e la struttura sanitaria di ricovero o assistenza a partire dal momento in cui il disponente, già caduto malato, diviene anche *incapace* di autodeterminarsi.

Il *fiduciario* in questione, che accetta la nomina mediante sottoscrizione delle DAT<sup>36</sup> di cui riceve copia, oppure con atto separato<sup>37</sup>, può, in qualunque momento, rinunciare all'incarico ricevuto per iscritto dandone comunicazione al disponente. Del pari, il disponente può, in qualsiasi momento, revocare l'incarico attribuito al fiduciario, senza motivazione, attraverso la modifica delle proprie DAT, oppure con separato atto pubblico, scrittura privata autenticata o scrittura privata consegnata al Comune di residenza o all'ASL territoriale (art. 4, commi 2 e 3, legge n. 219/2017).

Laddove il fiduciario non sia stato indicato, sia premorto, abbia rinunciato all'incarico o sia divenuto incapace, le DAT restano comunque valide ed efficaci per la parte relativa alle istruzioni di cura, e, se necessario, il giudice tutelare provvederà alla nomina di un amministratore di sostegno con poteri di rappresentanza sanitaria a beneficio del disponente malato e incapace (art. 4, comma 4, legge n. 219/2017).

In caso di *disaccordo* fra il fiduciario e i medici curanti in relazione all'attuazione delle istruzioni di cura contenute nelle DAT, è dato ricorso al giudice tutelare del luogo di dimora attuale del malato incapace da parte dei medici, del fiduciario, dei rappresentanti legali della struttura sanitaria di ricovero o assistenza, oppure degli altri soggetti indicati agli artt. 406 ss. c.c. (art. 4, comma 5, legge n. 219/2017)<sup>38</sup>.

Quanto, poi, alla "*pianificazione condivisa delle cure*", si tratta di istituto che la legge riserva ai *malati*<sup>39</sup>, già in cura, affetti da una patologia «cronica e invalidante» oppure da una malattia «caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta» (art. 5, comma 1, legge n. 219/2017).

Si tratta di uno strumento che, proprio per le condizioni richieste al fine di farvi

---

<sup>36</sup> Va da sé che la mancata sottoscrizione delle DAT da parte del fiduciario *non* determina invalidità-inefficacia delle medesime per quanto riguarda le istruzioni di cura che esse eventualmente contengano. In tali casi, si applicherà, perciò, per analogia, il comma 4 dell'art. 4, legge n. 219/2017, in forza del quale le DAT manterranno effetti in merito alle volontà del disponente sui trattamenti sanitari provvedendosi, in caso di necessità, alla nomina, da parte del giudice tutelare, di un amministratore di sostegno con compiti di rappresentanza sanitaria.

<sup>37</sup> L'istituzione del fiduciario, quindi, è un atto *bilaterale*, a differenza delle istruzioni di cura che costituiscono, invece, un atto *unilaterale* giacché si perfezionano con la mera sottoscrizione del disponente senza necessità di alcun accordo né col fiduciario, né coi medici (di medicina generale o curanti), né coi terzi.

<sup>38</sup> Il rinvio agli artt. 406 ss. c.c., disposto dall'art. 3, comma 5, legge n. 219/2017, al quale si rifà anche il successivo art. 4, comma 5, della stessa legge, individua il rito da seguire nel procedimento di cui all'art. 404 c.c.

<sup>39</sup> A differenza delle DAT, le quali possono essere formulate anche da parte del soggetto sano o ignaro della propria malattia (nella specie, si potrebbe trattare di una persona anziana *non* malata, la cui vulnerabilità è d'ordine esistenziale o economico).



ricorso, può essere diffuso nel contesto di gravi fragilità della persona anziana, e grande anziana, legate a malattie croniche o evolutive-infauste ricorrenti nell'età più avanzata.

La pianificazione in parola deve essere predisposta in forma scritta (senza bisogno di ricorso all'atto pubblico o alla scrittura privata autenticata); è inserita nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico; e può essere successivamente aggiornata. In caso di inabilità del malato, si può utilizzare la videoregistrazione o un dispositivo di comunicazione per la persona disabile (art. 5, comma 4, legge n. 219/2017): facoltà, questa, che appare di rilievo nell'ipotesi di anziano vulnerabile in quanto consente a quest'ultimo di poter godere del proprio diritto alla pianificazione delle cure superando le fragilità fisiche che impediscono la sottoscrizione.

Nella pianificazione, il malato, d'intesa con l'equipe curante<sup>40</sup>, esprime il proprio consenso (o dissenso) a tutti i trattamenti sanitari che gli vengono proposti, ivi compresi quelli "*pro futuro*" (art. 5, commi 1 e 3, legge n. 219/2017).

L'equipe medica è *tenuta* a seguire le indicazioni contenute nella pianificazione, anche una volta che sia sopravvenuto lo stato d'incapacità (art. 5, comma 1, legge n. 219/2017)<sup>41</sup>.

A differenza delle DAT, in relazione alle quali la legge *non* prevede – ma neppure *esclude* – un possibile coinvolgimento di terzi nella loro redazione, la pianificazione condivisa delle cure contempla, invece, purché col consenso del paziente, un attivo ruolo anche dei familiari, della parte dell'unione civile, del convivente o di una "persona di fiducia". Laddove tali figure siano coinvolte, infatti, esse ricevono, al pari del malato, informazioni adeguate sull'evolversi della patologia e sulle realistiche aspettative in termini di qualità della vita, possibilità di intervento clinico e offerta di cure palliative (art. 5, comma 2, legge n. 219/2017).

All'assistito anziano vulnerabile (come a chiunque altro) è inoltre riconosciuta facoltà di nominare, mediante la stessa pianificazione condivisa delle cure, un proprio "*fiduciario*", maggiorenne e capace di agire, individuandolo anche al di fuori della cerchia familiare, al quale la legge stessa conferisce poteri di rappresentanza sanitaria per il caso di *sopravvenuta* incapacità della persona malata a esprimere consenso ai trattamenti (art. 5, comma 3, legge n. 219/2017).

Da ultimo, in base all'art. 3, legge n. 219/2017, se la relazione di cura riguarda un anziano vulnerabile *interdetto o beneficiario di amministrazione di sostegno* (così come ogni altro adulto sottoposto alle medesime misure), *privo* di DAT o di

---

<sup>40</sup> La pianificazione condivisa delle cure è, dunque, atto *bilaterale* giacché necessita, a fine di validità-efficacia, della sottoscrizione (e dunque dell'accordo) del medico curante, che ne "condivide" i contenuti col malato.

<sup>41</sup> Proprio per la natura *condivisa* della "pianificazione" e per l'*attualità* della diagnosi, prognosi e terapia indicate, oltre che per la *presenza* del personale medico con funzione di garanzia, è, in effetti, implausibile che le istruzioni contenute nella pianificazione possano essere contrarie alla legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali, oppure "anacronistiche", incongrue o non corrispondenti alla situazione clinica data.

pianificazione condivisa delle cure, il consenso (o il rifiuto o la revoca) ai trattamenti sanitari è prestato, in nome e per conto dell'assistito, dal tutore o dell'amministratore di sostegno, sentito, ove possibile, l'incapace e avendo come scopo esclusivo la tutela della salute psico-fisica<sup>42</sup> e della vita nel pieno rispetto della dignità<sup>43</sup>.

Resta, comunque, fermo che il rappresentante legale dell'ammalato incapace (nella specie, anziano e vulnerabile per menomazione psicofisica) *non* può esigere l'effettuazione, da parte dei sanitari, di interventi illeciti, o contrastanti con le regole deontologiche e le linee guida professionali.

### 3. Anziano vulnerabile e decisioni di "fine-vita"

Nella giurisprudenza da essa sin qui sviluppata in materia di "fine-vita"<sup>44</sup>, più volte la Corte costituzionale ha richiamato l'attenzione del Parlamento sulla necessità, costituzionalmente fondata, di proteggere – fra gli altri – *proprio* il soggetto "anziano vulnerabile", non necessariamente malato o non autosufficiente, ma anche in condizioni di isolamento sociale o di debolezza economica<sup>45</sup>, dalle conseguenze di scelte irreparabili sul proprio corpo assunte in modo *non* libero e *non* consapevole, magari perché frutto della pressione sociale diffusa nel senso di sentirsi "di peso" per i familiari o per la collettività<sup>46</sup>.

Attualmente, l'ambito delle decisioni di "fine-vita" è perimetrato, in coerenza coi referenti costituzionali di autodeterminazione individuale e di protezione del bene della vita anche rispetto ai soggetti più vulnerabili (artt. 2 e 32 Cost.)<sup>47</sup>, dalle disposizioni di cui agli artt. 1 e 2 della legge n. 219/2017 e dalle norme di cui agli artt. 579 e 580 c.p. così come risultanti dalla declaratoria di incostituzionalità parziale pronunciata dalla Corte costituzionale nella (nota) sentenza 22 novembre 2019, n. 242 (c.d. "caso Cappato-DJ Fabo").

Si tratta di un quadro normativo che – giova ricordarlo – *non* isola specificamente la figura dell'*anziano vulnerabile* rispetto a quella di un qualunque altro soggetto.

---

<sup>42</sup> Cfr. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, V ed., Giappichelli, Torino, 2025.

<sup>43</sup> Cfr. S. AGOSTA, *Disposizioni di trattamento e dignità del paziente*, Aracne, Canterano, 2020.

<sup>44</sup> Corte cost., 29 dicembre 2025, n. 204; Corte cost., 25 luglio 2025, n. 132; Corte cost., 20 maggio, 2025, n. 66; Corte cost., 18 luglio 2024, n. 135; Corte cost., 2 marzo 2022, n. 50; Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242; Corte cost., 10 maggio 2019, n. 114.

<sup>45</sup> Corte cost. n. 66/2025, cit.; Corte cost. n. 135/2024, cit.; Corte cost. n. 242/2019, cit. Cfr. P. SCARLATTI, *I diritti delle persone vulnerabili*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022, 124-131.

<sup>46</sup> In particolare, Corte cost. n. 66/2022, cit.

<sup>47</sup> Corte cost. n. 50/2022, cit. sulla quale, anche per ulteriori riferimenti bibliografici, si rinvia a F.G. PIZZETTI, *L'autodeterminazione alla fine della vita: punti di riferimento costituzionali, disciplina legislativa e applicazioni giurisprudenziali*, in M.G. SALVADORI (a cura di), *Scelte e cure di fine vita: profili giuridici, etici, clinici. Scenari europei a confronto*, Giappichelli, Torino, 2023, 3-37.

Ai sensi della legge n. 219/2017, quindi, la persona anziana vulnerabile ancora *capace*, non diversamente da un individuo *maggiorenne e lucido*, ha facoltà di compiere una lecita (e vincolante) scelta di “fine-vita” attraverso l’espressione del *rifiuto* (o la formulazione di una successiva *rinuncia*) rispetto a tutti i *trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza* <sup>48</sup>, tanto in via attuale, quanto in via anticipata attraverso il ricorso a una DAT o una pianificazione condivisa delle cure, con pieno diritto di ottenere l’erogazione delle terapie del dolore e delle cure palliative <sup>49</sup> di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 <sup>50</sup>.

Allo scopo di assicurare che la scelta di rinuncia o rifiuto dei trattamenti salvavita risulti pienamente meditata (finalità che, pur nel silenzio della normativa, acquista pregnante significato rispetto alla figura dell’anziano vulnerabile, in quanto scongiura scelte rinunciarie dettate da fragilità superabili), è stabilito che il medico prospetti al malato (nonché ai familiari, se coinvolti <sup>51</sup>) le conseguenze di siffatta decisione insieme alle possibili alternative (terapia del dolore e cure palliative incluse) promuovendo ogni azione necessaria di sostegno, anche psicologico, dell’assistito e offrendo un tempo sufficiente per un eventuale ripensamento (art. 1, comma 5, legge n. 219/2017).

Nel caso di paziente incapace – nella specie, si tratterà di un anziano vulnerabile

---

<sup>48</sup> Questi ultimi intesi, sulla scorta di Corte cost. n. 135/2024, cit., quali procedure, compiute normalmente da personale sanitario dotato di particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale ma che potrebbero essere apprese anche da familiari o *caregiver*, tali che la loro omissione o interruzione determinerebbe, prevedibilmente, la morte del paziente in un breve lasso di tempo. L’art. 1, comma 5, legge n. 219/2017 qualifica, peraltro, espressamente, come trattamento sanitario che può essere rifiutato in qualsiasi momento dal malato (anche “ora per allora” mediante DAT o pianificazione condivisa delle cure), «la nutrizione artificiale e l’idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici».

<sup>49</sup> Cfr., L. ORSI, *Le cure palliative*, in L. LENTI, E. PALERMO FABBRIS, P. ZATTI (a cura di), *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ e P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, Giuffrè, Milano 2011, 603-623 e, se si vuole, F.G. PIZZETTI, *Scelte di “fine-vita” fra cure palliative, sedazione profonda continua e aiuto farmacologico a morire*, in R. PRODROMO, F. MEOLA e A. MACCARO (a cura di), *Bioetica e biodiritto: il dibattito contemporaneo tra autodeterminazione e sostenibilità*, Mimesis, Napoli, 2024, 69-89.

<sup>50</sup> Cure, queste, che proprio incidendo sulla sintomatologia algica e offrendo un insieme di interventi clinico-assistenziali rivolti al malato e al suo nucleo familiare, fungono da prezioso strumento affinché sia attutita la sofferenza, anche psicologica ed esistenziale, che può colorare l’ultimo tratto del decorso infausto dell’anziano fragile (come di un qualunque altro adulto) evitando che, magari perché in preda a patemi che sembrano non alleviabili, il malato si abbandoni alla scelta di rinuncia alle cure di sostegno vitale o alla richiesta di morte medicalmente assistita.

Non è un caso, da questo punto di vista, che l’art. 32, d.lgs. n. 29/2024, nel delineare le politiche di sostegno alla fragilità dell’anziano non autosufficiente, affetto da patologia evolutiva ad andamento cronico e priva di cure adeguate ed efficaci, abbia garantito espressamente proprio l’accesso alle cure palliative nel quadro del PAI e dell’eventuale pianificazione condivisa delle cure di cui all’art. 5, legge n. 219/2017.

<sup>51</sup> Oltreché, pur nel silenzio in punto della legge, al coniuge, alla parte dell’unione civile, al convivente o alla persona di fiducia.

non autosufficiente – il rifiuto o la rinuncia ai trattamenti vitali sarà espresso dal rappresentante legale dell'assistito (fiduciario, tutore o amministratore di sostegno) sulla base delle preve indicazioni in tal senso contenute nelle DAT o nella pianificazione condivisa delle cure.

Peraltro, anche in assenza di DAT o di pianificazione condivisa delle cure, *non* è del tutto escluso che il diniego all'applicazione di trattamenti sanitari di sostegno vitale<sup>52</sup> sia opposto dal tutore o dall'amministratore di sostegno (eventualmente previa autorizzazione del giudice tutelare se così è disposto nel decreto di nomina giudiziale dell'amministratore<sup>53</sup>).

Il rappresentante legale, infatti, nell'assumere le decisioni sanitarie che riguardano l'assistito incapace, è sì tenuto a perseguire il fine di tutela della salute psico-fisica e della vita ai sensi dell'art. 3, legge n. 219/2017 – il che parrebbe, almeno a prima vista, escludere qualunque scelta interruttiva o rinunciataria di presidio salva-vita che non sia stata preventivamente formulata dall'assistito ancora capace a mezzo DAT o pianificazione condivisa delle cure – ma sempre “*nel*” rispetto della *dignità* dell'interdetto o del beneficiario. E la dignità comprende, come la giurisprudenza ha più volte rimarcato, anche l'*identità personale*<sup>54</sup> quale frutto dei convincimenti morali, filosofici o spirituali maturati dall'individuo nel tempo. Ne consegue che, qualora emerga, sulla base di elementi di prova chiari, univoci e convincenti<sup>55</sup>, che la prosecuzione dell'esistenza in vita mediante dispositivi medici, farmaci o manovre sanitarie, in condizioni di salute compromessa e di lucidità irrecuperabile, risulti radicalmente lesiva della dignità-identità dell'incapace (nella specie, anziano vulnerabile), l'amministratore di sostegno o il tutore, può, al fine di rispettare la dignità dell'assistito, esprimere il dissenso all'attivazione o prosecuzione delle terapie di sopravvivenza consentendo, così, al paziente di andare incontro alla morte naturale (che egli avrebbe voluto, se fosse stato ancora capace di esprimersi) quale inevitabile e repentina conseguenza del venir meno dei sostegni biomedicali a un corpo *non* più in grado di sostenere autonomamente la vita.

Qualora, in *assenza* di preve istruzioni del malato incapace, i medici si oppongano al rifiuto dei trattamenti salva-vita, espresso dal rappresentante legale sulla base della volontà presunta dell'assistito, ritenendo tali trattamenti necessari e opportuni, la scelta

---

<sup>52</sup> Cass., sez. I, 15 maggio 2019, n. 12998; Trib. Roma 22 febbraio 2021; Trib. Roma 23 settembre 2019.

<sup>53</sup> Corte cost. n. 114/2019, cit.

<sup>54</sup> In questi termini, Cass., sez. I civ., n. 21748/2007, cit.; Cons. St., sez. III, 5 settembre 2014, n. 4460; Corte cost. n. 135/2024, cit.; Corte cost. n. 242/2019, cit.

<sup>55</sup> Il dovere dello Stato di tutelare la vita umana, derivante dal valore cardinale del bene in questione e dalla considerazione che ogni vita umana è portatrice di inalienabile dignità, indipendentemente dalle concrete condizioni in cui essa si svolge (Corte cost. n. 242/2019, cit.; Corte cost. n. 50/2022, cit.), richiede, infatti, di prevedere una disciplina che consenta al rappresentante legale del malato incapace di assumere decisioni che possono condurre alla morte naturale dell'assistito per cessazione o inattivazione dei trattamenti artificiali di sostegno vitale, soltanto qualora la *volontà presunta* del paziente sia stata inequivocabilmente ricostruita: così Cass., sez. I civ., n. 21748/2007, cit.

è rimessa al giudice tutelare previo ricorso dei medici stessi, del rappresentante legale della struttura sanitaria, del rappresentante legale dell'ammalato incapace o di uno degli altri soggetti indicati all'art. 406 ss. c.c. (art. 3, comma 5, legge n. 219/2017).

In caso di prognosi infausta a breve termine, oppure di imminenza di morte, il medico è, comunque, obbligato ad astenersi – anche laddove il malato (o il suo rappresentante legale) diversamente richieda – da «ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati», eventualmente attivando, ma solo su consenso del paziente, la *sedazione palliativa profonda continua*<sup>56</sup> in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti antalgici e palliativi (art. 2, legge n. 219/2017).

Non è invece previsto come obbligatorio, dalla legge n. 219/2017, l'intervento del comitato etico locale (CEL) nelle decisioni che riguardano i trattamenti sanitari salva-vita e di sostegno vitale, nonostante la loro caratura.

Si tratta, peraltro, di un intervento che non si può neppure ritenere *escluso* posto che, ai sensi dell'art. 1, comma 3, d.m. salute 30 gennaio 2023, l'organo in parola è comunque competente a esercitare «funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività [...] assistenziali allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona» fra cui, indubbiamente, rientrano quelle che possono sorgere in relazione alle scelte sanitarie di “fine-vita”.

Inoltre, l'anziano vulnerabile che, alla pari di un qualsiasi altro individuo maggiorenne<sup>57</sup>, ricada nelle condizioni *tassativamente* fissate dalla giurisprudenza costituzionale – a partire dalla ben nota pronuncia n. 242 del 2019 e in attesa di una compiuta legislazione parlamentare ancora di là da venire<sup>58</sup> – può “congedarsi dalla vita” rapidamente, e in coerenza con la propria visione soggettiva della dignità dell'esistenza, anche richiedendo al SSN<sup>59</sup> che gli venga consegnata, per successiva *auto-somministrazione*, una sostanza *letale* (insieme alla relativa apparecchiatura utile ad assumerla) con manleva del medico che coopera in tale proposito da ogni responsabilità penale per aiuto al suicidio ai sensi dell'art. 580 c.p.<sup>60</sup>.

Si deve trattare, in particolare<sup>61</sup>, di malato affetto da *patologia irreversibile*,

---

<sup>56</sup> Cfr. F.G. PIZZETTI, “Ai confini delle cure”: la sedazione palliativa (o terminale) tra diritto di non soffrire e diritto di morire, in P. MACCHIA (a cura di), *Ai confini delle cure. Terapia, alimentazione, testamento biologico. Profili clinici, giuridici, etici*, ESI, Napoli, 2012, 135-174.

<sup>57</sup> La disciplina sul ricorso alla morte medicalmente assistita, di cui all'art. 580 c.p., così come risultante all'esito della pronuncia n. 242/2019 della Corte costituzionale, *non* differenzia, infatti, in ragione dell'età anagrafica.

<sup>58</sup> Si v. il d.d.l. n. AS 104, in corso d'esame, in sede referente, da parte delle Commissioni parlamentari riunite II (Giustizia) e X (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica.

<sup>59</sup> Corte cost. n. 132/2025.

<sup>60</sup> Cfr. S. CANESTRARI, *Ferite dell'anima e corpi prigionieri. Suicidio e aiuto al suicidio nella prospettiva di un diritto liberale e solidale*, Bononia University Press, Bologna, 2021.

<sup>61</sup> Corte cost. n. 242/2019; Corte cost. n. 132/2025.

fonte di *sofferenze fisiche o psicologiche che egli avverte come assolutamente intollerabili* e dipendente da *trattamenti di sostegno vitale* (anche solo indicati e rifiutati)<sup>62</sup>, ma *pienamente capace* di prendere decisioni *libere e consapevoli*.

Occorre, poi, che la richiesta venga avanzata, dal soggetto in questione, seguendo la procedura medicalizzata prevista dagli artt. 1 e 2, legge n. 219/2017 per il rifiuto delle cure vitali, nell'ambito della quale ha luogo sia la valutazione della capacità di agire del richiedente, sia l'accertamento del carattere libero e informato della scelta, oltre alla prospettazione delle alternative terapeutiche o dei percorsi di cure palliative.

A fini di tutela dei diritti costituzionali della persona<sup>63</sup> è *obbligatorio* ottenere il parere del CEL<sup>64</sup> ed è *necessaria* la verifica pubblica, da parte delle strutture del SSN<sup>65</sup>, della sussistenza delle condizioni che, rendono lecito l'aiuto medico al suicidio assistito<sup>66</sup>.

Da questo punto di vista, fermo restando che, come avvertito, l'attuale disciplina sull'accesso al suicidio medicalmente assistito *non* si differenzia in ragione di requisiti anagrafici, è plausibile ritenere che il comitato etico terrà comunque conto anche dell'età avanzata e della condizione di *fragilità* che essa comporta nel soggetto malato al fine di cogliere l'eventuale presenza di *controindicazioni* che sconsiglino l'espletamento della procedura di suicidio medicalmente assistito, in modo particolare se la condizione di vulnerabilità e anzianità concorre al formarsi di una scelta *non* pienamente autonoma e consapevole.

È, infatti, il CEL, territorialmente competente, a dover svolgere un apposito ruolo, "terzo" e "multidisciplinare", di presidio delle persone più fragili e vulnerabili (ivi comprese quelle di età anziana)<sup>67</sup>.

Resta in ogni caso fermo che ogni altra condotta compiuta da un terzo (medico o *non* medico) al fine di agevolare o di eseguire direttamente il proposito di congedarsi dalla vita formulato dall'anziano vulnerabile (così come da un qualunque altro individuo), incorre nei rigori della legge penale in termini di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) o di aiuto al suicidio (art. 580 c.p.).

---

<sup>62</sup> Nell'accezione di Corte cost. n. 135/2024: v. *supra*, nota 48.

<sup>63</sup> Corte cost. n. 204/2015, cit.

<sup>64</sup> Fermo restando che il legislatore, in sede di adozione della disciplina organica in materia di suicidio medicalmente assistito, può anche individuare strutture più calibrate dal punto di vista delle competenze di etica clinica: Corte cost. n. 66/2025, cit.

<sup>65</sup> In attesa del varo della legge nazionale che organicamente regoli la materia *de qua*, è consentito alle Regioni, nell'esercizio della loro potestà legislativa concorrente in materia di «tutela della salute», ex art. 117, comma 3, Cost., prevedere norme a carattere meramente organizzativo e procedurale al fine di disciplinare in modo uniforme l'assistenza, da parte del Servizio sanitario regionale, alle persone che lecitamente richiedano di essere aiutate a morire: Corte cost. n. 204/2025, cit. In dottrina, se si vuole, F.G. PIZZETTI, *La proposta di legge piemontese in materia di assistenza al suicidio, alla luce della giurisprudenza costituzionale e del riparto di competenze Stato-Regioni*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 1, 2024, 1-25.

<sup>66</sup> Corte cost. n. 242/2019, cit. e Corte cost. n. 132/2025, cit.

<sup>67</sup> Corte cost. n. 132/2025, cit.

#### 4. Considerazioni conclusive (e una proposta)

Il regime giuridico oggi applicabile alle decisioni sanitarie e a quelle di “fine-vita” che riguardano l’anziano vulnerabile, per quanto *non* espressamente dedicato a tale figura, appare, nei tratti sin qui sommariamente evidenziati, in linea con la promozione di quei valori di dignità, cura, salute, vita e autodeterminazione<sup>68</sup> che debbono guidare anche l’*ageing* alla luce dei principi costituzionali personalista e solidarista (artt. 2 e 3 Cost.) sui quali l’ordinamento italiano si fonda<sup>69</sup>.

Da una parte infatti – mediante i meccanismi di cui alla legge n. 219/2017 – è riconosciuto, anche al paziente anziano vulnerabile, ma capace di autodeterminarsi, il diritto di esprimere il proprio consenso, o rifiuto, informato, nell’attualità o in via anticipata, rispetto a qualsiasi trattamento sanitario, anche laddove si tratti di misura necessaria ad assicurare la sopravvivenza<sup>70</sup> potendo incaricare, se lo vuole, una persona di propria fiducia (un familiare, il coniuge, la parte dell’unione civile, il convivente o un terzo) di fare le proprie veci nei rapporti coi medici e il personale sanitario e socio-assistenziale.

È, altresì, possibile per l’anziano vulnerabile (così come per ogni altro adulto), che sia pienamente libero e capace di autodeterminarsi e che si trovi in condizioni di sofferenza insopportabile e di dipendenza da presidi vitali, ottenere, previo parere del comitato etico e con pubblico accertamento delle condizioni in cui si trova, l’aiuto farmacologico a morire, di propria mano, senza attendere il tempo del naturale “*exitus*” una volta che siano venuti meno quei trattamenti salva-vita (e quelle cure palliative) che ha rifiutato.

---

<sup>68</sup> Osserva A.F. FONDRIESCHI, *La tutela negoziale dell’anziano nella prospettiva delle capabilities approach*, in *Pol. dir.*, 3, 2024, 382, 384-388, che se è vero che gli «anziani sono, per così dire, tutti orfani», in quanto «non godono della protezione, in qualche modo naturale, delle figure genitoriali in grado di provvedere al loro interesse e il loro destino è comunque legato a un processo degenerativo che, al contrario dei minori, molto difficilmente condurrà alla (ri)acquisizione delle capacità psichiche perdute», va pur sempre evitato che gli istituti volti a offrire supporto e tutela all’anziano finiscano per rinchiudere tale soggetto, quasi per eccesso di protezione, all’interno di una sorta di «“gabbia”, più o meno “dorata”, a seconda dei casi», che potrebbe risultare offensiva della sua dignità e autonomia, soprattutto se tale gabbia viene forgiata sul parametro “astratto” del soggetto adulto, capace, i cui bisogni, interessi e visioni della vita divergono “strutturalmente” da quelli della persona d’età avanzata.

L’esigenza di proteggere l’anziano in condizioni di vulnerabilità *senza sacrificarne* l’autodeterminazione anche rispetto ai trattamenti sanitari, è affermata, a livello sovranazionale europeo, oltreché dall’art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea, in combinato disposto con l’art. 3, comma 2, 1° trattino, anche dalla Raccomandazione del Comitato dei ministri del Consiglio d’Europa (2014)2, “*On the promotion of human rights of older persons*”, al capo III (§§9, 13) e dalla giurisprudenza della Corte Edu, 3 novembre 2011, *X v. Croatia*, n. 5193/09 e Corte Edu 6 luglio 2023, *Calvi c. Italia*, n. 46412/21.

<sup>69</sup> Come autorevolmente sostenuto, con limpide considerazioni, da L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell’Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*, in questo Volume e ID., *Un Presidente USA troppo anziano e fragile? L’invecchiamento tra stereotipi e politiche per i diritti delle persone anziane, in federalismi.it*, 19, 2024, IV-XI.

<sup>70</sup> Si tratta di un diritto che trova conferma anche sul piano sovranazionale nell’art. 8 Cedu: Corte Edu, 13 giugno 2024, *Daniel Karsai v. Ungheria*; Corte Edu, 29 aprile 2000, *Pretty v. Regno Unito*.

Dall'altra parte, l'ordinamento contempla anche appositi istituti – costituiti dalle procedure di cui alla legge n. 219/2017, nonché dai divieti penalmente assistiti *ex artt.* 579 e 580 c.p. e dalle politiche pubbliche previste dal d.lgs. n. 29/2024 – volti a scongiurare che la scelta dell'anziano vulnerabile (così come quella di qualunque altro soggetto fragile), a maggior ragione se si tratta di rifiuto di interventi sanitari vitali o di richieste di aiuto medico al suicidio, risulti l'esito di irrimediabili abbagli (clinici o di altro tipo), o di indebite influenze (magari per personali tornaconti di terzi), o di una consapevolezza solo fluttuante o incerta (a causa della patologia o della mancanza di adeguata presa di contatto coi medici), o di un'avvertita mancanza, attorno a sé, di adeguate forme di sostegno solidale (fra cui l'assistenza sanitaria e sociosanitaria, domiciliare continuativa o di prossimità<sup>71</sup>, le cure palliative e l'aiuto nelle relazioni a distanza mediate dalla tecnologia).

D'altro canto, a voler percorrere la diversa strada di introdurre nuovi e *appositi istituti* di protezione, sia nella relazione di cura che nelle scelte di "fine-vita", appositamente forgiati *solo* sulla condizione dell'*anziano*, quale sorta di categoria soggettiva a *sé stante* di *malato*, destinataria, in quanto tale, di un regime giuridico fortemente differenziato rispetto a quello del comune paziente adulto, si corre il rischio di alimentare forme di perniciosa emarginazione "di gruppo"<sup>72</sup>, di assai dubbia costituzionalità.

Pare, quindi, non censurabile la scelta del legislatore delegato di non aver voluto modificare i meccanismi della legge n. 219/2017 quando ha approntato le politiche in favore della popolazione anziana di cui al d.lgs. n. 29/2024.

Vi è, però, almeno un profilo del vigente assetto normativo della relazione di cura e delle scelte di fine-vita dell'anziano vulnerabile che potrebbe, in futuro, giovare di un intervento riformatore.

Si tratta dell'introduzione di una norma in forza della quale, in *assenza* di una *diversa indicazione* fornita dall'*anziano* (in via attuale, se lucido o in via anticipata, se non più capace), la legge attribuisca poteri di *formale rappresentanza* in capo al "*caregiver familiare*" tanto nei rapporti con gli operatori dei servizi sociali, socio-assistenziali e sanitari coinvolti nelle attività di cura e assistenza di cui al d.lgs. n. 29/2024, quanto nella relazione con i medici e l'equipe sanitaria che svolgono i trattamenti sanitari di cui alla legge n. 219/2017.

È noto, infatti, che il *caregiver*<sup>73</sup> – figura introdotta dall'art. 1, comma 255, legge n. 205/2017, richiamata dall'art. 1, comma 1, lett. f), legge delega n. 33/2023 e altresì ripresa da una copiosa normativa regionale – «assiste e si prende cura», a titolo

---

<sup>71</sup> Anche mediante l'apporto della rete delle farmacie dei servizi, sul cui modello cfr. G. ALBERICO, *Farmacia dei servizi e soggetti vulnerabili*, in questo Volume.

<sup>72</sup> Cfr. F. CARIMINI, S. GIOVA, *Anziani vulnerabili e tutele civilistiche*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili...*, cit., 134.

<sup>73</sup> Cfr. C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società*, cit., 39-48; G. MARCHETTI, *La tutela "multilivello" dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, in *federalismi.it*, 4, 2022, 526-545.



*non* professionale e *non* retribuito, dell'anziano, o del grande anziano, coniuge, parte dell'unione civile, convivente di fatto, familiare o affine<sup>74</sup> (art. 39, commi 1 e 2, d.lgs. n. 29/2023).

Più in particolare, il *caregiver*, oltre alle attività di base e strumentali legate alla cura e all'assistenza quotidiane dell'anziano parente, svolge un ruolo, per così dire, di “*interlocutore*” rispetto agli operatori dei servizi sociali e socio-sanitari che hanno in carico la persona fragile di età avanzata (art. 39, comma 2, d.lgs. n. 29/2024).

Il *caregiver*, infatti, partecipa, sullo stesso piano degli altri familiari o del tutore o dell'amministratore di sostegno, alla valutazione multidimensionale unificata prodromica all'accertamento dello stato di *non autosufficienza* e alla conseguente redazione del PAI, di cui è soggetto attuatore (artt. 10 e 27, d.lgs. n. 29/2024)<sup>75</sup>.

Pur svolgendo, dunque, “*di fatto*”, compiti di notevole *affiancamento* (quando non già di vera e propria *integrazione* nella *decisione sulla salute* dell'assistito vulnerabile<sup>76</sup>), il *caregiver* risulta del tutto *privo*, a diritto vigente, di un ruolo di “*formale*” *rappresentanza sanitaria*, anche al di fuori degli interventi contemplati dal d.lgs. n. 29/2024, salvo che sia stato istituito come “*fiduciario*” da parte dell'anziano<sup>77</sup> (artt. 1, 4 o 5, legge n. 219/2017), oppure sia stato nominato tutore o amministratore di sostegno da parte del giudice tutelare (art. 3, legge n. 219/2017)<sup>78</sup>.

Vero è che congiungendo – come qui si propone – in capo al medesimo individuo le figure di *rappresentante sanitario* e di *caregiver*, si potrebbe correre il rischio di esporre l'anziano vulnerabile a scelte *non* sempre pienamente assunte nel suo esclusivo interesse perché magari frutto della “*pressione*” (psicologica ed esistenziale) che l'assistente familiare subisce, nel caso concreto, in ragione del gravoso e defaticante impegno di cura quotidiana dell'assistito fragile che ha sulle proprie spalle.

Tuttavia, neppure si può trascurare il fatto che, almeno in linea di massima, è il *caregiver* colui il quale meglio, e più da vicino, conosce i bisogni assistenziali e

<sup>74</sup> Di norma, entro il secondo grado ma, nei casi indicati all'art. 33, comma 3, legge 5 febbraio 1992, n. 104, anche entro il terzo grado.

<sup>75</sup> A tal fine, previo consenso dell'assistito o del suo legale rappresentante e nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dati di cui al Regolamento (UE) n. 2016/679 e al d.lgs. n. 101/2018, il *caregiver* riceve tutte le «informazioni sulle problematiche della persona assistita, sui bisogni assistenziali e sulle cure necessarie, sui diritti e sui criteri di accesso alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, sulle diverse opportunità e risorse operanti sul territorio che possono essere di sostegno all'assistenza e alla cura» (art. 39, comma 6, d.lgs. n. 29/2024).

<sup>76</sup> Cfr. G. CARAPEZZA FIGLIA, *Il sostegno di fatto. Un confronto tra esperienza italiana e spagnola*, in A. FUSARO, M. PICCINI, *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., 155-164.

<sup>77</sup> L'art. 27, comma 15, d.lgs. n. 29/2025, fa, in effetti, riferimento “soltanto” all'amministratore di sostegno: si tratta, tuttavia, di un'indicazione che pare di potersi assumere solo a titolo meramente “esemplificativo” delle figure di rappresentanti legali dell'anziano non autosufficiente e *non* “preclusivo” dell'intervento anche del “fiduciario”, istituito dal disponente (ex artt. 1, 4 e 5, legge n. 219/2017), nelle attività di svolgimento della VMU e di predisposizione del PAI.

<sup>78</sup> V. *supra*, §2.

clinici dell'anziano in tutti i variegati aspetti della vulnerabilità che si sono all'inizio accennati, e che la stessa figura del *caregiver* fa parte di quelle misure che il d.lgs. n. 29/2024 contempla al fine di promuovere i valori di dignità e autonomia della persona anziana (art. 1, comma 1)<sup>79</sup>.

Così come va sottolineato che l'attribuzione, *ex lege*, al *caregiver* di poteri di rappresentanza sanitaria dell'anziano vulnerabile avverrebbe *solamente* nel caso in cui il soggetto stesso *non abbia* effettuato una *scelta diversa* così da rispettare sempre l'autonomia del soggetto d'età avanzata nell'individuare la figura che egli ritiene meritevole della sua massima fiducia e che vuole, quindi, che agisca, in sua vece, nei rapporti con il personale medico, socio-sanitario e assistenziale<sup>80</sup>.

D'altro canto, la normativa vigente, all'art. 3, comma 5, legge n. 219/2017, contempla l'intervento del giudice tutelare a piena protezione anche del malato anziano vulnerabile e incapace (come di chiunque altro), in ogni caso di contrasto sulla decisione sanitaria da assumere che si verifichi fra i medici curanti e il fiduciario o l'amministratore di sostegno munito di poteri di rappresentanza.

Anche nel caso in cui il *caregiver* svolga, per legge, funzioni di *affiancamento* o *integrazione* delle scelte dell'assistito anziano vulnerabile in quanto munito di *formali* poteri di *rappresentanza sanitaria*, il giudice tutelare potrebbe sempre intervenire, ai sensi della legge n. 219/2017, al fine di assicurare che il soggetto fragile d'età avanzata riceva piena tutela nei propri diritti fondamentali rispetto a ogni scelta di cura dannosa che sia assunta da colui che dovrebbe (invece) assisterlo.

Da ultimo, rispetto alla normativa *in fieri* in materia di morte volontaria medicalmente assistita, il legislatore, nella ricerca del punto di ragionevole bilanciamento fra la promozione della libertà di autodeterminazione individuale, da una parte, e la tutela minima del bene della vita dall'altra, non potrà che prendere in considerazione, fra gli altri soggetti vulnerabili, anche l'anziano, talora del tutto "invisibile" nella sua stessa fragilità<sup>81</sup>.

Al Parlamento spetterà dunque approntare – alla luce dei principi costituzionali di riferimento ed eventualmente sulla falsariga dell'attuale disciplina transitoria di cui alla legge n. 219/2017 e agli artt. 579 e 580 c.p.<sup>82</sup> – procedure rigorose per

---

<sup>79</sup> V. *supra*, §1.

<sup>80</sup> Sulla valorizzazione del ricorso al "mandato o procura di protezione" avente carattere *negoziale* e *senza* necessario intervento della magistratura tutelare anche per la rappresentanza sanitaria (dell'anziano vulnerabile), si v. A. FUSARO, M. GIROLAMI, G. CALABRESE, *Gli istituti giuridici di sostegno agli anziani fragili: osservazioni e proposte*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme nella società anziana*, cit., 151-154. Le diverse soluzioni adottate negli ordinamenti stranieri per valorizzare le misure *volontarie* di rappresentanza o supporto della persona anziana sono analizzate da C.M. CASCIONE, *Invecchiamento demografico e tutela della persona nelle esperienze giuridiche contemporanee*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme nella società anziana*, cit., 93-97.

<sup>81</sup> Corte cost. n. 66/2025, cit.

<sup>82</sup> V. *supra*, §3.

accertare la genuinità e la consapevolezza della volontà del soggetto anziano, malato e vulnerabile (così come di altri individui che presentano fragilità) rispetto a scelte estreme e irreparabili che potrebbero essere «collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate»<sup>83</sup>. Procedure, queste, che potranno contemplare l'intervento della magistratura tutelare nei casi controversi, nonché prevedere il coinvolgimento, pur se non con esito vincolante, dei comitati etici, oltre ad attribuire un ruolo al servizio sanitario nazionale nella valutazione clinica delle condizioni del paziente e nell'accompagnamento lungo il percorso di congedo dalla vita<sup>84</sup>.

D'altro canto, è necessario rendere pienamente effettivo il sostegno sociale, socio-sanitario e assistenziale a favore della popolazione anziana, secondo quanto delineato dal decreto legislativo n. 29 del 2024<sup>85</sup>, dal momento che «la presenza o meno di queste forme di assistenza condiziona le scelte della persona malata e può costituire lo spartiacque tra la scelta di vita e la richiesta di morte»<sup>86</sup>.

Sarà, così, possibile fare in modo che nelle decisioni relative ai trattamenti sanitari o alle modalità medicali di congedo dalla vita, la persona anziana e vulnerabile sia posta nella condizione di essere realmente *libera* di scegliere la via da intraprendere secondo la sua personalità e pienamente *tutelata* da ogni sviamento.

---

<sup>83</sup> Corte cost. n. 20/2022, cit., 5.3. *cons. dir.*; Corte cost. n. 135/2024, cit., 6.1. *cons. dir.*

<sup>84</sup> Corte cost. n. 135/2024, cit.

<sup>85</sup> Cfr. P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, in questo Volume; G. MARCHETTI, *Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti. La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma*, in questo Volume.

<sup>86</sup> Corte cost. n. 66/2025, cit., 7.2. *cons. dir.*

# Povert  e misure di sostegno al reddito nell'et  anziana

Filippo Scuto\*

**SOMMARIO:** 1. Persone anziane, contrasto alla povert  e sostegno al reddito nel quadro costituzionale. – 2. L'Europa e le direttive contenute nel Pilastro europeo dei diritti sociali. – 3. La "Pensione di cittadinanza" nel quadro del "reddito di cittadinanza". – 4. Dalla "Pensione di cittadinanza" all'"Assegno di inclusione". – 5. Il PNRR, la sua implementazione e i limiti sul piano del contrasto alla povert  e all'esclusione sociale degli anziani. – 6. Alcune considerazioni conclusive.

**ABSTRACT:** This study examines policies aimed at combating poverty and providing income support for older persons. Drawing on the relevant constitutional framework, it analyses the role of the European Union, with particular attention to the principles and guidelines set forth in the European Pillar of Social Rights. The paper then explores the measures introduced by the Italian legislature in recent years, ranging from the "Citizenship Pension" to the "Inclusion Allowance". Within this framework, the impact of the National Recovery and Resilience Plan (NRRP/PNRR) is assessed in light of its implementation. Finally, the study identifies certain limitations of the measures adopted in addressing social exclusion among older people.

## 1. Persone anziane, contrasto alla povertà e sostegno al reddito nel quadro costituzionale

Il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale <sup>1</sup> rappresentano indubbiamente una delle principali sfide per le istituzioni europee e nazionali. Il susseguirsi di crisi economiche e sociali negli ultimi decenni e il conseguente aumento delle diseguaglianze nello spazio europeo hanno messo a dura prova il tradizionale modello di welfare state affermatosi con le Costituzioni rigide del Secondo dopoguerra. Sotto questo profilo, il contrasto alla povert  rappresenta uno dei nodi centrali nella costruzione di un rinnovato Stato sociale che tenga conto del nuovo contesto in cui sono cambiate sia le condizioni lavorative che, pi  in generale, quelle di vita e, in particolare, per quel che qui interessa, l'aspettativa di vita. Il tema della povert  riguarda, come   ovvio, anche gli strati della popolazione pi  anziana e, sotto questo profilo, la questione si arricchisce di complessit  nel momento in

---

\* Professore Ordinario di Diritto costituzionale e pubblico, Universit  degli Studi di Milano.

<sup>1</sup> In tema di povert  ed esclusione sociale e sul suo inquadramento sul piano costituzionale v. M. RUOTOLO, *La lotta alla povert  come dovere dei pubblici poteri. Alla ricerca dei fondamenti costituzionali del diritto a un'esistenza dignitosa*, in *Diritto pubblico*, fasc. 2, 2011, 391 ss.

cui alla condizione di fragilità<sup>2</sup>, legata all'avanzare dell'età<sup>3</sup>, si aggiunge l'ulteriore condizione di vulnerabilità causata dalla povertà.

Oramai da diverso tempo, quando si parla di misure di contrasto a povertà ed esclusione sociale si fa riferimento a forme di sostegno al reddito. In questo ambito le denominazioni – reddito di cittadinanza, reddito minimo, reddito di base – e le definizioni sono molte e in alcuni casi sfuggenti. Sintetizzando al massimo i termini di un ampio e approfondito dibattito scientifico e multidisciplinare che è andato sviluppandosi negli ultimi anni<sup>4</sup>, si può affermare che con il termine “reddito di cittadinanza” si fa riferimento a quella che è probabilmente la forma più espansiva e universale del *welfare state*. Il reddito di cittadinanza garantisce una forma di sostegno al reddito universale e incondizionata, a prescindere dalle condizioni economiche individuali e del nucleo familiare di appartenenza, dalla situazione individuale in termini di occupazione lavorativa e dalla disponibilità a cercare un lavoro<sup>5</sup>.

È invece più “contenuta” la misura del reddito minimo che, in un certo senso, si contrappone al reddito di cittadinanza poiché destina le sue risorse solamente alle

<sup>2</sup> In generale, sui soggetti fragili nel quadro costituzionale ci si limita qui a rinviare a M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, 1999, 25 ss.; M. LUCIANI, *Le persone vulnerabili e la Costituzione*, 2022, disponibile su [www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni\\_seminari/roma\\_2022-persone\\_vulnerabili\\_-\\_massimo\\_luciani\\_20220503170920.pdf](http://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/roma_2022-persone_vulnerabili_-_massimo_luciani_20220503170920.pdf), e, sul tema della vulnerabilità nelle sue varie forme, A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili*, Mimesis, Milano, 2025.

<sup>3</sup> Sul punto, si rinvia alle considerazioni di P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello stato democratico sociale*, in questo Volume.

<sup>4</sup> Il dibattito scientifico sul tema del sostegno al reddito è stato affrontato da sociologi, politologi, economisti e giuristi. Senza pretesa di completezza si rinvia a G. BRONZINI, *Il reddito di cittadinanza. Una proposta per l'Italia e per l'Europa*, Giappichelli, Torino, 2011; ID., *Il diritto a un reddito di base*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2017; P. VAN PARIJS, Y. VANDERBORGHT, *Il reddito minimo universale*, Università Bocconi, Milano, 2006; ID., *Il reddito di base. Una proposta radicale*, il Mulino, Bologna, 2017; AA.VV., *La democrazia del reddito universale*, Manifestolibri, Roma, 1997; J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano, 2017 (I ed. 1982, traduzione di A *Theory of Justice*, Harvard University Press, Cambridge Mass., 1971; L. FERRAJOLI, *Il futuro dello stato sociale e il reddito minimo garantito*, in AA.VV., *Ai confini dello stato sociale*, Manifestolibri, Roma, 1995; F. PIZZOLATO, *Il minimo vitale. Profili costituzionali e processi attuativi*, Giuffrè, Milano, 2004; BIN-ITALIA (a cura di), *Reddito minimo garantito. Un progetto necessario e possibile*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2012; S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Bari-Roma, 2012; C. TRIPODINA, *Il diritto a un'esistenza libera e dignitosa. Sui fondamenti costituzionali del reddito di cittadinanza*, Giappichelli, Torino, 2013; S. TOSO, *Reddito di cittadinanza o reddito minimo?*, il Mulino, Bologna, 2016; G. BUSILACCHI, *Welfare e diritto al reddito*, Feltrinelli, Milano, 2013; C. SARACENO, *Il lavoro non basta. La povertà in Europa negli anni della crisi*, Feltrinelli, Milano, 2015; C. DEL BÒ, *Un reddito per tutti. Un'introduzione al basic income*, Ibis, Como-Pavia, 2004; L. ZOPPOLI, *Reddito di cittadinanza, inclusione sociale e lavoro di qualità: profili giuridico-istituzionali*, in *Diritti Lavori Mercati*, 2007, 75 ss.

<sup>5</sup> Per un approfondimento delle questioni definitorie relative a reddito di cittadinanza, reddito minimo e reddito di base, si rinvia, tra i tanti, a S. TOSO, *Reddito di cittadinanza o reddito minimo?*, cit., 7 ss., C. TRIPODINA, *Reddito di cittadinanza come “risarcimento per mancato procurato lavoro”*. *Il dovere della Repubblica di garantire il diritto al lavoro o assicurare altrimenti il diritto all'esistenza*, in *Costituzionalismo.it*, fasc. 1, 2015.

famiglie in condizione di indigenza economica e introduce l'elemento decisivo della condizionalità. L'erogazione del beneficio economico, infatti, è in questo caso legata alla disponibilità da parte del beneficiario a cercare un lavoro e a partecipare ad attività di formazione professionale per potersi inserire o reinserire nel mondo del lavoro. Più in generale, la condizionalità può riguardare anche la disponibilità a partecipare a molteplici attività di reinserimento sociale come il recupero dell'abbandono scolastico, di assistenza sociale come la cura dei minori e degli anziani, e di protezione del patrimonio ambientale e culturale.

L'altro elemento dirimente riguarda le modalità con cui viene utilizzato il criterio della selettività che impone di scegliere la platea dei beneficiari del sostegno al reddito individuando i requisiti per l'accesso.

Questi brevi cenni alla misura del reddito minimo consentono subito di dirimere un complesso nodo costituzionale se si fa riferimento agli anziani come destinatari degli interventi. Viene meno, infatti, l'elemento decisivo della condizionalità che si traduce nella necessità che il beneficiario si renda disponibile nella ricerca di un lavoro e che si rende necessario nel quadro costituzionale italiano chiaramente orientato, sin dall'art. 1 Cost., sulla centralità del lavoro e indirizzato all'obiettivo della piena occupazione<sup>6</sup>. Nel caso delle persone anziane, dunque, non viene in rilievo il complesso intreccio che caratterizza i rapporti tra gli artt. 4, 38, 35 e 36 Cost., e assumono una centralità pressoché assoluta gli altri principi fondamentali che possono essere presi come riferimento per giustificare misure di sostegno al reddito. Ci si riferisce, evidentemente, al principio di eguaglianza sostanziale dell'art. 3, comma 2, Cost., al principio personalista e al principio solidarista dell'art. 2 Cost.

Seguendo questo percorso, è allora possibile prendere come riferimento l'art. 38 Cost. e "utilizzare" la distinzione che esso fornisce tra inabili al lavoro e lavoratori<sup>7</sup>. Per i primi, è previsto un diritto al mantenimento e all'assistenza sociale nel caso in cui siano sprovvisti dei mezzi necessari per vivere. Ai lavoratori, invece, è riconosciuto un diritto ad avere assicurati mezzi adeguati alle esigenze di vita in casi specifici e, tra questi, nel caso di "disoccupazione involontaria". Evidentemente, se si fa riferimento alle persone anziane si supera facilmente la necessità costituzionale di distinguere tra abili e inabili al lavoro ed emerge limpidamente la necessità di

---

<sup>6</sup> Sul punto si rinvia, se si vuole, a F. SCUTO, *La dimensione sociale della Costituzione economica nel nuovo contesto europeo*, Giappichelli, Torino, 2022, 177 ss.

<sup>7</sup> Fa riferimento a una sorta di doppia anima dell'art. 38 Cost., a impianto sia solidaristico sia mutualistico, che resta presente – pur con alterne vicende normative e giurisprudenziali – fino ai giorni nostri L. VIOLINI, *Art. 38*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Utet, Torino, 2006. Come rileva l'A., delle due partizioni ideali che lo compongono, la prima è dedicata all'enunciazione dei diritti del singolo mentre la seconda delinea l'assetto organizzativo del sistema della sicurezza sociale. E, invero, al comma 1, che sancisce il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale del cittadino inabile al lavoro e indigente, fa seguito, nel comma 2, il diritto alla previdenza, garantito ai "lavoratori" e avente per oggetto non il solo mantenimento, ma "mezzi adeguati alle loro esigenze di vita", secondo un elenco non tassativo di eventi, tutti peraltro riferibili *lato sensu* alla categoria degli "ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana" di cui all'art. 3, comma 2, Cost.

assistenza sociale e supporto per coloro che versano in condizioni di povertà al fine di dare applicazione anche in questo ambito al modello delineato dalla Costituzione negli artt. 2 e 3, comma 2. In altri termini, viene meno l'elemento della condizionalità e rimane quello della selettività che richiede di scegliere la platea degli anziani beneficiari del sostegno al reddito individuando i requisiti per l'accesso sulla base della condizione di bisogno.

Anche in riferimento alle persone anziane, dunque, la questione del reddito minimo potrebbe essere affrontata partendo dalle conclusioni cui giungeva Costantino Mortati nel suo saggio sul lavoro nella Costituzione del 1954: la Costituzione, in armonia con il principio di tutela della libertà e della dignità della persona deve garantire a tutti, con l'esclusione delle persone in grado di lavorare che non sono attive nella ricerca di un'occupazione, il diritto alla protezione sociale in caso di bisogno<sup>8</sup>.

Le misure finalizzate all'introduzione del reddito minimo, tanto più a favore delle persone anziane per le ragioni (anche di ordine costituzionale) che si sono evidenziate, potrebbero quindi essere considerate costituzionalmente opportune e anche necessarie, in particolare nei periodi di crisi economica e di crescente sviluppo delle disuguaglianze che rischiano di ridimensionare pesantemente la portata del principio di eguaglianza sostanziale e del principio solidarista.

## 2. L'Europa e le direttive contenute nel Pilastro europeo dei diritti sociali

Se le misure di contrasto alla povertà rappresentano una delle nuove (in particolare in Italia, come si vedrà) forme di intervento pubblico necessarie per le politiche di welfare del nuovo millennio, l'intreccio con la complessa costruzione di un'Europa sociale appare ineludibile.

Le misure di lotta alla povertà richiedono l'utilizzo di ingenti risorse pubbliche da parte degli Stati e, anche sotto questo profilo, le politiche di *austerità* perseguite dall'Unione europea sino all'emergenza legata alla pandemia hanno esercitato un impatto negativo sulle possibilità di intervento degli Stati membri.

---

<sup>8</sup> In riferimento all'art. 38 Cost. a giudizio di C. MORTATI, *Il lavoro nella Costituzione*, in *Il diritto del lavoro*, 1954, 242 ss. (ora Id. in *Raccolta di scritti*, Giuffrè, Milano, 1972, III, 237 ss.). «l'unica forma di assistenza che nell'ipotesi considerata deve ritenersi dovuta, secondo una interpretazione sistematica della costituzione, è l'offerta al bisognoso abile di un posto di lavoro a lui adatto»; e, in relazione all'art. 38, comma 2, Cost., «il dovere di procurare un posto di lavoro rientra fra le prestazioni incontrovertibili (alla pari di quella rivolta ad imporre l'occupazione degli invalidi, o, nella categoria delle prestazioni a carico del cittadino, l'obbligo del servizio militare), poiché il bene che si vuole assicurare non è solo la sussistenza ma una sussistenza ottenuta con il lavoro produttivo». Per MORTATI, pertanto, «coloro che mancano di mezzi di sussistenza pur essendo abili al lavoro» non possono avanzare «alcuna pretesa di fronte allo Stato». Il riferimento dell'A. è in questo caso diretto alla «categoria degli oziosi, volontariamente ed abitualmente tali», ai quali la Costituzione riserva «una posizione differenziata di minorazione rispetto agli altri cittadini».

Del resto, sul piano delle prospettive future, la soluzione per contrastare con più efficacia esclusione sociale e povertà non sembra possa essere fornita dal solo livello di governo statale. Il che rende dunque necessario lo sviluppo di un proficuo connubio tra adeguate politiche nazionali e interventi dell'Unione nell'ambito di un rinnovato *governo* dell'eurozona. Alla luce dei livelli raggiunti dal debito pubblico italiano, infatti, appare complesso per il nostro Paese adottare misure di lotta alla povertà di lungo periodo che siano al tempo stesso efficaci e sostenibili sul piano dei conti pubblici senza il sostegno dell'Unione.

Anche sul piano del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, pertanto, la dimensione sovranazionale è oramai imprescindibile e, sotto questo profilo, il cambio di approccio legato alla filosofia del piano *Next Generation EU* e la rinnovata espansione dell'intervento pubblico europeo e nazionale nell'economia hanno dimostrato che è possibile perseguire un nuovo percorso non basato sull'*austerità* bensì sul contrasto alle disuguaglianze e sulla costruzione di un welfare statale efficacemente supportato a livello europeo <sup>9</sup>.

Sul piano delle misure di sostegno al reddito delle persone anziane, il fondamento normativo per interventi dell'UE può senz'altro essere rintracciato nella generale previsione contenuta nell'art. 25 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea che riconosce agli anziani un diritto di condurre una vita dignitosa e indipendente e individua l'ulteriore diritto di partecipare alla vita sociale e culturale. Quest'ultimo aspetto, in particolare, rappresenta un prezioso elemento sulle riflessioni che ruotano attorno al reddito minimo. Emerge, infatti, chiaramente, accanto a un'esigenza di sostegno economico, un'altrettanta primaria esigenza di contrastare l'esclusione sociale che si traduce in un "diritto alla socialità" dell'anziano, inteso come diritto a mantenere relazioni sociali e interpersonali. Quest'ultimo elemento dovrebbe essere imprescindibile nelle misure di reddito minimo indirizzate agli anziani e, sul punto, si tornerà a più riprese nel corso di questo lavoro.

In questa chiave interpretativa, il Pilastro europeo dei diritti sociali, la cui proclamazione da parte di Parlamento europeo, Consiglio e Commissione risale al 2017, fornisce importanti indicazioni.

Nel Pilastro sono presenti numerosi riferimenti a principi e diritti riconducibili all'intreccio di misure riguardanti il contrasto all'esclusione sociale e alla povertà e il sostegno all'occupazione che, peraltro, trovano un fondamento giuridico anche nei Trattati dell'UE <sup>10</sup>. Seguendo un'impostazione che è assimilabile a quella desumibile dal quadro costituzionale in relazione al rapporto tra

---

<sup>9</sup> Si rimanda, se si vuole, a F. SCUTO, *La dimensione sociale della Costituzione economica*, cit., 33 ss.

<sup>10</sup> Nel modello di economia sociale di mercato delineato dall'art. 3.3 TUE si fa riferimento all'obiettivo della piena occupazione e del progresso sociale. Questi principi vengono richiamati anche in diverse parti del TFUE in relazione alla definizione e attuazione delle politiche dell'Unione e, in particolare, negli artt. 9 e 151 dove si evidenziano con forza gli obiettivi di un elevato e duraturo livello di occupazione nonché la necessità di garantire un'adeguata protezione sociale e di contrastare l'esclusione sociale.



lavoro e reddito minimo cui si è fatto riferimento in precedenza, il Pilastro contiene l'elemento imprescindibile della condizionalità nel legare sostegno al reddito e (re)inserimento lavorativo. È in questo contesto che devono di conseguenza rientrare le forme di sostegno al reddito cui fa esplicito riferimento il Pilastro mediante il richiamo a un *“diritto a un adeguato reddito minimo”* finalizzato a garantire un'esistenza dignitosa in tutte le fasi della vita. Di particolare rilievo, per l'analisi che si sta svolgendo, va considerato il richiamo a un diritto che va garantito in tutte le fasi dell'esistenza. Il che consente al Pilastro, coerentemente con questa impostazione di fondo, di individuare oltre al reddito minimo, un ulteriore diritto (oltre al diritto alla pensione) denominato *“reddito di vecchiaia”*, in base al quale *“ogni persona in età avanzata ha diritto a risorse che garantiscono una vita dignitosa”*.

Con l'esplicito riferimento al *“reddito di vecchiaia”* il Pilastro europeo ha dunque avuto il merito di mettere in evidenza la necessità che Istituzioni europee e Stati membri diano una risposta alle esigenze sottese a *“nuovi”* diritti sociali. Diritti che, in questo caso, si sostanziano nel reddito minimo volto a garantire una vita dignitosa e in uno specifico *“reddito di vecchiaia”* per le persone anziane in condizione di povertà.

Il Pilastro ha indubbiamente testimoniato l'intento di rafforzare la dimensione sociale dell'Europa, pur confermando i limiti che l'Unione ha sino ad oggi incontrato nella sua azione nel campo dei diritti sociali. Si tratta di un insieme di diritti e garanzie che non sono direttamente applicabili poiché l'implementazione del Pilastro è stata affidata alla responsabilità degli Stati membri, e questo rappresenta il principale limite del Pilastro sin dalla sua approvazione nel 2017<sup>11</sup>.

Anche se l'UE ha indubbiamente compiuto con misure (temporanee) come NGEU e SURE dei passi in avanti mettendo a disposizione risorse finanziarie finalizzate alla tutela dei diritti sociali, allo stato attuale il cantiere dell'Europa sociale è ancora aperto e molti dei diritti individuati dal Pilastro sociale, e tra questi reddito minimo e reddito di vecchiaia, sono affidati *in toto* agli interventi discrezionali degli Stati membri che devono reperire le risorse necessarie per far sì che non rimangano solo sulla carta.

### 3. La *“Pensione di cittadinanza”* nel quadro del *“reddito di cittadinanza”*

Il reddito minimo, nelle sue diverse forme, rappresenta la principale misura di sostegno al reddito che la quasi totalità dei Paesi dell'Unione europea ha da tempo inserito tra gli interventi nazionali di lotta alla povertà.

---

<sup>11</sup> Sui limiti del Pilastro europeo dei diritti sociali cfr. P. BILANCIA (a cura di), *La dimensione europea dei diritti sociali*, Giappichelli, Torino, 2019; S. GIUBBONI, *Appunti e disappunti sul pilastro europeo dei diritti sociali*, in *Quad. cost.*, fasc. 4, 2017, 953 ss.

L'Unione si è da tempo attivata in questo ambito, pur limitandosi a un'azione di impulso sugli Stati membri che sono comunque tendenzialmente liberi di scegliere se e come adottare misure di sostegno al reddito. I primi "inviti" dell'Unione a introdurre misure strutturali riconducibili al reddito minimo risalgono al 1992<sup>12</sup> e sono proseguiti mediante l'adozione di Comunicazioni della Commissione e Risoluzioni del Parlamento europeo<sup>13</sup>, sino ad arrivare alle indicazioni contenute nel Pilastro europeo dei diritti sociali cui si è fatto cenno in precedenza.

In Italia, il dibattito pubblico attorno alle misure di sostegno al reddito si è sviluppato soprattutto a partire dalla campagna elettorale per le elezioni politiche del 2013 quando il Movimento 5 Stelle propose l'introduzione di un non meglio specificato reddito di cittadinanza come radicale misura di lotta alla povertà legata anche alla crescente disoccupazione.

Nel corso della XVII legislatura, anche il nostro Paese si è mosso, con notevole ritardo nel panorama europeo, nella direzione dell'adozione di interventi di sostegno al reddito finalizzati alla lotta alla povertà. Nel 2017, il Governo Gentiloni e la maggioranza parlamentare che lo sosteneva hanno introdotto per la prima volta nell'ordinamento italiano una forma di reddito minimo, denominato Reddito di Inclusione (ReI)<sup>14</sup>.

Sino a quel momento, infatti, solo il legislatore regionale si era attivato in questo campo con un incremento della produzione legislativa regionale in materia evidentemente ricollegabile all'aumento della povertà conseguente alla crisi economica. Si è trattato, nel complesso, di misure assimilabili tra loro poiché hanno riguardato interventi sperimentali che spesso si sono interrotti. Inoltre, aspetto di interesse per l'analisi che si sta svolgendo, si sono caratterizzate come forme di reddito minimo di cui hanno beneficiato soprattutto le persone anziane e hanno, invece, avuto effetti limitati per le persone senza reddito e prive di impiego. Va inoltre segnalato che, in generale, le risorse messe a disposizione sono state piuttosto esigue e che si sono

---

<sup>12</sup> Mediante la Raccomandazione 92/441 CEE del Consiglio del 24 giugno 1992, in cui si definivano "i criteri comuni in materia di risorse e prestazioni sufficienti nei sistemi di protezione sociale".

<sup>13</sup> Ci si limita a ricordare, in questa sede: la Comunicazione della Commissione del 1999 [COM. (98)774 def.] sui regimi nazionali di reddito minimo; la Comunicazione della Commissione del 12 dicembre 2003 – Relazione comune sull'integrazione sociale contenente una sintesi dei risultati dell'esame dei piani d'azione nazionali per l'integrazione sociale (20032005) [COM(2003)773]; la Risoluzione del Parlamento europeo del 9 ottobre 2008 sulla promozione dell'inclusione sociale e la lotta contro la povertà, inclusa la povertà infantile, nell'Unione europea (2008/2034); la Risoluzione del Parlamento europeo del 20 ottobre 2010 sul ruolo del reddito minimo nella lotta contro la povertà e la promozione di una società inclusiva in Europa (2010/2039); e, da ultimo, la Risoluzione del Parlamento europeo del 27 ottobre 2017 sulle politiche volte a garantire il reddito minimo come strumento per combattere la povertà [2016/2270(INI)].

<sup>14</sup> Mediante la legge di delega n. 33/2017 cui ha fatto seguito il d.lgs. n. 147/2017. Per un approfondimento sul contesto e contenuto del Reddito di inclusione e sul passaggio da questa forma di intervento al reddito di cittadinanza si consenta il rinvio a F. SCUTO, *La dimensione sociale della Costituzione economica*, cit., 197 ss.

tradotte, in concreto, in benefici per numeri piuttosto ristretti di persone<sup>15</sup>. Di conseguenza, è senz'altro possibile affermare che il legislatore regionale ha anticipato quello statale in relazione alle misure di reddito minimo per gli anziani in un contesto, però, va rilevato, di interventi non strutturali e poco incisivi sul piano degli effettivi benefici per i destinatari.

Il ReI introdotto dal legislatore statale era una misura di contrasto alla povertà a carattere universale finalizzata a introdurre un sostegno al reddito per i nuclei familiari in condizione di bisogno e poggiava sulla classica “doppia condizionalità”, ovvero la valutazione della condizione economica familiare e l'accettazione da parte del beneficiario di partecipare a un progetto personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa. Questa forma di reddito minimo non contemplava al suo interno una specifica misura di sostegno al reddito per le persone anziane essendo rivolta, nella sua generalità, ai nuclei familiari in condizione di bisogno.

Il ReI ha avuto vita breve poiché all'inizio della XVIII legislatura il M5S si è fatto promotore, durante il primo Governo Conte, di una nuova disciplina legislativa in materia di reddito minimo, entrata in vigore nel 2019, che ha assunto la denominazione di “reddito di cittadinanza”<sup>16</sup>.

Non è possibile, in questa sede, analizzare caratteristiche e criticità del “Reddito di cittadinanza” (Rdc) che ha modificato l'impianto legislativo in materia nel 2019<sup>17</sup>. Basti qui ricordare che il Rdc si poneva in parziale discontinuità rispetto al ReI, a partire dal condivisibile ampliamento della platea dei beneficiari (dalle settecetomila famiglie a 1,3 milioni di famiglie) e dall'innalzamento del sostegno erogato, portando l'intervento a una spesa complessiva di circa 8 miliardi di euro all'anno. Il beneficio variava in funzione della composizione del nucleo familiare e del reddito già percepito e poteva raggiungere la cifra di 780 euro mensili nel caso di una singola persona. Comparare i benefici massimi mensili previsti dal ReI con quelli del Rdc evidenzia la differenza di approccio dei due interventi dal momento che il ReI erogava per la persona singola un massimo di 188 euro mensili.

---

<sup>15</sup> Si richiamano, innanzitutto, ad esempio, Friuli Venezia Giulia, legge reg. n. 6/2006; Lazio, legge reg. n. 4/2009; Campania, legge reg. n. 2/2004; Basilicata, legge reg. n. 3/2005; Provincia autonoma di Trento, legge reg. n. 13/2007; e, più di recente, Friuli Venezia Giulia, legge reg. n. 15/2015; Emilia Romagna, legge reg. n. 24/2016; Sardegna, legge reg. n. 18/2016; Valle d'Aosta, legge reg. n. 18/2015; Puglia, legge reg. n. 3/2016 Lazio. Interventi finalizzati al sostegno al reddito sono inoltre stati adottati negli ultimi anni anche in Lombardia, Basilicata e Molise. Per un approfondimento si rinvia a S. TOSO, *Reddito di cittadinanza*, cit., 112 ss. e a M. VINCIERI, *Verso la tutela della povertà: l'ipotesi del reddito di inclusione*, cit., 312 ss.; in particolare sulla legge pugliese, v. E. MONTICELLI, *I nuovi strumenti di lotta alla povertà in Italia: prime considerazioni sulla legge delega in materia di reddito di inclusione*, in *Osservatorio costituzionale*, fasc. 2, 2017; A. BONOMI, *Brevi osservazioni sul “Reddito di dignità” introdotto dalla l. r. n. 3/2016 della Regione Puglia: aspetti positivi e punti di criticità sotto il profilo della compatibilità costituzionale*, in *Dirittifondamentali.it*, fasc. 2, 2016.

<sup>16</sup> Ci si riferisce alle disposizioni contenute nel d.l. n. 4/2019 recante “disposizioni urgenti in materia di reddito di cittadinanza e di pensioni” (c.d. quota 100), convertito in legge n. 26/2019.

<sup>17</sup> Per un approfondimento sul punto, si rinvia, se si vuole, a F. SCUTO, *La dimensione sociale della Costituzione economica nel nuovo contesto europeo*, cit., 142 ss.

Al di là delle differenze di non poco conto tra le due forme di reddito minimo, vi erano degli elementi di continuità, per così dire programmatica, che caratterizzavano sul piano generale questo nuovo intervento pubblico. Entrambe le leggi individuavano, infatti, la finalità dell'intervento nell'obiettivo di contribuire a rimuovere gli ostacoli economici e sociali che limitano la libertà e uguaglianza dei cittadini e il pieno sviluppo della persona, nonché di contrastare la povertà e l'esclusione sociale. L'altro elemento di rilievo che caratterizzava in maniera forte, quantomeno nei suoi intenti, la nascita del ReI, prima, e il Rdc, poi, riguarda la sua qualificazione come livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire uniformemente sul territorio nazionale *ex art. 117, comma 2, lett. m), Cost.* Il legislatore aveva quindi utilizzato una competenza esclusiva statale finalizzata a garantire un intervento omogeneo su tutto il territorio che evitasse livelli di tutela difformi<sup>18</sup>, come era avvenuto sino a quel momento con l'azione limitata soltanto ad alcune leggi regionali di diverso contenuto. Una volta introdotta una misura uniforme a livello nazionale, al legislatore regionale era comunque consentito intervenire in questo ambito innalzando i livelli di tutela.

Nelle intenzioni del legislatore, queste forme di reddito minimo potevano dunque essere considerate come uno dei nuovi ambiti di intervento dello Stato sociale italiano in via di trasformazione. Si trattava di una misura che veniva saldamente ancorata all'obiettivo dell'eguaglianza sostanziale e che appariva in questo senso dotata di una sua coerenza complessiva rispetto all'impianto costituzionale, nel suo configurarsi come un "nuovo" ma al contempo "classico" intervento sociale finalizzato all'attuazione dell'*art. 3, comma 2, Cost.*

Un elemento di particolare interesse in relazione all'introduzione del Rdc riguarda l'esplicita previsione di un reddito minimo indirizzato alle persone anziane. Se, come si è visto, il ReI non aveva inserito un esplicito richiamo al sostegno al reddito per le persone anziane, con il Rdc si è invece proceduto in questa direzione attraverso un'importante modifica dell'impianto legislativo che, peraltro, rendeva

---

<sup>18</sup> Come noto, in base all'*art. 117, comma 4, Cost.*, la materia dei servizi sociali è rientra nella potestà legislativa residuale delle Regioni. Di conseguenza, l'introduzione del ReI come «livello essenziale delle prestazioni» *ex art. 117, comma 2, lett. m), Cost.*, ambito di competenza esclusiva statale, rende costituzionalmente legittimo l'intervento statale che non può essere considerato come eccessivamente limitativo delle competenze regionali nell'ambito dei servizi sociali. Va peraltro ricordato che la Corte costituzionale nella sent. n. 10/2010 (sulla c.d. "carta acquisti") ha legittimato interventi del legislatore statale finalizzati a garantire, tanto più in un contesto di crisi economica, la «protezione delle situazioni di estrema debolezza della persona umana» e come tali, legittimati a limitare l'autonomia legislativa regionale per assicurare un livello uniforme del godimento dei diritti civili e sociali tutelati dalla Costituzione. Impostazione peraltro confermata nella sent. n. 275/2016. Si veda, sul punto, A. RUGGERI, *"Livelli essenziali" delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica (a prima lettura di Corte cost. n. 10 del 2010)*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2010. In generale, sulle possibili criticità di interventi legislativi sul reddito minimo alla luce del riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, v. C. TRIPODINA, *Il diritto a un'esistenza libera e dignitosa*, cit., 210 ss.; P. BOZZAO, *I primi passi del Jobs acts*, in *Federalismi.it*, 7, 2015, 4.

maggiormente conforme la disciplina italiana del reddito minimo con le indicazioni contenute nel Pilastro europeo dei diritti sociali relativamente alla necessità di prevedere un “reddito di vecchiaia”. L’art. 1, d.l. n. 4/2019 introduceva, per i nuclei familiari composti esclusivamente da uno o più componenti di età pari o superiore a 67 anni, la “Pensione di cittadinanza” quale misura di contrasto alla povertà delle persone anziane. I requisiti per l’accesso e le regole di definizione del beneficio economico coincidevano con quelle del Rdc. Replicando il meccanismo del Rdc, anche la pensione di cittadinanza variava in funzione della composizione del nucleo familiare e del reddito già percepito e poteva raggiungere la cifra di 780 euro mensili. Nel caso in cui si possedesse già un’entrata mensile, inferiore alla cifra indicata, la pensione di cittadinanza veniva erogata come integrazione, fino alla soglia massima di 7.560 euro all’anno.

Sul piano dei meccanismi di tutele e protezione sociale, dunque, con il Rdc si erano compiuti dei passi in avanti attraverso l’introduzione di misure strutturali di contrasto alla povertà e all’esclusione sociale orientate al perseguimento degli obiettivi sottesi all’art. 3, comma 2, Cost. La scelta di prevedere una specifica forma di protezione per le persone anziane, poi, coglieva nel segno laddove rispondeva all’esigenza individuata dal Pilastro sociale europeo di un “adeguato reddito minimo” finalizzato a garantire un’esistenza dignitosa in tutte le fasi della vita, esigenza che si traduce, nel Pilastro, nell’individuazione di un “reddito di vecchiaia”. Peraltro, una distinzione tra reddito minimo e reddito di vecchiaia appare condivisibile e opportuna anche alla luce del quadro costituzionale prima richiamato. Se, infatti, il reddito minimo indirizzato agli “abili” al lavoro in cerca di occupazione di cui all’art. 38 Cost. appare strettamente legato alla disponibilità dei beneficiari nella ricerca di un lavoro, nel reddito di vecchiaia viene meno quell’elemento decisivo della condizionalità e risalta in maniera ancora più evidente la necessità di tutela e protezione di un soggetto alla cui vulnerabilità oggettiva dovuta alla sua condizione di persona anziana si aggiunge la situazione di bisogno dovuta alla povertà.

Si trattava, però, di un approdo tutt’altro che definitivo per le misure di sostegno al reddito e per il reddito minimo in Italia. Nel corso della XIX legislatura, infatti, il Governo Meloni e la sua maggioranza parlamentare hanno avviato un superamento del reddito di cittadinanza culminato con l’adozione di una nuova disciplina legislativa contenuta nel c.d. “Decreto lavoro” del 2023<sup>19</sup>. I continui interventi in materia che si sono succeduti negli ultimi anni testimoniano, da un lato, le non poche difficoltà a rendere tale misura strutturale nel nostro Paese e, dall’altro, le divergenze tra le forze politiche, spesso di non di poco rilievo, in relazione alle modalità con cui realizzare questi interventi.

---

<sup>19</sup> Si fa riferimento al d.l. n. 48/2023, convertito in legge, con modifiche, dalla legge n. 25 del 3 luglio 2023.

#### 4. Dalla “Pensione di cittadinanza” all’“Assegno di inclusione”

Come si è anticipato, Reddito di cittadinanza e Pensione di cittadinanza hanno avuto vita breve e sono stati sostituiti dal nuovo intervento normativo in materia di reddito minimo portato avanti dal Governo Meloni e dalla sua maggioranza parlamentare. La nuova disciplina normativa contenuta nel “Decreto lavoro” ed entrata a pieno regime a partire dal 2024, si pone in parziale discontinuità rispetto all’impianto precedente sia sul piano generale che su quello, più specifico, delle misure di sostegno al reddito per le persone anziane.

Un primo elemento di rilievo riguarda il fatto che, nel confermare l’adozione di una misura di reddito minimo finalizzata al contrasto alla povertà e all’esclusione sociale, è stata tuttavia eliminata la sua qualificazione come livello essenziale delle prestazioni da garantire uniformemente sul territorio nazionale precedentemente prevista dal legislatore. Il che, inevitabilmente, tende a declassare la misura dall’ambito LEP che fa riferimento a prestazioni relative a diritti civili e sociali, ridimensionandone la portata nella direzione di una nuova tipologia di reddito minimo che viene, dunque, inquadrata in un ambito non LEP, al di fuori della sfera dei diritti sociali. Si tratta di un elemento di non poco conto che tende a rendere forse meno strutturale la misura e a non inquadrarla a tutti gli effetti nell’ambito degli interventi sociali di welfare del nuovo millennio, obiettivo che pareva, invece, sotteso agli interventi precedentemente adottati dal legislatore a partire dal 2017.

A tale riguardo, va anche evidenziato che con questa scelta ci si allontana dalle indicazioni del Pilastro europeo dei diritti sociali: se, infatti, l’inquadramento della misura di reddito minimo all’interno dei LEP finiva per qualificarla, sostanzialmente, come “nuovo” diritto sociale, la modifica legislativa del 2023 va, di fatto, in controtendenza rispetto all’inquadramento del reddito minimo e del “reddito di pensione”, come diritto sociale operato dal Pilastro.

Per quel che concerne il sostegno al reddito delle persone anziane, il nuovo intervento legislativo si pone in controtendenza rispetto al Rdc del 2019. Non è, infatti, prevista una specifica misura come la “Pensione di cittadinanza” e il sostegno per le persone anziane rientra nella nuova tipologia generale di sostegno al reddito introdotta nel 2024.

Si tratta, nello specifico, dell’“Assegno di inclusione” (AdI), definito dalla nuova normativa come la “misura nazionale di contrasto alla povertà, alla fragilità e all’esclusione sociale delle fasce deboli”<sup>20</sup>, destinato in maniera continuativa (sino a quando permanga la necessità di un sostegno) a specifici nuclei familiari e, in particolare, alle famiglie con minori, persone con disabilità e persone con almeno 60 anni di età. Le persone anziane, dunque, rientrano in questa nuova forma di reddito minimo in cui le politiche contro la povertà non appaiono più rivolte alla totalità delle persone e delle famiglie in condizione di bisogno, bensì a *target* specifici

---

<sup>20</sup> Art. 1, d.l. n. 48/2023, convertito in legge, con modifiche, dalla legge n. 25 del 3 luglio 2023.

di determinati nuclei familiari ai quali spetta l'AdI, *target* tra cui rientrano, appunto, anche le persone con almeno 60 anni di età<sup>21</sup>. Basti pensare, a tale riguardo, che le famiglie bisognose al cui interno non siano presenti disabili, *over* 60, minorenni o persone inserite in programmi di cura e assistenza dei servizi socio-sanitari, non possono richiedere l'AdI e possono accedere esclusivamente a una misura temporanea finalizzata all'attivazione lavorativa. Si tratta del "Supporto per la formazione e il lavoro" che si traduce in un sostegno economico di 500 euro mensili erogato al massimo per due anni e condizionato alla partecipazione alle attività finalizzate all'inserimento lavorativo<sup>22</sup>.

In relazione al beneficio economico, va rilevato che la nuova normativa prevede un aumento del sostegno per i nuclei familiari sia al crescere dell'età che all'aumentare del numero di persone anziane presenti all'interno di ciascun nucleo. Infatti, per i nuclei familiari che soddisfano i requisiti richiesti<sup>23</sup>, l'AdI prevede un sostegno economico il cui importo è composto da un'integrazione del reddito familiare fino a 6.500 euro annui moltiplicato per il corrispondente parametro della scala di equivalenza (di cui all'art. 2, comma 4, d.l. n. 48/2023) che è pari a 1 per il nucleo familiare e che è incrementato di 0,40 per ciascun altro componente con almeno 60 anni di età. In questa generale tipologia rientrano, come detto, i nuclei familiari al cui interno siano presenti persone che abbiano compiuto i 60 anni d'età. Inoltre, il legislatore ha rivolto un'attenzione particolare alle persone anziane innalzando l'importo del beneficio economico fino a 8.190 euro annui – anch'esso moltiplicato per il parametro della scala di equivalenza – se il nucleo familiare è composto interamente da persone che abbiano superato i 67 anni<sup>24</sup>.

<sup>21</sup> Sulle criticità derivanti dal fatto che la nuova misura non appare più diretta a contrastare la povertà della totalità delle persone in condizione di bisogno bensì a *target* specifici di determinati nuclei familiari, si rinvia, se si vuole a F. SCUTO, *Reddito minimo e politiche attive del lavoro: un nodo costituzionale tra incerte riforme nazionali, PNRR e pilastro europeo dei diritti sociali*, in L. CASSETTI, F. FABRIZZI, A. MORRONE, F. SAVASTANO, A. STERPA (a cura di), *Studi in memoria di Beniamino Caravita*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024, 1659 ss.

<sup>22</sup> Art. 12, d.l. n. 48/2023.

<sup>23</sup> I requisiti economici sono i seguenti:

- un valore ISEE non superiore a 10140 euro;
- un valore del reddito familiare inferiore alla soglia di 6500 euro l'anno moltiplicata per il corrispondente parametro della scala di equivalenza di cui al comma 4 dell'art. 2 del d.l. n. 48 del 2023;
- un valore del patrimonio immobiliare, come definito ai fini dell'ISEE, diverso dalla casa di abitazione di valore ai fini dell'imposta municipale propria (IMU) non superiore a euro 150.000, non superiore ad euro 30.000;
- un valore del patrimonio mobiliare, come definito ai fini dell'ISEE, non superiore a una soglia di euro 6.000, accresciuta di euro 2.000 per ogni componente il nucleo familiare successivo al primo, fino a un massimo di euro 10.000, incrementato di ulteriori euro 1.000 per ogni minorenne successivo al secondo; i predetti massimali sono ulteriormente incrementati di euro 5.000 per ogni componente in condizione di disabilità e di euro 7.500 per ogni componente in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza, come definite ai fini dell'ISEE, presente nel nucleo.

<sup>24</sup> A questa ipotesi il legislatore ha aggiunto il caso in cui il nucleo familiare sia composto da *over* 67 e da altri familiari in condizione di disabilità grave o di non autosufficienza.

A tale importo, può inoltre essere aggiunto un contributo per l'affitto dell'immobile dove risiede il nucleo per un importo pari all'ammontare del canone annuo previsto nel contratto in locazione, fino ad un massimo di euro 3.640 annui, ovvero 1.950 euro annui se il nucleo familiare è composto da persone tutte di età pari o superiore a 67 anni.

Proponendo, dunque, una simulazione che si basi sull'ipotesi di un nucleo familiare composto da due persone anziane, se si tratta di *over 60*, l'importo mensile può arrivare a 758 euro. Nel caso di una coppia di *over 67*, l'importo mensile sale a 955 euro. A queste somme, come rilevato, vanno aggiunti i contributi nel caso in cui il nucleo familiare risieda in un immobile in affitto.

In continuità con quanto previsto in precedenza dal legislatore, il contributo economico è erogato mediante uno strumento di pagamento elettronico ricaricabile denominato "carta d'inclusione" (o carta AdI) che consente l'acquisto di beni di consumo e servizi (ad eccezione di quelli elencati dal legislatore come, ad esempio, prodotti alcolici o acquisto di sigarette) e un prelievo mensile entro il limite di 100 euro, moltiplicato per la scala di equivalenza AdI.

L'impianto introdotto, da ultimo, dal legislatore si mostra coerente rispetto alla consueta distinzione già richiamata che va operata tra coloro che possono svolgere attività lavorative e coloro che, per raggiunti limiti di età, non possono più agevolmente essere reintrodotti nel mercato del lavoro. Pertanto, il sostegno economico è slegato dall'elemento della condizionalità relativo al necessario impegno per il reinserimento lavorativo per coloro che abbiano compiuto i 60 anni che, comunque, possono richiedere l'adesione volontaria a un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo o all'inclusione sociale<sup>25</sup>.

Tralasciando in questa sede gli aspetti e le criticità della nuova misura di sostegno al reddito sul piano del supporto e del sostegno per le persone occupabili in cerca di lavoro e concentrandosi sul sostegno per le persone anziane, si può tracciare un primo bilancio rispetto alle precedenti esperienze di reddito minimo previste dal legislatore. Gli aspetti negativi sono riconducibili, *in primis*, alla scelta di estromettere la misura di reddito minimo dall'ambito LEP, escludendola, quindi, dall'alveo dei "nuovi" diritti sociali rispetto ai quali vanno garantiti livelli essenziali di prestazioni in tutto il territorio. Come si è detto, inoltre, appariva più coerente e rispondente alle indicazioni provenienti dal livello di governo europeo la scelta compiuta dal legislatore nel 2019 di individuare uno specifico strumento *ad hoc* di sostegno al reddito per le persone anziane, denominato pensione di cittadinanza. Il nuovo impianto, infatti, non prevede più un vero "reddito di vecchiaia" ma il sostegno economico è previsto, in generale, per tipologie di nuclei familiari all'interno delle quali rientrano le famiglie con persone che abbiano compiuto i 60 anni di età. Il che, comunque, non ha impedito nella riforma del reddito minimo italiano di prevedere forme di sostegno al reddito anche rivolte alle persone anziane in stato di bisogno. Peraltro, va rilevato che il legislatore ha opportunamente

---

<sup>25</sup> Sulla base di quanto previsto dall'art. 6, comma 5, d.l. n. 48/2023.



innalzato il sostegno economico a favore dei nuclei familiari composti da *over 67* cercando di fornire un'adeguata risposta alle esigenze sottese a quella doppia fragilità cui si è fatto più volte riferimento. Appare, a tale riguardo, indubbiamente condivisibile la scelta di elevare i livelli di tutela per le fasce di età che più si avvicinano a quella che può essere considerata l'età anziana.

Si tratta di misure necessarie e opportune a favore degli anziani che, però, nell'ambito di un corretto equilibrio e rapporto tra generazioni, dovrebbero essere parte di un sostegno al reddito forse più inclusivo e meno penalizzante nei confronti dei nuclei familiari in condizione di povertà che non abbiano al loro interno figli minorenni, disabili o anziani che la riforma ha escluso dall'accesso all'AdI.

## 5. Il PNRR, la sua implementazione e i limiti sul piano del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale degli anziani

Come si è rilevato, il cambio di approccio legato alla filosofia del piano *Next Generation EU* e la rinnovata espansione dell'intervento pubblico europeo e nazionale nell'economia hanno avviato un percorso temporaneo non basato sull'*austerità* bensì sul contrasto alle disuguaglianze e sulla costruzione di un welfare statale efficacemente supportato a livello europeo che si è tradotto nei piani nazionali di ripresa concretizzatosi, in Italia, con l'adozione del PNRR <sup>26</sup>.

Il PNRR ha previsto diverse misure per le persone anziane non autosufficienti relative al rafforzamento dei servizi sociali territoriali nell'ottica della prevenzione e del mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), nonché attraverso il potenziamento dell'assistenza sanitaria radicata sul territorio (Missione 6). Di rilievo risulta, nel Piano, l'obiettivo generale di "Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità".

Nella Missione 5, 500 milioni di euro sono stati stanziati per il sostegno alle persone fragili e anziane per rafforzare i servizi sociali territoriali e "di prossimità". Di questi, 300 milioni riguardavano la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi. L'obiettivo era dunque quello di favorire, per quanto possibile, l'autonomia e l'indipendenza delle persone anziane, in un contesto nel quale veniva garantita un'esplicita presa in carico da parte dei servizi sociali. Questi interventi sono stati affiancati da una riforma tesa a introdurre un sistema organico di misure in favore degli anziani non autosufficienti, finalizzato all'individuazione di livelli essenziali delle prestazioni. Come rileva il Piano, l'obiettivo di questi interventi è quello di prevenire l'esclusione sociale

---

<sup>26</sup> Si rinvia, sul punto a P. BILANCIA (a cura di), *L'impatto del PNRR sul sistema di governo multilivello*, il Mulino, Bologna, 2024.

intervenendo sui principali fattori di rischio individuale e collettivo, intercettando e supportando situazioni di fragilità sociale ed economica.

Già dalle linee generali del PNRR era possibile, dunque, intravedere potenzialità e limiti del Piano in questo ambito.

Va rilevato, innanzitutto, che non sono state previste misure per finanziare il sostegno al reddito degli anziani in stato di povertà e ciò è del resto in linea con la natura stessa del PNRR che è misura temporanea che, come tale, non poteva farsi carico in via continuativa dei costi per il sostegno al reddito. Pertanto, sul piano del sostegno finanziario per supportare le misure di reddito minimo non è stato previsto, né poteva esserlo, un intervento da parte di NGEU.

Quel che invece è presente nel PNRR è un approccio che, nelle sue linee generali, è stato condivisibilmente indirizzato a contrastare l'esclusione sociale – altra faccia, come si è detto, della povertà – attraverso il tentativo di un rafforzamento dei servizi sociali territoriali. Il che, però, sembra essersi tradotto in linee e obiettivi forse eccessivamente generali che non hanno imposto al legislatore veri e propri interventi, con relativo sostegno finanziario, atti a contrastare l'esclusione sociale delle persone anziane bisognose e, quindi, a favorirne l'azione di inserimento sociale attraverso specifici *input* e obiettivi da fornire ai servizi sociali. L'unico aspetto in cui il PNRR è entrato nel dettaglio e ha previsto misure specifiche è quello riconducibile al rafforzamento dell'assistenza sanitaria territoriale (anche) per le persone anziane. Questione, quest'ultima, certamente di rilievo ma che non può soddisfare, da sola, l'esigenza appena espressa di interventi direttamente orientati a contrastare l'esclusione sociale.

Se queste erano le premesse desumibili dal PNRR con i limiti intrinseci che si sono richiamati, non stupisce che gli interventi legislativi di questi anni non abbiano affrontato con particolare attenzione e con appositi finanziamenti la questione dell'esclusione sociale degli anziani in condizione di povertà. Quel “diritto alla socialità” dell'anziano che si è in già richiamato in precedenza, insomma, non pare aver trovato un'adeguata traduzione in interventi mirati e di supporto.

Nella legge n. 33/2023 contenente deleghe al Governo “in materia di politiche in favore delle persone anziane” si richiamano condivisibili principi per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e assistenza delle persone anziane in attuazione della missione 5 del PNRR (art. 2, comma 1). Tra i principi generali contenuti nella delega, risaltano, in particolare, i seguenti:

- “promozione di ogni intervento idoneo a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, indipendentemente dal luogo ove si trovino a vivere, mediante la previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, del servizio civile universale e degli enti del Terzo settore” (art. 2, comma 2, lett. c));
- “promozione della valutazione multidimensionale bio-psico-sociale delle capacità e dei bisogni di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso

a un continuum di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona e del suo contesto familiare e sulla effettiva presa in carico del paziente anziano (art. 2, comma 2, lett. e)).

La nota critica risiede nel fatto che già nell'enunciazione di tali importanti e condivisibili principi che porrebbero le basi per contrastare il fenomeno dell'esclusione sociale delle persone anziane in condizione di povertà, la legge delega evidenzia come si debba trattare di interventi a costo zero, poiché rientranti "nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e delle facoltà assunzionali degli enti" (art. 2, comma 2, lett. e)). Come è evidente, però, con interventi a costo zero è piuttosto difficile ipotizzare che gli enti locali e i servizi sociali e assistenziali siano nelle condizioni di reperire le risorse necessarie per contrastare l'esclusione sociale degli anziani. Peraltro, questa impostazione tende anche a porsi in potenziale conflitto con l'impianto del PNRR che, invece, come si è evidenziato, aveva previsto una voce di spesa di 500 milioni. Tuttavia, va rilevato che il Piano è stato eccessivamente vago sul punto poiché non era rivolto, nello specifico, al contrasto all'esclusione sociale degli anziani più deboli ma, in generale, al rafforzamento dei servizi sociali per persone fragili e anziani.

La legge ha, inoltre, previsto l'adozione, con cadenza triennale, 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», sulla base dei quali devono essere adottati i corrispondenti piani regionali e locali.

Anche analizzando il d.lgs. n. 29/2024 con cui si è data attuazione alla delega, si confermano le perplessità nei confronti della legge delega per quanto riguarda la previsione di misure specifiche a sostegno delle persone anziane in condizione di povertà. Viene, infatti, affrontato sul piano generale il tema del contrasto all'esclusione sociale dell'anziano attraverso misure anche interessanti come la promozione dell'attività fisica, l'incentivazione della relazione con animali da affezione, il turismo lento (artt. 11-14) che paiono, però, indirizzate alle persone anziane benestanti o comunque non rientranti tra coloro che si trovano in condizione di povertà. Risulta piuttosto evidente, sotto questo profilo, l'assenza di misure specificamente rivolte al contrasto all'esclusione sociale e all'isolamento delle persone anziane in condizione di povertà.

Il tema dell'esclusione sociale che rappresenta, in molti casi, un ulteriore elemento di criticità che va a sommarsi alla condizione di povertà, dunque, non è stato affrontato con decisione e attenzione da parte del legislatore e, pertanto, questo nodo problematico rimane a oggi irrisolto tanto nell'ambito delle misure relative al sostegno al reddito il cui ultimo approdo è rappresentato dall'AdI, quanto in relazione agli interventi adottati per dare applicazione al PNRR.

## 6. Alcune considerazioni conclusive

Sintetizzando al massimo, è possibile inquadrare due elementi fondamentali nell'ambito delle misure di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale; elementi che sono sostanzialmente validi per tutte le fasce d'età. Il primo è rappresentato dalle misure di sostegno al reddito e quindi dal supporto economico a favore delle persone in condizione di bisogno. A questo intervento deve, poi, aggiungersi un pacchetto di misure volte a favorire il reinserimento sociale di queste persone poiché, in molti casi, la condizione di povertà si accompagna all'esclusione sociale. Emerge, quindi, quel che può essere definito come una sorta di "diritto alla socialità", un diritto a non essere lasciati soli che tende a configurarsi come una sorta di nuovo diritto sociale nel contesto delle misure necessarie per un welfare rinnovato, uno Stato sociale per il nuovo millennio. Questo secondo elemento appare, peraltro, particolarmente significativo se l'attenzione si rivolge alle persone anziane in condizione di povertà poiché il rischio di esclusione sociale risulta in queste circostanze ancora più concreto.

In questo contesto, la domanda che appare opportuno porsi è relativa all'effettivo impatto delle misure adottate in questi ultimi anni in Italia dopo che il legislatore ha introdotto il reddito minimo e alla luce dell'implementazione del PNRR.

Indubbiamente, il sostegno economico rappresenta un elemento di rilievo primario e, da questo punto di vista, va senz'altro valutato positivamente l'intervento, invero tardivo, del legislatore che ha introdotto anche in Italia delle forme di reddito minimo. In questo ambito, però, come si è rilevato, non mancano comunque le criticità di una normativa che si è contraddistinta sino ad oggi per la sua scarsa stabilità e che, specie dopo l'ultimo intervento legislativo, non si configura come nuova misura di welfare strutturale, a discapito di quanto previsto e richiesto dal Pilastro europeo dei diritti sociali.

Il legislatore ha dunque colmato, anche a favore delle persone anziane, quel vuoto legislativo che era presente nel nostro ordinamento in relazione alle misure di sostegno al reddito. Rimane, però, sostanzialmente senza risposta l'altra grande questione che è quella relativa all'esclusione sociale. L'impressione è che il legislatore si sia sostanzialmente limitato al sostegno economico (per le persone anziane e per le persone in età lavorativa) senza concentrarsi a fondo sul tema del reinserimento sociale delle persone in condizione di povertà e, nello specifico, per quel che qui interessa, delle persone anziane, che si trovano ovviamente in una condizione di maggiore vulnerabilità. Un intervento più ambizioso dovrebbe, dunque, necessariamente farsi carico dell'altra faccia della medaglia quando si fa riferimento a condizioni di povertà poiché, allo stato attuale, quel diritto alla socialità cui si è fatto riferimento non appare sufficientemente affrontato dalle misure cui si è fatto riferimento.

Emerge, quindi, una speculare debolezza degli interventi di sostegno al reddito sin qui adattati, tanto in relazione alla capacità di favorire il reinserimento lavorativo e sociale delle persone in età lavorativa, quanto al contrasto all'esclusione

sociale delle persone anziane. E questo appare, ad oggi, come uno degli elementi di maggiore criticità per il reddito minimo italiano rispetto al quale, come si è visto, neppure gli interventi adottati nell'ambito del PNRR sono stati in grado di fornire una risposta. Si tratta di una questione aperta che dovrà essere affrontata nei prossimi anni con nuovi interventi orientati a una valutazione multidimensionale della condizione della persona anziana (e non) in condizioni di fragilità che vadano oltre il solo sostegno economico.

# Anziano e inclusione socio-culturale: i diritti culturali degli immigrati di “prima generazione”

Giovanni Cavaglion\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione: anziani, migrazioni e diritti culturali. – 2. L’anziano straniero nella società multiculturale: una doppia (o tripla) fragilità – 3. Il caso dell’Italia: il quadro normativo vigente. – 4. (segue) ... e le (rare) politiche per la tutela dei diritti culturali (e sociali) dell’anziano straniero. – 5. Conclusioni.

**ABSTRACT:** The chapter analyses the challenges of the socio-cultural integration of the “elderly foreigners” in the multicultural society: the social and cultural inclusion in the national society and in the services that its constitutional system provides of those foreigners belonging to new minorities that have reached the “third age”. This is a problem that is currently emerging in all the countries of the “Western world”, including Italy. While it is true that migrants are usually “young” individuals, it is also true that, in Italy’s case, the first large migratory flows from Albania and Northern Africa started in the 80s, and therefore the individuals that arrived on the national territory in that historical moment are now entering the advanced phases of their existences. These individuals are affected by a condition of double (or, in some cases, triple) vulnerability, as they are, at the same time, elderly, belonging to a cultural minority, and, often, non-citizens. This means that they are at a noticeable disadvantage when it comes to the full enjoyment of constitutional (civil, political, social, economic and cultural) rights and the possibility of fully developing their personality. The chapter highlights how the “elderly foreigner” is not – unlike other categories of vulnerable foreigners (such as minors or mothers) – the recipient of special protections in national immigration (and integration) law. It examines some selected examples of best practices (especially at the local level, and/or with the involvement of the “third sector”) that have started to surface to address the growing issue of facilitating the socio-cultural integration of “elderly foreigners”. The chapter argues that these practices are undoubtedly implementing the fundamental personalist, pluralist and solidarist principles (article 2 Cost.), as well as the principle of equality (article 3 Cost.), but they cannot replace, in the long term, a structural intervention by the national legislator.

## 1. Introduzione: anziani, migrazioni e diritti culturali

Il tema dell’integrazione socio-culturale degli “stranieri anziani”, e cioè degli individui appartenenti alle “nuove minoranze”<sup>1</sup> che abbiano raggiunto la c.d. “terza

---

\* Professore Associato di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Milano.

<sup>1</sup> Secondo la nota distinzione tra “nuove minoranze”, e cioè le minoranze che vengono a crearsi attraverso i flussi migratori, e “minoranze storiche”, e cioè le minoranze nazionali. Si veda sulla distinzione in parola W. KYMLICKA, *Multicultural citizenship: a liberal theory of minority rights*, Clarendon, Oxford, 1995.

età”, risulta sostanzialmente inesplorato nella giuspubblicistica italiana. Anche volendo allargare la prospettiva al panorama europeo, la questione della tutela dei diritti (e, in particolare, dei diritti culturali e dei diritti sociali) dello straniero anziano risulta storicamente estranea all’attenzione della dottrina e del pubblico potere.

Ciò potrebbe apparire, in effetti, per certi versi sorprendente, specie se si considera la rilevanza che è normalmente riconosciuta, nel dibattito politico-sociale, al tema dell’immigrazione e dell’integrazione nella “società multiculturale” e alle problematiche a esso connesse. Invero, si è condivisibilmente osservato, in punto, che l’invecchiamento della popolazione “migrante” si pone all’intersezione di due dei più rilevanti fenomeni demografici del nostro tempo: l’immigrazione e le trasformazioni che da essa sono generate da un lato, e il progressivo invecchiamento della popolazione dall’altro <sup>2</sup>.

La scarsa attenzione sembra imputabile, a ben vedere, al fatto che, nelle società “occidentali”, il fenomeno migratorio viene ancora oggi rappresentato nei medesimi termini del secolo scorso, e cioè dell’epoca in cui ha avuto inizio la fase storica delle grandi migrazioni dirette verso i Paesi del “nord globale”. Il migrante viene sempre e invariabilmente dipinto (e percepito), in una sorta di “fermo immagine”, come un individuo giovane e abile al lavoro, che si sposta per garantirsi delle condizioni di vita migliori per mezzo della propria attività economica <sup>3</sup>.

L’idea che lo straniero possa essere “anziano” è, quindi, di fatto, estranea all’immaginario collettivo e al discorso politico, e quando l’immigrazione viene posta in relazione all’invecchiamento della popolazione, il paradigma è piuttosto quello del raffronto (*rectius*, contrasto) tra delle minoranze migranti giovani e una popolazione nazionale “nativa” che invecchia e conosce al contempo una rilevante decrescita del proprio tasso di natalità. Il riferimento è al c.d. “inverno demografico” delle società “occidentali” <sup>4</sup>, di cui emblematico è peraltro, come noto, il caso dell’Italia, in cui il tasso di natalità è sceso dal 2,40 del 1960 all’1,24 del 2022 <sup>5</sup>.

Quando l’immigrazione viene calata in questo contesto socio-demografico, pertanto, ciò è storicamente avvenuto solo e soltanto ai fini di offrire possibili soluzioni per il problema dell’invecchiamento della popolazione dei cittadini “nativi”, argomentando, più precisamente, come nello Stato democratico sociale siano oggi indispensabili flussi di migranti giovani e abili al lavoro che, stabilendosi nella comunità nazionale, possano contribuire alla tenuta (alla sostenibilità) di lungo periodo del sistema pensionistico e della previdenza sociale <sup>6</sup>.

<sup>2</sup> Si veda P. ATTANASIO, *L’invecchiamento della popolazione immigrata*, in *Dialoghi mediterranei*, 54, marzo 2022.

<sup>3</sup> Si vedano in punto R. RICUCCI, A. ELIA, G. CELLINI, *Il futuro già qui. Immigrati anziani, una realtà su cui riflettere e progettare*, in *Mondi migranti*, 1, 2025.

<sup>4</sup> Su cui si veda G.-F. DUMONT, *Démographie politique. Les lois de la géopolitique des populations*, Ellipses, Paris, 2007.

<sup>5</sup> Sostanzialmente analoghe sono, peraltro, le rilevazioni per altri Paesi europei. Cfr. il report Eurostat, *Fertility statistics*, 2022.

<sup>6</sup> Cfr. in questo senso anche la relazione annuale alla Camera del Presidente dell’INPS Boeri

Si spiega allora perché, in un quadro di riferimento siffatto, la condizione peculiare dell'anziano straniero si sia collocata, sino a tempi recenti – ancor più che quella dell'anziano *tout court*<sup>7</sup> – in un vero e proprio “cono d'ombra”.

Eppure, è oggettivo che “la migrazione sta invecchiando”<sup>8</sup>: la popolazione migrante che, ormai a partire dalla seconda metà del secolo scorso, si è stanziata negli ordinamenti “occidentali” è cresciuta, si è radicata, ed è invecchiata nei Paesi “ospitanti”; le sue esigenze divengono, ora, sempre più centrali nelle rispettive società e, di conseguenza, un problema non più trascurabile per il decisore pubblico.

Al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione straniera contribuisce, peraltro, proprio il fatto che le migrazioni sono, nella fase storica attuale, sempre più concentrate sui Paesi facenti parte del “nord globale”<sup>9</sup>, in ragione, tra le altre cose, dell'attrattività che tali società esercitano sui migranti per via degli elevati livelli di benessere economico e sociale e di tutela dei diritti fondamentali che in esse sono stati raggiunti a partire dalla metà del XX secolo. E però, proprio gli elevati livelli di tutela dei diritti e di benessere goduti nelle socialdemocrazie (e, in particolare, la tutela del diritto alla salute) hanno comportato un considerevole innalzamento dell'aspettativa di vita dei consociati, innalzamento che riguarda, come ovvio, anche i migranti che in tali società si stabiliscono<sup>10</sup>.

E così, quando la dottrina ha, infine, “scoperto”, all'inizio del XXI secolo, il problema dell'anziano straniero, i primi studi si sono concentrati, non a caso, sulla dimensione socio-economica, e dunque sull'accesso ai diritti sociali ed economici e al sistema del welfare degli anziani appartenenti alle “nuove minoranze”<sup>11</sup>.

---

nell'anno 2017, in cui si evidenziava che “chiudendo le frontiere rischiamo di distruggere il nostro sistema di protezione sociale”. Si veda in punto B. DE SARIO, *Gli stranieri maturi e anziani. Demografia, lavoro e bisogni sociali nel cambiamento delle migrazioni in Italia*, in *FDV Working Papers*, 1, 2023, 5.

<sup>7</sup> Si vedano P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell'Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*, A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione*, F.G. PIZZETTI, *L'anziano vulnerabile nella disciplina della relazione di cura e nelle scelte di “fine-vita”: criticità e prospettive*, tutti in questo volume.

<sup>8</sup> Così L. FERRERO, *Traiettorie di esclusione e gestione della cronicità tra gli anziani di origine straniera*, in *Mondi migranti*, 1, 2025, 70.

<sup>9</sup> Si veda l'ampio studio di E. KAUFMANN, *Whiteshift. Populism, immigration and the future of white majorities*, Penguin, London, 2019.

<sup>10</sup> Si veda B. DE SARIO, *Gli stranieri maturi e anziani. Demografia, lavoro e bisogni sociali nel cambiamento delle migrazioni in Italia*, cit., 5.

<sup>11</sup> Si vedano, ex multis: S. TORRES, *Elderly Immigrants in Sweden: “Otherness” Under Construction*, in *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 32, 8, 2006; P. WHITE, *Migrant Populations Approaching Old Age: Prospects in Europe*, in *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 32, 8, 2006; C. BOLZMAN, R. FIBBI, M. VIAL, *What to do after Retirement? Elderly Migrants and the Question of Return*, in *Journal of Ethnic and Migrations Studies*, vol. 32, 8, 2006; J. SUURMOND, D.L. ROSENMÖLLER, H. EL MESBAHI, M. LAMKADDEM, M.-L. ESSINK-BOT, *Barriers in access to home care services among ethnic minority and Dutch elderly – A qualitative study*, in *International Journal of*



Sostanzialmente inesplorato è rimasto, invece, il problema dei *diritti culturali* dell'anziano straniero, e dunque del suo diritto di accedere alla cultura e partecipare pienamente alla vita culturale, del suo diritto a mantenere la propria identità culturale e, in prospettiva più generale, dei processi di integrazione socio-culturale che lo coinvolgono (o lo dovrebbero coinvolgere) nel Paese "ospitante". E tuttavia, è noto che, per l'appartenente a una minoranza, la mancata tutela dei diritti culturali e, dunque, l'emarginazione culturale, ridonda, "a cascata", in una mancata tutela dei diritti civili, politici, economici e sociali, e si traduce in un'emarginazione che trascende la sola dimensione culturale e diviene, invece, emarginazione sociale *tout court*<sup>12</sup>. I diritti culturali sono, in altri termini, uno degli strumenti attraverso cui lo Stato democratico-pluralista contemporaneo può rimuovere gli ostacoli che impediscono una piena inclusione di ciascun essere umano nella comunità in cui vive<sup>13</sup>, e ciò vale, a maggior ragione, per categorie "vulnerabili" come quella degli anziani e degli stranieri.

Nel presente contributo si procederà, pertanto, a un primo inquadramento del problema dell'anziano straniero e della sua particolare vulnerabilità nella società multiculturale in generale (§2), e nell'ordinamento italiano in particolare (§3). Si individueranno poi alcuni esempi di iniziative (*best practices*) per l'integrazione socio-culturale dell'anziano straniero poste in essere (prevalentemente a livello decentrato e/o da soggetti del terzo settore) in Italia e in altri Paesi europei (§4), ai fini di evidenziare come una corretta attuazione dei principi personalista, solidarista, di eguaglianza e di cultura richieda, oggi, l'implementazione di adeguate politiche volte a garantire i diritti culturali dello straniero anziano come strumento per la promozione dell'inclusione politica, sociale, economica e culturale e, dunque, della coesione sociale (§5).

## 2. L'anziano straniero nella società multiculturale: una doppia (o tripla) fragilità

Per le medesime ragioni esposte nel paragrafo che precede, il dibattito politico, sociale e dottrinale sull'integrazione delle "nuove minoranze" nella società multiculturale si è storicamente focalizzato (così come quello sull'immigrazione) sul mito di una popolazione straniera perennemente giovane e, dunque, sulla necessità di garantire la convivenza con le "nuove generazioni" degli appartenenti alle minoranze culturali, mentre poco (o nulla) è stato detto sull'integrazione di coloro che, stabilitisi per primi nel territorio nazionale, vi vivono ormai da diverse decadi.

---

*Nursing Studies*, vol. 54, 2016; A.M. WARNES, K. FRIEDRICH, L. KELLAHER, S. TORRES, *The diversity and welfare of older migrants in Europe*, in *Ageing & Society*, vol. 24, 2004.

<sup>12</sup> Si veda, per tutti, W. KYMLICKA, *Multicultural citizenship: a liberal theory of minority rights*, cit.

<sup>13</sup> Si veda J. LUTHER, *Il pane dei filosofi e i denti dei giuristi: diritti culturali fondamentali?*, in *Teoria politica*, 3, 2001.

Invero, quando il tema dell'integrazione è stato posto, solo di recente, in correlazione con le questioni dell'invecchiamento, ciò è avvenuto per denunciare la (asserita) interazione negativa tra il già menzionato "inverno demografico" delle società "ospitanti" e i tassi di natalità notevolmente più elevati rilevabili tra le "nuove minoranze", che comporta importanti trasformazioni socio-culturali nella fisionomia "tradizionale" della comunità nazionale<sup>14</sup>. Trattasi del "panico demografico"<sup>15</sup>, o "demografobia"<sup>16</sup>, che, sapientemente dirottato dalle "politiche del risentimento"<sup>17</sup> delle forze politiche populiste, sfocia nelle teorie del complotto della c.d. "sostituzione etnica", o "*grand remplacement*"<sup>18</sup>, per cui sarebbe in atto un disegno di sostituzione (o, per alcuni, di "genocidio"<sup>19</sup>) della popolazione nazionale tradizionale (destinata a invecchiare e ridursi fino a sparire) con giovani migranti portatori di culture "aliene", determinati a imporre la propria identità con la forza della demografia.

Sostanzialmente inesplorato risulta invece, come anticipato, il tema dell'invecchiamento della popolazione straniera residente e degli appartenenti alle "nuove minoranze" e della loro inclusione socio-culturale.

E tuttavia l'invecchiamento pone, per il migrante, nuove e inedite scelte relative alla migliore prospettiva di vita e di sviluppo della personalità nella fase più avanzata dell'esistenza, a partire dalla scelta cruciale tra la permanenza nella società "ospitante", e il rientro (per quanto difficoltoso) nel Paese di origine<sup>20</sup>.

In questa prospettiva, va osservato che le migrazioni che caratterizzano la fase storica attuale sono divenute, sempre più, migrazioni "permanenti", e cioè senza prospettiva di ritorno nel Paese di origine, e migrazioni "familiari", e cioè che implicano lo spostamento di interi nuclei<sup>21</sup>, con ciò differenziandosi, almeno in parte, dalle migrazioni tipiche della fase immediatamente successiva alla Seconda Guerra Mondiale, caratterizzate spesso dallo spostamento dei soli componenti giovani ("abili al lavoro") delle famiglie, e con una (almeno iniziale) progettualità di rientro (si pensi alle migrazioni italiane in Germania, Svizzera, Belgio o Argentina). Il che

---

<sup>14</sup> Si veda E. KAUFMANN, *Whiteshift. Populism, immigration and the future of white majorities*, cit. Sia inoltre consentito il rinvio a G. CAVAGGION, *I diritti della maggioranza nel costituzionalismo contemporaneo. Possibili derive illiberali della tutela dell'identità nazionale*, Giappichelli, Torino, 2025, 38 ss.

<sup>15</sup> Così I. KRASTEV, *Dove va l'Europa dopo il suo 11 Settembre*, in *Reset*, 4 giugno 2019.

<sup>16</sup> Così A. EISENBERG, *The rights of national majorities: toxic discourse or democratic catharsis?*, in *Ethnicities*, vol. 20, 2, 2020, 322.

<sup>17</sup> Su cui si veda F. FUKUYAMA, *Identity: the demand for dignity and the politics of resentment*, Farrar, Straus and Giroux, New York, 2018.

<sup>18</sup> Resa celebre da R. CAMUS, *Le grand remplacement*, David Reinharc, Paris, 2011.

<sup>19</sup> Cfr. Salvini: *vogliono cancellare gli italiani: è genocidio*, in *la7 News*, 30 maggio 2016.

<sup>20</sup> Si veda in punto P. ATTANASIO, *L'invecchiamento della popolazione immigrata*, cit.

<sup>21</sup> Cfr. i dati raccolti nel rapporto OCSE, *International Migration Outlook 2023*, OECD Publishing, Paris, 2023.

fa sì che siano sempre meno, oggi, gli appartenenti alle “nuove minoranze” che effettivamente fanno ritorno in patria, e che la popolazione straniera sia divenuta, nelle società occidentali, una “popolazione che è qui per restare”<sup>22</sup>, dato che vale a definire, del resto, il carattere “multiculturale” di tali società, che si distinguono proprio per l’incremento estremo del pluralismo “esogeno” generato dal progressivo radicamento delle minoranze migranti.

Pertanto, al netto di alcune categorie “residuali”, rappresentate prevalentemente da quegli anziani stranieri che siano stati oggetto dell’esercizio del diritto al ricongiungimento familiare e che abbiano dunque raggiunto i propri figli nel Paese di emigrazione, dai (pochi) “migranti economici” di età avanzata, o da cittadini stranieri in possesso di considerevoli risorse economiche che abbiano deciso di trascorrere la loro vecchiaia in un nuovo Paese, la gran parte degli “stranieri anziani” appartiene alla categoria di coloro che, avendo lasciato il proprio Paese per ragioni economiche o familiari in età “giovane”, sono poi invecchiati nel Paese “ospitante”<sup>23</sup>.

Trattasi di individui che si trovano nella condizione che la dottrina ha, ormai da tempo, identificato come “vulnerabilità intersezionale”, e cioè la situazione di svantaggio che caratterizza persone appartenenti contemporaneamente a due (o più) gruppi esposti al rischio (attuale o potenziale) di una discriminazione ingiusta<sup>24</sup>. Nel caso dello straniero anziano, la “doppia fragilità” (e, dunque, la potenziale “doppia discriminazione”) discende dal fatto che i soggetti in questione sono al contempo, per l’appunto, *anziani e appartenenti a minoranze* (socio-)culturali.

Sotto il primo profilo, la situazione dello straniero anziano è caratterizzata dalle medesime vulnerabilità in cui possono incorrere, di norma, tutti i soggetti anziani, e dunque dalla situazione di svantaggio che è generata nella persona umana dall’invecchiamento, come conseguenza del decadimento delle funzioni biologiche e, a volte, di conseguenza, di quelle cognitive<sup>25</sup>.

A tale situazione di svantaggio si somma poi, per l’anziano straniero, quella ulteriore dell’appartenenza a una minoranza socio-culturale, e dunque della divergenza tra la propria identità (la propria “forma di vita”<sup>26</sup>) e quella della maggioranza dei consociati<sup>27</sup>. L’appartenente a una minoranza si trova, infatti, in una situazione di svantaggio strutturale derivante dal fatto che la società e l’ordinamento in cui egli vive e sviluppa la sua personalità sono “dominati” dalla maggioranza

<sup>22</sup> Si veda B. DE SARIO, *Gli stranieri maturi e anziani. Demografia, lavoro e bisogni sociali nel cambiamento delle migrazioni in Italia*, cit., 8.

<sup>23</sup> Si vedano R. KING, A. LULLE, D. SAMPAIO, J. VULLNETARI, *Unpacking the ageing-migration nexus and challenging*, in *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 43, 2, 2017.

<sup>24</sup> Si veda, per tutti, K.W. CRENSHAW, *On Intersectionality: Essential Writings*, The New Press, New York, 2017.

<sup>25</sup> Si veda P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, cit.

<sup>26</sup> Così J. HABERMAS, *Autonomy and solidarity*, Verso, New York, 1992, 200 ss.

<sup>27</sup> Si veda A. PIZZORUSSO, *Minoranze etnico-linguistiche*, in *Enc. dir.*, XXVI, Giuffrè, Milano, 1976.

culturale tradizionale<sup>28</sup>. La mancata conoscenza della lingua nazionale, l'appartenenza a una religione minoritaria, l'etnicità o il modo di vestire diversi da quelli nazionali tradizionali sono tutti fattori che comportano il rischio di emarginazione culturale dello "straniero"<sup>29</sup>.

In alcuni casi, inoltre, la situazione di svantaggio dello straniero anziano è esasperata da un terzo fattore di discriminazione (da una terza "vulnerabilità"): il mancato possesso della cittadinanza del Paese "ospitante", che comporta di norma un livello di tutela dei diritti inferiore rispetto al cittadino<sup>30</sup>. I fenomeni delle grandi migrazioni e della società multiculturale hanno evidenziato come l'istituto della cittadinanza rimanga, ancora oggi, saldamente ancorato alla dinamica, tipica dello Stato-nazione, della distinzione tra "noi" e gli "altri" (se non addirittura alla dicotomia schmittiana "amico" – "nemico"<sup>31</sup>), e come l'integrazione nella comunità nazionale, e dunque l'accesso al sistema dei diritti e doveri che legano il cittadino allo Stato in prospettiva verticale, e agli altri consociati in prospettiva orizzontale, ancora dipenda in gran parte dall'acquisizione dello *status civitatis*, non solo nella prospettiva dei diritti politici, ma anche in quella dei diritti civili, economici e sociali<sup>32</sup>.

Il risultato dell'intersezione tra questi due (o tre) fattori di discriminazione è, allora, che gli anziani stranieri si trovano in una situazione strutturale di svantaggio politico, sociale, economico e culturale.

Essi, infatti, per via della "fragilità" dovuta all'età avanzata, della diversità della loro identità culturale e, in alcuni casi, del mancato possesso della cittadinanza, si trovano esclusi, almeno in parte, dai processi politici, sociali, economici e culturali che animano la comunità in cui si trovano a svolgere la loro personalità nella prospettiva di cui all'art. 2 Cost. Essi hanno, inoltre, minori possibilità, rispetto agli altri consociati (non anziani, appartenenti alla maggioranza culturale, cittadini), di rimediare a tali condizioni di svantaggio, e dunque di "elevarsi", nella prospettiva di cui all'art. 3 Cost., sotto il profilo della dignità sociale e di un'eguaglianza effettiva.

Si pensi, *in primis*, alle maggiori difficoltà che l'anziano incontra, rispetto allo straniero giovane, nell'integrazione nella società "ospitante", come nel caso dell'apprendimento, in età avanzata, di una nuova lingua, dei costumi e delle tradizioni nazionali, o dell'educazione civica e delle regole fondamentali dell'ordinamento.

---

<sup>28</sup> Sia consentito il rinvio a G. CAVAGGION, *I diritti della maggioranza nel costituzionalismo contemporaneo. Possibili derive illiberali della difesa dell'identità nazionale*, cit., 12 ss.

<sup>29</sup> Si veda, per tutti, W. KYMLICKA, *Multicultural citizenship: a liberal theory of minority rights*, cit.

<sup>30</sup> Si vedano, *ex multis*, almeno: M. CUNIBERTI, *La cittadinanza. Libertà dell'uomo e libertà del cittadino nella costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1997; G. CORDINI, *Elementi per una teoria giuridica della cittadinanza. Profili di Diritto Pubblico Comparato*, Cedam, Padova, 1998; D. PORENA, *Il problema della cittadinanza*, Giappichelli, Torino, 2011.

<sup>31</sup> Si veda C. SCHMITT, *Der Begriff des Politischen*, (1932), trad. ing., *The concept of the political*, a cura di G. SCHWAB, University of Chicago Press, Chicago-London, 1996.

<sup>32</sup> Si veda sul tema M. AMBROSINI, *Altri cittadini. Gli immigrati nei percorsi della cittadinanza*, Franco Angeli, Milano, 2020.

Si pensi, nella medesima prospettiva, al maggiore attaccamento alla propria cultura di origine che caratterizza gli anziani, vuoi per via del fatto di essere appartenuti a tale cultura “più a lungo” rispetto alle nuove generazioni, vuoi per via del valore etico-morale più elevato che la tradizione e la conservazione dell’identità “dei Padri e delle Madri” avevano indubbiamente per le generazioni nate nel Secondo Dopoguerra.

Si pensi al “*digital divide*”<sup>33</sup>, che colpisce l’anziano straniero in modo ancor maggiore rispetto all’anziano *tout court*, stante la difficoltà nel conseguire una effettiva “alfabetizzazione digitale” in una società nella cui cultura non si è completamente integrati.

Si pensi alla maggiore difficoltà che l’anziano straniero incontra nell’accesso alle dimensioni sociale, economica e culturale, e dunque alle barriere che la sua diversa identità e la sua minore capacità di “orientarsi” nella comunità e nell’ordinamento in cui vive rappresentano rispetto a un pieno godimento dei diritti fondamentali della persona e dei servizi a ciò preposti, così come rispetto all’interazione con il pubblico potere e con gli altri consociati.

Il fenomeno della “liquefazione” della formazione sociale “famiglia” e della “rete di supporto” che essa normalmente offre alla persona<sup>34</sup> colpisce, a sua volta, in modo ancor più intenso lo straniero anziano, che spesso è separato (soprattutto nelle “prime generazioni”) dai suoi affetti e, di conseguenza, si trova in una situazione di scarso supporto, solitudine, isolamento sociale, perdita di controllo sulla propria vita, impotenza, *ageism*, cui si aggiunge la discriminazione (reale o percepita) in ragione dell’appartenenza a una “nuova minoranza”. Invero, lo straniero anziano, per via della sua appartenenza a un diverso gruppo socio-culturale, non si vede spesso neppure riconosciuta quella “venerabilità” e quel rispetto che l’età avanzata portano, normalmente, con sé quando si tratta di anziani “nativi”<sup>35</sup>.

In definitiva, come si è condivisibilmente osservato, il “capitale giuridico” rappresentato dall’accesso ai diritti offerti dallo Stato costituzionale democratico contemporaneo è subordinato al “capitale sociale” della capacità di interagire efficientemente con la società in cui si è collocati<sup>36</sup>. Le barriere culturali che l’anziano appartenente a una nuova minoranza incontra divengono, quindi, “a cascata”, barriere politiche, sociali ed economiche, e ostano alla piena espansione della sua personalità nel senso di cui agli artt. 2 e 3 Cost. e al pieno godimento delle prestazioni offerte dallo Stato sociale<sup>37</sup>. Ciò a maggior ragione se si considera che i migranti

<sup>33</sup> Su cui si veda A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione*, cit.

<sup>34</sup> Si veda P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, cit.

<sup>35</sup> Si veda M. GARDINI, *Gli anziani delle diaspore: dopo decenni in Italia, ancora trattati come un “corpo estraneo”*, intervista a cura di R. ROSANO, in *MicroMega*, 19 ottobre 2023.

<sup>36</sup> Si vedano R. RICUCCI, A. ELIA, G. CELLINI, *Il futuro già qui. Immigrati anziani, una realtà su cui riflettere e progettare*, cit.

<sup>37</sup> Si vedano: A.M. WARNES, K. FRIEDRICH, L. KELLAHER, S. TORRES, *The diversity and welfare*

svolgono, spesso, lavori più usuranti rispetto alla generalità della popolazione, e pertanto conoscono un deterioramento più rapido delle proprie condizioni di salute, che, a sua volta, porta a una vecchiaia contraddistinta da una maggiore fragilità e da una maggiore necessità di accesso al sistema sanitario nazionale e alla generalità dei diritti sociali: l'“effetto migrante sano” (per cui solo i più forti tra i migranti riescono a completare il loro viaggio e raggiungere le società occidentali) diviene quindi, nel lungo periodo, un “effetto migrante esausto”<sup>38</sup>. Sotto questo profilo, l'esclusione e la marginalizzazione socio-culturale (o, se si preferisce, la mancata integrazione socio-culturale nella società “ospitante”) possono portare a conseguenze anche molto gravi sullo straniero anziano<sup>39</sup>.

In generale, dunque, è indubbio che l'insieme delle condizioni che si sono descritte nel presente paragrafo rende particolarmente difficile, per l'anziano immigrato (ancor più che per l'anziano *tout court*), “navigare” una società straniera, e dunque svolgere la propria personalità nel senso prescritto dai fondamentali principi personalista e di eguaglianza (specie sostanziale).

E tuttavia, nello “Stato multiculturale”<sup>40</sup> lo straniero anziano non è, a oggi, di norma, al contrario di altre categorie di stranieri “fragili” (minori, donne in stato di gravidanza, ecc.), oggetto di particolari tutele. In particolare, non risultano essere state adottate, nel panorama comparato, politiche volte a garantire in via strutturale la rimozione degli ostacoli culturali che egli incontra rispetto a un pieno sviluppo della sua personalità nella fase avanzata dell'esistenza. Il che stride, pare, proprio con i principi di eguaglianza sostanziale e di universalità dei diritti della persona (cui sono certamente riconducibili anche i diritti culturali<sup>41</sup>), che impongono da un lato che il “nucleo duro” dei diritti fondamentali sia riconosciuto a ciascun essere umano, e dall'altro che la tutela dei medesimi diritti sia modulata secondo la

---

*of older migrants in Europe*, cit.; M. GIANNONI, P. CASUCCI, Z. ISMAIL, *Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane*, Franco Angeli, Milano, 2012; C. COLLICELLI, G.R. GRISTINA, F.M. CORRAO, *Alcune aree critiche del sistema sanitario: anziani, malati cronici, donne, minori, migranti*, in *Recenti Progressi in Medicina*, vol. 114, 10, 2023.

<sup>38</sup> Così A. ROSANO, *Lo stato di salute e le previsioni demografiche delle classi di età anziane della popolazione straniera*, in *Mondi migranti*, n. 1, 2025, 86 ss.

<sup>39</sup> Si consideri che si è evidenziato, in dottrina, che i migranti di “prima generazione” di età superiore ai cinquant'anni presentano un rischio di depressione considerevolmente più elevato rispetto a quello della popolazione generale. Si veda in punto lo studio di M.C. AICHBERGER et al., *Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*, in *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, vol. 25, 8, 2010.

<sup>40</sup> Sul concetto, utilizzato qui in senso descrittivo, si veda V. BALDINI, *Lo Stato multiculturale e il mito della Costituzione per valori*, in AA.VV. (a cura di), *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Vita e Pensiero, Milano, 2011.

<sup>41</sup> Si veda in punto J. LUTHER, *Il pane dei filosofi e i denti dei giuristi: diritti culturali fondamentali?*, cit. Sia inoltre consentito il rinvio a G. CAVAGGION, *Diritti culturali e modello costituzionale di integrazione*, Giappichelli, Torino, 2018.

particolare condizione (specie se di vulnerabilità) del loro titolare.

Una efficace tutela (anche attraverso apposite “politiche attive”<sup>42</sup>) dei diritti culturali dell’anziano, nella duplice articolazione del diritto di partecipare pienamente alla vita sociale, economica, politica e culturale della società in cui vive da un lato, e del diritto a mantenere la propria cultura dall’altro, rappresenterebbe, in questa prospettiva, uno strumento indispensabile per l’abbattimento delle barriere culturali che contribuiscono a porre l’anziano straniero in una condizione di maggiore vulnerabilità sia rispetto all’anziano appartenente alla maggioranza nazionale, che rispetto alla generalità dei consociati.

### 3. Il caso dell’Italia: il quadro normativo vigente

In Italia, il problema dell’invecchiamento della popolazione straniera residente sta emergendo proprio nella fase storica attuale, dal momento che i primi grandi flussi migratori dall’Albania e dal Nord Africa che hanno interessato il Paese risalgono alla fine degli anni ’80 e all’inizio degli anni ’90, e che pertanto le persone (in gran parte giovani) che per prime giunsero sul territorio nazionale nell’ambito di tali migrazioni stanno entrando ora nel periodo della “terza età”.

Invero, le rilevazioni demografiche mostrano un lento ma progressivo incremento della numerosità della popolazione straniera anziana residente. Si consideri, infatti, che, a fronte di un numero piuttosto contenuto di stranieri con età superiore ai 49 anni che *fanno ingresso* in Italia (circa il 10% del totale dei flussi in ingresso da Paesi non facenti parte dell’Unione europea), gli stranieri *residenti* con età superiore a 49 anni erano invece, nel 2022, già il 22,8% del totale (e arriveranno, secondo le stime attuali, a circa il 30% entro i prossimi cinque anni), mentre la percentuale degli stranieri residenti con età superiore a 64 anni è aumentata, tra il 2010 e il 2022, dal 2,5% al 5,1%<sup>43</sup>. In generale, il numero degli stranieri anziani è più che quintuplicato nelle ultime due decadi, e dovrebbe arrivare, entro il 2030, a un valore assoluto di oltre 410.000 persone<sup>44</sup>.

Le medesime rilevazioni mostrano, inoltre, che l’invecchiamento della popolazione straniera residente è, in Italia, un fenomeno sostanzialmente “endogeno”, dovuto all’invecchiamento di coloro che sono migrati e hanno vissuto nel Paese, e non invece “esogeno”, e cioè imputabile a flussi migratori di stranieri anziani che facciano ingresso nel territorio nazionale in età già avanzata<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> Si veda in punto C TAYLOR, *Multiculturalism. Examining the politics of recognition*, Princeton University Press, Princeton, 1994.

<sup>43</sup> Si veda lo studio di B. DE SARIO, *Gli stranieri maturi e anziani. Demografia, lavoro e bisogni sociali nel cambiamento delle migrazioni in Italia*, cit., specie 8 ss.

<sup>44</sup> Si veda P. ATTANASIO, *L’invecchiamento della popolazione immigrata*, cit.

<sup>45</sup> Si veda B. DE SARIO, *Gli stranieri maturi e anziani. Demografia, lavoro e bisogni sociali nel cambiamento delle migrazioni in Italia*, cit., 8 ss.

Va peraltro sottolineato che le rilevazioni in parola non tengono conto del dato per cui il numero degli stranieri anziani è inevitabilmente inciso dal fatto che una percentuale non trascurabile degli stranieri residenti ottiene, nel corso della vita, la cittadinanza italiana (stante il requisito temporale dei dieci anni di residenza legale posto dalla legge n. 91/1992). Tra il 2012 e il 2021, il 49% degli stranieri che hanno ottenuto la cittadinanza appartenevano alla fascia di età tra i 20 e i 49 anni, e il 13,3% alla fascia di età superiore ai 50 anni <sup>46</sup>. Il che significa che è elevata la probabilità che lo straniero residente divenga, prima di raggiungere l'età anziana, cittadino, così "fuoriuscendo", se non altro formalmente, dal novero degli "stranieri anziani".

Da ciò discende che un conto è il numero degli *stranieri anziani tout court* (coloro che, essendo migrati in Italia, sono invecchiati senza poter, o voler, richiedere la cittadinanza), e un conto è il numero degli *anziani appartenenti a nuove minoranze culturali* (che comprende, oltre agli stranieri non cittadini, anche coloro che, essendo immigrati in Italia, hanno poi ottenuto la cittadinanza italiana, ma conservano un'identità culturale diversa, in tutto o in parte, da quella della maggioranza nazionale tradizionale). È evidente, infatti, che anche l'anziano appartenente a una "nuova minoranza" incorre, nonostante il possesso della cittadinanza, nella "doppia vulnerabilità" di cui si è detto nel paragrafo precedente.

Anche nel caso italiano, così come nel resto dell'"Occidente", il progressivo invecchiamento della popolazione straniera (o con "*background* straniero") pone, allora, oltre alle note sfide di tipo socio-economico, riferibili all'accesso ai diritti sociali ed economici e al sistema del welfare, notevoli sfide di tipo culturale, relative all'integrazione di tali individui <sup>47</sup>, nella fase avanzata della loro esistenza, nelle comunità in cui essi hanno vissuto, hanno lavorato e in cui trascorreranno la fase conclusiva della loro esistenza <sup>48</sup>.

E tuttavia, la normativa vigente in materia di immigrazione e integrazione è ancora riferibile, in gran parte, alla fase storica delle prime migrazioni, e dunque prigioniera del già menzionato "fermo immagine" che vorrebbe il migrante sempre giovane e in buono stato di salute.

Invero, il d.lgs. n. 286/1998 (c.d. "testo unico dell'immigrazione", o "legge Turco-Napolitano") è stato adottato proprio negli anni in cui il fenomeno migratorio emergeva per la prima volta in tutta la sua dirompente portata <sup>49</sup>, ed è stato dunque ideato "avendo in mente" le "nuove generazioni" di migranti: individui giovani, in età lavorativa, e le loro famiglie. In questa prospettiva, l'individuazione, da parte del legislatore, delle categorie di stranieri "vulnerabili", per cui si rende necessario

---

<sup>46</sup> *Ibidem*.

<sup>47</sup> Sulle problematiche dell'integrazione con riferimento specifico al caso italiano si veda, per tutti, G. DI COSIMO, *Giudici e politica alle prese con i conflitti multiculturali*, in *Rivista AIC*, 4, 2019.

<sup>48</sup> Si veda B. DE SARIO, *Gli stranieri maturi e anziani. Demografia, lavoro e bisogni sociali nel cambiamento delle migrazioni in Italia*, cit., 8 ss.

<sup>49</sup> Si veda F. SCUTO, *I diritti fondamentali della persona quale limite al contrasto dell'immigrazione irregolare*, Giuffrè, Milano, 2012.



riconoscere una particolare forma di protezione (o, finanche, la perfetta equiparazione al cittadino), si è concentrata su minori, donne in stato di gravidanza, e disabili, e non invece, per converso, sugli anziani.

Emblematico di tale approccio è l'art. 19 del testo unico, che individua le categorie di stranieri "vulnerabili", ponendo al contempo i divieti di espulsione e di respingimento. Tra gli stranieri "vulnerabili" figurano, per l'appunto, i minori, le donne in stato di gravidanza o nei sei mesi successivi alla nascita del figlio, e coloro che siano afflitti da patologie di particolare gravità, non adeguatamente curabili nel Paese di origine. Vero è che, in ipotesi, lo straniero anziano potrebbe rientrare, in alcuni casi, in quest'ultima categoria, ma vero è altresì che, di norma, la generale condizione di svantaggio derivante dal naturale invecchiamento dell'essere umano non può certo essere considerata una "patologia" (nonostante l'antico adagio "*senectus ipsa est morbus*")<sup>50</sup>. Unica tutela che viene riconosciuta all'anziano è, in effetti, che la sua espulsione sia effettuata con modalità compatibili con le singole situazioni personali, "debitamente accertate", ed è quindi tutela che appare alquanto "debole".

Nella medesima prospettiva, il successivo art. 29 prevede il diritto al ricongiungimento per lo straniero nei confronti dei genitori a carico, ma solo qualora essi non abbiano altri figli nel Paese di origine o di provenienza, ovvero laddove si tratti di genitori ultrasessantacinquenni, qualora gli altri figli siano impossibilitati al loro sostentamento per documentati, gravi motivi di salute.

La carenza di attenzione per la condizione dello straniero anziano emerge anche se si guarda alla questione in una prospettiva multilivello, e dunque inquadrandola alla luce del diritto eurounitario. Se infatti la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (provvisa, in forza dell'art. 6 TUE, dello stesso valore giuridico dei Trattati) statuisce, all'art. 25 (significativamente rubricato "diritti degli anziani"), che "L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale", la normativa derivata in materia di immigrazione e condizione giuridica dello straniero sembra non aver dato significativa attuazione al diritto in parola (né con riferimento all'anziano straniero, né con riferimento all'anziano *tout court*).

Le criticità dell'approccio in esame si traslano altresì sul piano dell'integrazione socio-culturale. Invero, per la materia in esame, il quadro si presenta ancor più povero di quello sinora ricostruito, e risulta del tutto carente una cornice normativa nazionale che si faccia carico di mitigare la condizione di "vulnerabilità intersezionale" in cui si trova lo straniero anziano e che quindi possa, per quel che qui interessa, dare effettiva attuazione ai diritti di partecipazione alla vita sociale e culturale e al rispetto delle identità culturali particolari degli anziani stranieri, nella prospettiva del superamento delle già richiamate oggettive situazioni di svantaggio che impediscono loro il pieno sviluppo della personalità e il pieno accesso al catalogo dei diritti riconosciuti nell'ordinamento costituzionale.

---

<sup>50</sup> Si veda in punto P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, cit.

Il quadro è ulteriormente complicato, peraltro, nel caso italiano, dalla normativa in materia di lavoro, e dalle difficoltà che i migranti incontrano, se non altro inizialmente, nella ricerca di un'occupazione stabile (o regolare), che fanno sì che spesso gli anziani appartenenti alle nuove minoranze si trovino in una condizione precaria con riferimento all'accesso ai diritti sociali che dovrebbero, in teoria, mitigare la vulnerabilità della persona nell'invecchiamento, a partire dal maturamento dei requisiti per il godimento di una pensione<sup>51</sup>.

L'assenza di tutela normativa è stata controbilanciata, in qualche misura, dalla giurisprudenza costituzionale. Si pensi, ad esempio, alla sentenza n. 25/2025, con cui la Consulta ha reputato illegittimo, per violazione del divieto di discriminazione in forza delle condizioni personali *ex art. 3 Cost.*, il requisito della conoscenza della lingua italiana per la concessione della cittadinanza in capo al richiedente straniero che, anche in ragione dell'età avanzata (nel caso di specie, si trattava di una cittadina straniera ultrasessantacinquenne), sia oggettivamente impossibilitato a conseguire la richiesta competenza linguistica. Si pensi, ancora, al filone giurisprudenziale con cui la Corte ha ritenuto illegittimo *ex art. 3 Cost.* subordinare al requisito del possesso della cittadinanza l'accesso a prestazioni destinate al soddisfacimento di bisogni primari e volte alla garanzia della stessa sopravvivenza del soggetto (cfr. Corte Cost. n. 187/2010), inclusa l'indennità di accompagnamento (cfr. Corte Cost. n. 306/2008). Si pensi, infine, all'ordinanza n. 29/2024, con cui la Corte ha sottoposto alla CGUE la questione pregiudiziale relativa alla compatibilità con il diritto europeo della norma nazionale che esclude i cittadini di Paesi terzi titolari di permesso unico dal godimento dell'assegno sociale (misura volta a far fronte allo stato di bisogno nel quale versano i soggetti ultrasessantasettenni sprovvisti di risorse economiche adeguate e che, a causa della vecchiaia, vedono scemare le proprie energie lavorative).

E tuttavia, in una società multiculturale che invecchia, in cui le “nuove minoranze” di migranti sono ormai giunte alla seconda, se non addirittura alla terza generazione, un assetto siffatto non può che rivelarsi profondamente inadeguato.

#### **4. (segue) ... e le (rare) politiche per la tutela dei diritti culturali (e sociali) dell'anziano straniero**

In assenza di un intervento organico da parte del legislatore nazionale, l'attuazione dei fondamentali principi personalista, pluralista, solidarista e di eguaglianza con riferimento alla condizione e all'integrazione socio-culturale degli stranieri anziani è ricaduta – anche in ragione del riparto di competenze operato

---

<sup>51</sup> Il Presidente dell'INPS Boeri aveva, significativamente, definito un “regalo” degli stranieri i contributi versati da quegli immigrati che non riescono poi a maturare i requisiti per ricevere la pensione. Cfr. R. GIOVANNINI, *Pensioni, dagli immigrati un regalo di 17 miliardi*, in *la Stampa*, 29 luglio 2017. Si veda P. ATTANASIO, *L'invecchiamento della popolazione immigrata*, cit.

dalla Costituzione dopo la revisione del Titolo V del 2001 (che, pur riservando al legislatore statale la competenza in materia di immigrazione, riconosce agli enti decentrati importanti competenze in tema di diritti sociali, integrazione e coesione sociale) – sui livelli territoriali di governo e sul c.d. “terzo settore”<sup>52</sup>.

Va evidenziato, peraltro, che fino agli anni recenti, anche le politiche di integrazione culturale sviluppate al livello territoriale si erano spesso mosse, a loro volta, nel solco del già richiamato assunto per cui lo straniero sarebbe sempre giovane, mentre la categoria degli “anziani” sarebbe composta prevalentemente (se non esclusivamente) da cittadini. E così, l’attenzione per lo straniero nell’ambito delle questioni dell’invecchiamento si è concentrata su iniziative volte a mettere a contatto le “nuove generazioni” di stranieri con le “vecchie generazioni” di cittadini.

Si pensi, ad esempio, al programma “*Homefull*”, avviato da Regione Lazio nel 2015, volto a sperimentare lo strumento del “*co-housing*” tra giovani migranti e cittadini anziani residenti nel Comune di Roma, con l’obiettivo di sviluppare un modello innovativo di “incontro generazionale”, allo scopo di coniugare le necessità dei cittadini anziani in condizione di solitudine con quelle dei giovani migranti giunti in Italia privi di una rete familiare e in carico ai servizi sociali comunali.

Iniziative simili si registrano anche nel panorama europeo: si pensi al progetto “*Senior Volunteers for Migrant Integration*” (che coinvolge organizzazioni in Lituania, Germania, Finlandia, Grecia e Francia), che si pone l’obiettivo di contribuire all’integrazione dei migranti nelle società “ospitanti” con l’aiuto di cittadini anziani volontari, attraverso l’apprendimento della lingua del Paese, la facilitazione del processo di orientamento degli stranieri attraverso lo sviluppo di una “guida per migranti”, e l’offerta di supporto didattico e tutoraggio.

Negli anni recenti, tuttavia, l’attenzione degli enti territoriali e del “terzo settore” ha iniziato a spostarsi, in Italia come in Europa, sulla questione specifica dello straniero anziano.

Si pensi al progetto “*I-care*”, promosso dalle Regioni Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia e Toscana, con l’obiettivo di migliorare la fase di accesso ai servizi sanitari territoriali per i titolari o richiedenti di protezione internazionale, assicurando una tutela del diritto alla salute il più possibile omogenea, al di là delle differenze socio-culturali. Il progetto mira, tra le altre cose, ad abbattere la già menzionata barriera linguistico-culturale che impedisce un effettivo e pieno accesso dello straniero al sistema sanitario (particolarmente rilevante, come si è detto, per l’anziano), attraverso la predisposizione di materiale informativo nelle lingue parlate dalle minoranze maggiormente rappresentate sul territorio di riferimento.

Si pensi, ancora, al progetto “Governance, Salute, Territorio, Accoglienza per Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione” (G-START), promosso nel Comune di Roma e finanziato dal Ministero degli Interni e dall’Unione europea, con la finalità

---

<sup>52</sup> Si veda in punto T. CAPONIO, *Immigrant integration beyond national policies? Italian cities’ participation in European city networks*, in *Journal of Ethnic and Migration Studies*, vol. 44, 12, 2017.

di garantire la tutela della salute e creare percorsi di prevenzione per i richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale, con particolare attenzione ai casi di vulnerabilità psico-sociale (incluso quello delle persone anziane), incentivando il ruolo attivo degli stranieri in un accesso consapevole ai servizi. Il modello sperimentale sviluppato dall'Azienda sanitaria locale Roma 5 prevede, tra le altre cose, l'accesso facilitato degli stranieri alle prestazioni, per mezzo della promozione di un'offerta completa e culturalmente appropriata di servizi socio-sanitari, e della formazione, in parallelo, del personale sanitario a un approccio di tipo transculturale, anche utilizzando il supporto di mediatori linguistico-culturali.

Si pensi, nella stessa prospettiva, al progetto "*Dementia in immigrants and ethnic minorities: clinical-epidemiological aspects and public health perspectives*" (Immidem), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (in collaborazione con Regione Lazio e con diverse realtà ospedaliere) e finanziato dal Ministero della Salute, con l'obiettivo di indagare e mappare le caratteristiche demografiche, socioculturali e cliniche dei migranti con disturbi cognitivi residenti in Italia, con un focus specifico sulle demenze in età senile. Il progetto si propone, tra le altre cose, di realizzare strumenti utili alla valutazione cognitiva cross-culturale, di avviare percorsi di formazione culturale dedicati agli operatori sanitari, e di realizzare progetti di informazione e supporto per pazienti e familiari.

Alcuni Comuni (tra cui, ad esempio, il Comune di Milano) hanno introdotto, poi, dei servizi volti specificatamente a contrastare l'emarginazione culturale (e, "a cascata", sociale ed economica) dello straniero anziano attraverso la riduzione delle disuguaglianze linguistiche. Il caso tipico è quello dell'istituzione di corsi di lingua italiana, gratuiti, aventi per destinatari stranieri "senior". Si è già detto, del resto, di come la scarsa integrazione culturale sia spesso evidenziata (e amplificata) dalla scarsa (o nulla) conoscenza della lingua del Paese "ospitante", che da un lato costringe lo straniero a chiudersi nella sua comunità di origine (e dunque impedisce l'integrazione attraverso l'interazione con la società "ospitante"), e dall'altro previene l'orientamento nel nuovo Paese, inclusi i servizi che esso offre, che spesso divengono vitali proprio nella fase avanzata dell'esistenza.

Per quanto riguarda, invece, il "terzo settore", si pensi alle iniziative intraprese dall'organizzazione Naga di Milano (che si occupa di garantire l'accesso ai diritti sociali dello straniero) per sopperire, almeno in parte, alla mancanza di azioni pubbliche rivolte specificamente alla problematica dell'"ageing migrante" e all'inaccessibilità dei servizi sanitari e sociali, iniziative che includono, tra le altre cose, forme di accompagnamento linguistico e di mediazione culturale per l'anziano straniero nell'accesso ai servizi <sup>53</sup>.

Trattasi solo di alcuni esempi tra i molti possibili, e molto altro si potrebbe fare guardando all'esperienza di altri Paesi europei, di più risalente tradizione multiculturale, che già hanno iniziato, negli anni recenti, a confrontarsi con il problema.

---

<sup>53</sup> Si vedano L. BENVENGA, V. FEDELE, *Migranti anziani e salute in Italia: una riflessione sullo stato dell'arte e delle pratiche a partire dal PNRR*, in *Mondi migranti*, 1, 2025, 63 ss.

Si pensi, solo per fare un esempio, al caso dei Paesi Bassi, ove la figura del mediatore culturale nell'accesso ai servizi del welfare e, in particolare, a quelli del sistema sanitario, è stata istituzionalizzata, ai fini di rimuovere in via strutturale, attraverso l'intervento di individui spesso appartenenti alla "seconda generazione" delle minoranze interessate, le barriere culturali che gli stranieri anziani di "prima generazione" incontrano nella piena espansione dei propri diritti.

Si pensi, ancora, ai "giardini interculturali" realizzati in Germania: appezzamenti di terreno sui quali è possibile coltivare ortaggi ed erbe, comprese quelle tipiche dei Paesi di origine degli stranieri, e che includono altresì spazi condivisi destinati ai bambini, a eventi comunitari e a incontri interculturali. L'iniziativa è volta a promuovere i contatti tra stranieri e popolazione autoctona, rinforzando la solidarietà e la coesione sociale, e promuovendo l'inclusione dello straniero nella comunità di riferimento. La soluzione del "giardino" è stata scelta perché gli immigrati provengono spesso da piccole comunità agricole, ma non hanno potuto applicare in Germania le proprie conoscenze. L'iniziativa pone l'accento, tra le altre cose, sul dialogo e lo scambio intergenerazionale, e sull'inclusione dello straniero anziano nel tessuto sociale attraverso lo svolgimento di attività collettive nelle quali può fornire un concreto apporto alla comunità di cui fa parte anche dopo il termine della sua vita lavorativa.

## 5. Conclusioni

Le iniziative descritte nel paragrafo precedente rappresentano soltanto alcuni dei molti esempi possibili, e testimoniano la crescente attenzione per la questione dell'integrazione socio-culturale dello straniero anziano nelle società multiculturali. E tuttavia, se è vero che iniziative siffatte rispondono certamente all'esigenza di una migliore garanzia dei diritti culturali (e, di conseguenza, politici, civili, sociali ed economici) dello straniero anziano, vero è altresì che esse non possono in alcun modo sostituirsi alla necessità di un rinnovamento profondo delle tutele per tale categoria di consociati nello Stato democratico sociale (problema che tocca, peraltro, l'ormai nota questione del recupero del ruolo sociale dello Stato come strumento per contrastare le disuguaglianze della società contemporanea)<sup>54</sup>.

Un certo impulso per lo sviluppo di politiche che garantiscano in via strutturale il diritto a un "invecchiamento attivo" è stato dato, indubbiamente, dal programma *Next Generation EU* e dal PNRR<sup>55</sup>. Invero, iniziative come l'istituzione delle case di comunità, la telemedicina, e la riforma dei servizi sanitari di prossimità domiciliare possono certamente fornire la base per affrontare, almeno in parte, le disuguaglianze tra i diversi gruppi socio-culturali, a patto che esse vengano declinate con

<sup>54</sup> Si veda F. SCUTO, *Povertà e misure di sostegno al reddito nell'età anziana*, in questo volume.

<sup>55</sup> Si veda P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, cit.

la dovuta attenzione per la particolare condizione degli stranieri anziani <sup>56</sup>.

E tuttavia, problemi epocali, come quelli dell'invecchiamento della popolazione appartenente alle nuove minoranze in particolare, e dell'"inverno demografico" delle società occidentali in generale, esigono una risposta organica e di lungo periodo.

È indubbio che, nella prospettiva dell'eguaglianza formale, della solidarietà (anche intergenerazionale <sup>57</sup>), e della centralità della persona umana e dei suoi diritti, è necessario che lo Stato sociale sappia sviluppare politiche che garantiscano l'invecchiamento attivo <sup>58</sup>, e che dunque guardino all'anziano come risorsa e membro attivo della comunità nazionale <sup>59</sup>. Tali politiche non possono che riguardare, a maggior ragione – nella prospettiva dell'eguaglianza sostanziale e del pluralismo – anche l'anziano straniero, in ragione della situazione di particolare (e più intensa) vulnerabilità in cui questi si trova.

Una corretta attuazione della cornice costituzionale di riferimento impone allora, pare, che lo Stato garantisca che le politiche di invecchiamento attivo siano declinate in prospettiva pluralista, personalista e multiculturale, e dunque che esse siano "calibrate" per far fronte ai bisogni non solo dell'anziano appartenente alla maggioranza nazionale, ma anche dell'anziano straniero. Tali politiche dovranno necessariamente abbracciare, allora, in ottica sinergica, tanto la dimensione sociale ed economica, quanto quella culturale, facendo sì che l'integrazione dell'anziano straniero e la garanzia dei suoi diritti culturali servano da "volano" per la coesione sociale tra maggioranza e minoranze e tra le diverse generazioni.

---

<sup>56</sup> Si vedano in punto L. BENVENGA, V. FEDELE, *Migranti anziani e salute in Italia: una riflessione sullo stato dell'arte e delle pratiche a partire dal PNRR*, cit.

<sup>57</sup> Si vedano: R. BIFULCO, *Diritto e generazioni future. Profili giuridici della responsabilità intergenerazionale*, Franco Angeli, Milano, 2008; G. PALOMBINO, *Il principio di equità generazionale. La tutela costituzionale del futuro*, Mondadori, Milano, 2022.

<sup>58</sup> Si vedano R. KING, A. LULLE, D. SAMPAIO, J. VULLNETARI, *Unpacking the ageing-migration nexus and challenging*, cit.

<sup>59</sup> Si vedano: P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*, cit.; L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell'Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*, cit.; A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione*, cit.; F.G. PIZZETTI, *L'anziano vulnerabile nella disciplina della relazione di cura e nelle scelte di "fine-vita": criticità e prospettive*, cit.



# Politiche e servizi assistenziali per gli anziani non autosufficienti. La dimensione regionale e locale tra criticità e prospettive di riforma

Gloria Marchetti\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. Il perdurante disimpegno dello Stato rispetto alla non autosufficienza anziana e l'ampio intervento regionale nel settore. – 2. Gli elementi di criticità delle legislazioni regionali e delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti. – 3. Il sistema territoriale di *Long Term Care* nella prospettiva delle recenti normative statali. – 3.1. L'innovativa riforma prevista dalla legge delega n. 33/2023. – 3.2. Il mancato avvio di una riforma in grado di innovare il sistema di *Long Term Care* a livello territoriale. – 4. Considerazioni conclusive. La necessità e l'urgenza di superare lo stallo nell'attuazione della riforma della *Long Term Care*.

**ABSTRACT:** The essay first highlights the problems of the Italian system of care for non-self-sufficient elderly people: the lack of comprehensive state regulation; the failure to identify essential levels in the field of non-self-sufficiency; the inadequate public assistance system. These issues have led to the adoption, over time, of numerous regional regulation and policies that are different with respect to the following aspects: the sector governance models and management responsibilities; the methods of providing service by Municipalities; the funding sources. Within this framework, the critical elements of regional and local regulations, policies, and care services for non-self-sufficient elderly people are examined. These critical issues have led to profound differences and disparities across the Regions with regard to the various planned interventions and the services actually provided. The essay then examines the innovative scope of Delegating Law No. 33/2023, aimed at reforming the elderly care system, and its subsequent partial implementation, in order to assess its impact on the local system of long-term care.

## 1. Introduzione. Il perdurante disimpegno dello Stato rispetto alla non autosufficienza anziana e l'ampio intervento regionale nel settore

La questione della non autosufficienza anziana si è imposta con urgenza nell'ambito del processo di integrazione politica e sociale dell'Unione europea<sup>1</sup>; ciò ha

---

\* Professoressa Associata di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Milano.

<sup>1</sup> Il tema dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stato poco studiato dai giuristi. Al riguardo, si vedano: L.R. CARLEO, M.R. SAULLE, L. SINISCALCHI (a cura di), *La terza età nel diritto interno e internazionale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1997; U. BECKER, H.J. REINHARD (ed.), *Long-Term Care. A Juridical Approach*, Springer, London, 2018; V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni e prospettive. Un'indagine sociologica e*



contribuito a spingere molti Paesi europei ad affrontare il problema, attraverso l'adozione di legislazioni nazionali organiche che prevedono un indirizzo centrale e una successiva implementazione a livello locale.

In Italia, invece, non è stata adottata, fino all'approvazione della legge delega n. 33/2023 («Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane»), una legislazione statale di riforma organica del settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, nonostante le molteplici, crescenti ed evidenti criticità<sup>2</sup>. Da un lato, è quindi mancato un quadro normativo di riferimento per le Regioni e gli enti locali<sup>3</sup> e non sono stati definiti i livelli essenziali di assistenza di questo settore, essendosi limitato il legislatore a qualificare come tali – tardivamente, nella legge di bilancio 2022, e in maniera piuttosto generica – l'assistenza domiciliare di tipo sociale (SAD) e l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari. Dall'altro lato, il sistema nazionale di assistenza agli anziani non autosufficienti ha continuato ad essere caratterizzato da particolari specificità che hanno, almeno in parte, contribuito ad ostacolare una sua innovazione: un ampio ricorso all'erogazione di contributi economici (in particolare, l'indennità di accompagnamento<sup>4</sup>); una modesta, talora esigua, erogazione di servizi; una debole integrazione fra le famiglie, i professionisti e gli assistenti familiari (spesso irregolari); una scarsa qualificazione dell'assistenza ed un elevato costo delle strutture residenziali. In realtà, il modello italiano di assistenza pubblica si fonda, ancora oggi, su un'elevata diffusione dell'indennità di accompagnamento che presenta,

---

*giuridica*, il Mulino, Bologna, 2021, 187-191. Il tema è stato invece oggetto di studio da parte di sociologi, politologi ed economisti. Al riguardo, tra i contributi più significativi, si vedano: E. PAVOLINI, *Regioni e politiche sociali per gli anziani: le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma, 2004; C. GORI, *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma, 2008; C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York, 2013; V. MOR, T. LEONE, A. MARESSO, *Regulating Long-Term Care Quality. An international Comparison*, Cambridge University Press, Cambridge, 2014; C. GORI, J.L. FERNANDEZ, R. WITTENBERG (eds.), *Long-Term Care in OECD Countries. Successes and Failures*, Bristol University Press, Bristol, 2015; A. BRUGIARINI, L. CARRINO, C. ORSO, G. PASINI, *Vulnerability and Longterm Care in Europe: An Economic Perspective*, Palgrave Macmillan, London, 2017; F. MAINO, F. RAZETTI, *Long term care: riflessioni e spunti dall'Ue, fra innovazione e investimento sociale*, in *La Rivista delle Politiche sociali*, 1, 2019, 143 ss.

<sup>2</sup> Su 2,9 milioni di anziani non autosufficienti, quasi la metà (48%) non riceve assistenza pubblica, ma fa affidamento esclusivamente sull'aiuto informale della propria famiglia e degli assistenti familiari, mentre il restante 52% riceve servizi pubblici non adeguati alle proprie necessità. Tali dati emergono dai dati INPS, dall'annuario statistico del SSN, dai dati relativi alla spesa sociale dei Comuni e dalle indagini ISTAT. Si vedano, al riguardo G. CINELLI, F. LONGO, *Un Servizio Nazionale per gli Anziani Non Autosufficienti*, MECOSAN, FrancoAngeli, Milano, 118, 2021, 155-173.

<sup>3</sup> Sull'inerzia del legislatore statale nel settore della non autosufficienza, si vedano: S. GABRIELE, F. TEDIOSI, *Intergovernmental relations and Long Term Care reforms: Lessons from the Italian case*, in *Health Policy*, 116, 2014, 61-70. In particolare, sulle conseguenze dell'inattuazione del federalismo fiscale sull'evoluzione del settore, si veda: E. VIVALDI, *I servizi sociali e le Regioni*, Giappichelli, Torino, 180-183.

<sup>4</sup> Prevista dall'art. 1, legge 11 febbraio 1980, n. 18. Sul tema, si veda C. RANCI (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma, 2008.

però, forti limiti, sia rispetto alle procedure di valutazione per la sua erogazione, sia riguardo all'adeguatezza a perseguire l'obiettivo di assistenza agli anziani non autosufficienti. La valutazione dei requisiti per percepire l'indennità, operata dalle Commissioni sanitarie istituite presso le Aziende Sanitarie Territoriali, avviene in assenza di criteri standard e omogenei, e ciò comporta un'ampia discrezionalità decisionale delle stesse. Tale indennità, poi, come è noto, consiste in un importo uguale per tutti gli utenti, senza una graduazione, erogato solo al raggiungimento del 100% di invalidità e ciò impedisce di rispondere in maniera differenziata alle specifiche e diverse esigenze assistenziali.

In questo contesto – caratterizzato dall'assenza di una legislazione organica statale<sup>5</sup>, dalla mancata individuazione dei livelli essenziali per la non autosufficienza e da un inadeguato sistema di assistenza pubblica – sono state, nel tempo, adottate numerose discipline e politiche regionali molto eterogenee<sup>6</sup>. Le Regioni del Nord sono state le prime ad approvare normative per la definizione di *policy* nel settore, dapprima (già dagli anni Settanta) disciplinando i servizi territoriali e, successivamente, le strutture residenziali (a partire dagli anni Ottanta e Novanta). Le Regioni del Sud sono intervenute una decina di anni dopo (Campania, Puglia, Basilicata e Calabria) preferendo, talora, dettare prima una disciplina sulla residenzialità e dopo sui servizi territoriali (Abruzzo e Molise). Dalla fine degli anni Novanta fino alla metà degli anni Duemila, poi, si è avuta un'ampia produzione legislativa regionale, volta a rafforzare l'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti, sempre secondo modelli di intervento fortemente differenziati. Alcune Regioni sono sostanzialmente ricorse ai trasferimenti monetari, variamente denominati (assegni di cura o contributi economici), mentre altre si sono maggiormente impegnate a rafforzare l'offerta dei servizi domiciliari (Emilia-Romagna e Toscana), semiresidenziali o residenziali. In altre Regioni, come il Veneto e la Lombardia, si è cercato, invece, di dare attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale. Le Regioni hanno compiuto scelte molto differenti anche in merito alle modalità di finanziamento del settore, ai modelli di rafforzamento dei servizi socio-sanitari territoriali e alle procedure integrate di valutazione dei bisogni. Dalla seconda metà degli anni Duemila, le Regioni hanno ulteriormente rafforzato l'integrazione sociosanitaria, secondo diverse modalità, e previsto politiche a sostegno del mercato privato di cura alla persona.

---

<sup>5</sup> Al riguardo, si veda G.M. NAPOLITANO, *Le politiche socio assistenziali tra Stato e Regioni a venti anni dalla riforma costituzionale*, in *federalismi.it*, 20, 2022, 82 ss.

<sup>6</sup> Sul tema, si vedano: E. PAVOLINI, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, cit.; E. FERIOLI, *L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neo-regionalismo in fieri*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1, 2007, 65-76; C. GORI, L. PELLICCIA, R. TIDOLI, *Le politiche regionali. L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2° Rapporto, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2010, 91 ss. E. BARBERIS, L. CATENA, *Regioni a confronto*, in C. GORI (a cura di), *Le politiche di welfare sociale*, Mondadori, Milano, 2022, 85-106; T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, 218-219.

In buona sostanza, le normative e le politiche più significative, in questo settore, si sono avute ai livelli regionali e locali, in cui sono stati sperimentati modelli di assistenza maggiormente innovativi rispetto a quelli statali, al fine di sostenere gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie. In particolare, le Regioni, nella definizione delle *policy*, e i Comuni, nell'organizzazione e gestione dei servizi erogati nei loro territori, hanno talora adottato soluzioni piuttosto efficaci, attraverso la creazione di una rete di servizi sociosanitari e assistenziali comprensiva di interventi di tipo domiciliare, residenziale ed economico. Alcune Regioni hanno sperimentato strumenti di integrazione e coordinamento multilivello tra gli enti di programmazione e quelli di offerta dei servizi (come l'Emilia-Romagna e la Toscana), quali i Punti unici di accesso, le Unità di valutazione multidimensionale dell'anziano e i Piani di assistenza individuali; ciò al fine di individuare, in maniera maggiormente coordinata, le politiche per la non autosufficienza<sup>7</sup>. Strumenti che, come si vedrà di seguito, sono stati poi ripresi dalla legge delega del 2023. Alcune Regioni (ad esempio, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Marche, Toscana e Veneto) hanno previsto una programmazione territoriale settoriale, attraverso Piani regionali sociali e sanitari integrati; programmazione finalizzata ad una definizione degli obiettivi di politica sanitaria e sociale integrata e delle modalità di organizzazione dei servizi sociosanitari, in base agli effettivi bisogni assistenziali. Altre Regioni (dapprima l'Emilia-Romagna, seguita da Abruzzo, Campania, Puglia, Molise, e, più di recente, da Lazio e Lombardia), invece, in attesa dell'approvazione di una legge statale di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire ai *caregiver* familiari, hanno regolamentato, in maniera più meno organica, forme di tutela di questi ultimi prevedendo la loro partecipazione alla programmazione sociale, sociosanitaria, assicurandogli un sostegno nell'attività di assistenza, anche attraverso l'erogazione di contributi economici<sup>8</sup>. Tuttavia, sebbene siano da apprezzare gli sforzi delle Regioni e degli enti locali, volti a rafforzare l'offerta di servizi agli anziani non autosufficienti, permangono, come si vedrà di seguito, forti elementi di criticità del sistema territoriale di assistenza a questi ultimi.

Malgrado ciò, e nonostante l'urgenza pressante di definire una legislazione nazionale delle politiche e dei servizi assistenziali per gli anziani – al fine di affrontare

---

<sup>7</sup> Sull'importanza, in generale, di un sistema integrato, in particolare tra Regione-enti locali, e di strumenti di coordinamento, si veda P. BILANCIA, *Per un difficile sistema integrato Regione-enti-locali*, in ID. (a cura di), *Modelli innovativi di governance territoriale. Profili teorici e applicativi*, Giuffrè, Milano, 2011, 1-19.

<sup>8</sup> Per un esame delle leggi regionali di riconoscimento e tutela dei *caregiver*, si vedano: F. PESARESI, *Le leggi regionali sui caregiver*, in ID. (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021, 93 ss. e, più di recente, L. CASSETTI, S. ROTOLO, *Report di ricerca Caregiver familiare*, 2025, 6-28 (<https://www.elvisproject.it/publicazioni-334/>). Sia consentito rinviare, inoltre, a G. MARCHETTI, *La tutela "multilivello" dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, in AA.VV., *Il costituzionalismo multilivello nel terzo millennio. Scritti in onore di Paola Bilancia*, in *federalismi.it*, 4, 2022, sp. 532-535.

le molteplici sfide legate all'invecchiamento crescente e alla non autosufficienza, nonché al cambiamento dei modelli di famiglia, in cui i familiari incontrano sempre maggiori difficoltà a prendersi cura, direttamente o indirettamente, dei propri cari – solo di recente, con l'approvazione della legge delega n. 33/2023, è stata avviata una riforma organica nel settore.

Il presente contributo, pertanto, si sofferma, dapprima, ad esaminare le normative, le politiche e i servizi assistenziali, regionali e locali, per gli anziani non autosufficienti<sup>9</sup> – ciò nella consapevolezza che è possibile solo tracciare alcune tendenze, per avere una visione d'insieme, in quanto non si dispone di dati precisi, concordanti e aggiornati – per poi valutare il possibile impatto delle recenti normative statali sulle politiche in favore degli anziani – legge delega n. 33/2023 e decreto attuativo n. 29/2024 («Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane») – sul sistema territoriale per la non autosufficienza degli stessi.

## 2. Gli elementi di criticità delle legislazioni regionali e delle politiche territoriali per gli anziani non autosufficienti

Gli elementi di criticità del sistema territoriale di assistenza agli anziani non autosufficienti sono moltissimi<sup>10</sup>; pertanto, ci si limiterà, in questo contributo, a richiamarne, brevemente, solo alcuni.

In primo luogo, si riscontra una forte differenziazione sul territorio, rispetto: alle politiche, alle programmazioni regionali, ai modelli di *governance* del settore e alle responsabilità di gestione; alle modalità di erogazione dei servizi assistenziali da parte dei Comuni; alle diverse fonti di finanziamento. Ciò, in un settore in cui intervengono diversi attori pubblici [Comuni, Azienda Sanitaria Locale (ASL) – variamente nominate, ad esempio Agenzia di Tutela della Salute (ATS) in alcune Regioni come Lombardia e Piemonte – e Residenze Sanitario-Assistenziali (RSA)] e privati nell'erogazione dei servizi<sup>11</sup>. Sebbene, come si è sopra osservato, alcune Regioni abbiano adottato strumenti volti ad una collaborazione tra gli enti di programmazione e quelli di offerta dei servizi, è per lo più mancato un coordinamento dei diversi attori coinvolti. Di conseguenza, la responsabilità regionale

---

<sup>9</sup> Al riguardo, si vedano F. CARRERA, M. PELLEGRINO, *Regionalizzazione e politiche per la non autosufficienza*, in *La Rivista delle Politiche sociali*, 3, 2008, 313 ss.

<sup>10</sup> Sul tema, si vedano i contributi contenuti in AA.VV., *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto, 2020-2021. Punto di non ritorno*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021; C. LALLO, E. CAMELI, C. TOMASSINI, *Domanda e offerta di assistenza agli anziani lungo la penisola*, in *il Mulino*, 4, 2024, 110-116; G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI (a cura di), *Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione. Il 7° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC)*, Egea, Milano, 2025.

<sup>11</sup> Si sofferma su tali problematiche, F. MAINO, *La politica sanitaria*, in M. FERRERA, M. JESSOUA, *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna, 2025, sp. 368-370.

nell'erogazione dei servizi sociosanitari determina profonde differenze tra le Regioni, non solo del Nord e del Sud ma anche tra i territori delle stesse<sup>12</sup>. Il fatto, poi, che, spesso, i confini degli Ambiti e dei Distretti Sanitari non coincidano, comporta, inevitabilmente, un ostacolo all'integrazione sociosanitaria e all'erogazione coordinata dei servizi. In alcune Regioni (come Liguria e Lazio), Ambiti e Distretti Sanitari sono stati integrati all'interno di un unico Distretto Sociosanitario, una struttura territoriale che mira a integrare interventi sanitari e sociali<sup>13</sup>. In altre Regioni vi sono meccanismi alternativi per l'integrazione (come l'Ufficio Sociosanitario integrato di ambito in Piemonte, che facilita il coordinamento tra ATS e Distretto Sanitario). Si tratta, tuttavia, di iniziative circoscritte, limitate ad alcuni territori. In realtà, le Regioni hanno adottato, negli anni, approcci diversi rispetto alla necessità di perseguire un'integrazione sociosanitaria e un'erogazione coordinata dei servizi. Alcune Regioni hanno rafforzato un sistema di integrazione sociosanitaria<sup>14</sup>, valorizzato una valutazione condivisa dei bisogni e potenziato l'assistenza domiciliare, anche avvalendosi del coinvolgimento del Terzo Settore e delle comunità locali. In alcune Regioni, invece, l'integrazione tra il settore sanitario e quello sociale è rimasta debole e l'assistenza domiciliare ha continuato ad essere occasionale.

In secondo luogo, si rileva una scarsa innovatività delle politiche assistenziali che si basano, sostanzialmente, sull'erogazione di due servizi territoriali, a volte estremamente deboli; le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare. Per quanto riguarda le strutture residenziali, la situazione, a livello territoriale, è estremamente eterogenea<sup>15</sup>: vi sono Regioni che offrono una buona copertura e un'elevata qualità dei servizi (Regioni del Nord-Est) ed altre in cui vi è una carenza di posti letto e un ridotto personale (Regioni del Centro-Sud)<sup>16</sup>. Quanto all'assistenza domiciliare, presenta importanti criticità, in quanto ricomprende differenti tipologie di servizi la cui responsabilità ricade su diversi enti; enti che operano in assenza di un vero e proprio coordinamento. L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è gestita dalle

---

<sup>12</sup> M. TAGLIABUE, T. TESAURO, *Soluzioni "made in Italy" alla non autosufficienza: dall'utopia della deistituzionalizzazione alla domiciliarità della cura*, in *Quaderno* n. 16 /2011, ([http://service.istud.it/up\\_media/cureacasa2011/tesauro.pdf](http://service.istud.it/up_media/cureacasa2011/tesauro.pdf)).

<sup>13</sup> Si cfr. M. ACCORINTI, M. GIOVANNETTI, A. GRAMIGNA, C. POLI (a cura di), *Occasioni e spazi per l'integrazione tra il sociale e il sanitario in Italia*, Roma Tre Press, Roma, 2022.

<sup>14</sup> Tra i giuspubblicisti italiani che si sono occupati dell'integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari, si vedano: C. BUZZACCHI, S. LA PORTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni*, Giappichelli, Torino, 2022; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2020, 207-229.

<sup>15</sup> Si veda, al riguardo, A. FURNARI, S. MANFREDI, E. PEROBELLI, *Regione che vai, RSA che trovi: la residenzialità per anziani in dodici Regioni*, in G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI (a cura di), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care. Il 5° Rapporto dell'Osservatorio Long Term Care (OLTC)*, Egea, Milano, 2023, 53-79.

<sup>16</sup> Secondo una ricerca del Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi/Rapporto OLTC 2025, il maggior numero di strutture residenziali è in Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto.

Aziende Sanitarie Locali, eroga servizi perlopiù infermieristici-sanitari, nella maggior parte dei casi solo occasionalmente e per periodi di tempo limitati. Sebbene essa sia cresciuta negli anni, si riscontrano forti differenziazioni nelle Regioni<sup>17</sup> e una sorta di bilanciamento tra le tipologie di copertura assistenziale: le Regioni del Nord offrono assistenza ad una platea più estesa di persone, ma con servizi più limitati; le Regioni del Sud garantiscono una maggiore intensità di assistenza ma destinata a fasce ridotte di anziani<sup>18</sup>. È pur vero che emerge, da dati recenti<sup>19</sup>, che nel 2024 vi è stato un incremento del numero di anziani che hanno usufruito di assistenza domiciliare, soprattutto in alcune Regioni, quali il Piemonte, l'Umbria, la Basilicata e la Campania, e che ciò ha permesso di superare non solo il target PNRR 2024 ma anche quello previsto per l'anno 2025. Ma è altrettanto vero che è salito il numero degli utenti a discapito dell'intensità e della durata dei servizi; ciò anche perché il sistema di monitoraggio del PNRR è basato solo sulla numerosità degli assistiti, a prescindere dalla modalità di erogazione dei servizi. Inoltre, è rimasto pressoché immutato l'approccio infermieristico-sanitario. Pertanto, sono persistite le tradizionali criticità del sistema di assistenza domiciliare e non si sono compiuti passi significativi nella direzione di avere un'ADI continuativa e intensiva. Inoltre, rimane l'incognita sulla futura presa in carico degli anziani assistiti, più di recente, attraverso interventi del PNRR che sono destinati a concludersi entro il 2026. I servizi di assistenza domiciliare, noti come SAD, sono, invece, di competenza dei Comuni ed erogano principalmente servizi di sostegno che fanno parte del *welfare* locale<sup>20</sup>; essi sono piuttosto marginali<sup>21</sup> e sono stati viepiù limitati nel tempo, in quanto il Comune non è stato in grado di riorganizzare la gestione dei servizi, a fronte di un contesto caratterizzato da una crescente longevità e, di conseguenza, di maggiore gravità delle condizioni degli anziani. Anche in questo caso, inoltre, ci si trova di fronte ad un quadro molto frammentato, caratterizzato da un'erogazione dei servizi fortemente differenziata tra i diversi Comuni<sup>22</sup>.

---

<sup>17</sup> Secondo l'Indagine 2024 di Italia Longeva, le Regioni che presentano percentuali di copertura maggiore sono Molise, Abruzzo, Basilicata, Toscana e Umbria, mentre le Regioni che hanno tassi di copertura più bassi sono Calabria, Sardegna e Puglia.

<sup>18</sup> Dati del Ministero della salute 2023, Ufficio di statistica direzione generale della digitalizzazione, del sistema informativo sanitario e della statistica.

<sup>19</sup> Si veda il Monitoraggio (rilevazione marzo 2025) pubblicato da Agenas (<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDU4MDc4NzEtMGYzMC00ZmUzLWlyOTQtNGFmOGUyZTAzYTZlhiwidCI6Ijlk2ODc0Y2QwLWlOTEtNDliYS1hMTUwLTQwNzI3OTdhNTM5NyIsImMiOiJl9>).

<sup>20</sup> Si veda, al riguardo, F. PESARESI, *LEPS: l'assistenza domiciliare sociale (SAD)*, 29 aprile 2024, in [www.welforum](http://www.welforum).

<sup>21</sup> Si cfr. ISTAT 2020, *Interventi e servizi sociali dei Comuni* ([http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&viewmetadata=1&lang=it&QueryId=22823&metadata=DCIS\\_SPESESERSOC1](http://dati.istat.it/viewhtml.aspx?il=blank&vh=0000&vf=0&vcq=1100&graph=0&viewmetadata=1&lang=it&QueryId=22823&metadata=DCIS_SPESESERSOC1)).

<sup>22</sup> Dai recenti dati ISTAT (2023) nel Sud Italia, quasi il 30% dei Comuni non fornisce assistenza domiciliare socioassistenziale agli anziani, rispetto al 6% nel Nord.

Riguardo a queste tradizionali forme di assistenza, è interessante notare che, dai dati a livello nazionale, emerge che nei territori dove sono più presenti le strutture residenziali, sono migliori anche gli interventi domiciliari (tutto il Nord e la Toscana); dove è bassa la copertura di RSA, sono più limitati anche gli interventi dell'assistenza domiciliare (tutto il Centro-Sud). Mentre sono poche le Regioni (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Marche e Friuli-Venezia Giulia) che sono impegnate, attraverso importanti investimenti, sia sul fronte della domiciliarità che della residenzialità<sup>23</sup>.

Degno di nota, poi, è che in alcune Regioni, dove sono limitati e carenti i servizi domiciliari (ADI o SAD), si sia preferito ricorrere all'erogazione di contributi monetari (ad esempio, assegni di cura), anziché potenziare i servizi esistenti.

In terzo luogo, si osserva un'inadeguatezza, oltre che una differenziazione, a livello territoriale, del finanziamento pubblico ai servizi sociosanitari. Per un verso, in termini generali, in Italia la spesa pubblica complessivamente dedicata all'assistenza degli anziani non autosufficienti è inferiore rispetto a quella di Paesi europei con simili sistemi di *welfare*<sup>24</sup>. Per altro verso, la spesa sociale, non solo è inadeguata, ma rappresenta anche la componente dove si riscontrano i maggiori squilibri territoriali<sup>25</sup>. Nel Centro Nord vi sono sia Regioni con livelli di spesa per la residenzialità e la domiciliarità medio-alti, rispetto al dato nazionale (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Marche) sia Regioni con spesa di livello medio (Piemonte, Liguria e Umbria) e Regioni con una spesa medio-bassa (Valle D'Aosta e Lazio). Le Regioni meridionali, invece, presentano generalmente livelli di spesa sociale bassa. In molti territori, per di più, vi è uno sbilanciamento tra contributi economici erogati, molto diffusi, soprattutto nelle Regioni del Sud, e servizi limitati, deboli e poco integrati. Generalmente nei Comuni che fanno parte delle Regioni del Nord (per esempio Lombardia, Friuli-Venezia Giulia e Veneto), i servizi residenziali e i sociosanitari sono più estesi rispetto ai Comuni appartenenti alle Regioni del Sud, dove, invece, sono più diffusi gli interventi monetarie rispetto ai servizi erogati, soprattutto quelli domiciliari.

Vi sono poi le questioni relative alla frammentazione delle responsabilità per il finanziamento dei servizi di assistenza, che sono ripartite tra il Servizio Sanitario

---

<sup>23</sup> Si cfr., al riguardo, L. PELLICIA, *Interventi per gli anziani non autosufficienti. Quali risorse pubbliche per i beneficiari delle varie Regioni? Una sintesi dell'impatto dell'azione dei diversi livelli di governo*, 25 gennaio 2024, 6-7 (<https://www.welforum.it/interventi-per-gli-anziani-non-autosufficienti-quali-risorse-pubbliche-per-i-beneficiari-delle-varie-regioni/>).

<sup>24</sup> Al riguardo, si vedano: E. PAVOLINI, *Long-term care social protection models in the EU*, *European Social Policy Network*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2021; C. RANCI, *Le politiche di long-term care*, in C. GIORGI (a cura di), *Welfare. Attualità e prospettive*, Carocci, Roma, 2022, 291-306.

<sup>25</sup> Sul tema, si vedano M. CASAVECCHIA, M. TONDINI, L. PELLICIA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti: squilibri territoriali e prospettive di riforma*, in *La finanza territoriale*, Rapporto 2023, Rubbettino, Venezia, 2023, 137-182.

Nazionale (SSN), l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), le Regioni e i Comuni, e alla varietà e all'insufficienza dei finanziamenti previsti: Fondi statali, come il Fondo nazionale per la non autosufficienza (Fna) e fondi provenienti dal Fondo nazionale per le politiche sociali (Fnps), fondi regionali, comunali ed europei [attraverso, ad esempio, il Fondo sociale europeo (Fse)]. Di conseguenza, tale sistema di finanziamento comporta profonde differenziazioni e disparità sul territorio riguardo ai diversi interventi previsti e ai servizi effettivamente erogati. Rispetto ai finanziamenti regionali, le differenziazioni riguardano sia le tipologie di fondi istituiti che la destinazione degli stessi. Alcune Regioni (come la Liguria<sup>26</sup>) hanno previsto un Fondo che comprende tutte le risorse – risorse di origine statale (che derivano da una quota del Fnps), comunale e proprie regionali – destinate alle misure a favore delle persone non autosufficienti e a quelle di tipo sociale, sanitario o sociosanitario. Altre Regioni (come il Friuli-Venezia Giulia<sup>27</sup> e l'Abruzzo) hanno previsto un Fondo prioritariamente destinato agli interventi di sostegno della domiciliarità. Alcune Regioni (in particolare la Lombardia e la Toscana) hanno introdotto interventi co-finanziati dai fondi comunitari (Fse), gestiti attraverso la modalità dei bandi, volti all'acquisto di servizi formali e informali a sostegno della domiciliarità. Altre Regioni, invece, hanno continuato a prevedere la tradizionale assegnazione di assegni di cura. Va segnalato, altresì, che, mentre quasi tutte le Regioni prevedono contributi a favore di anziani non autosufficienti accuditi a domicilio da familiari, solo alcune Regioni prevedono sostegni economici a favore di coloro che ricorrono ad assistenti familiari regolarmente assunte (l'Emilia-Romagna e la Lombardia), variamente denominati (assegni, bonus o contributi) e finanziati attraverso vari tipi di risorse (dal Fna, a risorse regionali proprie, al Fse). Tuttavia, dagli ultimi dati disponibili, emerge che il numero di beneficiari di questi sostegni economici risulta ancora basso, rispetto ai titolari del tradizionale assegno di cura e dei percettori dell'indennità di accompagnamento. Ciò a causa della limitatezza dei contributi e dell'incertezza circa la loro continuità nel tempo; elementi, questi, che portano i familiari degli anziani non autosufficienti a preferire il ricorso ad assistenti familiari non regolari anziché regolarizzarli e richiedere contributi che potrebbero non essere concessi o essere erogati per un tempo limitato. Alcune problematiche sono legate anche ai finanziamenti dei servizi a livello comunale. I Comuni, enti principalmente responsabili dell'erogazione dei servizi socioassistenziali, gestiscono la quota minoritaria delle risorse destinate all'assistenza degli anziani<sup>28</sup>. I Comuni, inoltre, dovrebbero intervenire con la c.d. quota sociale, laddove i costi delle prestazioni residenziali sociosanitarie in regime

---

<sup>26</sup> Si cfr. legge reg. Liguria n. 12/2006.

<sup>27</sup> Si cfr. legge reg. Friuli-Venezia Giulia n. 6/2006.

<sup>28</sup> Secondo il Rapporto annuale ISTAT 2025, la spesa impegnata dai Comuni per la gestione degli interventi e dei servizi per gli anziani, in generale, è sempre meno, con significative differenze territoriali: mentre nelle Regioni del Nord-Est la spesa è più alta, in quelle del Sud la spesa è nettamente inferiore.



di lunga assistenza non sono coperti dal SSN<sup>29</sup>, ma, di fatto, essi intervengono solo nei casi più problematici, in ragione di difficili condizioni economiche, in presenza di gravi situazioni di disagio sociale o in assenza di una rete familiare di sostegno.

Va ulteriormente segnalata una delle maggiori criticità del settore: nei territori regionali e comunali in cui sono più carenti i servizi sociali e sociosanitari per gli anziani è più estesa la copertura dell'indennità di accompagnamento. L'indennità costituisce, dunque, una sorta di misura volta a compensare i costi che l'anziano o i familiari sostengono per una cura informale-familiare, forma di assistenza ancora prevalente, o attraverso assistenti familiari, spesso non regolarizzati, a fronte dello scarso sostegno della domiciliarità.

Va altresì sottolineato che i fondi del PNRR avrebbero potuto essere destinati a investimenti volti a rafforzare l'offerta residenziale e riqualificare le strutture esistenti. La Missione 6, invece, a fronte degli importanti stanziamenti per la domiciliarità, ha previsto risorse piuttosto limitate per la residenzialità.

Le problematiche che caratterizzano il sistema territoriale per la non autosufficienza degli anziani, destinate peraltro ad aumentare in ragione del rapido invecchiamento della popolazione, inducono a ritenere necessaria l'attuazione di una riforma che preveda, sia a livello nazionale che locale, nuove politiche di programmazione degli interventi e più adeguate modalità di erogazione dei servizi. In proposito, è quindi d'uopo interrogarsi sulle prospettive della *Long Term Care* a seguito del processo di riforma che è stato recentemente avviato a livello statale.

### **3. Il sistema territoriale di *Long Term Care* nella prospettiva delle recenti normative statali**

Ai fini del presente studio, si ritiene pertanto necessario svolgere alcune considerazioni sul possibile impatto delle recenti normative statali sulle politiche in favore degli anziani – la legge delega n. 33/2023 e il successivo decreto attuativo n. 29/2024 – sul sistema territoriale per la non autosufficienza degli stessi. Al riguardo, non si può fare a meno di analizzare, preliminarmente, le previsioni di tali normative, seppur brevemente e in generale.

#### **3.1. L'innovativa riforma prevista dalla legge delega n. 33/2023**

La legge delega n. 33/2023 è fortemente innovativa perché prevede, per la prima volta, la costruzione di un sistema di *welfare* che si occupa in maniera organica della non autosufficienza anziana<sup>30</sup>. La legge si prefigge lo scopo di avviare un

---

<sup>29</sup> La quota a carico del SSN deve essere pari al 50% della tariffa giornaliera e, nei casi più gravi, totalmente a suo carico.

<sup>30</sup> Per un esame dei contenuti della legge, si vedano: C. GORI, *La riforma dell'assistenza ai non*

processo di riforma finalizzato a riconoscere il diritto degli anziani ad essere assistiti in modo adeguato ed integrato – in linea con la maggior parte dei Paesi europei che, da anni, si sono mossi in questa direzione – al fine di far fronte alle problematiche legate al crescente invecchiamento. Riforma destinata, inevitabilmente, ad avere significative ripercussioni sulla *governance* dei vari livelli di governo. La legge pone le premesse per una maggiore omogeneità dei servizi sul territorio nazionale, prevedendo tre obiettivi principali.

Il primo obiettivo, fondamentale della riforma, è la realizzazione di un sistema integrato, attraverso interventi di riordino, semplificazione e coordinamento delle attività di assistenza sociale e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, allo scopo di ricomporre l'attuale frammentazione degli interventi. Dal punto di vista istituzionale, per quanto qui più interessa, la legge prevede un'integrazione della programmazione e della *governance* tra le istituzioni statali, regionali e comunali incaricate di provvedere all'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale<sup>31</sup>, oltre che dell'offerta assistenziale. A tal fine, è prevista l'istituzione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), definito dalla legge come «modalità organizzativa permanente per il governo unitario e la realizzazione congiunta, in base ai principi di piena collaborazione e coordinamento tra Stato, Regioni e Comuni e nel rispetto delle relative competenze, di tutte le misure a titolarità pubblica dedicate all'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, di Stato, Regioni e Comuni»<sup>32</sup>. L'obiettivo è superare la frammentazione dei servizi tra i diversi livelli di governo e tra i settori, attraverso la creazione di un sistema in cui gli attori pubblici siano in grado di programmare, in maniera congiunta, l'utilizzo delle risorse per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale, e di effettuare, contemporaneamente, interventi sanitari, sociali e assistenziali. Allo scopo di perseguire tale obiettivo, la legge prevede un omogeneo sviluppo degli Ambiti Territoriali Sociali (ATS, enti giuridici che devono garantire, per conto degli enti locali, lo svolgimento delle funzioni di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio dei servizi sociali alle famiglie e alle persone) sul territorio nazionale e la loro integrazione con i Distretti Sanitari<sup>33</sup>. È altresì previsto che gli

---

*autosufficienti*, in *Politiche sociali*, 3, 2023, 511 ss.; F. CEMBRANI, D. DE LEO, *La legge-delega in materia di politiche a favore degli anziani: le insidie delle molte deleghe in bianco lasciate al Governo e di una "Elder Law" italiana che sembra aver messo nell'angolo la componente di cura dell'autosufficienza*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 3, 2023, 535 ss.; F. LONGO, *Legge Delega Anziani e Long-Term Care*, in *I luoghi della cura online*, 2023; AA.VV., *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza, Alla ricerca del futuro. La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2024; F.G. PIZZETTI, G. ALBERICO, *Scheda di lettura della l. 23 marzo 2023, n. 33, 2025* (<https://www.elvisproject.it/publicazioni-334/>).

<sup>31</sup> Sul punto, in senso critico, si veda: A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una pericolosa risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, in *Sistema salute*, vol. 68, 1, 2024, 53-64.

<sup>32</sup> Art. 4, comma 2, lett. b) e c).

<sup>33</sup> Art. 4, comma 2, lett. g) e h).

Ambiti Territoriali Sociali, le Aziende Sanitarie e i Distretti Sanitari si coordinino nell'esercizio delle funzioni di erogazione delle prestazioni e degli interventi di loro competenza, allo scopo di garantire un effettivo sistema integrato. Il fine ultimo è quello di assicurare interventi volti a garantire una serie di prestazioni coordinate di cura, così come definiti dai Progetti individualizzati di Assistenza Integrata (PAI). Tali Progetti – che costituiscono un'importante novità della riforma – vengono elaborati mediante una Valutazione multidimensionale unificata dell'anziano, strumento valutativo unico, completo e standardizzato per individuare i vari bisogni dell'anziano, che avviene in Punti unici di accesso (PUA), istituiti presso le Case della Comunità. I PAI, che indicano tutte le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali necessarie, vengono predisposti con la partecipazione non solo della persona destinataria, ma anche dei *caregiver*, dei familiari, del tutore e, nei casi previsti dalla legge, dall'amministratore di sostegno, e degli enti di terzo settore che prestano cura e assistenza a livello territoriale<sup>34</sup>. Nei PAI sono individuate le responsabilità, le funzioni e le modalità di svolgimento delle attività degli operatori sanitari e sociali che prendono in carico la persona anziana, ma anche il contributo dei familiari e di altri soggetti che collaborano al suo sostegno, e ad esso è legato uno specifico Budget di cura e assistenza<sup>35</sup>.

Il secondo obiettivo della riforma è la creazione di nuovi modelli di intervento e l'ampliamento dell'offerta; ciò attraverso una riforma dei servizi domiciliari e dei servizi residenziali, mediante un'integrazione tra l'ADI e il SAD<sup>36</sup>, una revisione dello strumento dell'indennità di accompagnamento e un sostegno e una qualificazione degli assistenti familiari.

A fronte dei limiti dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) fornita dalle ASL, la legge del 2023 prevede un suo potenziamento<sup>37</sup>, attraverso un aumento della platea dei fruitori del servizio e la configurazione di una nuova assistenza domiciliare, allo scopo di perseguire i seguenti obiettivi: considerare in maniera globale le condizioni dell'anziano, grazie ad un'integrazione tra servizi sociali e sanitari; introdurre un modello di servizi domiciliari specifico per rispondere alle diverse e mutevoli necessità della non autosufficienza (sul piano medico, infermieristico e riabilitativo); prevedere un'assistenza domiciliare che abbia una durata commisurata agli effettivi bisogni degli anziani che tendono, peraltro, ad aumentare nel tempo.

Quanto, invece, alla riforma dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, la legge ha il duplice scopo di ridefinire gli standard del personale impiegato, al fine di adeguarli (dal punto di vista numerico e delle competenze) alle crescenti esigenze – peraltro diverse e variabili a seconda delle situazioni – degli anziani, per un verso,

---

<sup>34</sup> Art. 4, comma 1, lett. l), punto 2.

<sup>35</sup> Art. 4, comma 1, lett. l), punto 3.

<sup>36</sup> Art. 4, comma 2, lett. n),

<sup>37</sup> Previsto dalla Missione 5, componente 2, investimento 1.1. del Piano nazionale di ripresa e Resilienza (PNRR).

e di rivedere i requisiti strutturali per realizzare ambienti più sicuri, confortevoli, con spazi che favoriscano la riservatezza ma anche maggiori relazioni sociali e familiari, per altro verso.

La legge, inoltre, prevede una riforma dell'indennità di accompagnamento, come si è visto ampiamente diffusa nel nostro Paese, trasformandola nella Prestazione universale per la non autosufficienza<sup>38</sup>. Quest'ultima mira a superare i limiti, sopra citati, dell'indennità di accompagnamento, basandosi su diversi criteri: l'universalismo nell'accesso, in quanto la possibilità di riceverla dipenderà dal fabbisogno assistenziale dell'interessato, misurato attraverso una nuova modalità valutativa – multidimensionale e standardizzata – impiegata per la Valutazione Nazionale di Base (VNB); l'equità dell'importo erogato al beneficiario, che cresce progressivamente all'aumentare del fabbisogno assistenziale; l'appropriatezza delle risposte ai bisogni, poiché i beneficiari potranno scegliere di percepire, come avviene attualmente, un contributo economico senza vincoli d'uso, oppure di fruire di servizi alla persona forniti da gestori privati, enti pubblici o da badanti regolarmente assunte.

La legge delega prevede, altresì, il riordino della normativa riguardante le condizioni dei *caregiver* familiari, la promozione di forme di certificazione delle relative competenze acquisite nel corso dell'esperienza di cura, benefici nell'ambito dei percorsi di formazione ed educazione e modalità di partecipazione di tali soggetti alla programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria ai diversi livelli<sup>39</sup>. Ad essi, infatti, come si è visto, è data la possibilità di partecipare alla Valutazione multidimensionale unificata (VMU) e all'elaborazione del PAI (e del Budget di cura e assistenza) che, come si è altrettanto visto, oltre a definire le funzioni di cura di responsabilità degli operatori dei servizi, definisce i compiti di cui si fa carico il *caregiver* familiare.

Il terzo obiettivo della normativa è l'ampliamento dell'offerta attraverso l'erogazione di nuove risorse. La legge delega prevede una ricognizione e un riordino delle agevolazioni fiscali e contributive, anche mediante la rimodulazione delle aliquote e dei termini, sia pure nell'ambito delle risorse previste a legislazione vigente, al fine di favorire la regolarizzazione del lavoro di cura prestato al domicilio della persona non autosufficiente e l'erogazione di prestazioni professionali<sup>40</sup>.

### **3.2. Il mancato avvio di una riforma in grado di innovare il sistema di *Long Term Care* a livello territoriale**

Tuttavia, nonostante la legge del 2023 abbia posto le basi per una riforma organica e innovativa del sistema di assistenza agli anziani, il decreto attuativo, il d.lgs.

---

<sup>38</sup> Art. 5, comma 2, lett. a), punto 1.

<sup>39</sup> Art. 5, comma 3, lett. c), punti 1, 2, 3.

<sup>40</sup> Art. 5, comma 2, lett. a), punto 2.

n. 29/2024<sup>41</sup>, ha ridimensionato notevolmente l'ampia visione riformista della stessa, talora riscrivendo o lasciando inattuati numerosi principi e criteri direttivi della delega. Di fatto, il legislatore delegato non ha dato seguito alle innovazioni più rilevanti della delega, che riguardano, come si è visto, l'istituzione di un sistema unitario e integrato, la previsione di una nuova *governance* del sistema socioassistenziale, la definizione di nuovi modelli di assistenza domiciliare e residenziale e la riforma dell'indennità di accompagnamento<sup>42</sup>.

L'istituzione del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente è stata, di fatto, rinviata. Non è stato, infatti, realizzato un modello integrato di tutti gli interventi del settore (sanitari, sociali e trasferimenti monetari) ma è stata prevista una programmazione che riguarda solo i servizi e gli interventi sociali.

Quanto alla semplificare delle procedure di valutazione delle condizioni di non autosufficienza degli anziani, attraverso una riforma del tradizionale sistema – che prevede diverse valutazioni, 5/6, non collegate tra loro – il decreto del 2024 si è limitato a prevedere una valutazione multidimensionale unitaria del bisogno dell'anziano, che tenga conto degli aspetti sanitari, sociali, psicologici e abitativi, effettuata dall'Unità di valutazione multidimensionale, sulla base della quale viene poi elaborato un «Progetto Assistenziale Individualizzato» che definisce i servizi e gli interventi necessari. È stata invece demandata ad un decreto del Ministro della salute la disciplina dei seguenti aspetti: la definizione dei criteri per l'individuazione delle priorità di accesso ai PUA, della composizione e delle modalità di funzionamento delle Unità di valutazione multidimensionale, dello strumento della valutazione multidimensionale unificata per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del progetto individualizzato di assistenza integrata. Al riguardo, appare però significativo che la bozza del decreto attuativo, al momento in cui si scrive in elaborazione presso il Ministero della salute, preveda addirittura procedure più complicate di quelle attuali. Persiste, inoltre, il doppio canale di valutazione in capo a soggetti istituzionali diversi: quello finalizzato al riconoscimento del diritto di accesso alle prestazioni monetarie a carico dell'INPS (indennità di accompagnamento) e quello della valutazione multidimensionale che sarà affidata alla responsabilità delle Unità valutative multidisciplinari (UVM) degli ATS. Tale doppia modalità di valutazione potrebbe portare ad un rimpallo delle responsabilità sulla presa in carico e ad un allungamento dei tempi di intervento; ciò in contrasto con l'obiettivo di «semplificazione e integrazione delle procedure di valutazione delle condizioni della persona anziana non autosufficiente» previste dalla delega<sup>43</sup>.

Il decreto del 2024 ha altresì rinviato anche la tanto attesa definizione di una

---

<sup>41</sup> D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, per un esame del quale si vedano, F.G. PIZZETTI, G. ALBERICO, *Scheda di lettura d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, 2025* (<https://www.elvisproject.it/pubblicazioni-334/>).

<sup>42</sup> In tal senso, si vedano: F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti. Molti gli annunci, troppi i rinvii e davvero riservate a pochissime persone le nuove tutele*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, 536 ss.

<sup>43</sup> Art. 4, comma 2, lett. l).

nuova tipologia di assistenza domiciliare, limitandosi a prevedere la promozione dell'impiego di strumenti di sanità preventiva e telemedicina nell'erogazione delle prestazioni assistenziali, al fine di mantenere condizioni di vita migliori dell'anziano presso il proprio domicilio, soprattutto in riferimento alla persona definita dal decreto "grande anziana" – che ha compiuto gli 80 anni – con almeno una patologia cronica. Il decreto ha individuato gli attori coinvolti nell'assistenza domiciliare: il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), a livello centrale, chiamato a «garantire il coordinamento e la programmazione integrata delle politiche nazionali in favore delle persone anziane (...) anche avvalendosi del Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente»<sup>44</sup>; le Regioni e le Province autonome, a livello intermedio, i Comuni, singoli o associati negli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e i Distretti Sanitari delle Aziende Sanitarie Territoriali<sup>45</sup>. In particolare, agli AST viene data la responsabilità dello «svolgimento omogeneo di tutte le prestazioni tecniche di programmazione, gestione, erogazione e monitoraggio degli interventi nell'ambito dei servizi sociali alle persone e alle famiglie residenti ovvero regolarmente soggiornanti»<sup>46</sup> e la gestione diretta del personale a tal scopo necessario<sup>47</sup>, mentre non sono molto chiari i compiti affidati, in queste specifiche aree, ai Distretti Sanitari. Peraltro, gli ATS e i Distretti Sanitari delle AST disporranno di budget diversi e ciò potrà avere ripercussioni (in negativo) sull'integrazione tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e quelli sanitari (LEA)

Quanto ai servizi residenziali, il decreto in esame differenzia quelli di tipo socioassistenziale da quelli sociosanitari, specificandone le rispettive funzioni, ma rinviando, anche in questo caso, ad un decreto successivo la relativa riforma. Sennonché, lo schema di decreto di attuazione del Ministero della salute, emanato nell'aprile 2025, contiene solo alcune previsioni positive riguardo l'organizzazione dei servizi residenziali che, peraltro, non sono coordinate tra loro e appaiono di portata modesta rispetto all'esigenza di realizzare un'effettiva riforma del settore. In particolare, non vengono affrontate le principali criticità, quali la definizione degli standard del personale impiegato e la dotazione del personale necessario per un'adeguata assistenza. Sembra dunque che lo Stato abbia rinunciato a definire gli obiettivi strategici, di medio-lungo periodo, riguardo l'erogazione dei servizi residenziali, e un sistema di finanziamenti necessari a perseguirli, demandando alle Regioni il difficile compito di affrontare le diverse criticità del settore.

Riguardo all'indennità di accompagnamento, il decreto attuativo, al posto di una sua riforma ha previsto una sperimentazione, per il biennio 2025-26, che coinvolge

---

<sup>44</sup> Art. 2, comma 3.

<sup>45</sup> Art. 21, comma 2, lett. c).

<sup>46</sup> Art. 24, comma 1.

<sup>47</sup> Art. 24, comma 3.

una percentuale limitata di anziani (circa 24.000 su circa 1,4 milioni di fruitori di indennità di accompagnamento) che avrà accesso alla prestazione universale in base ad un requisito, nuovo, legato alle condizioni economiche dei richiedenti, secondo un rigido limite di reddito, pur rimanendo, comunque, la somma percepita uguale per tutti<sup>48</sup>. L'unico elemento positivo, attuativo della riforma, consiste in una maggiorazione della somma ricevuta, di circa 850 euro mensili – che si aggiungono ai 542 già previsti dall'indennità – per coloro che assumano regolarmente assistenti familiari o ricorrano a servizi destinati al lavoro di cura e assistenza forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non domiciliare<sup>49</sup>. Il decreto, dunque, non ha dato attuazione alla riforma dell'indennità in quanto, in sostanza, non ha considerato i suoi pilastri fondanti: non è previsto un universalismo nell'accesso, né un'equità e gradualità dell'importo, in relazione al grado di fabbisogno assistenziale, né la possibilità di scelta tra percezione di un contributo economico e la fruizione di un servizio, essendo l'erogazione vincolata all'acquisto di servizi di cura e di assistenza forniti da imprese qualificate<sup>50</sup>. Se, poi, uno degli obiettivi della normativa era quello di regolarizzare il lavoro delle assistenti familiari, il nuovo contributo economico non è sufficiente, nemmeno in parte, a coprire il costo di un contratto per una badante. Il decreto, inoltre, non contiene alcuna indicazione in merito alla programmazione e configurazione della prestazione universale, come definite dalla legge delega, una volta terminato il periodo di sperimentazione, e non prevede alcun finanziamento strutturale a tale scopo, ma le risorse per finanziare la maggiorazione vengono reperite da altri capitoli di spesa. Pertanto, rimangono le incognite legate all'effettiva istituzione della prestazione universale, dotata delle caratteristiche previste dalla riforma, alla sua futura estensione all'intera platea degli anziani beneficiari e alle tipologie di risorse che a tal fine dovrebbero essere destinate.

Il decreto attuativo della riforma non ha previsto nemmeno un incentivo di vasta portata finalizzato all'impiego di assistenti familiari regolari. Mentre, come si è visto, la legge delega ha previsto una ricognizione e un riordino delle agevolazioni fiscali e contributive e, quindi, un intervento fiscale (deduzioni, detrazioni) al fine, tra l'altro, di aiutare le famiglie a pagare l'assistenza, il decreto si è limitato ad effettuare una ricognizione ma non un riordino che avrebbe dovuto portare agli sgravi fiscali. Inoltre, non si è prevista una disciplina sugli standard formativi delle assistenti familiari, rinviando a successive linee guida.

---

<sup>48</sup> Possono accedere al nuovo trasferimento monetario solo coloro che hanno superato gli 80 anni, già titolari dell'indennità di accompagnamento, con un Indicatore della Situazione Economica Equivalente-ISEE non superiore ai 6 mila euro all'anno e che si trovano in un livello di assistenza assistenziale gravissimo (cfr. art. 35).

<sup>49</sup> Art. 36, comma 2, lett. a) e b).

<sup>50</sup> In proposito, in senso critico, si vedano: F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Si restringe ulteriormente la coorte degli anziani non autosufficienti che potranno accedere alla prestazione universale prevista dall'art. 4 del decreto legislativo n. 29/2024*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2024, 929-940.

Quanto, invece, alla normativa sui *caregiver* familiari, mentre la delega è piuttosto scarna e generica, il decreto attuativo definisce, invece, il loro ruolo e un loro maggiore coinvolgimento nella programmazione degli interventi a livello locale e nazionale. Il decreto, infatti, individua modalità di relazione con gli operatori del sistema dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari, nei diversi momenti di necessità, e interventi che riguardano il familiare non autosufficiente, stabilisce i compiti delle Regioni e prevede il coinvolgimento delle associazioni di *caregiver* nella programmazione regionale e nazionale<sup>51</sup>.

Se, da un lato, non si è data attuazione alla riforma prefigurata dalla legge delega, volta ad ampliare l'offerta dei servizi agli anziani non sufficienti, dall'altro lato, è altresì mancata la previsione di aumenti strutturali delle risorse necessarie per la non autosufficienza, preferendo far ricorso ad altri capitoli di spesa anziché prevedere nuovi investimenti pubblici. Del resto, ciò che ha impedito di dare un'effettiva attuazione alla riforma, prevedendo un rinvio delle principali innovazioni ad una serie di decreti (più di 20) e linee guida e, addirittura, disponendo in maniera diversa rispetto agli elementi caratterizzanti e innovativi della legge delega, è stata proprio la mancanza di risorse necessarie al suo finanziamento. La legge delega non poteva stabilire nuovi stanziamenti, rientrando nell'ambito delle riforme del PNRR che non possono prevedere aumenti della spesa corrente. Nemmeno successivamente, però, sono stati stanziati aumenti delle risorse volti ad ampliare l'offerta dei servizi alla non autosufficienza. Significativo, al riguardo, è che le leggi di bilancio del 2023, 2024 e 2025 non hanno previsto risorse espressamente dedicate alla non autosufficienza anziana. La legge di bilancio 2026 si è limitata a istituire un fondo dedicato per il supporto ai *caregiver* ma non ha previsto nuovi fondi per il sostegno familiare, nonostante sia stato definito un LEPS per l'assistenza domiciliare socioassistenziale (un'ora a settimana). Pertanto, la questione delle risorse finanziarie necessarie per dare attuazione alla riforma rimane irrisolta.

In definitiva, si può quindi affermare che la prima attuazione, solo parziale, della delega – accompagnata da un limitato finanziamento degli interventi, che potevano peraltro contare sugli investimenti del PNRR – non è assolutamente in grado di rinnovare le normative, le politiche e i servizi regionali e locali di *Long Term Care* e di garantire un sistema di diritti e opportunità per i cittadini omogeneo sul territorio nazionale.

---

<sup>51</sup> Art. 39. Va ricordato, in proposito, che molti altri profili che riguardano i *caregiver* sono stati definiti da diverse proposte presentate alle Camere; proposte poi confluite nel disegno di legge sui *caregiver* familiari, approvato dal Consiglio dei ministri il 12 gennaio 2026, che prevede l'introduzione di tutele e sostegni, nei loro confronti, e valorizza il loro ruolo di cura. Sul tema, si vedano, L. CASSETTI, S. ROTOLO, *Report di ricerca Caregiver familiare*, cit., 28-40.



#### 4. Considerazioni conclusive. La necessità e l'urgenza di superare lo stallo nell'attuazione della riforma della *Long Term Care*

Nonostante l'iniziale attuazione della riforma non sia idonea a far fronte alle criticità del sistema di *Long Term Care* sul territorio, appare, comunque, prematuro valutare quale sarà il suo impatto futuro, perché ciò dipenderà dalla volontà politica di ridefinire tale sistema. L'adozione di un'ampia legge di delega, che ha posto le basi per una revisione globale della *Long Term Care*, deve essere considerata come un'occasione, forse irripetibile, data l'urgenza di intervenire nel settore, per iniziare a ridefinire – sebbene con grande ritardo – un sistema che è oramai insostenibile e che lo sarà sempre di più. Anche se attualmente il processo di riforma si trova in una situazione di stallo, ci si augura che il legislatore delegato non ritenga concluso tale processo; il decreto del 2024 deve essere, infatti, considerato solo un primo passo nella direzione del cambiamento. È, infatti, necessario e urgente un cambio di passo nella direzione di una completa e organica riforma del settore, in grado di definire una *governance* capace di garantire un sistema di assistenza continuativa, integrata e di qualità per una globale pressa in carico dell'anziano non autosufficiente.

In primo luogo, è opportuna una revisione del decreto attuativo, ai fini di renderlo in linea con le innovazioni contenute nella legge delega, e prevedere una programmazione maggiormente strategica, graduale, attraverso un piano pluriennale degli interventi.

In secondo luogo, è improrogabile l'adozione di ulteriori decreti attuativi, coerenti con i contenuti innovativi della delega, allo scopo di definire un adeguato modello di assistenza agli anziani non autosufficienti, incentrato sulla costruzione di un sistema di *governance* integrata e unitaria. È indubbio che debba essere rafforzato il ruolo dello Stato (che finora è stato piuttosto ridotto) e definita una *governance* nazionale solida, capace di affiancare le Regioni e gli enti locali, al fine di promuovere lo sviluppo del settore e garantire una maggiore uniformità dei servizi su tutto il territorio. D'altra parte, essendo, comunque, le Regioni e i Comuni a determinare, in concreto, i risultati della riforma, devono essere maggiormente valorizzate le loro competenze, rafforzati i servizi territoriali e domiciliari professionali e le peculiarità locali, per una più adeguata programmazione ed erogazione degli stessi. In altri termini, per migliorare la *governance* del sistema di *Long Term Care* è necessario trovare un punto di equilibrio tra un maggior ruolo dello Stato e un rafforzamento delle autonomie regionali e locali.

In terzo luogo, a fronte di un'insufficienza della spesa pubblica complessivamente dedicata all'assistenza degli anziani non autosufficienti è necessario che vengano stanziati e incrementati i finanziamenti strutturali che permettano di portare avanti interventi in grado di dare attuazione al potenziale innovativo della legge delega. È evidente, al riguardo, che una completa attuazione della riforma implichi un enorme dispendio di risorse; appare quindi necessario prevedere nuovi

finanziamenti, legati a progetti strategici e omnicomprensivi, allo scopo di evitare sprechi e che i costi diventino in futuro insostenibili<sup>52</sup>.

Infine, è necessaria una rapida attuazione della riforma, accompagnata, come si è sottolineato, da significativi trasferimenti economici, prima che diventi ancora più difficile realizzare una vera presa in carico della persona anziana non autosufficiente, in ragione dell'acuirsi delle criticità evidenziate e del crescente invecchiamento<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> Al riguardo, si vedano G. FOSTI, E. NOTARNICOLA, E. PEROBELLI, *La sostenibilità del settore Long Term Care nel medio-lungo periodo. Sesto Rapporto Osservatorio Long Term Care di CERGAS SDA Bocconi*, Egea, Milano, 2024; secondo il Rapporto sono necessari interventi strutturali per affrontare problemi di sostenibilità economica, del personale e dei modelli di servizio nel settore LTC.

<sup>53</sup> Al riguardo, si veda L. CASSETTI, *Un patto sociale e una prospettiva culturale a sostegno delle politiche per le persone anziane*, in *L'arte del dialogo*. Liber Amicorum Salvatore Prisco, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, in pubblicazione.



# Farmacia dei servizi e soggetti vulnerabili

Gemma Alberico\*

**SOMMARIO:** 1. Un nuovo modello organizzativo per la sanità di prossimità: cenni introduttivi. – 2. La farmacia dei servizi: genesi di un modello. – 2.1. La fase di sperimentazione del modello della farmacia dei servizi e il ruolo delle farmacie nella gestione dell'emergenza sanitaria. – 2.2. Il PNRR e la Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale. – 2.3. La legge 2 dicembre 2025, n. 182. – 2.4. La farmacia dei servizi e la tutela dei soggetti vulnerabili. – 3. Il ruolo del farmacista nell'ambito della farmacia dei servizi. – 3.1. L'evoluzione del ruolo del farmacista nei confronti dei soggetti vulnerabili. – 4. Riflessioni conclusive.

**ABSTRACT:** The paper analyzes, from a constitutional perspective, the evolution of the pharmacy model in the implementation of the community healthcare system, with particular reference to the so-called "service pharmacy". The topic is explored in relation to the role that pharmacies play for vulnerable people such as the elderly, examining recent regulatory and case law developments that have contributed to reshaping not only the pharmacy model but also the professional role of the pharmacist in the context of healthcare for the elderly.

## 1. Un nuovo modello organizzativo per la sanità di prossimità: cenni introduttivi

Il tema dell'invecchiamento della popolazione e dei connessi mutamenti demografici<sup>1</sup>, così come le trasformazioni sociali e la molteplicità di profili di vulnerabilità rilevabili anche ma non solo in relazione alle persone anziane, rendono sempre più evidente la necessità di ripensare il modello organizzativo dell'ambito sanitario.

Sulla scorta di iniziative avviate già all'inizio degli anni Duemila, l'esperienza pandemica prima e il PNRR poi hanno catalizzato l'attenzione sull'importanza della medicina di prossimità e sulla capacità del sistema sanitario di garantire l'efficienza di una dimensione territoriale della tutela della salute<sup>2</sup>.

---

\* Assegnista di ricerca in "Invecchiamento, vulnerabilità e inclusione sociale. Profili giuridici", Università degli studi di Milano/Dottoressa di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli.

<sup>1</sup> Sull'evoluzione demografica cfr. Audizione del Presidente dell'Istituto Nazionale di Statistica Prof. Francesco Maria Chelli presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli effetti economici e sociali derivanti dalla transizione demografica in atto della Camera dei Deputati, 1° aprile 2025; nonché il Report ISTAT relativo alle previsioni demografiche, "Italia 2050: sfide e prospettive di una società in transizione", 28 luglio 2025.

<sup>2</sup> A. PIOGGIA, *La sanità nel piano nazionale di ripresa e resilienza, in Governare la ripresa. La*

L'esperienza dell'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del Covid-19, infatti, ha mostrato le criticità di un sistema sanitario che al livello territoriale risultava quantomeno depotenziato e ciò anche a causa della scarsa attenzione rilevata sul piano istituzionale e di insufficienti finanziamenti<sup>3</sup>.

Le carenze inerenti alla medicina territoriale, peraltro, non costituiscono un problema secondario nel contesto della tutela della salute poiché incidono sull'effettività del diritto alla salute e sulla capacità di concretizzare i principi di universalità e uguaglianza sostanziale cui il Sistema Sanitario Nazionale si ispira<sup>4</sup>.

La Corte costituzionale, del resto, ha avuto occasione di rimarcare in generale la stretta interconnessione tra esercizio dei diritti e organizzazione, chiarendo che *«Organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l'una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non sia condizionato dall'organizzazione»*<sup>5</sup>.

In altri termini, l'organizzazione del sistema sanitario dovrebbe essere modellata sulla base degli interessi e dei diritti di cui deve garantire la tutela, non potendosi prescindere dalla valutazione del contesto storico-sociale di riferimento.

Da questo punto di vista, la pandemia ha lasciato emergere non soltanto le criticità del sistema ma anche le potenzialità di un modello volto a rafforzare la presenza e l'efficienza di presidi sanitari territoriali, come le farmacie.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, in particolare la Missione 6, dedicata alla definizione di un *“nuovo modello organizzativo”* dell'assistenza sanitaria territoriale, ha recepito tali sollecitazioni nella misura in cui, con specifico riferimento alla componente 1, ha destinato una parte considerevole dei fondi alle *“reti di prossimità e all'assistenza sanitaria territoriale”*, allo scopo di migliorare i servizi più vicini ai cittadini e rimodulare il modello organizzativo per l'erogazione delle prestazioni sul territorio.

In una visione non strettamente *“ospedalocentrica”*<sup>6</sup> del sistema sanitario, diventa

---

*Pubblica Amministrazione alla prova del Recovery Plan*, EUT Edizioni Università di Trieste, Trieste, 2022, 113-128.

<sup>3</sup> Sul punto, si veda VIII Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presentato alla Camera dei Deputati in data 8.10.2025. Sulla questione del progressivo defianziamento del SSN, cfr. anche Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale.

<sup>4</sup> Sulla necessità di investire nell'assistenza sanitaria territoriale, V. BURATTI, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *Rivista Interdisciplinare sul diritto delle amministrazioni Pubbliche*, fasc. 2, 2025, 36-63. L'A. evidenzia l'impatto positivo sulle risorse pubbliche di una visione organizzativa che valorizzi l'assistenza sul territorio anche in termini di prevenzione in quanto *“la prevenzione e la presa in carico tempestiva di patologie sono misure che diminuiscono la richiesta di prestazioni più complesse e costose”*.

<sup>5</sup> Corte cost., sentenza 27 novembre 1998, n. 383, Considerato in diritto, par. 4.1.1.

<sup>6</sup> Sulla prospettiva di un sistema sanitario improntato su una logica *“ospedalocentrica”*, E. CARLONI, *La crisi coronavirus come problema di geografia amministrativa*, in *Costituzione.info.it*, 2020, laddove evidenzia le criticità di tale approccio organizzativo rilevando come l'esperienza

fondamentale potenziare il sistema di assistenza territoriale perché gli effetti di una simile azione si ripercuotono positivamente sull'assistenza ospedaliera, soprattutto in termini di decongestione del pronto soccorso. In tal senso, è necessario valorizzare il ruolo svolto dai medici di base che rappresentano la prima garanzia di assistenza sanitaria dei cittadini, ma anche intervenire con presidi territoriali stabili. Un aiuto incisivo in tale direzione è fornito dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nel quale sono previsti interventi per la realizzazione di importanti strumenti strategici per l'assistenza territoriale di prossimità, quali le Case della Comunità e l'Ospedale di Comunità, ma anche per il potenziamento di un altro presidio sanitario territoriale che assume autonoma rilevanza, cioè la c.d. farmacia dei servizi.

## 2. La farmacia dei servizi: genesi di un modello

La farmacia dei servizi rappresenta un'evoluzione nell'ambito delle cure primarie e costituisce un modello innovativo in quanto trasforma le farmacie da prevalenti dispensatrici di farmaci a veri e propri presidi sanitari di prossimità, con la finalità di migliorare l'accesso alle cure, promuovere la prevenzione e alleggerire la pressione sul Sistema Sanitario Nazionale.

Tale modello non costituisce, invero, una novità introdotta dal PNRR, ma un'ipotesi di rimodulazione della nuova idea di farmacia già delineata nella prima decade del Duemila.

In particolare, la legge n. 69/2009<sup>7</sup> aveva previsto per la prima volta che le farmacie potessero fornire nuovi servizi in ambito sanitario ai cittadini, definendo le caratteristiche principali del nuovo modello della c.d. farmacia dei servizi.

La legge delega prevedeva, infatti, l'individuazione di nuovi servizi a forte valenza socio-sanitaria erogati dalle farmacie pubbliche e private nell'ambito del SSN allo scopo di assicurare, tra l'altro, la partecipazione delle farmacie al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale, anche con l'obiettivo di garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, al fine di favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche<sup>8</sup>.

---

emergenziale abbia mostrato tutte le fragilità di tale organizzazione con particolare riferimento al modello della Regione Lombardia.

<sup>7</sup> La legge n. 69/2009 aveva ad oggetto "*Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile*" e all'art. 11 prevedeva una specifica "*Delega al Governo in materia di nuovi servizi erogati dalle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale nonché disposizioni concernenti i comuni con popolazione fino a 5.000 abitanti*".

<sup>8</sup> Per l'indicazione dettagliata dei principi e criteri direttivi cfr. art. 11, comma 1, legge n. 69/2009.

Il successivo d.lgs. n. 153/2009 aveva, perciò, definito i nuovi compiti e funzioni assistenziali delle farmacie, individuando i nuovi servizi che le farmacie potevano assicurare nell'ambito del SSN<sup>9</sup>.

In attuazione del quadro delineato dal d.lgs. n. 153/2009, nel corso del 2010 venivano emanati due decreti attuativi, approvati da parte della Conferenza Stato-Regioni: il d.m. del 16 dicembre 2010 *“Disciplina dei limiti e delle condizioni delle prestazioni analitiche di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo e per le indicazioni tecniche relative ai dispositivi strumentali”* e il d.m. del 16 dicembre 2010, *“Erogazione da parte delle farmacie di specifiche prestazioni professionali”*.

L'eventuale erogazione di tali ulteriori prestazioni non comportava la presa in carico del cittadino/utente da parte delle farmacie né l'attribuzione di competenze proprie del personale medico, ma aveva lo scopo di offrire alle persone la possibilità di rivolgersi alla farmacia per ottenere prestazioni infermieristiche o interventi fisioterapici, previsti dalla prescrizione medica ed erogate dai rispettivi professionisti.

Successivamente, veniva emanato un terzo decreto attuativo, il d.m. dell'8 luglio 2011, recante la disciplina per l'*“Erogazione da parte delle farmacie, di attività di prenotazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, pagamento*

---

<sup>9</sup> L'art. 1, d.lgs. n. 153/2009, in particolare, nella formulazione iniziale, prevedeva che le farmacie potessero erogare diversi servizi: a) l'assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, anche mediante la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari e alla consegna, anche per conto delle strutture sanitarie, dei farmaci a distribuzione diretta; nonché la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, sebbene con delle limitazioni; b) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio, a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza; c) l'erogazione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano; d) l'erogazione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico, prevedendo anche l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici; e) l'effettuazione presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui alla lett. d), di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, f) la effettuazione di attività attraverso le quali nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate.

Le previsioni contenute nell'art. 1, d.lgs. n. 153/2009 sono state poi ulteriormente estese dalla legge n. 178/2020 e dal d.l. n. 24/2022, a seguito dell'emergenza sanitaria.

*delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino e ritiro dei referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica e ambulatoriale*". Tale decreto implementava tra le attività delle farmacie anche la prenotazione di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, consentendo altresì di effettuare il pagamento e ritirare i relativi referti presso la farmacia.

## **2.1. La fase di sperimentazione del modello della farmacia dei servizi e il ruolo delle farmacie nella gestione dell'emergenza sanitaria**

La farmacia di servizi così delineata dalla disciplina normativa sinteticamente richiamata ha costituito per molto tempo una soluzione marginale e poco diffusa.

Soltanto con la legge di bilancio del 2018 ha preso avvio, in nove regioni, per il triennio 2018-2020, una sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dal d.lgs. n. 153/2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del SSN<sup>10</sup>.

La sperimentazione mirava a consentire di comprendere quali e quanti potessero essere i vantaggi che il sistema sanitario avrebbe potuto ottenere dall'erogazione di più servizi da parte delle farmacie, ciò soprattutto in relazione alle c.d. prestazioni di prima istanza, rientranti nell'ambito dell'autocontrollo. A tal fine, sono stati definiti dei criteri uniformi per la sperimentazione anche mediante la predisposizione di linee guida da parte del Ministero della Salute<sup>11</sup>.

In tale ottica di implementazione del ruolo delle farmacie, la legge 27 dicembre 2019, n. 160, in attuazione del Piano Nazionale della Cronicità 2016 sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ha introdotto la possibilità di usufruire presso le farmacie – in collaborazione con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta – di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, sempre nel rispetto di prescrizioni mediche, al fine di favorire la presa in cura dei pazienti cronici e di concorrere all'efficientamento della rete dei servizi.

Grazie alla progressiva digitalizzazione avviata in ambito sanitario con il d.l. 18

---

<sup>10</sup> La citata legge, infatti, ha autorizzato la spesa di 6 milioni di Euro per l'anno 2018, 12 milioni di Euro per il 2019 e 18 milioni di Euro per l'anno 2020. Il d.m. del 17 maggio 2018 ha, poi, individuato le nove regioni interessate da tale sperimentazione, di cui tre per l'anno 2018 (Piemonte, Lazio e Puglia), ulteriori tre per il 2019 (Lombardia, Emilia-Romagna e Sicilia), e ulteriori tre per il 2020 (Veneto, Umbria e Campania).

<sup>11</sup> Le linee guida sono state predisposte da un gruppo di lavoro costituito dal Ministero della salute e poi approvate in Conferenza Stato-Regioni. I servizi delle farmacie ammessi alla sperimentazione dalle Linee guida sono di tre tipi: 1. i servizi cognitivi, che comprendono la riconciliazione della terapia farmacologica e il monitoraggio dell'aderenza terapeutica (limitatamente a tre patologie: bpco, ipertensione e diabete); 2. i servizi di front office, concentrati sul Fascicolo sanitario elettronico (attivazione, arricchimento e consultazione); 3. le analisi di prima istanza, compresi i servizi di telemedicina (holter pressorio e cardiaco, ecg, autospirometria) e gli screening per il tumore al colon retto.



ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, che ha previsto il passaggio dalle prescrizioni mediche in formato cartaceo a quelle in formato elettronico<sup>12</sup>, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta che effettuano le prescrizioni di farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale possono intrattenere ogni forma di collaborazione con le farmacie prescelte dal paziente per l'erogazione dei servizi, anche attraverso le funzionalità del dossier farmaceutico di cui all'art. 12, comma 2-bis, del citato d.l. n. 179/2012<sup>13</sup>. Le farmacie, per converso, forniscono ai pazienti ogni informazione utile sulle cure prestate e sulle modalità di conservazione e assunzione personalizzata dei farmaci prescritti, nonché informano periodicamente, e ogni volta che risulti necessario, il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta o il medico prescrittore sulla regolarità o meno dell'assunzione dei farmaci o su ogni altra notizia reputata utile anche al fine di garantire l'aderenza alla terapia.

Il coinvolgimento delle farmacie nell'ambito del Piano di Cronicità, con preciso riguardo all'attività di monitoraggio delle condizioni del paziente e di aderenza alla terapia, nonché il potenziamento di un rapporto diretto tra la farmacia e il medico costituiscono segnali di un'evoluzione del ruolo che le farmacie svolgono nell'ambito territoriale, diventando sempre più un punto di riferimento per il paziente<sup>14</sup>.

L'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del Covid-19 ha però inevitabilmente imposto un progressivo rinvio della conclusione della fase sperimentale di tale nuovo assetto.

In particolare, la legge di bilancio 2020 ha prorogato ed esteso la sperimentazione della farmacia dei servizi al fine di ampliare gli ambiti territoriali della sperimentazione e le risorse messe a disposizione delle farmacie per il potenziamento del servizio offerto alla popolazione, prevedendo non soltanto l'estensione temporale ma anche l'ampliamento delle Regioni coinvolte e delle risorse destinate<sup>15</sup>.

L'emergenza sanitaria, se da un lato ha rallentato la sperimentazione rispetto ai cronoprogrammi inizialmente delineati, dall'altro lato ha costituito un banco di prova importante per la stessa implementazione dei servizi in farmacia<sup>16</sup>.

<sup>12</sup> Art. 13, d.l. n. 179/2012, convertito, con modificazioni, in legge 17 dicembre 2012, n. 221.

<sup>13</sup> L'art. 12, comma 2-bis dispone che *“Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale parte specifica del FSE, aggiornato a cura della farmacia che effettua la dispensazione”*, attribuendo un ruolo specifico alle farmacie nell'assicurare l'affidabilità e l'aggiornamento del dossier facente parte del FSE.

<sup>14</sup> Per un approfondimento sui contenuti del Piano nazionale della Cronicità 2016, cfr. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2584\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf).

<sup>15</sup> Ad oggi la sperimentazione è stata estesa all'anno 2025, con una scadenza fissata al 30 settembre 2025 per l'attività di rendicontazione.

<sup>16</sup> A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Diritto pubblico*, 2, 2020, 385; cfr. anche A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Istituzioni del federalismo*, n. speciale, 2020, 17-27.

Nel contesto emergenziale, la legge n. 178/2020, allo scopo di ampliare l'accesso ai test diagnostici per isolare i soggetti positivi, avere un quadro chiaro della situazione epidemiologica e decongestionare le strutture ospedaliere, ha previsto per la prima volta la possibilità per il farmacista di eseguire prelievi di sangue capillare<sup>17</sup> e di effettuare test ad uso professionale che comportano l'emissione di un "attestato di esito"<sup>18</sup>.

Sempre durante la pandemia, è stata poi attribuita al farmacista anche la possibilità di somministrare direttamente i vaccini anti SARS-CoV-2 e quelli antinfluenzali, nonché di effettuare test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, senza la supervisione di personale medico<sup>19</sup>.

Il 28 luglio 2022, il Governo, le Regioni e le Province autonome, Federfarma e Assofarm hanno sottoscritto un protocollo d'intesa che definiva la cornice nazionale e le modalità per il coinvolgimento, su base volontaria, dei farmacisti nelle vaccinazioni anti Covid-19 e antinfluenzali, nonché nell'esecuzione dei test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo, ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. e-*quater*), d.lgs. n. 153/2009<sup>20</sup>.

La sperimentazione proseguita dopo l'emergenza sanitaria, pertanto, è stata inevitabilmente effettuata tenendo conto delle esperienze intervenute nella fase emergenziale ed è in tale ottica che il Legislatore ha guardato al modello della farmacia dei servizi quale presidio sanitario territoriale anche alla luce del PNRR.

## 2.2. Il PNRR e la Riforma dell'assistenza sanitaria territoriale

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e, in particolare, la Missione 6 Salute, Componente 1: "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale", ha evidenziato la necessità di intervenire nell'ambito della sanità territoriale.

La Riforma dell'assistenza territoriale rappresenta, in tal senso, una nuova strategia di organizzazione e gestione del Sistema Sanitario Nazionale che ha lo scopo di garantire una sanità più vicina alle persone, ed è stata delineata dal d.m. del 23 maggio 2022, n. 77, avente ad oggetto il "*Regolamento recante la definizione di*

---

<sup>17</sup> Tale attività è stata implementata per permettere di rilevare la presenza di anticorpi IgG e IgM durante la gestione dell'emergenza sanitaria; cfr. art. 1, comma 2, lett. e-*ter*), d.lgs. n. 153/2009.

<sup>18</sup> L'effettuazione di prelievi e test diagnostici in farmacia non prevede l'emissione di un referto o l'elaborazione di una diagnosi, per tale ragione si parla di una sorta di attestato di esito, da intendersi come semplice formalizzazione dei risultati del test diagnostico, stante la competenza esclusiva del medico per la valutazione diagnostica e l'eventuale prescrizione terapeutica.

<sup>19</sup> Cfr. legge n. 178/2020, d.l. n. 41/2021 (c.d. "Decreto Sostegni"), d.l. n. 24/2022 convertito con legge n. 52/2022.

<sup>20</sup> Il testo del Protocollo d'intesa Governo, Regioni e Organizzazioni rappresentative delle farmacie è reperibile su: [https://www.fofi.it/protocollo%20vaccini%20test%20firmato\\_signed.pdf](https://www.fofi.it/protocollo%20vaccini%20test%20firmato_signed.pdf).

*modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*".

Quest'ultimo ha rappresentato un ulteriore passo in avanti nell'evoluzione del modello della farmacia in quanto la menzionata disciplina ha espressamente individuato le farmacie quali "*presidi sanitari di prossimità*" ritenendole "*un elemento fondamentale ed integrante del Servizio sanitario nazionale*"<sup>21</sup>.

Il d.m. n. 77/2022 ha inserito le farmacie tra i protagonisti dello "Sviluppo dell'assistenza territoriale del SSN" valorizzando non soltanto l'attività di dispensazione del farmaco che è propria delle stesse, ma anche e soprattutto le ulteriori attività e servizi che le farmacie hanno progressivamente implementato in virtù degli interventi normativi succedutisi nel tempo: il servizio di accesso personalizzato ai farmaci per i pazienti cronici, la farmacovigilanza, le prestazioni erogabili nell'ambito della farmacia dei servizi e le ulteriori attività svolte a partire dalla fase di emergenza sanitaria<sup>22</sup>.

La valorizzazione del ruolo delle farmacie nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale e l'individuazione delle stesse quali presidi sanitari di prossimità rappresenta l'approdo di un percorso di progressiva evoluzione della farmacia da luogo di dispensazione di farmaci ad avamposto della sanità pubblica, capace di assicurare in tutto il territorio la presenza di un riferimento sanitario per i cittadini.

### 2.3. La legge 2 dicembre 2025, n. 182

Il percorso di costruzione ed evoluzione di un nuovo modello di farmacia capace di contribuire in modo sempre più attivo alla tutela della salute nell'ambito del SSN non si è concluso con la riforma della sanità territoriale di cui al d.m. n. 77/2022, ma prosegue in virtù di un recente intervento normativo: la legge 2 dicembre 2025, n. 182, recante "*Disposizioni per la semplificazione e la digitalizzazione dei procedimenti in materia di attività economiche e di servizi a favore dei cittadini e delle imprese*". Essa ha apportato modifiche al d.lgs. n. 153/2009 ampliando così la gamma di servizi erogabili dalle farmacie.

L'art. 60 della citata legge<sup>23</sup>, rubricato "*Misure di semplificazione per promuovere l'erogazione dei servizi in farmacia*", in particolare, incrementa l'offerta dei servizi che le farmacie potranno erogare, e definisce espressamente il nuovo modello di Farmacia dei servizi<sup>24</sup>.

---

<sup>21</sup> Sulla riforma operata con il d.m. n. 77/2022 e sul ruolo delle farmacie nel nuovo assetto di assistenza sanitaria territoriale G. NOTO, A. NOTO, E. BORGONOVO, *Le basi dell'approccio sistemico al DM 77 e all'integrazione territorio-ospedale: dalla pianificazione strategica all'attuazione operativa*, in *MECOSAN*, 124, 2022, 113-136.

<sup>22</sup> Allegato 1, par. 2 del d.m. n. 77/2022.

<sup>23</sup> Precedentemente art. 25 del c.d. DDL Semplificazioni. Per un approfondimento cfr. Dossier Servizio studi Camera dei Deputati.

<sup>24</sup> Il citato art. 60 prevede anche che, al fine di consentire ai cittadini un'immediata identificazione

Con l'entrata in vigore di tale legge, dunque, la farmacia diventa ancora di più un punto di riferimento cruciale per la sanità territoriale.

Presso le farmacie è possibile la somministrazione, da parte di farmacisti opportunamente formati a seguito del superamento di specifico corso abilitante e di successivi aggiornamenti annuali, organizzati dall'Istituto superiore di sanità, di vaccini individuati dal Piano nazionale di prevenzione vaccinale nei confronti dei soggetti di età non inferiore a dodici anni.

Facendo seguito all'esperienza della fase di emergenza sanitaria, le farmacie potranno effettuare i test diagnostici che prevedono il prelevamento del campione biologico a livello nasale, salivare o orofaringeo. Tali servizi potranno essere effettuati in aree, locali o strutture, anche esterne e separate dalla struttura principale, idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza.

In questi locali dovrà essere vietato il ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti, in tal modo segnando una linea di demarcazione tra le diverse attività che la farmacia può svolgere<sup>25</sup>.

Le farmacie potranno inoltre erogare anche servizi di telemedicina, nei limiti delle competenze del farmacista, e quest'ultimo potrà provvedere all'effettuazione di test diagnostici decentrati, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, ai fini dell'appropriatezza prescrittiva, per il contrasto all'antibiotico-resistenza.

Si prevede, infine, che due o più farmacie, di proprietà di soggetti differenti, possano esercitare in comune i servizi offerti anche utilizzando i medesimi locali separati, previa stipula di un contratto di rete.

Le previsioni del citato art. 60 prevedono il più ampio catalogo delle prestazioni erogabili in farmacia e dal farmacista anche a partire dall'esperienza del Protocollo d'intesa siglato nel 2022 inerente al piano vaccinazioni antinfluenzali e si inserisce coerentemente nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale che riconosce e attribuisce alle farmacie un ruolo fondamentale nell'organizzazione della sanità pubblica.

---

dei servizi sanitari offerti nei locali della farmacia, “i soggetti titolari di farmacia appongono presso i locali stessi, oltre alla croce verde identificativa della farmacia, un'insegna riportante la denominazione “Farmacia dei servizi” e forniscono idonea informazione sulla esatta identificazione dei soggetti titolari di farmacia che offrono i servizi”, in tal modo concretizzando la farmacia dei servizi come un modello diverso di farmacia che si affianca ma non sostituisce il modello “classico” di farmacia.

<sup>25</sup> La nuova disposizione prevede che “L'erogazione dei servizi sanitari sarà soggetta alla previa autorizzazione da parte dell'Asl territorialmente competente nonché all'accertamento dei requisiti di idoneità igienico-sanitaria dei locali. L'Asl, in particolare, dovrà verificare che i locali ricadano nell'ambito della sede farmaceutica di pertinenza prevista in pianta organica e che siano situati a una distanza non inferiore a duecento metri dalle altre farmacie e dai locali ove sono svolti i servizi sanitari di pertinenza di altre farmacie”.

## 2.4. La farmacia dei servizi e la tutela dei soggetti vulnerabili

L'evoluzione progressiva della farmacia dei servizi, a partire dal 2009 e fino al quadro normativo delineato alla luce delle più recenti novità introdotte dal Legislatore del 2025, assume particolare rilievo in relazione alla tutela della salute dei soggetti vulnerabili e, più specificamente, degli anziani.

La popolazione anziana, infatti, può certamente giovare dell'implementazione di servizi all'interno delle farmacie in quanto peculiare è il rapporto degli anziani con i farmaci e, di conseguenza, con la farmacia quale presidio sanitario territoriale.

Secondo i dati di AIFA, la presenza di due o più patologie caratterizza già il 75% degli *over 65* e tale condizione sembra colpire gli ultraottantenni nella loro quasi totalità. La diretta conseguenza di tale fenomeno è l'utilizzo di un elevato numero di farmaci per trattare queste patologie<sup>26</sup>.

Sul punto, è doveroso segnalare come la presenza di due o più patologie non necessariamente implica una condizione di non autosufficienza degli anziani, ma anzi in molti casi si tratta di persone che ben possono gestire la propria patologia cronica presso il proprio domicilio seguendo una terapia regolare.

In tali ipotesi, la farmacia dei servizi può contribuire a garantire un presidio sanitario che supporta l'anziano nella scelta di vivere e curarsi senza doversi allontanare dalla propria abitazione e dalla propria comunità di riferimento.

La capillarità delle farmacie, istituite anche nelle zone rurali, rappresenta uno degli elementi principali che concorrono a favorire il nuovo modello della farmacia dei servizi in quanto garantiscono l'effettività della prestazione nel delineato contesto di rinnovazione del sistema di medicina territoriale<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, *L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019*, Roma, Agenzia Italiana del Farmaco, 2021.

<sup>27</sup> La rilevanza del ruolo delle farmacie nelle zone rurali è stata evidenziata nel Report *La Farmacia italiana*, Federfarma, 2025. Dai dati analizzati in tale report emerge che in Italia operano "oltre 7.200 farmacie rurali, cioè farmacie situate in comuni o centri abitati con meno di 5.000 abitanti, che assistono una popolazione di oltre 10 milioni di abitanti. Un terzo delle farmacie esistenti, quindi, opera in piccoli comuni. Di queste, 4.400 sono farmacie rurali sussidiate, cioè farmacie situate in località con meno di 3.000 abitanti, che servono complessivamente oltre 5 milioni di persone. Si tratta di farmacie che, per la loro funzione di presidio sanitario unico e indispensabile sul territorio e per il fatto di operare in zone disagiate e con bacini di utenza ridotti, ricevono un sussidio dalle Regioni (di entità variabile a seconda delle norme varate a livello regionale). Delle farmacie rurali sussidiate, 2.000 operano in centri con meno di 1.500 abitanti e servono quasi 2 milioni di persone, in gran parte anziani".

Per tale ragione, il PNRR, nell'ambito dell'Investimento "Strutture sanitarie di prossimità territoriale" e in particolare con la Missione n. 5 Inclusione e Coesione, Componente 3 "Interventi speciali per la coesione territoriale", è intervenuto per supportare le farmacie rurali con il dichiarato scopo di rafforzare i servizi sanitari di prossimità, garantendo una migliore offerta alla popolazione delle aree più marginalizzate. Il finanziamento è stato destinato al consolidamento delle farmacie rurali ubicate in Comuni con popolazione inferiore a 5.000 abitanti e in frazioni o centri abitati con popolazione inferiore ai 5.000 abitanti ricadenti all'interno di Comuni con popolazione superiore ai 5.000 abitanti. In particolare, il finanziamento ha previsto la rilevanza di interventi volti a introdurre e/o potenziare uno o più dei seguenti servizi: 1. Ottimizzazione dell'efficace dispensazione del farmaco; 2. Partecipazione alla presa

La valorizzazione del ruolo delle farmacie quale presidio sanitario territoriale, peraltro, pare essere ancor più rilevante alla luce della forte carenza di medici di medicina generale che, secondo i dati, si acuirà entro il 2027 in ragione di migliaia di professionisti che lasceranno il servizio per raggiunti limiti di età e che non saranno sostituiti. Tale carenza impatta soprattutto sui territori più piccoli in cui la carenza di medici di medicina generale incide negativamente sulla continuità assistenziale<sup>28</sup>.

All'interno di questa nuova rete di assistenza territoriale, la farmacia dei servizi riveste un ruolo fondamentale per diversi aspetti: intercettare anche ai fini della prevenzione i pazienti affetti o potenzialmente affetti da specifiche patologie croniche che richiederebbero determinate prestazioni sanitarie e sociali; collaborare in team assistenziali per differenziare la popolazione sana in funzione dei fattori di rischio sia individuali che contestuali (come i fattori ambientali), allo scopo di agire con interventi di promozione della salute che favoriscano l'acquisizione e il mantenimento di stili di vita salutari; cooperare in modo proattivo per individuare le priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità di cura e assistenziale delle persone in condizioni di cronicità, fragilità, disabilità e a rischio di non autosufficienza.

L'aggiornamento del Piano nazionale della Cronicità 2024 ha ulteriormente rimarcato come le farmacie, attraverso la distribuzione capillare e la professionalità che esprimono, possono svolgere una funzione di grande rilevanza per l'interfaccia del cittadino con il Servizio Sanitario Nazionale, configurandosi come perfetto snodo assistenziale in un'ottica di rafforzamento della sanità sul territorio<sup>29</sup>.

In virtù di tali caratteristiche, peraltro, l'implementazione della farmacia dei servizi interseca e concretizza gli obiettivi posti dal d.lgs. n. 29/2024 relativamente alla valorizzazione della casa come primo luogo di cura soprattutto per gli anziani che, seppur affetti da specifiche patologie, continuano ad essere autosufficienti.

Già nell'Accordo Stato-Regioni del 17 ottobre 2019, concernente le Linee di indirizzo per la sperimentazione dei nuovi servizi nella farmacia di comunità, di fatti, era stato specificato che *“i professionisti sanitari quali farmacisti di comunità, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), infermieri, da sempre a stretto contatto della persona assistita, pur nel rispetto delle rispettive competenze, possono rispondere alle esigenze dei pazienti e dei familiari e dar loro la possibilità di cura vicino al proprio luogo di vita”*<sup>30</sup>.

---

in carico del paziente cronico; 3. Prestazione di servizi di primo e secondo livello, operabile anche nell'ambito di assistenza domiciliare e telemedicina.

<sup>28</sup> Rapporto *Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR* a cura di Cittadinanzattiva nell'ambito del Progetto europeo AHEAD (Action for Health and Equity: Addressing Medical Deserts) concernente la questione della c.d. desertificazione sanitaria.

Sulla carenza di medici di medicina generale, R. PETTINELLI, *Note sul rapporto convenzionale dei medici di medicina generale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, 555-569.

<sup>29</sup> In questi termini, Piano Nazionale della Cronicità 2024, 79.

<sup>30</sup> Accordo Stato-Regioni, Premessa. Il testo integrale è reperibile su: <https://www.camera.it/temi/ap/2019/12/12/OCD177-4246.pdf>.

In tal senso, il d.lgs. n. 29/2024 ha evidenziato quanto sia utile per l'anziano non abbandonare la comunità di riferimento, i luoghi familiari e la propria casa per poter vivere nel miglior modo possibile anche la fase dell'invecchiamento.

La farmacia dei servizi risponde a tale obiettivo consentendo all'anziano di poter ottenere prestazioni volte a garantire la possibilità per i soggetti vulnerabili di potersi curare senza allontanarsi dal proprio territorio, potendo contare sul supporto di un professionista – il farmacista – sia per l'aderenza alla terapia, sia per l'accesso personalizzato ai farmaci, sia per il monitoraggio.

### 3. Il ruolo del farmacista nell'ambito della farmacia dei servizi

Il percorso di evoluzione e trasformazione della farmacia – da non inquadrare più come luogo di dispensazione di farmaci ma come presidio sanitario territoriale – consente (*rectius*: impone) di delineare in modo nuovo anche la figura del farmacista che, pure nell'ottica dell'implementazione di servizi delineata dalla legge n. 182/2025, assume caratteristiche tali da poter integrare quella “rete di supporto” che risulta fondamentale per l'effettività del diritto alla salute soprattutto per i soggetti più fragili e vulnerabili come gli anziani.

Non è un caso, d'altra parte, che al d.m. n. 77/2022, relativo alla riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, abbia fatto seguito il d.m. n. 1147/2022<sup>31</sup> che ha definito il nuovo ordinamento didattico del corso di laurea magistrale in Farmacia, prevedendo un maggiore approfondimento delle discipline mediche e diagnostiche, con lo scopo di permettere ai futuri farmacisti di offrire più servizi alla popolazione, tra cui anche una consulenza completa alla persona sana ai fini della prevenzione delle malattie nonché un'attività di monitoraggio dell'aderenza terapeutica e del corretto utilizzo dei farmaci da parte dei soggetti con patologie croniche<sup>32</sup>.

Sul versante dell'evoluzione della figura del farmacista, così come avvenuto con il modello della farmacia dei servizi, l'esperienza pandemica ha contribuito alla trasformazione del ruolo. Il farmacista è divenuto sempre più una figura di riferimento per il cittadino potendo rispondere a molteplici esigenze sia mediante i servizi offerti nei locali della farmacia stessa e utili per controlli e test di autodiagnostica, sia mediante i servizi di telemedicina che consentono un forte abbattimento dei tempi necessari per avere un consulto medico anche specialistico.

Secondo una ricerca Ipsos realizzata nel 2023 e relativa all'analisi del ruolo del farmacista, il 93% degli italiani ha una farmacia di riferimento e in tale scelta risultano determinanti non soltanto la vicinanza geografica e la possibilità di ottenere

---

<sup>31</sup> Il d.m. n. 1147/2022, in particolare, ha avuto ad oggetto la “Revisione dell'ordinamento della Classe del Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in “Farmacia e farmacia industriale” di cui al Decreto Ministeriale 16 marzo 2007”.

<sup>32</sup> Tali attività e funzioni del farmacista trovano pieno riconoscimento nel PNC 2024 sopra citato.

un ampio catalogo di servizi, ma anche il rapporto di fiducia che si instaura con il farmacista e la conoscenza diretta del professionista <sup>33</sup>.

La ricerca ha evidenziato come per i cittadini siano fondamentali le conoscenze in campo farmaceutico e la competenza nel consigliare la soluzione più appropriata alle proprie esigenze di cura, ma risulti altrettanto importante la garanzia di disponibilità e di continuità del servizio erogato sul territorio.

Il farmacista, dunque, assume sempre più il ruolo di una figura centrale per la continuità e l'effettività dell'assistenza sanitaria territoriale, diventando un punto di riferimento indispensabile per le persone che necessitano di un supporto regolare e permanente come avviene per i malati cronici e per i soggetti in situazioni di comorbidità come gli anziani <sup>34</sup>.

### 3.1. L'evoluzione del ruolo del farmacista nei confronti dei soggetti vulnerabili

La progressiva evoluzione della figura del farmacista nei termini appena delineati è stata confermata anche da un recente parere del Consiglio di Stato in sede consultiva concernente l'attività nota come "*deblistering*" <sup>35</sup>.

Il *deblistering* consiste nell'attività di sconfezionamento e ripartizione dei farmaci, indicati dal medico nel piano terapeutico, in dosaggi giornalieri o settimanali in bustine o blister personalizzati allo scopo di aiutare i pazienti a seguire il percorso di cura in modo corretto.

Si tratta di un servizio che viene considerato di particolare importanza soprattutto per i soggetti più vulnerabili, tenuti a rispettare in modo permanente un piano terapeutico articolato.

Il caso sottoposto all'attenzione del Consiglio di Stato aveva avuto origine dal ricorso proposto da una società farmaceutica torinese avverso il parere sfavorevole reso dall'ASL competente in relazione alla comunicazione con cui la medesima società aveva reso noto che avrebbe avviato l'attività di *deblistering*. La posizione contraria dell'ASL era da ricondursi, in particolare, alla circostanza per cui in assenza di "*una normativa nazionale di dettaglio che regolamenti in modo compiuto l'attività di confezionamento personalizzato*", nonché "*di linee guida della Regione Piemonte recanti i requisiti e i limiti per lo svolgimento dell'attività sul territorio di pertinenza*", la stessa riteneva di non poter adottare atti di autorizzazione della menzionata attività.

Il Ministero della Salute, sul punto, ha richiesto il parere del Consiglio di Stato

---

<sup>33</sup> Report Ipsos, *Il ruolo del farmacista e delle farmacie: verifica della reputazione e del percepito d'immagine*, 2023, reperibile su <https://www.ipsos.com/it-it/ruolo-farmacista-farmacia-futuro-italia>.

<sup>34</sup> Per un approfondimento sulle condizioni di comorbidità e cronicità nelle persone over 65 si rinvia al Report dell'ISS nell'ambito del Progetto "La sorveglianza Passi d'argento".

<sup>35</sup> Consiglio di Stato, parere n. 992 del 2 settembre 2025.



circa l'ammissibilità dell'attività di *deblistering* da parte delle farmacie, ritenendo che la stessa non potesse essere svolta “*al di fuori di quanto espressamente disciplinato*”, pur nella consapevolezza della carenza di una normativa di settore concernente la specifica materia e sostenendo di aver “*sempre espresso perplessità nei confronti degli Enti locali, competenti in materia di esercizio di farmacia, che hanno chiesto un parere circa la possibilità di ammettere l'attività di deblistering*”, sebbene in mancanza di un esplicito divieto.

La lettura proposta dal Ministero della Salute sull'esistenza di una sorta di divieto tacito è apparsa poco fondata<sup>36</sup> sia per ragioni di logica giuridica – implicherebbe che ciò che non è disciplinato debba ritenersi vietato – sia per ragioni di merito che, secondo il parere in parola, concernono la “*consistenza degli interessi in gioco*”, cioè i diritti coinvolti che potrebbero essere tutelati anche mediante lo svolgimento di tale attività.

Il Consiglio di Stato ha precisato che l'attività di *deblistering* costituisce “*una pratica volta ad assicurare livelli più elevati di aderenza terapeutica, così come di semplificazione nella gestione dei farmaci, soprattutto per pazienti cronici, anziani, politrattati*”, evidenziando come tale attività possa contribuire fattivamente e positivamente alla gestione dell'assistenza territoriale “*tanto più in un Paese con tra i più alti livelli di longevità al mondo e con un elevato numero di pazienti cronici*”<sup>37</sup>.

Tale attività erogata dalla farmacia va ricondotta “*nel quadro delle iniziative di supporto alla cittadinanza, in particolare quella più vulnerabile, e di potenziamento dei servizi sanitari di una gestione personalizzata delle terapie farmacologiche individuali per pazienti che necessitano in particolare di terapie croniche*”<sup>38</sup>.

In tale ottica, l'attività svolta dal farmacista di predisporre i farmaci acquistati in apposite confezioni personalizzate è utile per garantire l'aderenza terapeutica, soprattutto a tutela delle persone più vulnerabili come gli anziani, favorendo la possibilità di provvedere autonomamente a seguire il percorso di cura elaborato dal medico<sup>39</sup>.

Il Consiglio di Stato, invero, ha evidenziato i rischi correlati all'eventuale divieto di *deblistering* poiché è indubbio che, in assenza del servizio garantito da un soggetto professionale, “*l'attività di adeguamento terapeutico finirebbe per essere compiuta dallo stesso paziente, con tutte le conseguenze in termini di possibili*

<sup>36</sup> Il Consiglio di Stato ha ritenuto che l'attività di *deblistering* debba ritenersi ammissibile innanzitutto perché l'ordinamento non contiene norme che vietino tale attività, ma anche perché mancano disposizioni che ne assoggettino l'avvio all'adozione di atti autorizzativi dell'Amministrazione.

<sup>37</sup> Consiglio di Stato, parere n. 992 del 2 settembre 2025, punto 17.1.2.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

<sup>39</sup> Il parere precisa che il farmacista deve rigorosamente operare sulla base del dosaggio e della posologia stabilite dal medico curante, oltre che nel rispetto del proprio Codice deontologico che, all'art. 10, prevede che il farmacista ponga in essere ogni utile iniziativa professionale volta ad assicurare l'aderenza alle terapie farmacologiche.

*errori o dimenticanze, soprattutto in caso di pazienti anziani o cronici”*<sup>40</sup>.

Il parere lascia emergere la particolare rilevanza del ruolo svolto dal farmacista non soltanto quale professionista competente ad accompagnare i pazienti in un percorso terapeutico elaborato dal medico di medicina generale o dal medico prescrittore, ma anche quale professionista che assume le vesti di una figura di garanzia per la tutela della salute delle persone, soprattutto più vulnerabili.

Tale interpretazione trova conferma nelle previsioni normative che valorizzano i principi dell'aderenza terapeutica e della personalizzazione del servizio di distribuzione dei farmaci per assicurare l'effettività del diritto alla salute mediante un adeguato sistema di assistenza sanitaria<sup>41</sup>.

In relazione alla specifica attività di *deblistering*, considerata un servizio chiave per migliorare l'assistenza sul territorio<sup>42</sup>, va anche considerato che diverse Regioni, nell'ambito delle proprie competenze in materia, l'hanno disciplinata definendone condizioni e limiti<sup>43</sup>.

In alcune di queste regioni tale attività è praticata anche in regime convenzionato con le relative ASL, ma vi sono farmacie che svolgono il *deblistering* anche in Regioni nelle quali non risultano adottati atti amministrativi disciplinanti l'attività.

La Regione Lombardia, ad esempio, ha adottato un atto d'indirizzo all'inizio dell'anno 2022<sup>44</sup> avente ad oggetto “*Documento regionale su allestimento di confezionamenti personalizzati per migliorare l'aderenza terapeutica dei pazienti*” rivolto agli ATS e alle farmacie, che si è proposto di garantire al paziente sicurezza e uniformità di accesso sul territorio regionale al servizio di *deblistering*.

Nel quadro delineato dalla Regione Lombardia, che risulta essere il più recente e il più dettagliato, l'attività di *deblistering* è una prerogativa del farmacista, in quanto professionista sanitario esperto del farmaco, e si precisa che l'allestimento personalizzato dei farmaci è finalizzato a migliorare l'aderenza terapeutica del paziente cronico ed è pertanto utile ad assicurare la diffusione capillare del servizio a livello regionale nell'ambito della farmacia dei servizi.

---

<sup>40</sup> Che il farmacista sia la figura idonea a svolgere tale attività pur nel silenzio del Legislatore è confermato, secondo il Consiglio di Stato, dalla competenza di tale professionista nell'attività di preparazioni galeniche per le quali non è richiesta alcuna autorizzazione o parere favorevole da parte dell'ASL.

<sup>41</sup> La promozione dell'accesso personalizzato ai farmaci da parte delle farmacie a favore dei pazienti ha trovato conferma, altresì, in sede di Conferenza Stato Regioni. In questa direzione, la recente Intesa del 6 marzo 2025, relativa all'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private, ha previsto all'art. 22, comma 1, che le Regioni promuovono l'attivazione di nuovi servizi resi dalle farmacie tra i quali l'accesso personalizzato ai farmaci, come previsto dall'art. 1, comma 2, lett. e-bis), d.lgs. 3 ottobre 2009, n. 153 e s.m.i.

<sup>42</sup> In questi termini, cfr. Report Ipsos, *Il ruolo del farmacista e delle farmacie: verifica della reputazione e del percepito d'immagine*, 2023.

<sup>43</sup> Si fa qui riferimento alla regione Lombardia, ma anche alla regione Umbria, Piemonte, Lazio.

<sup>44</sup> Nota n. G1.2022.0007474 del 3 febbraio 2022. Tale nota specifica che il servizio poggia sul dettato dell'art. 1, comma 462, legge 27 dicembre 2019, n. 160 (Legge di Bilancio 2020) sull'accesso personalizzato ai farmaci all'interno delle farmacie.

Tale attività viene delineata a tutti gli effetti come un servizio ulteriore, a carico del cittadino, che assicura la corretta somministrazione dei farmaci, indispensabile per garantire la sicurezza del paziente e prevenire il rischio di errori di terapia.

La disciplina regionale prevede che il farmacista svolga tale attività a seguito di precipuo incarico ricevuto dal singolo cittadino/paziente segnando l'instaurarsi di un rapporto con il farmacista che diventa custode dei medicinali parzialmente utilizzati anche in previsione di una successiva ripartizione.

Il focus sull'attività di *deblistering* conferma la trasformazione della figura del farmacista in parallelo all'evoluzione della farmacia dei servizi, configurandosi sempre di più come un punto di riferimento per il paziente e un professionista capace di contribuire all'effettività della tutela del diritto alla salute dei pazienti, accompagnandoli nel percorso terapeutico e svolgendo attività che concorrono a favorire l'attuazione del principio della casa come primo luogo di cura <sup>45</sup>.

#### 4. Riflessioni conclusive

La disamina delle tappe normative che hanno segnato il percorso evolutivo della farmacia quale presidio sanitario di prossimità consente di evidenziare come la progressiva implementazione dei servizi erogati in farmacia sia stata, di fatto, coeva rispetto all'altrettanto progressivo "indebolimento" del sistema di sanità territoriale.

Non vi è dubbio, infatti, che lo sfaldamento del sistema di medici di medicina generale e la carenza di risorse adeguate a garantire una presenza effettiva su tutto il territorio di presidi sanitari abbia contribuito in modo determinante al configurarsi della farmacia come "*front-office del Sistema Sanitario Nazionale*" <sup>46</sup>.

Il bisogno di sviluppare ulteriormente il ruolo delle farmacie e dei farmacisti, anche nell'ottica di ridurre la pressione sul pronto soccorso, senza compromettere la qualità dell'assistenza dei pazienti, è stato sottolineato nel report dell'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), laddove si rimarca che i farmacisti, come gli infermieri e gli altri operatori sanitari, posseggono importanti competenze trasversali e conoscenze relative alle comunità nelle quali operano, fondamentali per garantire l'efficienza dell'assistenza di base <sup>47</sup>.

In tal senso, la farmacia dei servizi si delinea come un pilastro "invisibile" della

---

<sup>45</sup> Cfr. PNRR, Missione 6.

<sup>46</sup> In questi termini, Consiglio di Stato, sentenza 4 gennaio 2021, n. 111, laddove precisa che "*si è ormai consumata una profonda transizione del ruolo della farmacia da una più tradizionale attività di mera distribuzione di prodotti farmaceutici, verso un ruolo di erogazione di prestazioni e servizi, comunque teleologicamente preordinati ad assicurare la somministrazione di interventi connessi con la tutela della salute... tanto da potersi sostenere che la farmacia stessa è ormai un centro sociosanitario polifunzionale a servizio della comunità e punto di raccordo tra ospedale e territorio e front-office del Servizio sanitario nazionale*".

<sup>47</sup> Così, Piano Nazionale della Cronicità, 2024.

riforma del sistema sanitario territoriale in quanto si affianca ai presidi di prossimità previsti anche nel d.m. n. 77/2022, cioè Case di comunità e Ospedali di comunità, ma allo stato rappresenta forse il modello più concreto di assistenza territoriale perché beneficia di una rete capillare già esistente di farmacie.

In tale prospettiva, l'attuazione del modello della farmacia dei servizi da ultimo delineata dalla legge n. 182/2025 potrebbe senz'altro concorrere ad assicurare un effettivo presidio di sanità territoriale soprattutto nelle aree in cui si fa sempre maggiore la carenza di medici di medicina generale e l'età avanzata della popolazione rende ancor più necessaria una presenza costante di un presidio territoriale che assicuri continuità assistenziale. Nell'ampliamento delle attività svolte in farmacia, assume una rilevanza non marginale il c.d. *deblistering* che - come ha precisato il Consiglio di Stato - costituisce un servizio fondamentale per consentire ai pazienti di seguire il percorso terapeutico in modo corretto, delineandosi come uno degli elementi che permettono alle farmacie di svolgere un attento monitoraggio soprattutto dei pazienti più vulnerabili, come gli anziani e i malati cronici.

Considerata la rilevanza di tale servizio e le finalità garantite dallo stesso, stante l'evidente lacuna normativa riconosciuta dallo stesso Ministero della Salute, sarebbe auspicabile un intervento del Legislatore per consentire di assicurare uniformità di accesso su tutto il territorio nazionale per l'erogazione di un servizio che assume un'importanza crescente, anche in ragione del progressivo invecchiamento della popolazione.

Nell'eventuale perdurante assenza di una disciplina a livello nazionale, sarebbe senz'altro utile garantire l'elaborazione di una disciplina regionale che, sul modello delle Linee guida adottate dalla Regione Lombardia, potrebbe delineare un quadro di riferimento al fine di garantire omogeneità di azione all'interno del territorio regionale.

L'implementazione dei servizi in farmacia e – di converso – l'ampliamento delle attività svolte dal farmacista non può che realizzarsi in un contesto rinnovato del percorso di formazione anche universitaria, che va ripensato al fine di fornire ai farmacisti gli strumenti per poter svolgere la professione in modo adeguato.

In questo contesto, la farmacia dei servizi si pone, dunque, a pieno titolo in un modello di sanità basato su una presa in carico continuativa del paziente, da svolgersi il più possibile in regime di prossimità, e risponde a uno degli obiettivi principali del d.lgs. n. 29/2024, cioè favorire l'autonomia degli anziani anche mediante l'implementazione di servizi e un'adeguata assistenza territoriale.

Sia nel modello attualmente in sperimentazione ma ancor di più in quello delineato dalla L. n. 182/2025, la farmacia dei servizi può, in conclusione, agevolare le cure domiciliari garantendo una continuità assistenziale, valorizzando una relazione di fiducia con il farmacista quale anello di collegamento tra paziente e medico di medicina generale o anche medico specialista, favorendo altresì un'attività di monitoraggio terapeutico e farmacovigilanza e svolgendo un ruolo fondamentale nell'ottica dell'aderenza alla terapia (che per gli anziani è particolarmente importante) contribuendo ad assicurare in tal modo, mediante un presidio territoriale

stabile di riferimento, una tutela concreta del diritto alla salute di soggetti vulnerabili.

In questa prospettiva, la farmacia dei servizi – seppur disciplinata da una diversa fonte normativa, e non unicamente rivolta alla promozione della persona anziana – può rappresentare una modalità di attuazione e concretizzazione degli obiettivi posti dal d.lgs. n. 29/2024 in quanto concorre non soltanto alla prevenzione della fragilità della popolazione anziana, ma anche alla garanzia di una maggiore autonomia per la persona anziana che, con adeguati presidi di sanità territoriali, può godere delle migliori condizioni di vita senza abbandonare la propria casa<sup>48</sup>. Si tratta, pertanto, di un modello organizzativo che mira a favorire la possibilità per le persone anziane di continuare a vivere presso il proprio domicilio e ciò anche al fine di poter mantenere relazioni personali nella comunità di riferimento.

La farmacia dei servizi, dunque, si colloca nel quadro del rinnovato assetto della sanità territoriale, quale modello organizzativo che contribuisce alla valorizzazione della dignità umana e sociale delle persone in condizioni di peculiare vulnerabilità. Essa assume così un ruolo di particolare rilievo per le persone anziane e si configura come uno strumento coerente con l'attuazione di principi costituzionali fondamentali, quali il principio di solidarietà e di uguaglianza.

---

<sup>48</sup> In tal senso, il d.lgs. n. 29/2024 individua espressamente “la rete delle farmacie territoriali” come uno dei soggetti chiamati a concorrere sia all'erogazione “degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio della persona anziana” (art. 9) sia alla “implementazione di servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale per contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, favorendo al tempo stesso la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità, nonché per promuovere la domiciliarità delle cure e dell'assistenza” (art. 25).

Parte III

## **L'anziano nel mondo digitale**



# **Generazione anziana e tecnologia digitale: prospettive (poche) e criticità (molte) degli attuali processi di alfabetizzazione e inclusione**

Anna Papa\*

**SOMMARIO:** 1. Considerazioni introduttive. – 2. La vulnerabilità digitale nella società onlife. – 3. Il rischio dell'isolamento digitale nell'età anziana. – 4. La difficile alfabetizzazione digitale degli anziani e le soluzioni proposte dalla normativa europea e nazionale: percorsi e punti di facilitazione digitale. – 5. Un punto di particolare criticità: la digitalizzazione della tutela della salute. – 6. Poco confortanti brevi considerazioni conclusive.

**ABSTRACT:** The issue of the relationship between the older generation and digital technology encompasses a broader and forward-looking question, namely the inclusion of a significant segment of the current population within the dynamics of digital society. The analysis is structured around two complementary perspectives. The first concerns the vulnerability generated by the progressive and relentless digitalization of society among those who, also due to age-related factors, experience a condition of skills and competence disparity. The second, no less significant, lies in the support that digital technology can provide to the older generation, not only in facilitating improved conditions for health protection, but more broadly in promoting their active participation in community life.

## **1. Considerazioni introduttive**

Il tema del rapporto tra generazione anziana e tecnologia digitale, che si innesta nella più ampia questione dell'inclusione di una significativa parte della popolazione nella società digitale, si presta a fornire numerosi spunti di riflessione e almeno due angoli prospettici. Il primo è quello della vulnerabilità che la progressiva e incessante digitalizzazione della società produce in quanti, anche in ragione dell'età, vivono una condizione di divario competenziale. L'altro, non meno importante, risiede nel supporto che la tecnologia digitale può offrire alla generazione anziana, per agevolarne non solo migliori condizioni di tutela della salute ma in generale per favorirne la partecipazione alla vita della comunità anche qualora le condizioni di salute o altro non lo consentano. In altri termini, l'allungamento delle aspettative di vita e, in generale, condizioni, almeno nei Paesi occidentali, più

---

\* Professoressa Ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico, Responsabile Unità di Ricerca EL.V.I.S., Università degli Studi di Napoli Parthenope.



favorevoli a consentire un invecchiamento attivo <sup>1</sup>, rendono necessario riflettere su come garantire ad ogni individuo la possibilità di una fase anziana non relegata allo spazio domestico e all'esclusiva cura dei caregiver <sup>2</sup>.

Prima di approfondire il tema, appare importante una considerazione preliminare.

L'età anziana viene, sovente, associata ai termini di vulnerabilità e fragilità che, come viene sottolineato, non sono sinonimi pur essendo in molti casi correlati.

Il termine vulnerabilità si presenta, di suo, polisemantico e in grado di dilatare il proprio ambito di applicazione in ragione dell'aggettivazione che lo accompagna: sociale, economica o, per quello che qui rileva, generazionale. Seppure nella genericità di una definizione riassuntiva, essa si sostanzia quindi nella particolare sensibilità, da parte di un soggetto e/o di più soggetti, a subire determinati danni per effetto di specifiche azioni o fenomeni naturali. Non si tratta quindi di un carattere connaturato all'essere umano quanto piuttosto della conseguenza dell'attitudine all'apertura verso l'esterno e la socialità, dalla quale può derivare una maggiore esposizione al rischio di una ferita, di un vulnus <sup>3</sup>. Da qui il corollario, secondo il quale la persona vulnerabile non è necessariamente fragile; al contrario vive una condizione di vulnerabilità latente la persona fragile, affetta "da uno stato dinamico che la colpisce nel momento in cui sperimenta perdite in uno o più domini funzionali (fisico, psichico, sociale), causate dall'influenza di più variabili che aumentano il rischio di risultati avversi per la salute" <sup>4</sup>, quest'ultima intesa come complessivo stato di benessere psico-fisico <sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Su questi aspetti si rinvia, anche per la bibliografia citata, ai saggi, presenti in questo volume, di P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale*; L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell'Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*; V. PAPA, *Vulnerabilità e fragilità dell'anziano: i condizionamenti sociali. Intrecci tra biologia & società*.

<sup>2</sup> Il tema dei caregiver si presenta quanto mai delicato, anche per la diversificazione delle figure che compongono questa "categoria", dal momento che, accanto a persone che svolgono questo lavoro in modo retribuito (sovente in assenza di una vera e propria formalizzazione del rapporto) si rinven- gono nella maggior parte dei casi componenti del nucleo familiare, spesso costretti a lasciare altri impieghi quando l'anziano perde la propria autosufficienza. Su questi delicati aspetti si rinvia, anche per la bibliografia, a R. MANFRELLOTTI, L. ABBRUZZO, *La centralità (e il nodo irrisolto) dell'assistenza informale nella cura degli anziani*, in questo volume.

<sup>3</sup> Per le diverse accezioni del termine vulnerabilità cfr., tra gli altri, C. SARACENO, *L'assistenza senza il welfare*, il Mulino, Bologna, 2009; F. PIZZOLATO, *Gli argini costituzionali alla delimitazione della vulnerabilità*, in *Ars interpretandi*, 2, 2019, 25 ss.; G. AMATO, *I vulnerabili e la Costituzione italiana*, in *Gli ultimi. La tutela giuridica dei soggetti deboli*, Atti del 70° Convegno nazionale di studi, UGCI – Unione Giuristi Cattolici Italiani, Roma, 9-11 dicembre 2021, Aracne, Roma, 2022, 29 ss.; P. SCARLATTI, *Soggetti deboli, Costituzione ed istanze della vulnerabilità*, in *Rivista Gruppo di Pisa*, 1, 2023, 268; E.G. ESPOSITO, L. TURANO (a cura di), *Vulnerabilità, rischio e crisi*, Mimesi, Milano-Udine, 2025.

<sup>4</sup> Sul punto cfr. R.J. GOBBENS et altri, *In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts*, in *Journal Am Med Dir Assoc.*, 11(5): 338-43; Jun 2010.

<sup>5</sup> Come è noto, la definizione di salute, come "lo stato di completo benessere fisico, mentale e

Se questo è il dato di partenza, appare allora possibile affermare sin da subito che la protezione degli individui fragili, al fine di ridurne la vulnerabilità rispetto a condizioni esterne, rientra nel dovere di solidarietà sociale. Tra queste “condizioni esterne” rientra certamente il significativo cambiamento della vita individuale e comunitaria prodotto dalla rivoluzione digitale<sup>6</sup>. E ciò vale anche per i soggetti anziani, per i quali il rapporto con la nuova dimensione delle società contemporanee, quella digitale o, come anche viene definita “onlife o ibrida”<sup>7</sup>, si presenta nella maggior parte dei casi molto critico o comunque problematico<sup>8</sup>.

Anche su questo aspetto (l’essere anziani) occorre, tuttavia, operare una scelta. Come è noto, da un punto di vista generale, l’inizio dell’età anziana è oggi fissata

---

*sociale, e non solo la mera assenza di malattia o infermità*”, è stata elaborata dall’Organizzazione mondiale della sanità, nei primi anni ’50, superando una prima impostazione che la ricollegava solo all’assenza di morbosità. La formulazione attuale misura la salute, o meglio il benessere, anche su scala collettiva: aspettativa di vita, stili di vita, condizioni socioeconomiche, patrimonio genetico, cultura, ambiente e qualità dei servizi sanitari. In una successiva Conferenza dell’OMS (Ottawa, 21 novembre 1986) è stata poi adottata una “Carta sulla promozione della salute”, che fornisce una definizione più elaborata di promozione della salute: “La promozione della salute è il processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall’altro, evolversi con l’ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita: è un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così, la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere”. Per un approfondimento cfr., tra gli altri, L. CHIEFFI, *I paradossi della medicina contemporanea*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Giappichelli, Torino, 2003; V. DURANTE, *La salute come diritto della persona*, in S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Il governo del corpo*, Giuffrè, Milano, 2011; A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025.

<sup>6</sup> Si pensi all’incessante sviluppo dei sistemi di intelligenza artificiale, che pongono problemi di opacità anche per utenti con buone competenze digitali, e a quali effetti distorsivi dei diritti possono avere su soggetti, come gli anziani, sovente con una alfabetizzazione digitale di base o assente. Su questi aspetti, cfr. P. MAZZINA, *Intelligenza artificiale e giustiziabilità dei diritti: compatibilità con il modello costituzionale e tutela della persona anziana vulnerabile*, in questo volume. In generale sull’impatto dell’intelligenza artificiale sui processi decisionali si consenta il rinvio a A. PAPA (a cura di) *La regolazione dell’intelligenza artificiale nei processi decisionali*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024.

<sup>7</sup> Il neologismo onlife si deve, come è noto, a Luciano Floridi (*La quarta rivoluzione. Come l’infosfera sta trasformando il mondo*, Raffaello Cortina, Milano, 2014) e viene utilizzato per sottolineare come nella società contemporanea si viva sempre connessi e pertanto reperibili *anywhere*, in qualunque luogo, e *anytime*, in qualsiasi momento.

<sup>8</sup> L’approccio nei confronti del divario digitale generazionale si presente duplice, tenendo conto delle numerose variabili che influenzano, a livello micro (variabili sociodemografiche) e macro (fattori economici e istituzionali), l’accesso ad Internet. In particolare, la tesi della “normalizzazione” sostiene la progressiva eliminazione del divario informatico, che andrà gradualmente a ridursi sino ad esaurirsi totalmente, nella prospettiva di un progressivo livellamento delle competenze digitali, mentre la tesi della “stratificazione” opta per un crescente incremento delle disuguaglianze virtuali nate con la Rete, le quali, piuttosto che diminuire, sono destinate a protrarsi nel tempo con effetti sempre più discriminatori tra gli inclusi e gli esclusi digitali.

a sessantacinque anni. Da tempo, tuttavia, settori della scienza medica propongono un suo spostamento in avanti, a settantacinque anni, lasciando invariato a ottantacinque il limite della categoria dei grandi anziani.

Questo posticipo appare particolarmente utile, pur nella consapevolezza dei limiti della categorizzazione, per definire l'età nella dimensione digitale, dal momento che la generazione dei sessantenni ha vissuto in modo attivo l'avvento della digitalizzazione e la nascita di Internet e della Rete<sup>9</sup>. Per questo motivo, nel presente lavoro, l'utilizzo della parola anziano verrà riferito solo agli ultrasessantenni, nella convinzione che per la generazione più giovane l'eventuale deficit di alfabetizzazione non può essere considerata conseguenza dell'età ma di altre cause, pur importanti, di esclusione, sulle quali occorre intervenire ma con interventi mirati.

In altri termini, ricomprendere il divario digitale competenziale sotto l'indistinto cappello dell'età produce criticità sia sul piano delle politiche, perché espande la platea dei destinatari in presenza di risorse definite, sia perché non consente di progettare misure davvero efficaci per coloro che non hanno avuto bisogno, sino a tempi relativamente recenti, di colmare il divario digitale.

## 2. La vulnerabilità digitale nella società onlife

Rappresenta un dato ormai irreversibile e condiviso che la realtà contemporanea si caratterizzi per la forte e crescente interconnessione tra la dimensione fisica del vivere e la dimensione digitale, nella quale l'individuo non solo comunica ma svolge molte delle attività che fino a pochi decenni fa venivano eseguite in luoghi e tempi definiti dalla materialità. Il risultato è l'immersione in una realtà nella quale le interazioni online si sovrappongono e si amalgamano con le esperienze quotidiane, creando una nuova forma di esistenza che è sia fisica che virtuale.

Tale fenomeno rileva su un duplice piano.

Vi è, infatti, una dimensione individuale della vita onlife o ibrida, nella quale ciascuno decide se e come comunicare, da quali fonti informarsi, quali servizi online utilizzare, quali attività svolgere invece nel mondo fisico, come affrontare le tante difficoltà e i *divide* che l'era digitale presenta<sup>10</sup>. Si tratta, quindi, di una vera e propria traslazione della vita reale in uno scenario fortemente interattivo, all'interno del quale l'individuo ha la possibilità di lavorare, studiare, incontrare colleghi, amici e

---

<sup>9</sup> A titolo esemplificativo, coloro che nel 2026 hanno sessantacinque anni di età ne avevano trentaquattro nel 1992, nascita del web. Negli anni immediatamente precedenti hanno probabilmente iniziato ad usare un computer e, se inseriti nel mondo del lavoro, hanno seguito corsi di formazione o sono comunque stati chiamati ad utilizzare computer e Internet per la loro attività lavorativa. Difficile parlare in questo caso – sul piano generale – di un divario competenziale prodotto dall'età, dovendosi in questo caso valutare la presenza di altre concause.

<sup>10</sup> Per una definizione di *digital divide*, nei primi anni 2000, si consenta il rinvio a A. PAPA, *Il principio di uguaglianza (sostanziale) nell'accesso alle tecnologie digitali*, in E. DE MARCO (a cura di), *Accesso alla rete e uguaglianza digitale*, Giuffrè, Milano, 2008.

conoscenti, avendo la percezione di essere in uno spazio fisico condiviso con altre persone, pur rimanendo, di fatto, da solo tra le mura della propria casa.

Al tempo stesso, non di minore rilevanza, la vita onlife presenta rilevanza sul piano collettivo, in quanto potenziale luogo della fruizione di servizi e di partecipazione alla vita della comunità. Le tecnologie digitali – e in questo momento storico soprattutto le piattaforme – rendono agevole, per chi è in grado di utilizzarle, la presenza nel dibattito pubblico, l'organizzazione di momenti di confronto, l'avvio di esperienze di giornalismo partecipativo e di verifica della trasparenza dell'agire pubblico. A ciò si aggiunge una indubbia semplificazione di alcune attività quotidiane, come pagamenti, adempimenti amministrativi e altro, che nel mondo analogico richiedevano il rispetto di tempi e spazi definiti.

La diffusione, quantitativa (numero di persone) e qualitativa (tempo trascorso), della vita onlife pone, tuttavia, l'osservatore, e si auspica in futuro sempre più anche il decisore pubblico, dinanzi alle tante implicazioni giuridiche, sociali, culturali ed etiche dell'uso della tecnologia digitale, qualora si assuma consapevolezza di come quest'ultima modifichi la percezione di concetti fondamentali come uguaglianza, identità, comunità e relazione interpersonale. Anche senza entrare nella prospettiva del sempre maggiore spazio che potrebbero avere nel prossimo futuro esperienze immersive come quelle del Metaverso <sup>11</sup>, appare possibile affermare che già oggi la dimensione ibrida della vita contemporanea ha modificato le relazioni sociali, l'informazione e la comunicazione, le abitudini di consumo, il rapporto con la pubblica amministrazione.

Accade, infatti, già nel mondo attuale, caratterizzato da una sempre più significativa integrazione tra la dimensione reale e la dimensione digitale, che l'individuo viva immerso in una duplice corporeità, quella fisica che nel tempo le costituzioni moderne e gli ordinamenti giuridici hanno cercato di preservare e di tutelare nella sua totalità, attraverso il riconoscimento di specifici diritti e libertà personali, e

---

<sup>11</sup> Dell'esigenza di dare rappresentazione – e *fisicità* (non appaia un controsenso) – alla dimensione ibrida della vita contemporanea, il Metaverso appare al momento l'esempio di maggiore interesse (senza dimenticare altri esempi come *Second Life* o *Fortnite*), dal momento che offre un ambiente virtuale in cui è possibile vivere esperienze immersive. In altri termini, esso rappresenta uno spazio digitale interattivo, che permette agli utenti di interagire tra loro attraverso *avatar*, restituendo un senso di presenza e partecipazione, che consente di realizzare esperienze che appaiono condivise e persistenti, in grado di costruire comunità e relazioni sociali. Il tutto reso possibile da una tecnologia che consente agli utenti (che un giorno potrebbero divenire abitanti o, ancora, cittadini) di sentirsi immersi in un luogo nel quale possono incontrare altre persone, socializzare e collaborare in modo simile a quanto avviene nel mondo fisico, ma esprimendosi attraverso l'*avatar* in modo e in un mondo globale. Potrebbe dirsi che il Metaverso realizza l'aspirazione ad una globalità senza tempo, consentendo di partecipare virtualmente ad un evento (un matrimonio, un concerto, una riunione di lavoro), con la suggestione di essere davvero presente e di poter assumere comportamenti analoghi a quelli che si adotterebbero nello spazio fisico. Ne deriva che, se vuole, l'individuo può assumere i comportamenti che gli sarebbero propri nella vita fisica e che sono, come è noto, il precipitato di regole sociali, comportamentali, giuridiche. Sulle prospettive del Metaverso cfr. L. DI MAJO, G. FREZZA (a cura di), *Il Metaverso. Profili strutturali, socio-mediologici, economici e giuridici*, Mimesis, Milano-Udine, 2025.

quella digitale che, in assenza di determinate garanzie costituzionalmente orientate, rischia di emergere come una semplice e spesso involontaria sommatoria di dati personali, disordinatamente diffusi tra i molteplici punti di raccolta presenti nel nuovo ecosistema digitale, con il rischio di una errata – e talvolta lesiva – rappresentazione dell'identità individuale <sup>12</sup>.

A ciò si aggiungono le diverse capacità personali e di contesto nell'utilizzo di questa tecnologia, con indubbi rischi di discriminazione e disegualianza, ed infine, ma certamente non da ultimo, il ruolo non neutrale delle tecniche di profilazione e aggregazione dei dati che restituiscono una visione della comunità non necessariamente coincidente con la realtà percepita nello spazio fisico, anche in conseguenza della mancata o errata percezione di quanti non sono presenti nell'ecosistema digitale.

Tra questi ultimi vi è certamente una rilevante parte degli anziani, la cui rappresentazione viene spesso affidata ad altri, anche con il rischio di forme di discriminazione e di ageismo <sup>13</sup>; anche per questo, per la fascia di popolazione anziana si pone l'esigenza di garantire l'idea di identità come *sintesi della propria "storia"*, intesa come evoluzione del valore intellettuale, politico, sociale, religioso e professionale che caratterizza l'individuo o lo rappresenta nella comunità di appartenenza. Un *unicum*, quindi, che, ricollegandosi all'essenza più profonda dell'individuo e al suo modo di essere e di interagire con il mondo esterno, necessita di essere tutelato e preservato all'interno di un ordinamento che pone al centro della sua architettura normativa l'essere umano e il suo percorso evolutivo.

Questi elementi concorrono a definire il rischio di isolamento nel quale possono trovarsi le persone anziane, soprattutto i grandi anziani, in una società che vive ormai una duplice dimensione, con obiettivi di digitalizzazione delle attività economiche e dei servizi sempre più rilevanti, non accompagnate tuttavia da una capillare azione di alfabetizzazione.

---

<sup>12</sup> Su questi aspetti cfr. D. MESSINA, *La tutela della dignità nell'era digitale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2023. Come viene sottolineato, il processo di rappresentazione dell'individuo nella dimensione digitale, se realizzato e non correttamente regolato, rischia di avere significative ripercussioni sul percorso evolutivo della personalità individuale e sulla effettiva possibilità di tutela, non solo in termini di ulteriore inasprimento dei pericoli già esistenti, connessi ad una raccolta dei dati personali, ma anche con riferimento allo stesso oggetto della tutela, ossia la dignità.

<sup>13</sup> Su questi aspetti si rinvia a D. MESSINA, *Ageismo digitale e dignità delle persone anziane. Prospettive di tutela e criticità nello scenario multilivello*, in questo volume, che sottolinea come gli individui in età avanzata risultano esposti a una duplice criticità che impatta sul livello qualitativo della loro esistenza. Da un lato, infatti, gli anziani di oggi "risentono" di un passato analogico che li ha portati ad approcciarsi tardi alle nuove tecnologie con una serie di conseguenze significative in termini di accesso e di fruizione di servizi anche essenziali – quali quelli sanitari o della pubblica amministrazione – che risultano compromessi dall'assenza, in molti casi, di adeguate conoscenze e competenze digitali. Dall'altro, si caratterizzano per una naturale resistenza alla repentinità del cambiamento tecnologico che rende difficile l'acquisizione duratura di confidenza e sicurezza nell'utilizzo di tali strumenti in presenza di tecnologie e piattaforme che appaiono in continua evoluzione.

### 3. Il rischio dell'isolamento digitale nell'età anziana

Come appena sottolineato, uno dei rischi che la dimensione ibrida della società è suscettibile di produrre è quello dell'isolamento digitale, determinato dallo spostamento nella sfera online di una rilevante parte dei servizi offerti alla comunità, sia dal soggetto privato che dalla pubblica amministrazione. Tale condizione è la possibile conseguenza della mancata attivazione o della mancata partecipazione del singolo a interventi volti a superare quello che da tempo viene definito “digital divide”, formula riassuntiva di diverse criticità – strutturali, economiche, competenziali – che impediscono ad un individuo di essere pienamente inserito nella società digitale.

Come è noto, con la locuzione “digital divide” si indica, in termini generali, la differenza tra chi è in grado di utilizzare le tecnologie digitali e chi non ha le competenze o il supporto necessario per farlo. Oltre agli anziani che, come già rilevato, sono tra le categorie più minacciate dall'esclusione digitale (c.d. “digital divide intergenerazionale”), le statistiche evidenziano anche le donne non occupate o in particolari condizioni personali e sociali (c.d. “digital divide di genere”), gli immigrati (c.d. “digital divide linguistico-culturale”) <sup>14</sup>, le persone con disabilità, le persone detenute <sup>15</sup> e in generale coloro che, essendo in possesso di bassi livelli di scolarizzazione e di istruzione, non sono in grado di utilizzare in modo non solo ludico gli strumenti digitali.

Sul formarsi di questi divide, a parte alcune situazioni specifiche come quelle dei detenuti o delle persone immigrate in Italia in età adulta, ha certamente influito l'approccio scelto, nelle politiche pubbliche, all'avvento della digitalizzazione, volte a concentrare le attività formative da un lato nei confronti dei lavoratori, del settore pubblico e privato, e dall'altro verso gli studenti, prevedendo l'inserimento della materia digitale nei programmi scolastici <sup>16</sup>. Ne è derivato che coloro che negli

---

<sup>14</sup> Su questi aspetti, con riferimento agli anziani immigrati, cfr. G. CAVAGGION, *Anziano e inclusione socio-culturale: i diritti culturali degli immigrati di “prima generazione”*, in questo volume.

<sup>15</sup> Cfr. G. CHIOLA, *L'isolamento dei detenuti, soprattutto anziani, nella società digitale*, in questo volume. In particolare, l'A. sottolinea come a causa del deficit di alfabetizzazione mediatica e di Internet, l'esclusione dal possesso dei mezzi e dalla capacità di accedere ai media digitali colpisce la maggior parte dei detenuti, soprattutto quelli anziani. Il principio della *less eligibility* che caratterizza la condizione penitenziaria, rispetto alla società dell'informazione esterna, contribuisce, infatti, ad aumentare notevolmente il divario digitale. In carcere, la diseguale distribuzione di risorse digitali offerte dall'amministrazione penitenziaria comporta una sostanziale differenza nel godimento dei diritti di uguaglianza e giustizia. Pertanto, le molteplici barriere affrontate dai detenuti nell'apprendimento e utilizzo delle tecnologie in carcere costituiscono il risultato della scelta arbitraria sulla fornitura dei mezzi necessari per colmare il divario digitale.

<sup>16</sup> Ancora oggi la dimensione scolastica è centrale nei processi di alfabetizzazione digitale. Di recente, questo orientamento è stato rafforzato dalla legge 23 settembre 2025, n. 132, *Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale*, che prevede la promozione di esperienze di apprendimento di competenze nel campo dell'IA, destinate esclusivamente a studentesse e studenti degli istituti di formazione secondaria che mostrano un alto potenziale cognitivo (verrà quindi

anni '90 stavano uscendo dal mercato del lavoro (che oggi rientrano per età nella categoria dei grandi anziani), coloro che al mercato del lavoro non si sono nel tempo avvicinati, o ne sono stati esclusi, non hanno mai beneficiato di percorsi strutturati di alfabetizzazione digitale<sup>17</sup>.

È importante non considerare sufficiente l'elevato numero di dispositivi digitali, in particolare smartphone, in uso in Italia. Come viene sottolineato, per poter parlare di un soddisfacente grado di consapevolezza digitale occorre poter essere in grado di accedere in autonomia ai servizi pubblici, di partecipare alla vita della comunità, di gestire la propria salute, di difendersi dalle truffe<sup>18</sup>. E come sottolineato anche dalla Commissione europea nel suo Rapporto del 2025 sullo "Stato del decennio digitale", la situazione italiana non si presenta in questo caso incoraggiante (sebbene i progressi siano significativi con riferimento ad altri aspetti del processo), essendo la percentuale di soddisfacimento di questi standard al di sotto della media europea e registrandosi anzi un peggioramento ogni qual volta viene in evidenza una condizione di rischio, come appunto l'età anziana.

Peraltro, solo in tempi relativamente recenti, sono state attivate politiche volte a ridurre il divario in modo generalizzato, anche in conseguenza dell'esperienza della pandemia da Covid-19 e delle misure di isolamento che si sono rese necessarie. Interventi necessari, ma per molti versi tardivi se la stessa Commissione europea, nel Rapporto appena citato, ha dovuto ammettere che l'obiettivo di fornire competenze digitali ad almeno l'80% dei cittadini europei entro il 2030 difficilmente sarà realizzato.

---

misurato il Quoziente intellettuale?), prevedendone, in via specifica e in deroga, l'inserimento all'interno del relativo piano didattico personalizzato. Le criticità di questa disposizione sono molteplici, a partire dalla selezione degli studenti "ad alto potenziale cognitivo", ai quali saranno dedicati percorsi formativi specifici in materia di intelligenza artificiale, portando a ritenere che questa nuova tecnologia non sarà (in realtà già lo è) capillarmente diffusa nelle azioni di tutti. Per gli aspetti che invece qui rilevano, appare avvilente dover constatare che anche questi programmi di apprendimento non tengono conto del principio del *lifelong learning*, che grande importanza ha invece nel progresso della personalità di ciascuna persona.

<sup>17</sup> Su questi aspetti cfr. C. VOSA, *Facilitazione digitale per gli anziani: opportunità e problematiche*, in questo volume.

<sup>18</sup> Come sottolineato nel Rapporto 2025 della Commissione europea sullo Stato del decennio digitale "Le persone con scarse competenze digitali rischiano una sistematica esclusione dall'economia, dalla partecipazione democratica e dai servizi essenziali". Come si legge nella Rapporto, "sebbene i paesi dell'UE abbiano intensificato i loro sforzi e le tabelle di marcia nazionali per il decennio digitale comprendano misure per un valore di 288,6 miliardi di EUR, la relazione sottolinea la necessità di ulteriori interventi e investimenti pubblici e privati per rafforzare la capacità tecnologica dell'UE, garantendo un migliore sviluppo delle infrastrutture e delle competenze digitali". Ciò si presenta particolarmente necessario, dal momento che una percentuale sempre maggiore di cittadini considera la digitalizzazione uno strumento di semplificazione della vita.

#### 4. La difficile alfabetizzazione digitale degli anziani e le soluzioni proposte dalla normativa europea e nazionale: percorsi e punti di facilitazione digitale

Sul piano normativo, l'interesse pubblico nei confronti dell'alfabetizzazione digitale degli anziani può dirsi relativamente recente e trova la propria fonte di riferimento in alcune disposizioni del d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29<sup>19</sup>, di attuazione della delega per le politiche in favore degli anziani, contenuta nella legge 23 marzo 2023, n. 33. Negli articoli dedicati all'alfabetizzazione digitale degli anziani sono previste due misure specifiche: l'istituzione di Punti di Facilitazione Digitale per la formazione e il supporto alle persone anziane nell'uso di SPID, CIE e servizi online. Altre iniziative, finanziate con Fondi PNRR, prevedono la dotazione di tablet (e di corsi di formazione per utilizzarli), con il supporto del Servizio Civile Digitale, per ridurre il divario digitale<sup>20</sup>.

La *Rete dei punti di servizi di facilitazione digitale* si candida a rappresentare una intelaiatura, presente sull'intero territorio nazionale seppure con dimensione regionale, nella quale offrire percorsi di istruzione, anche mediante gli enti del terzo settore, in grado di consentire alle persone anziane non solo di cogliere i rischi della dimensione digitale ma anche di dotarsi degli strumenti competenziali necessari per poter fruire dei vantaggi che essa offre.

---

<sup>19</sup> D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, *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.*

<sup>20</sup> Il Capo V del d.lgs. n. 29/2024 si compone di due articoli (19 e 20) rubricati rispettivamente *Rete dei servizi di facilitazione digitale* e *Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento per ridurre il divario digitale*. L'art. 19, in attuazione della Missione 1 del PNRR – Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo/1.7.2 – Rete di servizi di facilitazione, promuove azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie in favore delle persone anziane (a partire quindi dai sessantacinque anni), al fine di garantire alle stesse la piena partecipazione civile e sociale attraverso l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni. Vengono promosse, pertanto, delle specifiche attività di formazione e di supporto delle competenze digitali delle persone anziane nell'utilizzo dei servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni da attuare presso i punti di facilitazione digitale predisposti, dallo Stato previa cooperazione Regionale, su tutto il territorio nazionale. Viene inoltre prevista l'istituzione di una struttura *ad hoc* presso la Presidenza del Consiglio tenuta a adottare le linee guida di indirizzo con l'obiettivo di coordinare su tutto il territorio nazionale gli obiettivi di alfabetizzazione digitale e i programmi per il supporto nell'utilizzo delle nuove tecnologie. Nell'art. 20, invece, il legislatore si pone l'obiettivo di definire le azioni necessarie a combattere effettivamente ed efficacemente il *digital divide* e a favorire l'invecchiamento attivo, l'autonomia delle persone anziane e la tutela della loro dignità mediante la promozione di azioni di alfabetizzazione informatica. È quindi previsto il coinvolgimento attivo delle istituzioni scolastiche e degli studenti nel procedimento di alfabetizzazione digitale delle persone anziane, mediante la realizzazione di un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (oggi Programmi di formazione scuola-lavoro), idoneo a consentire agli studenti delle scuole del secondo ciclo di istruzione e di formazione di valorizzare e potenziare le competenze digitali e trasversali, all'interno di un percorso formativo laboratoriale volto ad introdurre le persone anziane all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali.



Si tratta di un progetto certamente importante che tuttavia, in questi primi anni di implementazione, sconta un mancato coordinamento, con la conseguenza che in alcune Regioni il numero dei Punti di facilitazione può dirsi significativo, in altre, invece, appare per lo più insoddisfacente<sup>21</sup>. Neppure chiari sono i criteri con i quali tali Punti vengono attivati. Da più parti vi era stata la richiesta di dare priorità alle aree interne, seppure poco popolate, al fine di ridurre il divario territoriale e rendere maggiormente fruibili, ad esempio, i servizi di Telemedicina, strumento molto importante proprio nei centri con basso indice di residenti, dove sia la medicina di base sia i presidi medici di primo soccorso non sempre sono presenti. Vi è poi la sensazione che la scelta formativa proposta sia estremamente “elementare” e non appare chiaro se ai formatori siano state date le competenze necessarie per erogare didattica specifica per l’età anziana<sup>22</sup>. A ciò si aggiunge un elemento di primaria importanza, che è quello della scarsa pubblicizzazione di tali percorsi e delle modalità scelte per raggiungere in modo efficiente i potenziali interessati, a cui si aggiunge l’esigenza di garantire un supporto continuativo, anche al di là dell’elemento formativo. Peraltro, pur essendo previsti interventi formativi specifici per i caregiver, al fine di consentire loro di affiancare l’anziano nelle azioni digitali quotidiane, i dati attuali di diffusione di queste attività restituiscono un quadro poco incoraggiante, che si inserisce peraltro nella scarsa complessiva attenzione nei confronti di coloro che rivestono questo ruolo<sup>23</sup>.

Un altro intervento normativo, questa volta su impulso dell’Unione europea, che per alcuni profili potrebbe agevolare il rapporto tra età anziana e tecnologie digitali, è contenuto nel d.lgs. 27 maggio 2022, n. 82, di attuazione della Direttiva (UE) 2019/882 (*European accessibility act*) che si prefigge di contribuire al corretto funzionamento del mercato interno mediante l’armonizzazione dei requisiti di accessibilità per determinati prodotti o servizi immessi sul mercato o forniti ai consumatori dopo il 28 giugno 2025. La direttiva ha un ambito di applicazione molto vasto ed è principalmente immaginata per le persone con disabilità. Tuttavia, come sottolineato dalla stessa Commissione al momento della proposta, dovrebbe agevolare tutte le persone con limitazioni funzionali nel rapporto con la tecnologia digitale. E tra questi possono essere ricompresi anche gli anziani. La normativa nazionale di attuazione ha come destinatarie le imprese private, anche non appartenenti a Stati membri ma che operano sul mercato dell’Unione Europea, e riguarda un’ampia

---

<sup>21</sup> Per l’aggiornamento dell’attivazione dei punti di facilitazione digitale, si rinvia al sito <https://repubblicadigitale.gov.it/servizi/mappa-punti-facilitazione>. Appare interessante sottolineare come molti punti di facilitazione vengono attivati da strutture formative legate all’Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e questo appare positivo in un’ottica di organizzazione multilevel di questo compito.

<sup>22</sup> Su questi aspetti cfr. C. VOSA, *Facilitazione digitale per gli anziani: opportunità e problematiche*, cit. Più in generale, in posizione critica sui percorsi formativi immaginati cfr. D. MESSINA, *Ageismo digitale e dignità delle persone anziane. Prospettive di tutela e criticità nello scenario multilevel*, cit.

<sup>23</sup> Cfr. R. MANFRELOTTI, L. ABBRUZZO, *La centralità (e il nodo irrisolto) dell’assistenza informale nella cura degli anziani*, cit.

categoria di prodotti o servizi. In particolare, l'*European Accessibility Act* riguarda produttori, importatori, distributori e mandatarî coinvolti nella commercializzazione, tra gli altri, di *hardware* con sistemi operativi, compresi computer, smartphone, tablet, di dispositivi per comunicazioni elettroniche (es. *router*, *modem*, telefoni), di lettori di *e-book*, terminali *self-service* interattivi (bancomat, biglietterie, *check-in*), di *console*, *smart TV* e altri dispositivi per l'accesso a servizi audiovisivi. La normativa interessa anche prestatori di servizi digitali in una molteplicità di settori, tra cui il commercio elettronico (siti e app per acquisto, vendita o prenotazioni), i servizi bancari e finanziari destinati ai consumatori, le telecomunicazioni (telefonia, SMS, e-mail, VoIP), il trasporti passeggeri (biglietteria *online*, informazioni di viaggio), *e-book* e *software* per la lettura digitale, e l'accesso a contenuti audiovisivi (*streaming*, *TV on demand*). Come prima sottolineato la normativa, entrata in vigore a giugno 2025, riguarda solo gli operatori economici privati, dal momento che la pubblica amministrazione è già vincolata a tali regole dalla legge 9 gennaio 2004, n. 4 (c.d. legge Stanca). È tuttavia difficile al momento immaginare se la nuova normativa raggiungerà risultati migliori della normativa sinora vigente solo per le pubbliche amministrazioni. L'esperienza di accessibilità e usabilità di molti siti pubblici di primaria importanza per le persone anziane si presenta ancora oggi di particolare complessità in relazione a funzioni primarie come accesso, ricerca e risultato anche per utenti esperti. Da qui un sostanziale giudizio negativo sul livello attuale di implementazione della legge Stanca, che si spera non si ripeta e confermi anche per il settore privato.

## 5. Un punto di particolare criticità: la digitalizzazione della tutela della salute

Un ambito oggi particolarmente sensibile, nel rapporto tra anziani e tecnologia digitale, tocca l'ambito sanitario, nel quale negli ultimi anni i processi di digitalizzazione si stanno accentuando.

Il diritto alla salute rappresenta, come è noto, una situazione giuridica soggettiva non solo riconosciuta e tutelata dalla Carta costituzionale ma anche l'unica che quest'ultima qualifichi espressamente come "fondamentale". La *ratio* di tale scelta può indubbiamente rinvenirsi nella volontà dei Costituenti di dare estrinsecazione alla naturale correlazione che intercorre tra la salute e il bene della vita, essendo la prima necessaria a garantire la seconda; ma non può disconoscersi come abbia influito, sulla formulazione finale dell'art. 32 Cost., anche l'idea democratica secondo la quale il benessere di ogni individuo rappresenta la misura di quello dell'intero corpo sociale di appartenenza. In questa ottica, quindi, la tutela del diritto fondamentale alla salute si delinea come finalizzata non solo a tutelare il benessere del singolo ma anche a misurare quello di tutta la società<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla Salute*, in *BioLaw Journal*, 1, 2014,

La tutela della salute è, infatti, in primo luogo un diritto al quale va garantita l'uguaglianza formale e quindi l'assenza di differenziazioni non giustificate da esigenze di carattere generale nell'accesso alle prestazioni, con la conseguenza che l'accesso alle cure va garantito senza distinzioni di genere, etnia, religione, opinioni politiche, condizioni economiche e sociali. Al tempo stesso, il diritto alla salute è un diritto del quale si è chiamati a garantire l'uguaglianza sostanziale nell'accesso alle prestazioni sanitarie e non a caso la Costituzione ne colloca la disposizione di riferimento nel Titolo dedicato ai rapporti etico-sociali.

Il risultato complessivo è una nozione di salute, quale quella emergente dal testo dell'art. 32 Cost., quanto mai prismatica, articolata in ben quattro situazioni giuridiche soggettive (un diritto di libertà individuale, un interesse della collettività e due diversi diritti sociali) alle quali i legislatori di riferimento (statale e regionale) e le strutture sanitarie pubbliche e private presenti nel Paese sono chiamate a dare tutela. Peraltro, tale diritto presenta un carattere intrinsecamente evolutivo, essendo sensibile alle trasformazioni delle conoscenze mediche, all'evoluzione delle tecniche, alla ridefinizione delle politiche pubbliche, ai mutamenti socioeconomici e, soprattutto, alla metamorfosi dell'ambiente naturale e tecnologico<sup>25</sup>.

Con riferimento agli aspetti che qui rilevano, quella del ruolo della tecnologia digitale (e dell'intelligenza artificiale) negli sviluppi della tutela della salute, viene sottolineato come in questo caso il divario digitale non è solo mancanza di dispositivi, ma intreccio di fattori economici, culturali, relazionali (isolamento, mobilità ridotta, basso reddito) dal momento che, nella sua declinazione digitale<sup>26</sup>, la salute non si limita a trovare nuove modalità di esercizio ma vede progressivamente riconfigurati i propri contenuti sostanziali, le condizioni di accesso alle prestazioni e persino le forme della responsabilità pubblica<sup>27</sup>. Anche per questo, per gli anziani,

---

87; R. BALDUZZI, *La Medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, 377 A. PAPA, *La tutela multi-livello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione*, in *Federalismi.it*, 14 settembre 2018.

<sup>25</sup> Cfr. sul punto N. POSTERARO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo sanitario elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *Federalismi.it*, 26, 2021; R. MICCÙ, M. FERRARA, C. INGENITO (a cura di), *La digitalizzazione dei servizi sanitari, il diritto alla salute e la tutela dei dati sanitari*, in *Federalismi.it*, 28 dicembre 2022; C. DI COSTANZO, *L'impiego delle nuove tecnologie nel settore della salute: problematiche e prospettive di diritto costituzionale*, in *Consultaonline*, 1, 2023.

<sup>26</sup> Per sanità digitale si intende quella categoria volta a raccogliere "le modalità di applicazione della tecnologia digitale ai processi sanitari complessivamente intesi per conseguire obiettivi come il rapporto costo-qualità dei servizi, riduzione della differenza tra i vari territori e miglioramento della qualità percepita del cittadino". Cfr. sul punto Presidenza del Consiglio dei ministri, *Strategia per la crescita digitale 2014-2020*. Per una analisi approfondita sul punto, cfr. tra i tanti. G. VICARELLI, M. BRONZINI, *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, il Mulino, Bologna, 2019.

<sup>27</sup> Cfr. sul punto G. DE VERGOTTINI, C. BOTTARI, *La sanità elettronica*, Bononia University Press, Bologna, 2018; G. POLIFRONE, *Sanità digitale: prospettive e criticità di una risoluzione necessaria*, Edizioni LSWR, Milano, 2019; F. VALENTINI, *La sanità digitale tra regolazione, organizzazione amministrativa e azione terapeutica*, in *Munus*, 2, 2023; F. CIMBALI, *La governance della sanità digitale*, Cedam, Padova, 2023.

l'uso di tecnologie sanitarie digitali (telemedicina, fascicolo sanitario elettronico) richiede competenze cognitive e digitali complesse, spesso non supportate; per questo servono strategie differenziate: formazione continua, supporto di reti associative, ma anche mantenimento di soluzioni non digitali per chi, anche dopo la formazione, resta in difficoltà<sup>28</sup>.

Quanto qui accennato riveste carattere di immediatezza dal momento che, mentre per la telemedicina ci si trova ancora in uno stadio appena post embrionale, il Fascicolo sanitario elettronico è già ampiamente operativo e, come rilevato, non costituisce un semplice archivio digitale né un dispositivo di semplificazione amministrativa, ma si sta affermando come la piattaforma attraverso la quale il sistema sanitario ricompone l'unità della storia clinica della persona, superando quella frammentazione informativa che per lungo tempo ha rappresentato uno dei principali limiti alla qualità della tutela. Come viene sottolineato, in un sistema strutturalmente policentrico, nel quale l'erogazione delle prestazioni si distribuisce tra livelli assistenziali diversi, ambito ospedaliero e territorio, medicina generale e specialità, strutture pubbliche e soggetti accreditati, il Fascicolo Sanitario Elettronico svolge una funzione di ricomposizione ordinante, operando come meccanismo di integrazione delle informazioni cliniche, impedendo la dispersione dei dati e assicurando la continuità informativa della cura<sup>29</sup>.

Da qui l'esigenza che il fascicolo sanitario elettronico, ma più in generale la digitalizzazione dei servizi sanitari, non determini una differenziazione stabile e prevedibile nelle condizioni di fruizione, rendendo l'esercizio dei diritti più gravoso per determinati gruppi ed assumendo natura strutturale nella misura in cui si difonde in modo sistematico nell'organizzazione pubblica dei servizi sanitari.

Occorre quindi guardare oltre la forma (le procedure digitali si presentano infatti come formalmente neutrali) al fine di evitare che le modalità della loro implementazione determinino un impatto differenziato e sistematicamente più gravoso per le generazioni anziane in palese tensione con l'art. 3, comma 2, Cost., trasferendo sull'individuo il costo dell'innovazione organizzativa e compromettendo l'obiettivo di garantire un accesso effettivo ed eguale ai diritti<sup>30</sup>.

Da qui, chiudendo il cerchio, l'esigenza che con specifico riferimento alla tutela della salute, l'alfabetizzazione non sia semplicemente digitale ma sanitaria (c.d. "*e-health literacy*"<sup>31</sup>). Anche su questo, il processo appare avviato ma la

---

<sup>28</sup> Cfr. M. ESPOSITO, S. PETROCIA, *Invecchiamento, alfabetizzazione sanitaria e competenze digitali attraverso le Pandemie*, in *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 1, 2025, 1 ss.

<sup>29</sup> Così A. NAPOLITANO, *Il fascicolo sanitario elettronico tra universalismo sanitario e divario digitale generazionale*, in questo volume.

<sup>30</sup> Cfr. sul punto M. CARTABIA, *Riflessioni in tema di eguaglianza e non discriminazione*, in *Alle frontiere del diritto costituzionale. Scritti in onore di Valerio Onida*, Giuffrè, Milano, 2011, 417; G.M. FLICK, *Elogio della dignità (se non ora quando?)*, in *Rivista AIC*, 4, 2014.

<sup>31</sup> Sul punto cfr., anche per la bibliografia citata, J. RIZZUTO, *Nuove tecnologie ed effettività della tutela della salute degli anziani: ricadute, criticità e prospettive dell'e-health*, in questo volume.

platea diversificata dei destinatari, la carenza di figure professionali stabili e la diversificazione della situazione sul territorio nazionale non consentono di poter dare una valutazione positiva delle azioni così da poco tempo intraprese.

## 6. Poco confortanti brevi considerazioni conclusive

Come sottolineato nel corso del lavoro, il tema del rapporto tra anziani e società digitale presenta ancora oggi ambiti poco indagati e per certi aspetti poco definiti, a partire dalla composizione della categoria degli anziani digitali. Il tema dell'età non è di poco rilievo, dal momento che impatta sul numero dei destinatari delle politiche di sostegno, riducendo quindi le risorse disponibili pro-capite e le possibilità di un impatto positivo, nel momento in cui gli interventi formativi vengono predisposti in modo univoco per una categoria diversificata al proprio interno. Occorre infatti riflettere, e in questa sede il giudizio è negativo, sull'opportunità di considerare anziani, sul piano tecnologico, gli ultrasessantacinquenni, come previsto dal legislatore<sup>32</sup>. Non si nega che questa è l'indicazione, ad oggi, della scienza medica, che pure, come prima sottolineato, sta valutando un significativo spostamento in avanti della soglia; tuttavia, l'innalzamento dell'età pensionistica e soprattutto gli anni che gli attuali sessantacinquenni avevano al momento della nascita del web (1992) rendono difficile considerare queste persone a rischio emarginazione digitale in funzione dell'età. Non si tratta di una questione definitoria ma, come appena ricordato, ampliare la platea dei potenziali destinatari rischia di non concentrare le risorse e la dovuta attenzione su quanti sono effettivamente invisibili per la società digitale, in particolare i grandi anziani che, invece, per primi, dovrebbero ricevere forme di supporto. Proprio l'esigenza di concentrarsi su questi ultimi, che per il legislatore sono tutti gli individui con più di ottant'anni, porta anche a chiedersi se i Punti di facilitazione digitale, immaginati solo come luogo fisico statico, possano essere considerati una misura soddisfacente; in altri termini se può dirsi sufficiente aspettare che l'anziano vi si rechi – sempre che ne abbia avuto notizia – oppure se occorre immaginare azioni proattive, in cui i bisogni digitali dell'anziano vengono censiti e organizzati, anche nella citata forma del supporto formativo del caregiver, qualora esistente.

---

<sup>32</sup> L'art. 2 (Definizioni e disposizioni di coordinamento) del d.lgs. n. 29/2024 prevede che: Ai fini del presente decreto sono adottate le definizioni di cui all'art. 1, legge 23 marzo 2023, n. 33 nonché le seguenti: a) «persona anziana»: la persona che ha compiuto 65 anni; b) «persona grande anziana»: la persona che ha compiuto 80 anni; c) «persona anziana non autosufficiente»: la persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute – *International Classification of Functioning Disability and Health* (ICF) dell'Organizzazione mondiale della sanità, dei livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali e delle condizioni di fragilità, di multimorbilità e di vulnerabilità sociale, (...).

Occorre quindi immaginare una filiera che vada incontro all'anziano piuttosto di rimanere in attesa che quest'ultimo si attivi.

Questa considerazione porta con sé anche una riflessione sulla necessaria dimensione multilevel della tutela digitale. Certamente un ruolo importante, nella dimensione organizzativa e operativa, spetta al Comune, ente di riferimento per il cittadino, che potendo disporre dell'anagrafica dei propri residenti può attivarsi per contattarli e censirne le esigenze. Del pari la dimensione politica, regionale e statale, ha il compito di definire gli obiettivi e i livelli essenziali delle prestazioni. Gli interventi regionali in materia sono sempre più numerosi, sia nella cornice del d.lgs. n. 29/2024 sia in ragione della crescente digitalizzazione della sanità, con conseguente adozione dei Piani sociali regionali e dei Piani di zona. Gli interventi in materia sanitaria sono fondamentali ma non possono essere i soli. La partecipazione a corsi mirati aumenta non solo le abilità pratiche, ma anche la fiducia nell'uso di servizi come l'home banking, la telemedicina e la PA online. A livello europeo, invece, la riduzione del divario digitale all'interno della popolazione anziana richiede una strategia comune che accompagni la trasformazione tecnologica con azioni di inclusione sociale. L'Unione europea può, ad esempio, definire standard condivisi di accessibilità e usabilità dei servizi pubblici e promuovere l'introduzione di portali semplici e intuitivi.

Si tratta di azioni che richiedono coordinamenti tra i vari livelli e, soprattutto, misurazione dei risultati, al fine di garantire livelli omogenei su tutto il territorio nazionale, a tutela della dignità e dell'uguaglianza sostanziale alla quale questa categoria ha particolarmente diritto. Senza interventi mirati, il rischio è che la digitalizzazione della società amplifichi le disuguaglianze che già esistono, trasformando l'innovazione tecnologica in un nuovo fattore di esclusione, invece che in uno strumento di partecipazione e cittadinanza attiva. Se si assume che "la qualità della civiltà di una società si giudica da come sono trattati gli anziani e dal posto loro riservato nel vivere comune", è proprio su quest'ultimo aspetto che bisogna concentrare l'attenzione, sulla presenza nel vivere comune, anche quando quest'ultimo si svolge in una dimensione *onlife*.



# Ageismo digitale e dignità delle persone anziane. Prospettive di tutela e criticità nello scenario multilivello

Daniela Messina\*

**SOMMARIO:** 1. Nuove forme di discriminazione in una società digitale in continua evoluzione: il fenomeno dell'ageismo. – 2. Ageismo digitale e tutela della dignità umana. – 3. La disciplina multilivello della tutela dell'anziano nello spazio digitale. – 4. La tutela dell'anziano come “*homo dignus*” nello scenario digitale, tra criticità e prospettive evolutive.

**ABSTRACT:** Faced with a world aging at an unprecedented pace, modern socio-economic transformations require a reconsideration of the later stages of life, particularly regarding the protection of elderly as vulnerable subjects. Vulnerability in advanced age is no longer solely linked to health-related conditions but has become multidimensional, affecting the constitutionally protected life trajectory of older individuals as autonomous and active participants in a democratic society.

A significant manifestation of this vulnerability is the so-called “digital ageism”. Societal scepticism about older adults’ ability to use digital technologies often results in “digital discrimination,” undermining their personhood and reinforcing stereotypes of incapacity. Consequently, the digital transition, if inadequately regulated, risks becoming a vehicle for age-based exclusion, legitimizing paternalistic interventions that marginalize rather than include.

Such a perspective is incompatible with a constitutional perspective of aging, which instead requires recognition of elderly as holders of fully enforceable fundamental rights, including in the digital scenario. Individuals at this critical, albeit delicate, stage of their life are entitled to access technological innovation not only for healthcare or welfare purposes, but, above all, for needs relating to well-being, personal fulfilment, leisure, social participation, and quality of life, thereby ensuring the right to personal self-determination as an expression of human dignity even in the later stages of their existence.

## 1. Nuove forme di discriminazione in una società digitale in continua evoluzione: il fenomeno dell'ageismo

L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha proclamato il periodo 2021-2030 quale “Decennio ONU dell'Invecchiamento in Buona Salute” (*UN Decade of Healthy Ageing*)<sup>1</sup>, evidenziando la necessità di un approccio sistemico e strutturato alla

---

\* Ricercatrice di tipo A in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Napoli Parthenope.

<sup>1</sup> Assemblea generale dell'ONU, risoluzione A/75/L.47 che proclama il 2021-2030 come *The United Nations Decade of Healthy Ageing*, il “Decennio delle Nazioni Unite dell'Invecchiamento in Buona Salute”.



crescente e dinamica accelerazione dell'invecchiamento demografico a livello globale. Una esigenza che trova conferma nel superamento avvenuto nel corso del 2020 della popolazione over 60 rispetto a quella dei minori di cinque anni e, altresì, nelle proiezioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui entro il 2050 gli over 60 oltrepasseranno anche la fascia giovanile compresa tra i 15 e i 27 anni <sup>2</sup>.

Si fa riferimento a una vera e propria inversione demografica che assume dimensioni particolarmente rilevanti in Italia, caratterizzata, come è noto, da un «ricambio generazionale sempre più debole», confermandosi come «uno dei Paesi più anziani al mondo con un quarto della popolazione di 65 anni e più e oltre 4,5 milioni di individui con 80 anni e più» <sup>3</sup>.

Dinanzi a un mondo che sta «invecchiando» a un ritmo mai sperimentato prima, le profonde trasformazioni socio-economiche che ne derivano e che connotano la società moderna impongono un nuovo modo di pensare alla fase più matura del percorso esistenziale dell'individuo, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti anziani, nella molteplicità delle dimensioni che afferiscono al loro *status* di soggetti vulnerabili.

In tale panorama, la vulnerabilità che caratterizza tradizionalmente tale fascia di popolazione viene non più a collegarsi esclusivamente a situazioni di carattere patologico, determinate da problematiche connesse alla salute, bensì assume carattere multidimensionale, incidendo in maniera significativa sul percorso evolutivo, costituzionalmente riconosciuto e tutelato, dell'individuo anziano, inteso quale soggetto autonomo e consapevole, che vive attivamente all'interno di una società democratica e inclusiva <sup>4</sup>.

In presenza di fattori economici e sociali in costante trasformazione, infatti, la persona, nella fase più matura della propria esistenza, si trova ad affrontare nuove e più significative fragilità, che lo espongono a un maggiore rischio di vulnerabilità, in quanto maggiormente «susceptibile a danni, discriminazioni o svantaggi» <sup>5</sup>.

Nella molteplicità di dimensioni in cui tale fragilità viene a esprimersi, una delle più rilevanti e caratterizzanti l'epoca moderna è rappresentata da quella connessa al fenomeno dell'ageismo <sup>6</sup>, inteso, come è noto, quale insieme di stereotipi, pregiudizi

<sup>2</sup> World Health Organization, *UN Decade of Healthy Ageing, 2021-2030*, 2020.

<sup>3</sup> ISTAT, *Rapporto Annuale 2025. La situazione del Paese*, 26 maggio 2025.

<sup>4</sup> G. ALPA, *Diritti della personalità emergenti, profili costituzionali e tutela giurisdizionale. Il diritto all'identità personale*, in *Giurisprudenza di merito*, IV, 1989; P. BARILE, *Diritti dell'uomo e libertà fondamentali*, Il Mulino, Bologna, 1987, 67 ss.; A. DE CUPIS, *I diritti della personalità*, Giuffrè, Milano, 1982; D. MESSINETTI, *Personalità (diritti della)*, in *Enc. dir.*, Vol. XXXIII, 1983; A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *Federalismi.it*, 2013; M. TAMPIERI, *L'identità personale: il nostro documento esistenziale*, in *Europa e diritto privato*, Vol. 4, n. 4, 2019; C. PINELLI, «Diritto di essere sé stessi» e «Pieno sviluppo della persona umana», in *Rivista AIC*, n. 4, 2021.

<sup>5</sup> A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili, Questioni giuridiche, dilemmi bioetici*, Mimesis, Milano-Udine, 2025, 12 ss.

<sup>6</sup> Il termine ageismo è generalmente attribuito allo psichiatra e geriatra americano Robert N. Butler, primo direttore del *National Institute on Aging* degli Stati Uniti d'America.

e discriminazioni che influenzano il modo in cui i membri di una collettività pensano, agiscono e si relazionano con gli individui appartenenti a gruppi di età differenti<sup>7</sup>.

Si fa riferimento a un atteggiamento particolarmente diffuso, spesso anche in maniera totalmente inconsapevole, che, nel caso degli adulti in età avanzata, è in grado di determinare limitazioni nelle possibilità di partecipazione alla dimensione lavorativa, economica e sociale, sulla base di una mera presunzione di inidoneità che può tradursi, in ultima istanza, «in una repulsione personale e in un'avversione per l'invecchiamento, la malattia, la disabilità e, di conseguenza, in paura dell'impotenza, dell'inutilità e della morte»<sup>8</sup>.

A causa di tale comportamento tendenzialmente escludente, l'anziano, seppur nel pieno delle proprie capacità fisiche e mentali, rischia di essere posto ai margini della società, determinando, da un lato, un danno per la collettività in termini di perdita del contributo che tale individuo potrebbe, invece, sicuramente offrire come esperienza, conoscenze e abilità acquisite nel tempo, e, dall'altro, in una significativa limitazione, per il soggetto discriminato, dell'esercizio di diritti e libertà fondamentali, riducendo, di fatto, le relative opportunità di salute, longevità e benessere<sup>9</sup>.

Tale problematica assume particolare rilievo e specifiche sfumature all'interno dello scenario digitale.

È ampiamente noto che la crescente digitalizzazione della società, accelerata dalla pandemia da Covid-19 e rafforzata dalle strategie di transizione tecnologica europee e nazionali<sup>10</sup>, abbia portato alla luce nuove disuguaglianze e fragilità, in particolare all'interno della popolazione anziana.

La profonda trasformazione delle modalità di interazione e di partecipazione alla vita sociale, in tutte le sue molteplici dimensioni, è stata caratterizzata, infatti, da un significativo incremento dell'utilizzo delle nuove tecnologie, le quali costituiscono oggi il principale strumento attraverso cui l'individuo ha la possibilità di usufruire di servizi, di svolgere attività, di entrare in contatto con altre persone e di svolgere attività lavorativa. Una molteplicità e varietà di esperienze, quindi, che risultano dipendere sempre più dall'impiego di strumenti digitali e, quindi, dalla effettiva capacità di utilizzarli in maniera consapevole e autonoma.

In tale contesto, gli individui in età avanzata risultano esposti a una duplice criticità che impatta sul livello qualitativo della loro esistenza. Da un lato, infatti, "risentono" di un passato analogico che li ha portati ad approcciarsi tardi alle nuove

---

<sup>7</sup> World Health Organization, *Global report on ageism, and health*, Geneva, 2021. Le forme di ageismo colpiscono tendenzialmente due gruppi di età: i giovani, spesso considerati non all'altezza di compiti e di lavori di rilievo all'interno della società e, come si analizza in tale lavoro, gli anziani sulla base di una presunzione di incapacità e di inattitudine.

<sup>8</sup> R.N. BUTLER, *Age-Isms: Another Form of Bigotry*, in *The Gerontologist*, 9, 4, 1969, 243. Traduzione mia.

<sup>9</sup> World Health Organization, *Global report on ageism, and health*, cit.

<sup>10</sup> V. *infra*.

tecnologie, con una serie di conseguenze significative in termini di accesso e di fruizione di servizi anche essenziali – quali quelli sanitari o della pubblica amministrazione – che risultano compromessi dall’assenza, in molti casi, di adeguate conoscenze e competenze digitali. Dall’altro, si caratterizzano per una naturale resistenza alla repentinità del cambiamento tecnologico che rende difficile l’acquisizione duratura di confidenza e sicurezza nell’utilizzo di tali strumenti in presenza di tecnologie e piattaforme che appaiono in continua evoluzione.

Tra gli spazi di tali fragilità, acuendone l’intensità del problema, si annida ancora una volta il fenomeno dell’ageismo nella specifica dimensione digitale. In presenza di un atteggiamento diffuso di diffidenza della società nei confronti della componente anziana circa la capacità di utilizzare pienamente e consapevolmente le nuove tecnologie, l’anziano tende a subire fenomeni di “discriminazione digitale” basati, anche in questo caso, su pregiudizi connessi alle relative competenze, subendo una “svalorizzazione” della propria persona, considerata non in grado di comprendere e di seguire attivamente il nuovo corso dettato dall’evoluzione tecnologica.

Tale fenomeno, a sua volta, viene a rispecchiarsi anche nella dimensione della progettazione di tali strumenti, determinando un processo di ulteriore radicalizzazione di tali convinzioni. Studi evidenziano, infatti, un raro coinvolgimento, al di là delle esigenze legate alla salute, delle preferenze e delle necessità di questa fascia di età nello sviluppo dei nuovi strumenti digitali <sup>11</sup> e un significativo rischio di replicazione di tali *bias* all’interno dei sistemi di IA <sup>12</sup>. In tale prospettiva, le soluzioni tecnologiche destinate agli anziani finiscono con l’essere destinate unicamente ad esigenze di carattere assistenziale e di supporto clinico, escludendo possibili ulteriori utilizzi che si ricolleghino alla gestione del tempo libero, all’attività lavorativa o al benessere in generale <sup>13</sup>.

La combinazione dei due fattori sopra evidenziati – le oggettive difficoltà di approccio, in età avanzata, a uno scenario tecnologico sconosciuto e complesso, da un lato, e la diffusa convinzione di una insuperabile inidoneità nell’utilizzo di tali strumenti – genera nella società attuale una forma particolarmente rilevante di divario digitale, in grado di compromettere significativamente l’autonomia di questa fascia di popolazione e di esporla a nuove e più significative forme di discriminazione, di dipendenza e di isolamento sociale.

---

<sup>11</sup> I. MANNHEIM, E. SCHWARTZ, W. XI, SC. BUTTIGIEG, M. McDONNELL-NAUGHTON, EJM WOUTERS, et al., *Inclusion of older adults in the research and design of digital technology*, in *Int J Environ Res Public Health*, 2019.

<sup>12</sup> World Health Organization, *Ageism in artificial intelligence for health, a WHO policy brief*, Geneva, 2021.

<sup>13</sup> Ch. CHU et al, *Digital Ageism: Challenges and Opportunities in Artificial Intelligence for Older Adults*, in *Gerontologist*, 2022.

## 2. Ageismo digitale e tutela della dignità umana

L'ageismo, nella sua veste digitale, svela uno degli aspetti più complessi e rischiosi delle forme di pregiudizio e di discriminazione perpetrate nei confronti dei soggetti anziani all'interno della società moderna. Se nel passato, infatti, i pregiudizi rivolti a tale fascia della popolazione, basati, come detto, su una sostanziale presunzione di incapacità fisica o cognitiva, si traducevano in limitazioni in termini di coinvolgimento attivo nella sfera familiare o relazionale, con il processo di digitalizzazione, il rischio di esclusione assume una connotazione sistemica, perché in grado di incidere sui momenti di determinazione autonoma e consapevole dell'individuo nell'ultima fase della sua vita.

In uno scenario in cui la tecnologia diventa strumento, in molti casi insostituibile, di accesso a servizi e prestazioni essenziali, di realizzazione dell'attività lavorativa e di gestione delle relazioni interpersonali, l'assenza di conoscenze e competenze digitali diventa, infatti, causa di limitazione dell'esercizio di diritti e libertà fondamentali e fonte di un isolamento tale da precludere possibili orizzonti evolutivi dell'individuo. Questo a maggior ragione in un panorama in cui le prospettive di vita aumentano, conducendo al paradosso di una società in grado di assicurare un incremento delle opportunità di benessere a cui viene a corrispondere, tuttavia, una possibile contrazione dei momenti di determinazione autonoma dell'individuo nella fase più avanzata del proprio percorso evolutivo.

In tale prospettiva, la vulnerabilità digitale dell'anziano, alimentata dalle distorsioni dettate dall'ageismo, colpisce la persona proprio in quella duplice dimensione, individuale e collettiva, che lo rende soggetto tutelato dall'ordinamento costituzionale, perché potenzialmente in grado di privarlo di quegli spazi di partecipazione attiva e consapevole che rappresentano, invece, il motore stesso della sua esistenza e del suo contributo alla vita democratica. Assume, in altri termini, rilevanza giuridica dal momento in cui, nel suo incedere incalzante, alimentato da una continua evoluzione tecnologica, viene a insinuarsi tra gli spazi di tutela di quel valore cardine dalle tradizioni costituzionali europee rappresentato dalla dignità umana<sup>14</sup>. Un valore ritenuto, come è noto, "superconstituzionale"<sup>15</sup>, dal momento in cui la sua tutela è prodromica ed essenziale all'esercizio dei diritti e delle libertà

---

<sup>14</sup> Sulla centralità del valore della dignità umana nel panorama costituzionale europeo cfr. A. ARGIROFFI, P. BECCHI, D. ANSELMO (a cura di), *Colloqui sulla dignità umana – Atti del Convegno internazionale*, Aracne, Roma, 2008; G.M. FLICK, *Dignità umana e tutela dei soggetti deboli: una riflessione problematica*, in E. CECCHERINI (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, Editoriale scientifica, Napoli, 2008; G. MONACO, *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, in *Politica del diritto*, n. 1, 2011; G.P. DOLSO (a cura di), *Dignità, Eguaglianza e Costituzione*, EUT, Trieste, 2019; A. RUGGERI, *Appunti per uno studio sulla dignità dell'uomo, secondo diritto costituzionale*, in *Rivista AIC*, n. 1, 2011; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, in *Studi in onore di Franco Modugno*, Napoli, 2011.

<sup>15</sup> A. RUGGERI, A. SPADARO, *Dignità dell'uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, in *Pol. dir.*, 1991.

fondamentali, e non bilanciabile «perché esso stesso la bilancia sulla quale disporre i beni costituzionalmente tutelati»<sup>16</sup>.

La dignità, infatti, ai sensi dell'art. 2 TUE, costituisce il pilastro attorno al quale viene a fondarsi e a modellarsi il percorso evolutivo dell'Unione, nel concomitante rispetto della libertà, della democrazia e dell'uguaglianza all'interno dello Stato di diritto. Essa emerge, inoltre, quale valore apicale della Carta dei diritti fondamentali dell'UE, alla cui inviolabilità, rispetto e tutela, è dedicato l'intero Capo I<sup>17</sup>. Parimenti, sul versante degli ordinamenti statali, assume il ruolo di principale direttrice di sviluppo nella misura in cui rappresenta l'origine e il fine dell'architettura costituzionale degli Stati membri, i quali trovano nell'individuo e nella tutela della sua persona il significato ultimo del loro moto evolutivo<sup>18</sup>.

Una visione che ottiene conferma, infine, nel quadro costituzionale e giuridico italiano, all'interno del quale tale valore trova compimento mediante il principio personalista che, come è noto, irradia il catalogo dei diritti fondamentali, innestandone il relativo riconoscimento e tutela, attraverso il combinato disposto degli artt. 2 e 3 Cost., proprio nella dignità della persona<sup>19</sup>.

Il suo portato valoriale, pertanto, permea l'intera trama costituzionale, conferendo forma e sostanza al quadro delle situazioni giuridiche meritevoli di tutela, determinando la precedenza della persona rispetto allo stesso Stato e alle sue articolazioni<sup>20</sup>. In tale prospettiva, infine, viene non solo a costituire il sostrato su cui si innesta l'impalcatura dei diritti e dei doveri, nonché degli istituti di garanzia dell'ordinamento, ma finisce col trascendere questi ultimi, affermandosi come essenza

<sup>16</sup> G. SILVESTRI, *L'individuazione dei diritti della persona*, in *Dir. pen. cont.*, 2018, 11.

<sup>17</sup> Sull'importanza sistemica della previsione della tutela della dignità umana al Capo I della Carta dei diritti fondamentali dell'UE cfr. G. MONACO, *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, cit., 52; C. CASONATO, *Introduzione al diritto bioetico – La bioetica nel diritto costituzionale comparato*, cit., 61.

<sup>18</sup> Sul punto, senza pretesa di esaustività, F. BARTOLOMEI, *La dignità umana come concetto e valore costituzionale*, Giappichelli, Torino, 1987; P. BECCHI, *Il principio della dignità umana*, Morcelliana, Brescia, 2013; ID., *La dignità umana nel «Grundgesetz» e nella Costituzione italiana*, in *Ragion pratica*, n. 38, 2012; R. BIN, *Dignità umana e biodiritto*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, n. 2, 2017; G.P. DOLSO (a cura di), *Dignità, Eguaglianza e Costituzione*, cit.; G.M. FLICK, *Dignità umana e tutela dei soggetti deboli: una riflessione problematica*, cit.; G. MONACO, *La tutela della dignità umana: sviluppi giurisprudenziali e difficoltà applicative*, cit.; A. RUGGERI, A. SPADARO, *Dignità dell'uomo e giurisprudenza costituzionale (prime notazioni)*, cit.; A. RUGGERI, *Appunti per uno studio sulla dignità dell'uomo, secondo diritto costituzionale*, cit.; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, in *Studi in onore di Franco Modugno*, cit.; M. CAVINO, *Dignità e Costituzione: la centralità del lavoro per il pieno sviluppo della persona umana*, in *Dignità, eguaglianza e Costituzione*, EUT, Trieste, 2019; E. CECCHERINI (a cura di), *La tutela della dignità dell'uomo*, cit.

<sup>19</sup> A. RUGGERI, *Il principio personalista e le sue proiezioni*, in *Federalismi.it*, n. 17, 2013; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, cit., 131 ss.

<sup>20</sup> Nota è la dichiarazione di Mortati secondo cui il principio personalista trova consacrazione nell'art. 2 Cost., la cui formulazione è destinata ad affermare che «non è l'uomo in funzione dello Stato, ma quest'ultimo in funzione dell'uomo». C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, Cedam, Padova, 1976, 155 ss.

stessa dello Stato di diritto, giustificazione e causa della sua costituzione e del suo incessante operare ed evolversi.

Nella polisemia che contraddistingue tale concetto<sup>21</sup>, tuttavia, la dignità nello scenario digitale assume, un significato specifico, spiccatamente dinamico, in quanto non guarda all'individuo come astrattamente appartenente al genere umano, bensì si sofferma sulla sua individualità di essere singolo e diverso dagli altri, che richiede di essere tutelato nella sua unicità<sup>22</sup>.

In un panorama sempre più dipendente dall'utilizzo della tecnologia, la dignità, infatti, esprime la pretesa dell'individuo di agire quale soggetto libero e autonomo nell'adozione delle scelte inerenti alla propria vita, avendo «specificata percezione del sé, quale soggetto responsabile, e non mero oggetto della propria esperienza esistenziale»<sup>23</sup>, rifiutando, al contempo, qualsiasi tipo di standardizzazione o di livellamento determinati da intense e pervasive attività di profilazione.

Assume, in altri termini, la specifica connotazione di diritto di autodeterminarsi, in linea con l'impianto personalista dell'ordinamento costituzionale che trova legittimazione nella figura di un individuo sociale che, indipendentemente dall'età, conduce la propria vita sviluppando continuamente legami di carattere personale, professionale e relazionale che contribuiscono a definire la propria identità e il proprio ruolo all'interno della società.

Una visione, questa, che sottintende uno specifico processo evolutivo, anche

---

<sup>21</sup> A. RUGGERI, *La dignità dell'uomo e il diritto di avere diritti (profili problematici e ricostruttivi)*, in *Consulta Online*, fasc. II, 2018, 392 ss. che afferma come la molteplicità di significati attribuibili a tale valore ha portato nel tempo anche alla convinzione, in alcuni studiosi, che «nessuna definizione potrebbe darsene che non sia fatalmente avvolta da una irrimediabile ambiguità, vacuità e persino – si è detto – stupidità»: C. PINELLI, *“Diritto di essere sé stessi” e “Pieno sviluppo della persona umana”*, in *Rivista AIC*, n. 4, 2021, 313; G. SILVESTRI, *Considerazioni sul valore costituzionale della dignità della persona. Intervento al Convegno trilaterale delle Corti costituzionali italiana, spagnola e portoghese, tenutosi a Roma il 1° ottobre 2007*, in [www.associadeicostituzionalisti.it](http://www.associadeicostituzionalisti.it).

<sup>22</sup> S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2012, 210; A. SPADARO, *I «due» volti del costituzionalismo di fronte al principio di autodeterminazione*, in *Politica del diritto*, n. 3, 2014; N. RIVA, *Eguaglianza e dignità umana*, in G.P. DOLSO (a cura di), *Dignità, Eguaglianza e Costituzione*, cit., 106; G. GEMMA, *Dignità umana: un disvalore costituzionale?*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2008, 380 ss.; M. RUOTOLO, *Appunti sulla dignità umana*, cit., 148; G. RESTA, *Il caso: Dignità e autodeterminazione nelle scelte di fine vita: il Bundesgerichtshof espande la frontiera dei diritti fondamentali*, in *Diritti umani e diritto internazionale*, n. 3, Milano, 2010; A. RUGGERI, *Venuto alla luce alla Consulta l'ircocervo costituzionale (a margine della ordinanza n. 207 del 2018 sul caso Cappato)*, in *Consulta online*, n. 3, 2018; ID., *Dignità versus vita*, in *Rivista AIC*, n. 1, 2011; G.M. FLICK, *Dignità del vivere e dignità del morire. Un (cauto) passo avanti*, in *Cass. pen.*, n. 7, 2018; P. BILANCIA, *Dignità umana e fine vita in Europa*, in *Consulta online. Liber amicorum per Pasquale Costanzo*, 2020; A. PAPA, *La problematica tutela del diritto all'autodeterminazione informativa nella big data society*, in *Consulta online. Liber Amicorum per Pasquale Costanzo*, 2020; M. PANEBIANCO, *La dignità come parametro e come diritto all'autodeterminazione. Profili di giurisprudenza costituzionale*, in *Nomos*, n. 2, 2021. Si consenta, infine, di rimandare a D. MESSINA, *La tutela della dignità nell'era digitale. Prospettive e insidie tra protezione dei dati, diritto all'oblio e Intelligenza Artificiale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2023.

<sup>23</sup> Cass., 23 marzo 2018, n. 7260, punto 9.

nella fase più avanzata della sua stessa esistenza, che lo Stato di democrazia pluralista, orientato all'inclusione di tutti i suoi membri, ha il dovere di tutelare e garantire attraverso la rimozione, *ex art. 3 Cost.* degli «ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana».

In tale prospettiva, «l'anziano è tutelato non in base alla sua condizione personale, ma anche in ragione di essa, in quanto *homo dignus* che è centro di imputazione di diritti fondamentali, civili, politici e sociali»<sup>24</sup>. La sua condizione è espressione di una delle molteplici fasi che connotano il percorso evolutivo dell'individuo e come tale merita di essere valorizzata e protetta al pari delle altre, nel rispetto di un agire del legislatore che interviene a garantire le medesime opportunità a partire dalla situazione fattuale ed effettiva del soggetto coinvolto, in un'ottica costituzionalmente orientata che sancisce il primato della persona umana e dei suoi diritti<sup>25</sup>.

Ne consegue, quindi, che dinanzi a nuove e più significative fragilità che si innestano in una società in profonda trasformazione non solo da un punto di vista demografico, ma, come evidenziato, anche sotto il profilo delle modalità di partecipazione attiva all'interno della comunità, il "patto" che lega lo Stato ai suoi cittadini, in termini di uguaglianza sostanziale e di garanzia di un godimento pieno di libertà e diritti fondamentali, nello scenario digitale viene ad arricchirsi di ulteriori e importanti sfide, comprendendo anche la tutela della dignità dell'individuo nella fase avanzata della sua esistenza.

Una tutela che impone la definizione di un quadro normativo che sia ispirato al pieno rispetto della persona, della sua autonomia e consapevolezza e che contempli una serie di azioni mirate che considerino la senilità come una fase ricca di potenzialità e non (solo) di debolezze, garantendo all'individuo, come sancito dalla Carta dei diritti fondamentali dell'UE, di condurre una vita dignitosa e indipendente, partecipando attivamente alla vita sociale e culturale della propria comunità<sup>26</sup>.

### 3. La disciplina multilivello della tutela dell'anziano nello spazio digitale

Dinanzi alla necessità di ridurre le criticità connesse all'avanzamento dello sviluppo tecnologico, al fine di garantire la piena realizzazione dell'individuo anche nella fase più avanzata della sua esistenza, diviene fondamentale analizzare alcuni dei più recenti interventi in materia, in modo da comprendere se l'architettura regolativa e i relativi strumenti di tutela previsti nello scenario multilivello siano orientati verso una effettiva e concreta tutela dell'anziano.

---

<sup>24</sup> M. ROSPI, *L'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della coesione sociale tra generazioni: gli strumenti della multilevel governance per nuovi sistemi di welfare*, in *Rivista AIC*, 3, 2018, 5.

<sup>25</sup> Corte cost., 11 febbraio 1999, n. 26.

<sup>26</sup> Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, art. 25.

In tale prospettiva, occorre premettere che l'attuale percorso europeo di trasformazione digitale risulta incardinato all'interno di un modello antropocentrico in cui, come indicato dalla Dichiarazione europea sui diritti e i principi digitali per il decennio digitale (2023), la tecnologia è da intendersi al servizio di tutte le persone che vivono nell'UE con lo scopo di porle «nelle condizioni di perseguire le loro aspirazioni, in tutta sicurezza e nel pieno rispetto dei loro diritti fondamentali».

Di tale visione l'individuo in età avanzata appare essere parte integrante, dal momento in cui lo stesso testo afferma la necessità di «perseguire una trasformazione digitale che non lasci indietro nessuno» e che sia in grado di «realizzare la parità di genere e includere in particolare gli anziani, le persone che vivono nelle zone rurali, le persone con disabilità, le persone emarginate, vulnerabili o prive di diritti».

Tuttavia, se si procede ad un'analisi maggiormente approfondita delle previsioni dettate dal legislatore a livello sovranazionale e, di conseguenza, visto l'ampio utilizzo in tale materia della fonte di carattere regolamentare, anche a livello nazionale, l'approccio di tipo inclusivo nei confronti delle persone anziane tende ad assumere tratti significativamente più attenuati. Il c.d. pacchetto digitale europeo, attualmente in fase di ridefinizione<sup>27</sup>, costituito da un sistema coordinato di atti normativi, strategici e programmatori attraverso cui l'Unione è andata a definire negli ultimi anni l'architettura regolatoria della transizione digitale e il connesso programma strategico per il decennio digitale 2030<sup>28</sup>, infatti, pur mirando alla realizzazione di un ambiente digitale antropocentrico, basato sui diritti fondamentali, nonché inclusivo, trasparente e aperto, mediante la previsione di una serie di obiettivi digitali concreti, ha condotto di fatto a un quadro normativo in cui il peculiare *status* della persona anziana non emerge mai, venendo, nelle migliori delle ipotesi, attirato all'interno della categoria eterogenea dei soggetti vulnerabili per età.

Non potendo in tale sede procedere a una valutazione dettagliata ed esaustiva delle criticità che caratterizzano i diversi interventi adottati a livello sovranazionale e delle relative ricadute all'interno degli ordinamenti nazionali, appare significativo, tuttavia, approfondire, in particolare, due ambiti specifici di regolazione che appaiono emblematici del peculiare atteggiamento espresso dal legislatore, nei confronti di una fase così importante della vita di un individuo, quale quella della senilità.

Il primo è rappresentato dall'insieme di interventi straordinari relativi al periodo 2021-2026 adottati nell'alveo del Next Generation EU (NGEU)<sup>29</sup>, approvato

---

<sup>27</sup> In data 19 novembre 2025 la Commissione Europea ha presentato due proposte di regolamento, COM(2025) 837 e COM(2025) 836 nell'ambito del quadro di interventi denominato "Digital Omnibus" con l'obiettivo di semplificare e razionalizzare l'impianto normativo europeo in materia digitale con particolare riferimento agli atti normativi cardine quali l'AI Act, il GDPR, la NIS2 e il Data Act.

<sup>28</sup> Decisione (UE) 2022/2481 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 dicembre 2022, che istituisce il programma strategico per il decennio digitale 2030.

<sup>29</sup> Il programma Next Generation EU, come è noto, si compone di un insieme di interventi normativi adottati alla luce del Regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020 che



dall'Unione europea in risposta alla crisi pandemica. Come è noto, tale piano e, in particolare, il suo strumento principale costituito dal *Recovery and Resilience Facility* (RRF), istituito con Regolamento (UE) 2021/241, sono stati adottati al fine di garantire una ripresa piena e resiliente degli Stati membri dell'Unione. Tra le sei macroaree di intervento previste dal piano, la transizione digitale ha assunto un ruolo principale dal momento che alla sua realizzazione sono stati destinati una serie di obiettivi concreti, in particolare investimenti e riforme di settore, al fine di garantire, tra le altre cose, l'«inclusione e integrazione dei gruppi svantaggiati e consentire di rafforzare il dialogo sociale, le infrastrutture e i servizi e i sistemi di protezione sociale e di welfare»<sup>30</sup>.

Nel rispetto dei sei pilastri di intervento individuati a livello sovranazionale, il legislatore italiano ha poi delineato uno specifico piano nazionale, il c.d. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>31</sup>, attribuendo significativamente alla prima delle missioni da realizzare l'obiettivo della “digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo” e alla Componente I il sistema delle misure da destinare alla digitalizzazione, all'innovazione e alla sicurezza nella pubblica amministrazione.

L'articolazione stessa del PNRR evidenzia, quindi, sin dalla sua origine l'importanza strategica attribuita alla transizione digitale e alla necessità di garantire un adeguato supporto alla sua piena realizzazione. Un'aspirazione, questa, che appare estendersi in maniera trasversale a tutti i settori della società e coinvolgere l'intera popolazione, compresa quella anziana.

È significativo, infatti, che una specifica linea di investimento<sup>32</sup> sia stata dedicata alla realizzazione di una capillare inclusione digitale, attraverso l'individuazione di più di 8.000 operatori volontari, impegnati a garantire un supporto specifico ai cittadini nell'uso consapevole e responsabile delle nuove tecnologie, e la creazione di una rete di “punti di facilitazione digitale”, con lo scopo, almeno nelle intenzioni, di rafforzare l'accessibilità, la consapevolezza e l'autonomia nell'interazione con i nuovi strumenti. Come indicato dall'art. 19, d.lgs. n. 29/2024<sup>33</sup>, attuativo della riforma in materia di politiche attive a favore delle persone anziane<sup>34</sup>,

---

istituisce uno strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno alla ripresa dell'economia dopo la crisi COVID-19. Da un punto di vista attuativo, inoltre, assume particolare rilievo il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza.

<sup>30</sup> Considerando 14 del Regolamento (UE) 2021/241, cit.

<sup>31</sup> Sul punto, in maniera prospettica, cfr. N. LUPO, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e alcune prospettive di ricerca per i costituzionalisti*, in *Federalismi.it*, 1, 2022.

<sup>32</sup> Si fa riferimento alla linea di finanziamento 1.7 prevista nell'ambito della Missione 1 denominata, significativamente per l'analisi in oggetto, “competenze digitali di base”.

<sup>33</sup> D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29 recante “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”.

<sup>34</sup> La legge n. 33/2023 ha introdotto, infatti, una riforma organica volta, da un lato, a dare esecuzione ad alcune disposizioni della legge di bilancio 2022 (legge n. 234/2021, art. 1, commi 159-171)

tali strutture, dislocate sull'intero territorio nazionale, hanno lo specifico intento di promuovere l'alfabetizzazione informatica e garantire una piena partecipazione civile e sociale anche attraverso l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni.

L'importanza di tale misura, destinata a fornire un aiuto concreto e (si spera) duraturo anche alle persone in età avanzata, tuttavia, svela immediatamente il suo lato discriminatorio se analizzata attraverso la "lente" dell'ageismo. Tali presidi, infatti, risultano prevalentemente orientati alla promozione di competenze digitali di base, limitandosi a fornire un supporto essenziale per l'accesso e l'utilizzo dei servizi digitali minimi, senza prevedere percorsi di accompagnamento verso forme più avanzate e complesse di alfabetizzazione tecnologica, né tantomeno programmi specifici di *empowerment* digitale.

Ne deriva, quindi, una visione essenzialmente riduttiva della capacità effettiva di tale fascia di popolazione di garantire un contributo concreto al percorso di sviluppo dettato dalle nuove tecnologie. Tale impostazione, infatti, sembra non tenere conto della varietà e delle potenzialità di tale importante segmento della società che, è bene ricordarlo, comprende sicuramente, all'interno della categoria degli "anziani", ossia di coloro che non hanno compiuto l'ottantesimo anno di età<sup>35</sup>, persone ancora pienamente attive dal punto di vista lavorativo.

A conferma di tale approccio opera anche la disposizione di cui all'art. 20 del medesimo decreto, laddove prevede, al fine di ridurre l'attuale divario digitale generazionale, la possibilità per le istituzioni scolastiche di creare percorsi formativi laboratoriali volti a *introdurre* le persone anziane all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali.

Per quanto rilevanti al fine di garantire il coinvolgimento attivo di quella parte della popolazione che mostra potenzialmente, ma non necessariamente, le maggiori difficoltà nell'impiego di tali strumenti, è evidente che gli interventi menzionati, in assenza di misure dedicate anche all'acquisizione di competenze digitali avanzate, restituiscono ancora una volta l'immagine stereotipata dell'anziano quale soggetto destinatario passivo di conoscenze tecnologiche; espressione tipica di una logica assistenziale e paternalistica che non riconosce a tali persone la possibilità di agire quali soggetti attivi della trasformazione digitale.

Una visione questa, che diventa chiara e manifesta all'interno dell'articolato scenario dell'intelligenza artificiale (IA). Se, infatti, volgiamo lo sguardo verso la costellazione degli atti normativi che negli anni sono stati adottati dal legislatore sovranazionale e, a seguire, da quello nazionale, al fine di orientare tale importante,

---

e, dall'altro, con specifico riguardo alla condizione degli anziani non autosufficienti, a conseguire uno degli obiettivi delineati dal PNRR.

<sup>35</sup> Come è noto, l'attuale quadro normativo in materia adotta una suddivisione della popolazione degli adulti in età avanzata ripartita in due macro-categorie: quella degli "anziani", comprendente le persone che hanno compiuto 65 anni, e quella dei "grandi anziani", ossia coloro che hanno compiuto o hanno superato gli 80 anni.

quanto sfidante, evoluzione tecnologica all'interno di direttrici costituzionalmente orientate, la figura dell'anziano tende lentamente a svanire, assumendo la connotazione di destinatario "invisibile" degli interventi in materia.

In ambito europeo, infatti, il Regolamento (UE) 2024/1689<sup>36</sup>, pur riconoscendo esplicitamente, come dichiarato nel Considerando 29, la necessità di proteggere, in particolar modo, i gruppi caratterizzati da vulnerabilità anche dovute all'età, «da pratiche manipolative o ingannevoli che possono essere utilizzate per persuadere le persone ad adottare comportamenti indesiderati o per indurle con l'inganno a prendere decisioni in modo da sovvertirne e pregiudicarne l'autonomia, il processo decisionale e la libera scelta», non stabilisce misure proattive o obblighi positivi per promuovere l'inclusione digitale di tale categorie o per garantire tecnologie progettate nel rispetto delle loro esigenze specifiche.

Questo nonostante sia ormai acclarata, in assenza di interventi mirati, l'attitudine dei sistemi di IA a rafforzare *bias* già presenti all'interno della società con risultati in grado di impattare il pieno godimento ed esercizio di diritti e libertà fondamentali da parte della popolazione anziana<sup>37</sup>. Così come, parallelamente, molteplici studi evidenziano la tendenza a utilizzare, nella fase di addestramento di tali strumenti, *set* di dati che scartano tale gruppo di età perché ritenuto di limitato significato o, addirittura, a escludere la componente anziana nella fase stessa della progettazione della tecnologia perché considerata eccessivamente rigida nell'apprendimento innovativo e, in generale, meno motivata e dinamica rispetto a quella costituita da utenti più giovani<sup>38</sup>.

Tale impostazione, sostanzialmente escludente, tende a replicarsi anche a livello nazionale, definendo uno scenario in cui il soggetto anziano sembra "scompare" all'interno dell'intelaiatura in divenire del panorama regolativo dedicato all'IA.

La legge n. 132/2025<sup>39</sup>, primo intervento normativo in materia, infatti, pur promuovendo un «utilizzo corretto, trasparente e responsabile, in una dimensione antropocentrica» e garantendo la vigilanza «sull'impatto sui diritti fondamentali», appare privo di misure specifiche destinate a prevenire e tutelare la vulnerabilità digitale degli anziani. Questo nonostante il testo, al di là delle disposizioni di carattere generale e trasversale riferite a vari settori della società italiana, includa espressamente una parte dedicata alla promozione di esperienze di apprendimento

---

<sup>36</sup> Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024, che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale e modifica i regolamenti (CE) n. 300/2008, (UE) n. 167/2013, (UE) n. 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 e (UE) 2019/2144 e le direttive 2014/90/UE, (UE) 2016/797 e (UE) 2020/1828 (regolamento sull'intelligenza artificiale).

<sup>37</sup> A. SIMONCINI, *L'algoritmo incostituzionale: intelligenza artificiale e il futuro delle libertà*, cit.; A. PAPA, *Intelligenza Artificiale e decisioni pubbliche tra tecnica, politica e tutela dei diritti*, in *Federalismi.it*, n. 22, 2022.

<sup>38</sup> World Health Organization, *Ageism in artificial intelligence for health, a WHO policy brief*, cit.

<sup>39</sup> Legge 23 settembre 2025, n. 132 recante "Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale".

di competenze nel campo dell'IA. Tali percorsi, tuttavia, ai sensi dell'art. 22, risultano essere destinati esclusivamente a studentesse e studenti degli istituti di formazione secondaria che mostrano un alto potenziale cognitivo, prevedendone, in via specifica e in deroga, l'inserimento all'interno del relativo piano didattico personalizzato.

Tale previsione, ancora una volta, risulta foriera di una visione discriminatoria del legislatore che sembra preoccuparsi unicamente di una parte vulnerabile della popolazione, quella minore di età, escludendo qualsiasi tipo di intervento mirato per altri tipi fragilità, come quelle espresse dagli adulti in età avanzata, a meno che le stesse non siano connesse a situazioni di disabilità<sup>40</sup>. Una visione che, a ben vedere, esprime in controluce anche un atteggiamento profondamente "ageista" dal momento che evidenzia l'importanza di fortificare le conoscenze e le competenze di una fascia di popolazione che necessita certamente di attenzione e protezione, perché ancora "in crescita" e, dunque, priva degli strumenti cognitivi necessari per difendersi autonomamente dalle insidie che provengono dallo scenario digitale, ma che al tempo stesso risulta portatrice del maggior potenziale inespresso in termini di contributo attivo all'innovazione tecnologica e, pertanto, strategicamente meritevole di supporto nella fase di formazione. O almeno strategicamente "più meritevole" rispetto a quella anziana.

Tale approccio, d'altra parte, sembra trovare conferma all'interno della Strategia italiana per l'IA relativa agli anni 2024-2026<sup>41</sup>. Anche in questo caso il quadro di intervento, nel tentativo di promuovere «la creazione di competenze di ricerca e tecnologie specificamente calate nel contesto del nostro sistema-Paese e in linea con principi di affidabilità e responsabilità (*Trustworthy AI*) e antropocentrici, propri dei paradigmi Europei», appare focalizzarsi esclusivamente su percorsi di apprendimento in ambito scolastico, universitario e post-universitario. Unico riferimento, meramente eventuale, agli individui in età avanzata riguarda i programmi di *upskilling* (potenziamento delle competenze) e *reskilling* (acquisizione di nuove competenze) destinati alle imprese e alla pubblica amministrazione. Ne consegue, quindi, una esplicita esclusione delle persone anziane non occupate, che risultano private della possibilità di accedere alle iniziative formative previste.

Un'esclusione che non trova meccanismi di bilanciamento in nessuno dei quattro pilastri previsti all'interno del documento<sup>42</sup>, dal momento che non sono contemplate misure dedicate ovvero strumenti in grado di affrontare in maniera specifica le

---

<sup>40</sup> Lo stesso art. 22, infatti, al terzo comma attribuisce allo Stato il compito di favorire l'accessibilità ai sistemi di intelligenza artificiale per il miglioramento del benessere psicofisico attraverso l'attività sportiva, anche ai fini dello sviluppo di soluzioni innovative finalizzate a una maggiore inclusione in ambito sportivo delle persone con disabilità.

<sup>41</sup> La Strategia Italiana per l'Intelligenza Artificiale 2024-2026, pubblicata nel luglio 2024, è stata elaborata da un Comitato di quattordici esperti nominati per supportare il Governo nella definizione di una normativa nazionale e nell'adozione di strategie relative all'IA.

<sup>42</sup> Il piano articola le azioni strategiche in quattro macroaree – ricerca, pubblica amministrazione, imprese e formazione – ognuna delle quali caratterizzata da specifici obiettivi strategici.

problematiche relative alla vulnerabilità digitale connesse all'età, né tantomeno ai fenomeni di ageismo.

Questo a riprova di una tendenziale marginalizzazione delle persone anziane all'interno del quadro normativo, nazionale e sovranazionale, dedicato alla dimensione digitale; una marginalizzazione che, nello scenario dell'IA, si traduce in una sostanziale invisibilità, anche quando si tratta del futuro strategico di un Paese.

#### **4. La tutela dell'anziano come “*homo dignus*” nello scenario digitale, tra criticità e prospettive evolutive**

La ricostruzione, nella prospettiva della persona anziana, dell'attuale quadro normativo, nazionale e sovranazionale, evidenzia come la transizione digitale, lungi dal costituire strumento privilegiato di inclusione sociale, rischia, se non adeguatamente regolata, di cristallizzare una nuova e insidiosa forma di discriminazione fondata sull'età. Si fa riferimento a una impostazione di carattere normativo che tende a privilegiare una visione dell'adulto in età avanzata, quale individuo che non è in grado di agire autonomamente all'interno del panorama delle nuove tecnologie, esigendo di *default* assistenza e supporto, a causa della presenza di presunti limiti cognitivi e/o fisici che impongono, da parte del legislatore, interventi prevalentemente di carattere paternalistico-assistenziale che, nel tentativo di proteggere, di fatto escludono.

Come evidenziato, l'esempio più significativo in tal senso è rappresentato dal quadro di misure adottate nell'ambito del percorso di “ripresa e resilienza” di carattere multilivello che, seppur formalmente orientate al superamento delle fragilità mostrate dagli anziani nell'ottica di una tutela attiva del diritto di autodeterminarsi, a una lettura più approfondita risultano essere intrise di un pregiudizio tale, in termini di capacità effettiva di tali soggetti di essere motore attivo della trasformazione digitale, da diventare di fatto pienamente escludenti.

Questo in particolar modo a livello nazionale, come testimonia, d'altra parte, la legge n. 33/2023<sup>43</sup> che, pur essendo espressamente destinata, ai sensi dell'art. 2, a garantire la previsione di politiche per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane, di fatto finisce con il collegare sostanzialmente il diritto di tali soggetti a definire la propria esistenza in maniera libera, informata e consapevole a mere decisioni che riguardano le prestazioni assistenziali, diffondendo ancora una volta una immagine dell'individuo in età avanzata quale soggetto di per sé non autonomo e indipendente. In tale prospettiva, non sorprende, quindi, che il CIPA, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana, istituito dalla stessa legge ai sensi dell'art.

---

<sup>43</sup> Legge 23 marzo 2023, n. 33 recante “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”.

2, comma 3, sia chiamato a svolgere un'attività di coordinamento e di programmazione «con particolare riguardo alle politiche per la presa in carico delle fragilità e della non autosufficienza».

L'attenzione posta su tali specifiche dimensioni della vecchiaia evidenziano, pertanto, un atteggiamento "statico" del legislatore che mal si concilia con la dinamicità del percorso di sviluppo della persona umana. Una dinamicità che nella molteplicità delle sue espressioni evolutive, può certamente contemplare la fragilità, ma mai elevarla a elemento totalizzante di una specifica fase dell'esistenza, quale limite invalicabile alla sua piena realizzazione.

La pluralità dei modi di estrinsecazione dell'età senile impone, al contrario, una capacità di valutazione proattiva e ad ampio spettro del decisore pubblico, che consenta di garantire l'adozione di interventi differenziati a seconda del tipo di "ostacolo/fragilità" da rimuovere<sup>44</sup>, secondo un'ottica costituzionalmente orientata dell'invecchiamento, che richiede il riconoscimento dell'individuo quale soggetto titolare di diritti fondamentali pienamente esigibili, anche nella fase più avanzata della sua vita. Un individuo, in altri termini, che, trovandosi in una fase importante, seppur delicata, del proprio percorso evolutivo, ha diritto a determinarsi autonomamente anche mediante un accesso all'innovazione tecnologica dettato non solo da esigenze di carattere sanitario o assistenziale, ma anche – e soprattutto – per esigenze afferenti alla sfera del benessere e della realizzazione personale.

Tale approccio, come indicato, risulta ulteriormente amplificato all'interno dello scenario multilivello dell'IA, in cui il pregiudizio nei confronti di tale figura assume dimensioni tali da determinare una sostanziale "scomparsa" dell'anziano quale soggetto destinatario di intervento e di tutela da parte del legislatore.

In tale contesto, infatti, la marginalizzazione "normativa" della componente anziana, determinata dai legislatori sovranazionale e nazionale attraverso un sistema di regole che non prende in dovuta considerazione le potenzialità e, al contempo, le diverse espressioni della fragilità che caratterizza naturalmente tale fascia di età, finisce col colpire l'individuo anziano proprio nella sua capacità di autodeterminarsi e, quindi, nella sua dignità.

Lo priva, infatti, della possibilità di realizzare un invecchiamento attivo, garantendo un contributo concreto all'evoluzione della società, attraverso un coinvolgimento effettivo nel panorama delle nuove tecnologie che consenta di mettere a disposizione della collettività il proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze pregresse<sup>45</sup>. Al tempo stesso, lo espone ai molteplici pericoli di un fenomeno spesso "oscuro"<sup>46</sup> che, in assenza di adeguati strumenti di tutela, rischia di comprimere gli

---

<sup>44</sup> A. D'ALOIA, *Eguaglianza sostanziale e Regioni. Note di sintesi*, in *Le Regioni*, n. 2-3, 2023, 573 ss.

<sup>45</sup> L. DORATO, M. ROSPI, *Per un nuovo patto intergenerazionale: spunti per una proposta di legge-quadro per l'invecchiamento attivo*, in *Federalismi.it*, 18, 2021, 22 ss.

<sup>46</sup> Si fa riferimento, in particolare, all'opacità che caratterizza alcuni sistemi di IA e, nello specifico, il relativo percorso di apprendimento e di "ragionamento". Sul punto, v., in particolare, A. SIMONCINI, *L'algoritmo incostituzionale: intelligenza artificiale e il futuro delle libertà*, in *BioLaw*

spazi di determinazione autonoma e indipendente, limitando di fatto la possibilità di valorizzare la propria personalità e identità<sup>47</sup>. Tutto questo all'interno di uno scenario che tende, come è noto, alla reificazione della persona, spesso considerata alla stregua di un oggetto da valutare, condizionare o manipolare<sup>48</sup>.

In tale prospettiva, l'assenza di interventi che tengano conto delle insidie qui solo brevemente descritte e che siano calati all'interno della specifica e peculiare dimensione dell'anziano, rischia di far emergere una nuova forma di ageismo di carattere normativo, in grado di oltrepassare la pur rilevante dimensione del pregiudizio sociale e di insinuarsi all'interno del quadro regolativo in via di definizione, ampliando in maniera silente il novero delle forme di *bias* già presenti nella società digitale. Una nuova discriminazione, quindi, prodotta dallo stesso legislatore che, seppur animato da finalità inclusive, non appare in grado di adempiere pienamente al dovere di garantire una effettiva e sostanziale eguaglianza *ex art. 3 Cost.*, mancando di intercettare le molteplici sfaccettature della vulnerabilità legata all'età avanzata.

La decisione di limitare le misure previste a favore degli anziani a percorsi di acquisizione di competenze digitali di base, come nel caso della creazione dei punti di facilitazione digitale, ovvero di non considerare tale fascia di età nella definizione del piano strategico nazionale, evidenzia, infatti, un atteggiamento restio a superare quel «cono d'ombra, determinato apparentemente dalle condizioni di salute e dalla fragilità, in realtà espressione di un pregiudizio di ageismo, secondo cui le persone anziane non hanno più capacità di decisione autonoma, così come quella di gestione indipendente della propria vita»<sup>49</sup>.

Una criticità che assume particolare rilievo soprattutto nello scenario dell'IA, laddove l'esclusione di tale fascia di età, oltre a determinare una sostanziale limitazione del contributo attivo apportato alla trasformazione tecnologica in atto, rischia di tradursi anche in un potenziale impoverimento in termini di messa a disposizione delle informazioni destinate ad addestrare tali strumenti. La tendenziale esclusione di *set* di dati in grado di riflettere lo *status* dell'anziano non solo come soggetto avente bisogno di cure e di assistenza, ma anche di cittadino attivo e

---

*Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2019; P. ZUDDAS, *Intelligenza artificiale e discriminazioni*, in *Consulta online*, 2020.

<sup>47</sup> L. GATT, I.A. CAGGIANO, M.C. GAETA, P. GRIMALDI, A. MOLLO, L. AULINO, *Vulnerabilità Tecnologica: una prospettiva di diritto privato*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili. Questioni giuridiche, dilemmi bioetici*, cit., 625.

<sup>48</sup> Come indicato dall'*High-Level Expert Group on Artificial Intelligence, Ethics guidelines for trustworthy AI*, 2019, 10 «in questo contesto, il rispetto della dignità umana implica che tutte le persone siano trattate con il rispetto dovuto in quanto soggetti morali, piuttosto che come semplici oggetti da vagliare, selezionare, valutare, radunare, condizionare o manipolare. I sistemi di intelligenza artificiale dovrebbero quindi essere sviluppati in modo da rispettare, servire e proteggere l'integrità fisica e mentale degli esseri umani, il senso di identità personale e culturale e la soddisfazione dei loro bisogni essenziali».

<sup>49</sup> Carta dei diritti degli anziani e dei doveri della Comunità, redatta dalla Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, istituita con decreto del Ministero della salute dell'8 settembre 2020.

consapevole, nonché di individuo che mira a un miglioramento del proprio benessere, inficia il corretto funzionamento di tali strumenti e il potenziale contributo che potrebbero apportare, anche in settori particolarmente importanti per tale componente, quale quello sanitario.

Al fine di affrontare le criticità di un panorama caratterizzato da un divario digitale “indotto” perché incentivato da una visione prettamente “ageista”, è evidente la necessità di una visione realmente antropocentrica, e non solo meramente tale, che favorisca l’adozione di misure proattive e differenziate, capaci di riconoscere ed esaltare l’eterogeneità interna della popolazione anziana.

Questo impone la definizione di politiche di intervento che, oltre a prevedere, come è normale che sia, strumenti dedicati ai casi di non autosufficienza<sup>50</sup>, si rivolga anche all’universo variegato dei soggetti anziani autonomi, al fine di avviare percorsi di alfabetizzazione digitale e di impiego delle tecnologie anche di carattere avanzato, evitando in questo modo approcci uniformi e, in ultima analisi, mortificanti. Si fa riferimento a un quadro di misure che deve tenere in debito conto, individuando percorsi specifici e, nel caso, soluzioni alternative, le situazioni di utilizzo di strumenti digitali per l’accesso a servizi pubblici essenziali in modo da evitare situazioni escludenti o di dipendenza e, al contempo, l’esigenza di valorizzare l’individualità del singolo, allontanando pericolose tendenze normalizzatrici.

In tale prospettiva, irrinunciabile risulta l’abbandono di una visione ageista anche nel linguaggio delle norme al fine di promuovere a partire dalle stesse istituzioni una visione che non discrimini, ma al contrario esalti questa importante fase dell’esistenza nella pienezza della sua dignità. Questo al fine di garantire un orizzonte di sviluppo digitale caratterizzato da soluzioni e di strumenti di supporto che riflettano le specifiche capacità ed esigenze degli utenti anziani, esaltandone le loro diversità<sup>51</sup>.

Ne consegue, quindi, che, dinanzi alle molteplici vulnerabilità disvelate dalla transizione digitale, lo Stato è chiamato a rinnovare, arricchendolo di nuovi contenuti, il patto insito all’interno di un assetto democratico-pluralista che mira ad essere inclusivo anche nella dimensione dell’età. È tenuto, in particolare, a rivolgersi ad ogni stagione della vita dell’individuo, nessuna esclusa, quale momento da tutelare e da proteggere nel rispetto delle sue specificità e del contributo attivo offerto all’evoluzione della società. Ciò al fine di garantire una uguaglianza sostanziale che non rischi di essere compromessa dall’incedere tumultuoso di una innovazione tecnologica che non è in grado di «differenziare senza discriminare»<sup>52</sup> in assenza di interventi costituzionalmente orientati.

---

<sup>50</sup> Sul tema cfr. P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *Federalismi.it*, 5, 2024.

<sup>51</sup> FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, *Fundamental rights of older people: ensuring access to public services in digital societies*, 2023, 68 ss.

<sup>52</sup> A. PAPA, *Intelligenza Artificiale e decisioni pubbliche tra tecnica, politica e tutela dei diritti*, cit., 107.



Solo in questo modo sarà possibile valorizzare l'età anziana come fase evolutiva dotata di dignità, ricca di potenzialità e di valore proprio, e non come condizione "residuale dell'esistenza", consentendo alla persona di esprimere, in continuità e coerentemente con il suo percorso di crescita, bisogni, desideri e diritti meritevoli di una tutela giuridica piena e concreta.

Una ricchezza che un legislatore lungimirante, animato da una prospettiva costituzionalmente orientata, deve essere in grado di cogliere e di valorizzare pienamente, al fine di assolvere al dovere di promuovere e sostenere l'evoluzione libera e consapevole dell'individuo in tutte le fasi della propria esistenza, anche e soprattutto in quella potenzialmente più fragile, ma mai meno degna.

# Il fascicolo sanitario elettronico tra universalismo sanitario e divario digitale generazionale

Andrea Napolitano\*

**SOMMARIO:** 1. Il diritto alla salute nella prospettiva costituzionale contemporanea. – 2. La dimensione digitale del diritto alla salute e il ruolo sistemico del fascicolo sanitario elettronico. – 3. Il divario digitale generazionale come figura costituzionale della disegualianza nella sanità digitalizzata. – 4. Considerazioni conclusive.

**ABSTRACT:** The digital transformation of healthcare is often framed in terms of efficiency and innovation. From a constitutional perspective, however, it represents a deeper shift: it reshapes the conditions under which the right to health is exercised and redefines the architecture of public responsibility that sustains its universalistic vocation. This contribution argues that the Electronic Health Record (Fascicolo Sanitario Elettronico, FSE) should be understood not as a neutral administrative tool, but as a constitutive infrastructure of the contemporary right to health, capable of affecting its substantive content and its relationship with equality. Grounded in Article 32 of the Italian Constitution, which recognizes health as both a fundamental individual right and a collective interest, the analysis highlights the inherently relational and system-dependent nature of health protection. Effective care presupposes organizational and informational frameworks that ensure continuity, coordination, and intelligibility. In this sense, digitalization is no longer an external support to medical practice, but an internal condition of its effectiveness, acquiring direct constitutional relevance. The FSE epitomizes this transformation. By integrating health data across institutional and territorial boundaries, it enables continuity of care and reduces informational asymmetries. Yet, as a material infrastructure of the right to health, it also embeds design choices that may generate new forms of inequality. In particular, the generational digital divide emerges as a structural, constitutionally relevant inequality produced by system architecture, not by individual inadequacy. When access to health protection becomes implicitly conditioned on digital competences unevenly distributed across the population, substantive equality under Article 3(2) is put at risk. The FSE thus operates as a gatekeeper of access to health-related knowledge, directly affecting individuals' capacity to participate in care pathways. The legitimacy of healthcare digitalization must therefore be assessed not only in terms of efficiency, but in light of its inclusivity. In the digital age, healthcare universalism must extend to the accessibility and intelligibility of the informational environment that sustains care

---

\* Professore associato di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli studi di Napoli Parthenope.

## 1. Il diritto alla salute nella prospettiva costituzionale contemporanea

Nel dibattito costituzionale contemporaneo il diritto alla salute si presenta come uno dei diritti più complessi, dinamici e strutturalmente esposti ai mutamenti della società<sup>1</sup>.

L'art. 32 Cost., nel definire la salute quale diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, conferisce al bene salute una natura intrinsecamente complessa<sup>2</sup>.

La struttura al contempo individuale e collettiva dello stesso non rappresenta, infatti, una fonte di frizione sistemica ma ne rivela l'essenza costituzionale più autentica in quanto la tutela dell'integrità del singolo non può considerarsi svincolata dalla salvaguardia dell'interesse della comunità e quest'ultima, a sua volta, perde significato se non si traduce in una protezione effettiva delle posizioni soggettive<sup>3</sup>.

È in questa relazione di reciproca necessità che si radica la fisionomia e la sua straordinaria capacità di adattarsi ai mutamenti sociali, scientifici e tecnologici contemporanei.

Ciò che emerge, con particolare evidenza, nella prospettiva odierna è la trasformazione della nozione di salute da semplice integrità psicofisica a condizione complessiva della vita personale, sociale, relazionale ambientale<sup>4</sup>.

La progressiva ricezione della definizione dell'Organizzazione mondiale della Sanità<sup>5</sup>, che intende la salute come stato di completo benessere fisico, mentale e

<sup>1</sup> Cfr. sul punto A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 14 settembre 2018.

<sup>2</sup> Essa è, come è noto, al tempo stesso, posizione soggettiva individuale e figura ordinamentale, bisogno personale e condizione funzionale del sistema democratico, prerogativa della persona e bene relazionale che riguarda l'intera comunità. Cfr. A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, in *BioLaw Journal*, 1, 2014, 87; R. BALDUZZI, *La Medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, 377.

<sup>3</sup> Cfr. R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, il Mulino, Bologna, 2013, 28. Cfr. inoltre sul punto C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Raccolta di scritti*, Giuffrè, Milano, 1972, 433 secondo il quale «la Costituzione italiana è la sola, fra quelle contemporanee, che, nel conferire rilievo costituzionale agli interessi collegati con la salute dei cittadini ne abbia dato una disciplina compiuta». Cfr. infine R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2025, 61.

<sup>4</sup> Non è un caso che il diritto alla salute non possa identificarsi con la mera integrità psicofisica, ma necessita di ulteriori elementi, primo fra tutti il diritto ad un ambiente salubre. Per tali motivi, parte della dottrina vede nella tutela dell'ambiente la naturale prosecuzione del diritto alla salute. In proposito M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. soc.*, 1980, 784 ss.; M. LUCIANI, *Salute. Diritto alla salute. Diritto costituzionale*, in *Enc. giur.*, XXVII, Treccani, Roma, 1991, 6 ss.; G. LIMONE, *Il diritto come diagonale di tensioni tra etiche ed economie. Quesiti di una contraddizione intelligente*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio: Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Giappichelli, Torino, 2003, 125.

<sup>5</sup> Secondo tale definizione «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o infermità».

sociale, ha infatti contribuito ad ampliare il perimetro semantico del diritto, includendo elementi che, pur non essendo originariamente oggetto della tutela costituzionale, sono ormai riconosciuti come determinanti essenziali per la realizzazione della persona <sup>6</sup>.

L'ampliamento del concetto di cura ha avuto, inoltre, effetti rilevanti anche sul piano temporale in quanto l'intervento sanitario non si configura unicamente come risposta a una patologia già insorta ma si estende anche alla fase di prevenzione delle condizioni di malattia o disagio psico-fisico con l'obiettivo di evitarne l'insorgenza <sup>7</sup>.

La legittimazione di una concezione della «medicina oltre la cura» <sup>8</sup> ha avuto, altresì, un impatto immediato anche sull'ampliamento delle posizioni giuridiche soggettive riconducibili al diritto determinando un rafforzamento delle garanzie poste a tutela dell'individuo e della collettività nel loro complesso <sup>9</sup>.

La pluralità di significati riconducibili al concetto di salute <sup>10</sup> trova, ulteriormente, un diretto riflesso nelle modalità con cui l'ordinamento giuridico ne assicura la protezione attraverso la garanzia di una tutela negativa, finalizzata a prevenire pregiudizi e a garantire l'astensione da condotte lesive, e di una positiva, che impone interventi attivi volti a eliminare i fattori di rischio e ad assicurare l'accesso ai trattamenti sanitari necessari.

Tale dicotomia si traduce in un complesso intreccio di situazioni giuridiche che comprendono il diritto soggettivo del singolo individuo a ricevere prestazioni sanitarie, la libertà di autodeterminazione nel rifiutare cure <sup>11</sup>, l'interesse pubblico alla prevenzione delle malattie e, in alcuni casi, l'obbligo di sottoporsi a specifici trattamenti in presenza di disposizioni normative che ne impongano l'osservanza <sup>12</sup>.

<sup>6</sup> Cfr. A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, cit., 87 secondo il quale il diritto alla salute, come gli altri diritti della terza o quarta generazione, contiene elementi comuni ai diritti di libertà e ai diritti sociali «senza essere né gli uni né gli altri».

<sup>7</sup> Cfr. sul punto G. ZANETTA, *La prevenzione nei sistemi costituzionali europei*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, il Mulino, Bologna, 2009, 427 ss.; D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *Bio-law Journal*, 2, 2019, 393.

<sup>8</sup> Cfr. sul punto A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, cit., 87.

<sup>9</sup> Cfr. M. LUCIANI, voce *Diritto alla salute (diritto costituzionale)*, in *Enc. giur. Treccani*, XXVII, Roma, 1991.

<sup>10</sup> Cfr. A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, cit., 87 secondo il quale il diritto alla salute, come gli altri diritti della terza o quarta generazione, contiene elementi comuni ai diritti di libertà e ai diritti sociali «senza essere né gli uni né gli altri».

<sup>11</sup> Cfr., in tema, I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati Fuori Luogo*, Cortina, Milano, 2012, per i quali «cultura e corporeità sono strettamente legate e compenstrate» e ancora, «un lessico interculturale su queste aree tematiche, se ricordato con il diritto, consentirebbe al personale medico e paramedico di gestire in modo cooperativo con i pazienti questioni etico-sanitarie come aborto, contraccezione e l'intero arcipelago delle problematiche biomediche...». Cfr. inoltre A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, cit., 88.

<sup>12</sup> Cfr. G. ZANETTA, *La prevenzione nei sistemi costituzionali europei*, cit., 447, che richiama l'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, secondo cui «ogni individuo ha diritto di

## 2. La dimensione digitale del diritto alla salute e il ruolo sistemico del fascicolo sanitario elettronico

Il diritto alla salute si afferma, quindi, come un diritto intrinsecamente evolutivo<sup>13</sup> essendo sensibile alle trasformazioni delle conoscenze mediche, all'evoluzione delle tecniche, alla ridefinizione delle politiche pubbliche, ai mutamenti socioeconomici e, soprattutto, alla metamorfosi dell'ambiente naturale e tecnologico<sup>14</sup>.

Proprio nella sua declinazione digitale<sup>15</sup>, la salute non si limita a trovare nuove modalità di esercizio ma vede progressivamente riconfigurati i propri contenuti sostanziali, le condizioni di accesso alle prestazioni e persino le forme della responsabilità pubblica<sup>16</sup>.

La digitalizzazione non rappresenta, quindi, un mero contesto tecnico-amministrativo, ma un elemento strutturale nel quale si riflette la natura di posizione giuridica complessa, dipendente dall'erogazione della prestazione e dall'ambiente informativo che la rende possibile<sup>17</sup>.

---

accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche». Al tempo stesso l'Autore evidenzia come la prevenzione sanitaria sia «una nuova frontiera della sanità pubblica che, se perseguita con coerenza, può garantire migliore utilizzo di risorse e di strutture, miglioramento dell'ambiente, nuove prospettive di sviluppo, non confliggenti con la tutela delle persone e degli ambiti di vita sociale e lavorativa»; A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, cit., 88.

<sup>13</sup> Sulla natura (non solo statica ma anche) dinamica del diritto alla salute, cfr. E. DE MARCO, A. BALDASSARRE, (voce) *Diritti inviolabili*, in *Enc. giur.*, XI, Treccani, Roma, 1989, 1, secondo il quale «le disposizioni della nostra costituzione relative ai diritti fondamentali, sono talmente ampie ed elastiche da ricomprendere qualsiasi ulteriore ipotesi per lo sviluppo della coscienza sociale o della civiltà o, come altri preferisce dire, la costituzione materiale propongono come nuovi diritti».

<sup>14</sup> Cfr. sul punto R. MICCÙ, M. FERRARA, C. INGENITO (a cura di), *La digitalizzazione dei servizi sanitari, il diritto alla salute e la tutela dei dati sanitari*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 28 dicembre 2022; C. DI COSTANZO, *L'impiego delle nuove tecnologie nel settore della salute: problematiche e prospettive di diritto costituzionale*, in [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org), 1, 2023.

<sup>15</sup> Per sanità digitale si intende quella categoria volta a raccogliere «le modalità di applicazione della tecnologia digitale ai processi sanitari complessivamente intesi per conseguire obiettivi come il rapporto costo-qualità dei servizi, riduzione della differenza tra i vari territori e miglioramento della qualità percepita del cittadino». Cfr. sul punto Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Strategia per la crescita digitale 2014-2020*. Per una analisi approfondita sul punto cfr. tra i tanti. G. VICARELLI, M. BRONZINI, *Sanità digitale. Riflessioni teoriche ed esperienze applicative*, il Mulino, Bologna, 2019.

<sup>16</sup> Cfr. sul punto G. DE VERGOTTINI, C. BOTTARI, *La sanità elettronica*, Bononia University Press, Bologna, 2018; G. POLIFRONE, *Sanità digitale: prospettive e criticità di una risoluzione necessaria*, Edizioni LSWR, Milano, 2019; F. VALENTINI, *La sanità digitale tra regolazione, organizzazione amministrativa e azione terapeutica*, in *Munus*, 2, 2023; F. CIMBALI, *La governance della sanità digitale*, Cedam, Padova, 2023.

<sup>17</sup> Collocare la digitalizzazione in posizione subordinata significherebbe ridurre la portata dell'art. 32 Cost. a un modello statico di protezione, incapace di confrontarsi con il processo di trasformazione che oggi investe le condizioni materiali e conoscitive della cura. Al contrario la stessa costituisce uno dei terreni sui quali si misura la capacità dell'ordinamento di assicurare universalismo, eguaglianza

L'inserimento sempre più strutturale della pratica clinica in un ecosistema digitale comporta, nello specifico, una modifica del contenuto costituzionale della tutela nella misura in cui i presupposti conoscitivi della cura cessano di appartenere a un ambito estraneo al diritto e si configurano come elementi intrinseci della posizione soggettiva garantita, partecipando alla definizione del suo statuto giuridico.

La medicina contemporanea non si sviluppa, infatti, come successione episodica di prestazioni, ma come processo cumulativo nel quale ogni decisione terapeutica si fonda su una base informativa ordinata, persistente e integrata.

In tale ottica la continuità e la coerenza del dato clinico non assumono natura estranea rispetto alla posizione soggettiva del paziente, ma rilevano quali elementi che concorrono a delinearne il contenuto essenziale in quanto prerequisiti strutturali della effettiva realizzazione della protezione costituzionalmente garantita<sup>18</sup>.

L'utilizzo dello strumento tecnologico incide, di conseguenza, direttamente sul contenuto del diritto, nella misura in cui il dato non viene inteso quale elemento meramente strumentale assumendo, invece, una funzione ordinatrice dell'intero percorso assistenziale attraverso la quale l'art. 32 Cost. può realizzarsi secondo i requisiti di appropriatezza, tempestività e sicurezza che ne definiscono la portata costituzionale<sup>19</sup>.

Tale trasformazione non può quindi essere considerata un semplice esito della modernizzazione amministrativa, ma rappresenta il luogo stesso in cui la tutela assume la sua forma contemporanea.

Da ciò ne consegue come l'evoluzione del sistema sanitario verso un ambiente digitale comporti una ridefinizione dei doveri di protezione a carico della Repubblica, poiché la garanzia del diritto non può più essere ricondotta alla sola disponibilità di prestazioni, risorse e professionalità ma richieda, anche e soprattutto, la progettazione e la manutenzione di un'infrastruttura informatica affidabile, interoperabile e sicura, senza la quale la prestazione sanitaria non risulterebbe tempestiva, appropriata e, soprattutto, conforme agli standard di sicurezza che il parametro costituzionale impone.

---

sostanziale e solidarietà in un contesto nel quale la dimensione informazionale non è aggiuntiva, ma coesistente all'effettività del diritto.

<sup>18</sup> Lo stesso, infatti, costituisce una componente imprescindibile della prestazione sanitaria in quanto destinata ad orientare le scelte diagnostiche, condizionare l'appropriatezza degli interventi, incidere sulla tempestività della presa in carico e determinare il livello di sicurezza richiesto dall'ordinamento. Cfr. sul punto C. COLAPIETRO, F. LAVIOLA, *I trattamenti dei dati personali in ambito sanitario*, in [www.dirittifondamentali.it](http://www.dirittifondamentali.it), 12 luglio 2019.

<sup>19</sup> L'informazione sanitaria digitale non costituisce, quindi, la semplice trasposizione elettronica dell'equivalente analogico, ma ne modifica la struttura giuridica rendendolo interoperabile, integrabile, aggiornabile in modo continuo ed elaborabile attraverso processi automatizzati. Cfr. sul punto C. DI COSTANZO, *Consenso informato e impiego delle tecnologie. Implicazioni per il diritto pubblico e (auspicabile) ibridazione delle pratiche*, in [www.medialaws.it](http://www.medialaws.it), 2022.

In questo quadro si colloca il ruolo paradigmatico del Fascicolo Sanitario Elettronico in quanto non costituisce un semplice archivio digitale né un dispositivo di semplificazione amministrativa, ma la piattaforma attraverso la quale il sistema sanitario ricompone l'unità della storia clinica della persona, superando quella frammentazione informativa che per lungo tempo ha rappresentato uno dei principali limiti alla qualità della tutela.

Come è noto, il fascicolo sanitario elettronico, introdotto dall'art. 12, d.l. n. 179/2012<sup>20</sup>, si configura come un sistema unitario di raccolta e gestione delle informazioni sanitarie nel quale confluiscono, in formato digitale, i dati e i documenti di natura sanitaria e sociosanitaria riferibili alla storia clinica, passata e attuale, della persona assistita<sup>21</sup>.

Il Fascicolo si costruisce e si aggiorna in modo progressivo mediante l'apporto coordinato dei diversi soggetti che intervengono, a vario titolo, nella presa in carico della persona all'interno del Servizio sanitario nazionale secondo un modello che supera la tradizionale distinzione tra chi produce l'informazione e chi ne è titolare ai fini del trattamento.

Da ciò ne deriva la circostanza secondo la quale non può essere qualificato come un semplice contenitore documentale ma va inteso come un assetto giuridico-organizzativo unitario, destinato a integrare informazioni eterogenee provenienti da contesti differenti con lo scopo di renderle funzionali, in modo diretto, tanto alla continuità della cura quanto all'effettivo esercizio del diritto alla salute<sup>22</sup>.

In un sistema strutturalmente policentrico, nel quale l'erogazione delle prestazioni si distribuisce tra livelli assistenziali diversi, ambito ospedaliero e territorio, medicina generale e specialità, strutture pubbliche e soggetti accreditati, il Fascicolo Sanitario Elettronico svolge, quindi, una funzione di ricomposizione ordinante, operando come meccanismo di integrazione delle informazioni cliniche ed impedendo la dispersione dei dati e assicurando la continuità informativa della cura.

In tal modo, ogni singolo atto sanitario non resta confinato all'interno del contesto organizzativo che lo ha generato ma si colloca all'interno di una trama conoscitiva coerente e durevole che consente alla pubblica amministrazione sanitaria di esercitare le proprie funzioni nel rispetto dei principi di coordinamento, buon andamento e tutela effettiva dei diritti fondamentali della persona assistita<sup>23</sup>.

Per questi motivi non si colloca ai margini del processo terapeutico ma ne costituisce parte integrante nella misura in cui dà forma alla dimensione informatica

---

<sup>20</sup> D.l. 18 ottobre 2012, n. 179, *Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese*.

<sup>21</sup> Cfr. sul punto G. POLIFRONE, *Sanità digitale. Prospettive e criticità di una rivoluzione necessaria*, cit., 11 che parla di «carta d'identità digitale sanitaria del singolo cittadino».

<sup>22</sup> Cfr. sul punto N. POSTERANO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo sanitario elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, in *www.federalismi.it*, 26, 2021, 190.

<sup>23</sup> Cfr. sul punto G. CRISAFI, *Fascicolo sanitario elettronico: "profilazione e programmazione sanitaria"*, in *www.federalismi.it*, 5, 2021, 97.

dell'art. 32 Cost. e consente alla tutela di esprimersi attraverso continuità<sup>24</sup>, coordinazione e tempestività<sup>25</sup>.

Al tempo stesso, si configura come lo strumento attraverso il quale lo Stato rende effettivamente esigibili i livelli essenziali delle prestazioni<sup>26</sup> traducendo, in pratica, l'esigenza di standard informativi uniformi, garantendo l'interoperabilità dei flussi necessari all'appropriatezza delle cure ed incorporando, nella propria architettura digitale, quei requisiti tecnici senza i quali la garanzia dei livelli essenziali resterebbe incompiuta<sup>27</sup>.

In questa prospettiva si delinea come una componente strutturale della garanzia costituzionale della salute non per effetto di contingenti innovazioni tecnologiche, ma perché consente all'ordinamento di realizzare la tutela in coerenza con le condizioni materiali del processo di cura contemporaneo.

La sua funzione sistemica è destinata, inoltre, ad ampliarsi alla luce dell'evoluzione del quadro normativo dell'Unione europea, che attribuisce un ruolo sempre più centrale alla circolazione sicura, interoperabile e controllata dei dati sanitari<sup>28</sup>.

L'istituzione dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari richiede, infatti, la definizione di formati comuni, requisiti tecnici uniformi e standard di sicurezza che gli

<sup>24</sup> La continuità non si presenta, in questo senso, come mera esigenza organizzativa, ma come requisito intrinseco della protezione costituzionale assicurando che la cura mantenga un orientamento univoco ed evitando che decisioni cliniche risultino essere isolate e non coordinate al punto da compromettere la qualità e la sicurezza dell'assistenza. In tale ottica, rappresenta una base conoscitiva stabile e accessibile ai diversi attori istituzionali coinvolti attraverso un utilizzo consapevole dell'informazione che valorizza il ruolo della prevenzione e consente una presa in carico più tempestiva e informata Cfr. sul punto N. POSTERANO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo sanitario elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, cit.

<sup>25</sup> In modo particolare non altera l'oggetto del diritto alla salute ma lo aggiorna alle modalità di attuazione in linea con le esigenze di un sistema nel quale la qualità della cura dipende, in misura crescente, dalla disponibilità di informazioni affidabili e integrate.

<sup>26</sup> Cfr. E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali ed uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le Istituzioni del federalismo*, 6, 2001, 1103; R. BALDUZZI, *La determinazione settoriale dei livelli essenziali delle prestazioni. Il settore della sanità*, in G. BERTI, G.C. DE MARTIN (a cura di), *Le garanzie di effettività dei diritti nei sistemi policentrici*, Giuffrè, Milano, 2003, 250; R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma*, in F. Roversi Monaco, C. BOTTARI, *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Maggioli, Rimini, 2012; M. BELLETTI, *I «livelli essenziali delle prestazioni» alla prova del «coordinamento della finanza pubblica»*. Alla ricerca della perequazione perduta, in M. ADVERSI, M. SESTA (a cura di), *L'erogazione della prestazione medica tra diritto alla salute, principio di autodeterminazione e gestione ottimale delle risorse sanitarie*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2014; C. BUZZACCHI, *La soglia ulteriore dei livelli essenziali*, in [www.osservatorioaic.it](http://www.osservatorioaic.it), 2023; G. COMAZZETTO, *I livelli essenziali delle prestazioni tra processi di differenziazione ed esigenze di eguaglianza*, Jovene, Napoli, 2024.

<sup>27</sup> Cfr. sul punto N. MACCABIANI, *Tra coordinamento informativo e livelli essenziali delle prestazioni: il caso del Fascicolo sanitario elettronico*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 12, 2023.

<sup>28</sup> Cfr. sul punto tra i tanti G. DI FEDERICO, S. NEGRI, *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e standard qualitativi*, Cedam, Padova, 2020; R. MICCÙ, *Questioni attuali intorno alla digitalizzazione dei servizi sanitari nella prospettiva multilivello*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 12 febbraio 2021.



Stati membri sono chiamati a integrare nei rispettivi sistemi nazionali <sup>29</sup>.

In questo quadro, pur restando radicato nell'ordinamento interno, il FSE è tenuto a conformarsi progressivamente a tali parametri sovranazionali, adeguando strutture e modalità operative per garantire una piena compatibilità con l'ecosistema europeo <sup>30</sup>.

Ne risulta un processo di integrazione che non altera la sua natura domestica ma ne potenzia la capacità di tutela, consentendo una gestione dell'informazione sanitaria più completa, coerente e sicura <sup>31</sup>.

La sua struttura si inserisce, infine, in un orizzonte più ampio, nel quale la digitalizzazione della cura contribuisce a ridisegnare lo statuto stesso della protezione, integrando esigenze cliniche, organizzative e istituzionali entro un modello unitario, derivandone, di conseguenza, un ampliamento della nozione di tutela, che assume un profilo necessariamente integrato, fondato non solo sull'erogazione delle prestazioni ma anche sulla qualità delle condizioni materiali che ne rendono possibile la fruizione <sup>32</sup>.

### 3. Il divario digitale generazionale come figura costituzionale della disegualianza nella sanità digitalizzata

La digitalizzazione della sanità, pur ampliando in modo significativo le possibilità di tutela, genera al contempo forme di disegualianza che si innestano direttamente sulle condizioni di accesso alla cura <sup>33</sup>. In questo quadro, il divario digitale

<sup>29</sup> Per un approfondimento sul punto cfr. M. FERRARA, *Dalla mobilità dei pazienti alla interoperabilità dei sistemi sanitari. Spunti sull'adozione di un formato europeo di scambio delle cartelle sanitarie elettroniche* (Raccomandazione UE 2019/243) in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 12 febbraio 2021.

<sup>30</sup> Cfr. sul punto R. BALDUZZI, *Più "Europa" nella sanità italiana, più Italia nella sanità "europea"*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2022, 3; M.A. SANDULLI, *Introduzione: riflessioni sull'approccio One Health alla luce delle recenti modifiche al dettato costituzionale*, in F. APERIO BELLA, A. COIANTE (a cura di), *One health: la tutela della salute oltre i confini nazionali e disciplinari per un approccio olistico alla salute umana, animale e ambientale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2022, 21; S. TRANQUILLI, *Nobody saves himself alone: who decides on health security in the European Union?*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 31 maggio 2023.

<sup>31</sup> Cfr. sul punto S. CORSO, *Il fascicolo sanitario elettronico fra e-Health, privacy ed emergenza sanitaria*, in *Responsabilità medica*, 2, 2020, 396; E. CATELANI, *Nuove tecnologie e tutela del diritto alla salute: potenzialità e limiti dell'uso della blockchain*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 2 febbraio 2022.

<sup>32</sup> Cfr. tra i tanti P. BILANCIA, *La dimensione europea dei diritti sociali*, in P. BILANCIA (a cura di) *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 14 settembre 2018; A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, cit.

<sup>33</sup> Come è noto, nel settore sanitario una quota significativa delle disegualianze non dipende dal funzionamento del servizio sanitario in senso stretto, ma trova origine in fattori esterni ad esso: condizioni socioeconomiche, contesti abitativi, livelli di istruzione, qualità dell'ambiente di vita e, più in generale, nella distribuzione delle opportunità all'interno della società. Cfr. sul punto G. VICARELLI, E. SPINA, *Disegualianze e Servizio sanitario nazionale: una contraddizione irrisolvibile?*, in *Politiche sociali*, 1, 2020.

generazionale assume rilievo costituzionale nella misura in cui mette in tensione il nesso tra gli artt. 3 e 32 Cost. e la capacità dell'ordinamento di garantire un'effettiva universalità della protezione sanitaria<sup>34</sup>.

Il *digital divide* non può essere inteso come un fenomeno meramente contingente o come il riflesso di una diversa familiarità individuale con le tecnologie ma si configura come una asimmetria strutturale prodotta dall'ambiente informativo stesso, che incide sulla concreta esperienza della cura e si sovrappone a condizioni di vulnerabilità non riconducibili alla volontà del singolo<sup>35</sup>.

L'accesso alla dimensione digitale della tutela non si presenta, infatti, come una condizione uniformemente praticabile quanto, piuttosto, un passaggio selettivo che incide in modo differenziato sulla possibilità di esercitare diritti fondamentali.

Strumenti progettati come formalmente indifferenziati rispetto ai destinatari introducono, in realtà, soglie di accesso implicite che solo una parte della popolazione è in grado di superare agevolmente.

La digitalizzazione dei servizi non modifica soltanto le modalità di erogazione delle prestazioni, ma incide sulle condizioni di fruizione, introducendo differenze stabili e prevedibili che rendono più oneroso l'esercizio dei diritti per alcuni gruppi e assumono carattere strutturale quando si consolidano nell'organizzazione dei servizi sanitari.

Nello specifico, infatti, nonostante le procedure digitali si presentino come formalmente neutrali e non contengano riferimenti espliciti all'età, i loro effetti non si distribuiscono in modo uniforme nella popolazione.

La configurazione tecnica degli strumenti e le modalità di implementazione

---

<sup>34</sup> La coerenza del sistema dipende anche dalla capacità di evitare che la digitalizzazione produca nuove forme di vulnerabilità, sovrapponendosi a fragilità già consolidate. La tecnologia, infatti, tende a potenziare chi dispone degli strumenti culturali e delle competenze necessarie per orientarsi in ambienti digitali complessi e, parallelamente, a indebolire quanti si trovano in posizioni meno favorevoli. Tale dinamica non è contingente, ma rappresenta una delle modalità attraverso cui la digitalizzazione intercetta e amplifica linee storiche di disuguaglianza sociale. Le competenze digitali, infatti, non sono distribuite in modo omogeneo: esse seguono fratture riconducibili all'età, al capitale educativo, al contesto socioeconomico e ai percorsi professionali. In un sistema sanitario progressivamente digitalizzato, queste differenze rischiano di tradursi in divergenze crescenti nell'effettività della tutela, poiché incidono sulla capacità dei cittadini di accedere ai servizi, di comprendere le informazioni disponibili e di gestire la propria storia clinica digitale. Ne deriva che la digitalizzazione, se non governata in modo costituzionalmente orientato, può trasformare disparità preesistenti in differenze nella qualità, nella tempestività e nella sicurezza della cura, con effetti che si riverberano direttamente sulla garanzia dell'art. 32 Cost. Cfr. sul punto F. VALENTINI, *La sanità digitale tra regolazione, organizzazione amministrativa e azione terapeutica*, cit.; F.C. RAMPULLA, G.C. RICCIARDI, A. VENTURI, *Digitalizzazione delle amministrazioni e accesso ai dati e ai documenti informativi sanitari*, in *www.federalismi.it*, 2, 2024.

<sup>35</sup> Quando la distanza dagli strumenti digitali ostacola l'accesso alle prestazioni, ne abbassa la qualità o impedisce di beneficiare delle opportunità introdotte dalla trasformazione tecnologica, la disuguaglianza che ne deriva rappresenta il sintomo di una protezione che resta costituzionalmente incompiuta. Cfr. C. PICIOCCHI, *La dignità come rappresentazione giuridica della condizione umana*, Cedam, Padova, 2013.

producono infatti un impatto differenziato, spesso più gravoso per le generazioni anziane.

Ciò determina una tensione con l'art. 3, comma 2, Cost., nella misura in cui trasferisce sull'individuo il costo dell'innovazione organizzativa e compromette l'obiettivo di assicurare un accesso effettivo ed eguale ai diritti <sup>36</sup>.

In questa prospettiva, il divario digitale generazionale non opera come un limite esterno al sistema giuridico ma come una criticità interna alla sua capacità di assicurare l'eguaglianza sostanziale nell'era della digitalizzazione.

La diseguaglianza prodotta da un sistema digitale non adeguatamente governato non può essere intesa come un effetto inevitabile della modernizzazione o un'imperfezione tecnica destinata a riassorbirsi nel tempo poiché incide direttamente sul nucleo dell'universalismo e rischia di trasformare un requisito tecnologico in un ostacolo materiale all'esercizio del diritto alla salute.

Diventa pertanto imprescindibile una valutazione costituzionale anticipata dei rischi di discriminazione indiretta insiti nelle infrastrutture digitali della sanità, essendo necessaria una chiara e puntuale analisi, partendo dalla fase di progettazione, se e in quale misura esse introducano costi di accesso non equamente sostenibili, generino una differenziazione sistematica idonea a compromettere l'effettivo esercizio del diritto.

Tale prospettiva, pur rilevante, non esaurisce la portata giuridica del fenomeno.

Il divario digitale generazionale assume infatti i tratti di una vulnerabilità costituzionale la cui origine non risiede in un deficit individuale, ma nella trasformazione dell'ambiente istituzionale entro cui si esercita il diritto alla salute.

La posizione di svantaggio strutturale deriva dall'assetto organizzativo del sistema sanitario che, nel suo progressivo processo di digitalizzazione, presuppone competenze cognitive, operative e linguistiche non coerenti con i percorsi formativi e le esperienze sociali di una parte della popolazione, producendo una frattura tra le modalità di esercizio del diritto e le competenze che possono ragionevolmente essere richieste ai destinatari della tutela <sup>37</sup>.

In questa prospettiva, il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta un osservatorio privilegiato di tali criticità in quanto concentra, in forma particolarmente evidente, gli effetti selettivi prodotti dalla digitalizzazione dell'accesso alla tutela, poiché incorpora nelle modalità di funzionamento del sistema una parte essenziale delle condizioni di esercizio del diritto alla salute.

La possibilità di consultare i dati clinici, orientarsi tra documenti, referti e prescrizioni, interagire con i servizi sanitari diventa così un presupposto operativo della cura, incidendo direttamente sulla fruizione delle prestazioni.

---

<sup>36</sup> Cfr. sul punto M. Cartabia, *Riflessioni in tema di eguaglianza e non discriminazione*, in *Alle frontiere del diritto costituzionale. Scritti in onore di Valerio Onida*, Giuffrè, Milano, 2011, 417; G.M. Flick, *Elogio della dignità (se non ora quando?)*, in *www.rivistaaic.it*, 4, 2014.

<sup>37</sup> Cfr. sul punto P. Torretta, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *www.federalismi.it*, 5, 2024.

Proprio in ragione di questa funzione tale strumento non può essere considerato neutro ma uno snodo organizzativo che presuppone competenze informative, capacità di interazione digitale e familiarità con linguaggi tecnici che non risultano ugualmente accessibili all'intera popolazione<sup>38</sup>.

La sua proclamata universalità si confronta, dunque, con condizioni di utilizzo che non sono egualmente praticabili, trasformando un dispositivo concepito per rafforzare la continuità assistenziale in un potenziale fattore di esclusione sostanziale per quei soggetti che incontrano difficoltà strutturali nell'accesso all'ambiente digitale<sup>39</sup>.

Il divario digitale generazionale emerge, in questo contesto, non come effetto collaterale del funzionamento del Fascicolo, ma come indice di una frattura più profonda tra l'assetto tecnologico della tutela e la composizione reale della collettività cui essa è rivolta. L'accesso al Fascicolo, lungi dal costituire un semplice canale informativo aggiuntivo, finisce per assumere il ruolo di soglia implicita di esercizio del diritto nella misura in cui condiziona la possibilità di conoscere, comprendere e governare il proprio percorso di cura.

Ne discende che le difficoltà di utilizzo dello strumento da parte di una parte della popolazione non possono essere ricondotte a un deficit individuale né a una resistenza al cambiamento, ma rinviano a una responsabilità dell'assetto istituzionale che ha incorporato requisiti tecnologici complessi nelle modalità ordinarie di accesso alla tutela sanitaria. In assenza di adeguati correttivi organizzativi e di soluzioni inclusive, il Fascicolo rischia così di cristallizzare una distinzione tra titolarità formale del diritto e possibilità effettiva di esercitarlo, ponendosi in tensione con il principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma 2, Cost.

In questa chiave deve essere sottoposto a un vaglio costituzionale che ne consideri l'impatto sulle condizioni materiali di accesso alla cura al fine di evitare che l'architettura digitale del sistema sanitario si trasformi, da strumento di universalizzazione della tutela in dispositivo selettivo incompatibile con la funzione inclusiva dell'art. 32 Cost.

La vulnerabilità non si configura, dunque, come attributo soggettivo o come

---

<sup>38</sup> Cfr. sul punto N. POSTERANO, *La digitalizzazione della sanità in Italia: uno sguardo al Fascicolo sanitario elettronico (anche alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza)*, cit., 190. Cfr. sul punto G. CRISAFI, *Fascicolo sanitario elettronico: "profilazione e programmazione sanitaria"*, cit., 97.

<sup>39</sup> Cfr. G. BOTRUGNO, *Transizione digitale e diritto alla salute: sfide attuali e future*, in *www.dirittoesalute.org*, 6 giugno 2023, 16, ricorda che «la disponibilità di una connessione telematica è considerata un *digital divide* di primo grado, soprattutto per coloro che vivono in condizioni socio-economiche precarie, essendo ancora oggi la barriera più importante nell'accesso ai servizi sanitari digitali» L'A. precisa poi come «i *digital health literacy* siano oggi considerati a tutti gli effetti come un *digital divide* di secondo grado. Il peso della *literacy* è ancora più evidente laddove si pensi che spesso i servizi digitali sono concepiti per essere utilizzati da persone che possono attingere a un certo bagaglio di conoscenze e capacità, quindi sono in grado di attivare determinate risorse immateriali, tra cui consapevolezza, concentrazione, ambizione e autocontrollo». E, infine, nei *digital divide* di terzo grado vi rientrano «la posizione geografica, le attitudini e i comportamenti nella ricerca delle informazioni di salute, la fiducia verso le politiche istituzionali e, in particolare, per il rispetto della propria privacy, l'assenza di supporto locale, le barriere linguistiche, o le differenze culturali».

riflesso di qualità personali, ma come esito di un disegno pubblico della tutela che ha modificato le condizioni materiali dell'accesso senza riprogettare contestualmente i presupposti della sua effettiva accessibilità<sup>40</sup>.

Ne discende una responsabilità diretta dell'ordinamento nella configurazione dell'ambiente digitale della sanità al fine di evitare che l'attuazione dell'art. 32 Cost. assuma tratti selettivi o produca effetti di esclusione sistemica<sup>41</sup>.

L'innovazione tecnologica, per quanto indispensabile al miglioramento della qualità delle cure e dell'efficienza organizzativa, non può erigersi a soglia di accesso né creare una linea di frattura tra chi dispone di competenze digitali adeguate e chi rischia di essere marginalizzato.

La logica costituzionale impone, dunque, un capovolgimento della prospettiva basata sulla consapevolezza che non è la persona a doversi conformare alla tecnologia, ma è l'infrastruttura digitale a dover essere progettata secondo criteri di inclusività, proporzionalità e ragionevolezza, affinché l'innovazione si traduca in un fattore di effettività dei diritti e non in una nuova forma di diseguaglianza<sup>42</sup>.

#### 4. Considerazioni conclusive

Le trasformazioni introdotte dalla digitalizzazione mostrano come il diritto alla salute non possa più essere ricondotto alle categorie tradizionali della prestazione e dell'organizzazione, ma richieda una lettura capace di coglierne la dimensione sistemica e la consapevolezza che la tutela sia vincolata a infrastrutture tecniche, responsabilità istituzionali, condizioni di accessibilità e forme di solidarietà idonee al rispetto dell'universalismo<sup>43</sup>.

A ciò si aggiunga come le differenze infra-territoriali, l'aumento della spesa sanitaria privata e la crescita della c.d. "povertà sanitaria"<sup>44</sup> rivelano una pressione

---

<sup>40</sup> Cfr. sul punto A. D'ALOIA, *Eguaglianza. Paradigmi e adattamenti di un principio sconfinato*, in *www.rivistaaic.it*, 4, 2021.

<sup>41</sup> Cfr. sul punto P. SCARLATTI, *Soggetti deboli, Costituzione ed istanze della vulnerabilità*, in *Gruppo di Pisa*, 1, 2023, 266.

<sup>42</sup> A. D'ALOIA, *Eguaglianza sostanziale e Regioni. Note di sintesi*, in *Le Regioni*, 2-3, 2023, 573 e 581, secondo cui «Quando l'art. 3, comma 2, Cost. impegna la Repubblica a "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale", contiene appunto un mandato aperto, indeterminato, sia nel senso della selezione delle domande sociali di riequilibrio e di innalzamento delle opportunità per soggetti (e gruppi) deboli, sia nell'individuazione stessa del concetto e del tipo di ostacoli, sia infine con riferimento all'attività stessa del "rimuovere", che sembra elasticamente preordinata a comprendere una pluralità di mezzi e moduli operativi, adeguati alla gravità delle debolezze tutelate».

<sup>43</sup> Sul "cammino verso la digitalizzazione" cfr. F. CIMBALI, *La governance della sanità digitale*, cit.; A. CIAFARDONI, *Telemedicina e livelli essenziali di assistenza nel prisma dei divari territoriali*, in *Italian papers on federalism*, 2, 2025.

<sup>44</sup> Cfr. M. D'ORSOGNA, *Povertà sanitaria e welfare governativo: nuovi orizzonti e nuove sfide per la tutela della salute*, in *Dir. amm.*, 4, 2024, 925 ss.

crescente e il rischio che l'universalismo, da principio ordinatore, si trasformi in promessa disattesa, generando diseguaglianze materiali e cognitive nell'accesso e nella qualità delle cure <sup>45</sup>.

In questa prospettiva, il Fascicolo Sanitario Elettronico si configura non come uno strumento accessorio dell'organizzazione sanitaria ma come una vera e propria infrastruttura pubblica della tutela, nella quale si sedimenta una parte essenziale del contenuto informativo del diritto alla salute. È in tale quadro che emerge la necessità di ripensare la nozione di cittadinanza sanitaria non più come posizione passiva del destinatario di prestazioni, ma come forma di partecipazione consapevole al funzionamento del sistema <sup>46</sup>.

Nelle forme digitali attraverso cui oggi si realizza la cura, la persona esercita il proprio diritto non soltanto attraverso ciò che riceve ma attraverso ciò che è posta in condizione di comprendere e utilizzare.

La cittadinanza sanitaria nell'era digitale assume, dunque, i tratti di una cittadinanza attiva nella misura in cui riconosce che l'effettività del diritto alla salute dipende anche dalla possibilità di partecipare, secondo forme adeguate alle competenze e alle condizioni della persona, al circuito di conoscenze che rende possibile la cura <sup>47</sup>.

L'esercizio del diritto alla salute assume così una dimensione materiale, fondata sulla qualità delle prestazioni, e cognitiva, legata alla capacità del sistema di renderle intelligibili.

La cittadinanza sanitaria si colloca precisamente nell'incontro tra queste due dimensioni, misurando non solo ciò che il sistema eroga, ma ciò che consente di comprendere e governare e, in modo particolare, il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresenta uno dei principali dispositivi attraverso cui questa dimensione cognitiva prende forma giuridica poiché traduce l'accesso alle prestazioni in accesso strutturato alla conoscenza che le rende comprensibili.

In questo snodo si intrecciano dignità della persona, tecnica e condizione umana.

Un diritto alla salute che aspira all'universalismo deve essere comprensibile per poter essere esercitato e deve poggiare su un apparato tecnologico capace di confrontarsi con la pluralità delle capacità e delle esperienze individuali.

È in questa relazione tra ciò che la persona può conoscere, ciò che la tecnica

---

<sup>45</sup> Cfr. L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Giappichelli, Torino, 2003; F. APERIO BELLA, *Tecnologie innovative nel settore della salute tra scarsità delle risorse e differenziazione: alla ricerca di un equilibrio difficile*, in *www.federalismi.it*, 2, 2020; P. RUBECHINI, *La salute negata: le inefficienze del sistema sanitario italiano alla prova delle nuove tecnologie di recente introduzione, tra prospettive di "cura" della sanità pubblica e rischi per la garanzia dei diritti*, in *Corti supreme e salute*, 3, 2024.

<sup>46</sup> Cfr. sul punto V. PEIGNÉ, *Il fascicolo sanitario elettronico, verso una trasparenza sanitaria della persona*, in *Riv. it. med. leg.*, 2011, 1520; C. COLAPIETRO, F. LAVIOLA, *I trattamenti di dati personali in ambito sanitario*, cit.

<sup>47</sup> Cfr. F. TOTH, *L'universalismo sanitario sulla carta e nella realtà*, in *Politiche Sociali*, 3, 2016, 421.

rende possibile e ciò che la diversità umana impone che l'universalismo trova insieme il proprio limite e il proprio compito di modellare il sistema sulle differenze, evitando che siano le differenze a doversi conformare al sistema<sup>48</sup>.

La dignità della persona, tradizionalmente intesa come valore intrinseco e limite al potere pubblico, assume così una funzione ulteriore, divenendo criterio di giudizio della tecnologia nei confronti dell'ordinamento chiamato non soltanto a prevenire trattamenti lesivi o degradanti, ma a garantire che la tecnica non produca forme surrettizie di subordinazione derivanti dall'opacità dei processi informazionali, dalla complessità degli strumenti o dalla dipendenza cognitiva che essi possono generare<sup>49</sup>.

Questa trasformazione incide sulla funzione pubblica della cura, che non può più essere intesa come mera erogazione di prestazioni, ma come attività caratterizzata da una crescente mediazione tecnica. La cura diventa così una funzione amministrativa ad alta intensità cognitiva, che richiede non solo risorse e competenze professionali, ma anche la capacità di governare la tecnologia, renderla trasparente, orientarne l'evoluzione e contenerne gli effetti sistemici<sup>50</sup>.

Prende forma, in tal modo, una nuova declinazione dell'universalismo, distinta da quella prevalentemente materiale che ha caratterizzato il Servizio sanitario nazionale che non consiste soltanto nell'assicurare le medesime prestazioni, ma nel garantire condizioni equivalenti di intelligibilità, accessibilità e governabilità del sistema.

La concreta configurazione del Fascicolo Sanitario Elettronico diventa, sotto questo profilo, un banco di prova dell'universalismo nell'età digitale, potendo operare come fattore di inclusione e come meccanismo selettivo, a seconda delle condizioni effettive di accesso, comprensione e utilizzo.

L'universalismo assume così una natura evolutiva, misurando la capacità dell'ordinamento di impedire che l'innovazione tecnologica alteri la funzione inclusiva della tutela.

La garanzia non opera più soltanto attraverso ciò che si eroga, ma attraverso il modo in cui il sistema consente alla persona di mantenere una posizione epistemica e relazionale adeguata nel processo di cura<sup>51</sup>.

L'universalismo digitalizzato, quindi, non sostituisce quello materiale, ma lo

<sup>48</sup> G. FERRARA, *La pari dignità sociale (Appunti per una ricostruzione)*, in *Studi in onore di G. Chiarelli*, II, Giuffrè, Milano, 1974, 1089 ss.

<sup>49</sup> Cfr. D. MESSINA, *La tutela della dignità nell'era digitale. Prospettive e insidie tra protezione dei dati, diritto all'oblio e Intelligenza Artificiale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2023.

<sup>50</sup> Per un approfondimento sulla personalizzazione della relazione di cura Cfr. C. DI COSTANZO, *Access to intensive care and artificial intelligence. A constitutional perspective*, in *Italian Journal of public law*, 2021, 2.

<sup>51</sup> Cfr. M. MASSA, *Diseguaglianza e condizioni personali. Una polemica sull'eguaglianza*, in M. DELLA MORTE, *La diseguaglianza nello Stato Costituzionale*, Editoriale scientifica, Napoli, 2016, 139; A. D'ALOIA, *Eguaglianza. Paradigmi e adattamenti di un principio sconfinato*, cit.

rilancia su un terreno più esigente, incorporandolo nella struttura stessa del sistema ricoprendo, per questo motivo, una funzione di presidio contro derive selettive, affinché la tecnologia resti un mezzo e non si trasformi in un filtro rispetto all'esercizio del diritto.

La trasformazione digitale della tutela sanitaria coinvolge, tuttavia, non solo le istituzioni, ma anche la dimensione cooperativa della vita collettiva, nella quale trova radicamento il dovere di solidarietà di cui all'art. 2 Cost.

In un sistema in cui la protezione della salute passa sempre più attraverso piattaforme e flussi informativi, la solidarietà assume, infatti, una fisionomia rinnovata, divenendo criterio di orientamento della condivisione delle informazioni, dell'attenzione alle vulnerabilità e della cura delle differenze di capacità e di accesso<sup>52</sup>.

In tale ottica, ulteriormente imprescindibile risulta, quindi, il consolidamento del tessuto della solidarietà sociale muovendo dalla consapevolezza secondo la quale nessuna infrastruttura, per quanto avanzata, sia in grado di garantire universalità se non sostenuta da una comunità capace di condividere conoscenze, accompagnare le fragilità e rendere la tecnologia un luogo di inclusione e non di separazione.

La qualità dell'ambiente digitale dipende, pertanto, non solo dalle scelte regolative e dall'efficienza amministrativa, ma anche dalla capacità della società di generare condizioni di accompagnamento, prossimità e condivisione.

La solidarietà cessa così di essere un richiamo etico generico per tradursi in un dovere costituzionale attivo volto a ridurre le diseguaglianze digitali attraverso forme concrete di cooperazione e trasferimento di competenze<sup>53</sup>.

È in questa prospettiva che la sanità digitale si rivela, a tutti gli effetti, una sede privilegiata per osservare la capacità dell'ordinamento di generare inclusione attraverso la tecnica, riconoscendo che la protezione della salute richiede oggi infrastrutture che sappiano essere intelligibili, responsabilità istituzionali che sappiano essere trasparenti e pratiche sociali che sappiano essere solidali<sup>54</sup>.

Nell'odierno scenario della tutela sanitaria, segnato da una sempre più intensa interazione tra diritti, tecniche e condizioni umane, il perimetro del diritto alla salute è quindi chiamato a rinnovarsi profondamente.

La protezione costituzionale non può più essere identificata esclusivamente nella disponibilità delle prestazioni ma richiede che la persona possa riconoscere il funzionamento del sistema, comprenderne le logiche essenziali e collocarsi, con

---

<sup>52</sup> Cfr. A. LUCARELLI, *Il diritto alla salute tra sussidiarietà verticale e sussidiarietà orizzontale*, in L. CHIEFFI (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio: Profilo di ordine etico, giuridico ed economico*, cit., 268; F. APERIO BELLA, *Pubblico, privato e comunità in sanità: prospettive collaborative guardando al Terzo settore*, in M.A. SANDULLI, F. APERIO BELLA, A. COIANTE, C. IAIONE (a cura di), *Pubblico, privato e comunità in sanità. Atti del convegno del 15 maggio 2023*, Editoriale scientifica, Napoli, 2024, 13.

<sup>53</sup> Cfr. sul punto I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento: Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, 2, 2019, 13.

<sup>54</sup> Cfr. L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2018.



autonomia e dignità, nell'ambiente informativo che oggi sostiene e orienta i percorsi di cura.

La capacità dell'ordinamento di integrare innovazione tecnologica, trasparenza istituzionale e rispetto della persona diventa, così, la misura della fedeltà ai principi che fondano la tutela e che ne garantiscono il significato sostanziale nell'età digitale.

La solidarietà, così intesa, non si configura come un richiamo morale, ma come un elemento strutturale della tutela, senza il quale l'eguaglianza rischia di restare formale e la digitalizzazione di produrre nuove forme di vulnerabilità.

È in questa convergenza di responsabilità, istituzionali, tecniche e sociali, che il diritto alla salute ritrova il suo significato più profondo non come prestazione isolata, ma come architettura complessa che impegna l'intero sistema pubblico e l'intera comunità nel compito di garantire condizioni equivalenti di accesso, comprensione e partecipazione.

In questo quadro, il Fascicolo Sanitario Elettronico può essere letto come una delle sedi istituzionali in cui tale architettura prende forma concreta, nella misura in cui la sua effettività dipende non solo dall'assetto tecnico ma dalla capacità del sistema di renderlo intelligibile, affidabile e realmente condivisibile.

La digitalizzazione della sanità mette in luce come l'effettività del diritto alla salute dipenda sempre più dalla qualità dell'organizzazione pubblica e dalla capacità delle istituzioni di governare processi complessi. In questo senso, l'innovazione tecnologica non rappresenta un semplice strumento di razionalizzazione, ma un fattore che incide sulla struttura stessa delle garanzie costituzionali, imponendo di ripensare i rapporti tra territorio, amministrazione e diritti fondamentali <sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Cfr. sul punto A. PIOGGIA, *Quale sostenibilità per il servizio sanitario italiano?*, in *Diritto amministrativo*, 3, 2024, che parla di sostenibilità della sanità riferendosi a «quella in grado di soddisfare i bisogni di salute per tutti (comprendendo qui anche le generazioni future), in maniera continuativa, stabile, uniforme sul territorio e attraverso servizi in grado di prendersi cura in modo adeguato della salute dei singoli e della comunità».

# L'isolamento dei detenuti, soprattutto anziani, nella società digitale

Giovanni Chiola\*

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. L'esecuzione della pena e l'esclusione digitale. – 3. Inclusione digitale e rispetto dei diritti fondamentali. – 4. La sicurezza per garantire la riabilitazione digitale. – 5. Opportunità o rischio delle tecnologie in carcere? – 6. Età avanzata e reinserimento sociale e professionale. – 7. Conclusione.

**ABSTRACT:** This year marks the fiftieth anniversary of the Penitentiary System Act (Law 354 of July 26, 1975), and this could be not only a moment of celebration but also a useful opportunity to rethink prison. When the law was first enacted, there was little need to defend digital equality by ensuring it for all those who did not have the same opportunities to enjoy the benefits offered by developing digital skills. Recently, instead it has been demonstrated that the digital divide is caused by social factors such as age, gender, education, status, income, and local environment. Prisoners belong to traditionally excluded groups and are therefore the most affected, suffering from physical isolation combined with limited access to technology. This impairment of the right to communication and information has also dangerous consequences for the right to education and affection, which are necessary for the rehabilitation of prisoners, as envisioned by the Constitution. This study focuses on the prison population, particularly the elderly, who by their nature are more resistant to ICT and therefore more penalized by the lack of digital skills. This is a rapidly growing group and highly vulnerable to digital inequality. This condition of “digital fasting” of prisoners is also taken into consideration in the release phase which constitutes a delicate attempt at reintegration into society, in which multiple barriers to learning and using digital technology are encountered, highlighting the significant role of social support and care networks. Failure to support digital skills has widespread consequences for public health, the health of former prisoners, human rights, social well-being, and recidivism.

## 1. Premessa

La nostra collettività umana si sta rapidamente trasformando in una società digitale ma anche in una comunità di persone anziane sempre più longeve. Le più grandi aziende tecnologiche (Big Tech o GAFAM) la stanno rendendo un mondo privilegiato di shopping, comunicazione, intrattenimento e istruzione accessibile a tutti coloro che possiedono una “cultura digitale”. Diversamente, gli estranei al digitale rischiano una forte marginalizzazione che colpisce maggiormente le minoranze etniche<sup>1</sup>, la

---

\* Ricercatore di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Napoli Federico II.

<sup>1</sup> M. BLANCHARD, A. METCALF, J. BURNS, *Bridging the Digital Divide: Creating opportunities for*

popolazione anziana (digitale grigio)<sup>2</sup> ma soprattutto quella carceraria che presenta una vulnerabilità composta dovuta all'invecchiamento avanzato, la disabilità, i bassi redditi e l'istruzione<sup>3</sup>.

A causa del deficit di alfabetizzazione mediatica e di Internet, l'esclusione colpisce la maggior parte dei detenuti, soprattutto quelli anziani<sup>4</sup>, dal possesso dei mezzi e dalla capacità di accedere ai media digitali<sup>5</sup>. Il principio della *less eligibility* che caratterizza la condizione penitenziaria, rispetto alla società dell'informazione esterna, contribuisce, infatti, ad aumentare notevolmente il divario digitale<sup>6</sup>. In carcere, la diseguale distribuzione di risorse digitali offerte dall'amministrazione penitenziaria comporta una sostanziale differenza nel godimento dei diritti di uguaglianza e giustizia<sup>7</sup>. Pertanto, le molteplici barriere affrontate dai detenuti nell'apprendimento e utilizzo delle tecnologie in carcere costituiscono il risultato della scelta arbitraria sulla fornitura dei mezzi necessari per colmare il divario digitale<sup>8</sup>.

L'uso di Internet ha preso forma nella società libera da circa trent'anni, sconvolgendo gli usi e le abitudini della popolazione. In carcere, questa rivoluzione si è verificata solamente di riflesso. I ridotti sviluppi riformistici, ma anche le decisioni della Corte costituzionale, a seguito dei reclami e ricorsi da parte di coloro che vedevano lesi i propri diritti alla comunicazione tramite Internet, durante l'esecuzione della pena, non sono riusciti a contribuire sufficientemente al riformismo digitale. Le tecnologie, infatti, richiedono tempi rapidi di diffusione, per cui pochi

---

*marginalized young people marginalized young people to get connected*, Inspire Foundation – University of Melbourne report, 2007.

<sup>2</sup> T.N. FRIEMEL, *The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors*, in *New Media and Society*, vol. 18, 2, 2016, 313-331; C.C. MC DONOUGH, *Determinants of a digital divide among able-bodied older adults: Does "feeling too old" play a role?*, in *International Journal of Aging Research*, vol. 3, 2, 2020, 60.

<sup>3</sup> B.C. REISDORF, J.R. DE COOK, *Locked up and left out: Formerly incarcerated people in the context of digital inclusion*, in *New Media & Society*, vol. 24, 2, 2022, 478-495.

<sup>4</sup> F. MUBARAK, R. SUOMI, *Elderly Forgotten? Digital Exclusion in the Information Age and the Rising Grey Digital Divide*, in *The Journal of medical Health Care Organization, Provision and Financing*, 2022, 59.

<sup>5</sup> S. NASH, *The Pandemic has accelerated the need to close the digital divide for older adults*, *Stanford Center of Longevity*, 2021.

<sup>6</sup> S. ANASTASIA, *L'anacronismo del carcere di fronte alle tecnologie dell'informazione*, in *Antigone*, 2, 2021, 7-11.

<sup>7</sup> S. CIUFOLETTI, *Out of the cage, into the net. Understanding Access to the Internet in Prison as a Human Right*, 2019.

<sup>8</sup> L. NANNIPIERI, *La dimensione costituzionale del digital divide. In particolare, gli ostacoli cognitivi alla proiezione dell'individuo nello spazio virtuale*, in M. NISTICÓ, P. PASSAGLIA (a cura di), *Internet e Costituzione*, Giappichelli, Torino, 2014, 189 ss.; J.A. BADEJO, J. CHAKRABORTY, M. FORBES, *A digital inclusion and technological Barriers: investigating the challenges faced by formerly incarcerated populations in adopting and accessing technology*, in *Proceedings of the 19th International Joint Conference on Computer Vision, Imaging and Computer Graphics Theory and Applications*, vol. 1, 2024, 464-470.

anni possono essere significativi per creare un *grade divario* tra carcere e realtà esterna.

La giurisprudenza della Corte EDU ha offerto un valido supporto a tutela dei diritti umani fondamentali dei detenuti<sup>9</sup>, inclusa la libertà religiosa e di espressione<sup>10</sup>, permettendo loro di essere sottoposti a condizioni tali da non pregiudicarne la dignità<sup>11</sup>. Questo riconoscimento è reso necessario anche alla luce del cambiamento delle caratteristiche e bisogni legati all'esecuzione della pena che non sono stati aggiornati dal legislatore che non ha considerato la digitalizzazione come necessaria anche al sistema penitenziario.

Riconoscere il diritto alla Rete anche ai detenuti, non consiste solamente nella realizzazione architettonica di locali idonei all'interno degli Istituti penitenziari, ma semmai nell'utilizzazione di Internet per soddisfare parzialmente il diritto allo studio, all'affettività e all'informazione che contribuisce significativamente a ridurre l'isolamento sociale dei detenuti e a contribuire alla loro riabilitazione<sup>12</sup>.

## 2. L'esecuzione della pena e l'esclusione digitale

Le trasformazioni della società digitale, come hanno spiegato alcuni studiosi del calibro di Van Dijk<sup>13</sup> e Wessels<sup>14</sup>, hanno evidenziato come sia aumentato il *divario* tra coloro che hanno accesso alle competenze digitali e coloro che non ne hanno. Il *divario digitale* colpisce fortemente gli istituti penitenziari perché la popolazione detentiva nella maggioranza dei casi è isolata dal mondo digitale oppure ha un accesso molto limitato agli stessi servizi digitali<sup>15</sup>. Viene vissuto come una vera e propria disconnessione dal mondo digitale e dalle sue rapide evoluzioni<sup>16</sup>. A questo

---

<sup>9</sup> *Chocholáč v Slovakia*, Corte EDU (ricorso n. 81292/17, sentenza del 7 luglio 2022); N.U. Orcan, *Legitimate Aims, Illegitimate Aims and the E.Ct.H.R.: Changing Attitudes and Selective Strictness*, *University of Bologna Law Review*, vol. 7, 1, 2022.

<sup>10</sup> *Donaldson v United Kingdom*, Corte EDU (ricorso n. 56975/09, sentenza del 25 gennaio 2011).

<sup>11</sup> *Muršić v Croatia*, Corte EDU (ricorso n. 7334/13, sentenza del 20 ottobre 2016).

<sup>12</sup> D. TYNAN, *Online behind bars: if internet access is a human right, should prisoners have it?*, in *The Guardian*, 2016.

<sup>13</sup> J. VAN DIJK, *The Digital Divide*, Polity Press, Cambridge, UK, M.A. Medford, 2020, 210 ss.

<sup>14</sup> B. WESSELS, *The reproduction and reconfiguration of inequality. Differentiation and class, Status and power in the dynamics of digital divides*, in M. RAGNEDDA, G.W. MUSCHERT (a cura di) *The Digital Divide: The Internet and Social Inequality in International Perspective*, Routledge, London, 2013, 17-28.

<sup>15</sup> B.C. REISDORF, R.V. RIKARD, *Digital rehabilitation: A model of reentry into the digital age*, in *American Behavioral Scientist*, vol. 62, 9, 2018, 1273-1290; E. ZIVANAI, G. MAHLANGU, *Digital prison rehabilitation and successful re-entry into a digital society: A systematic literature review on the new reality on prison rehabilitation*, in *Cogent Social Sciences*, vol. 8, 1, 2022; P. WRIGHT, T. HERIVEL, *Prison Nation: The Warehousing of America's Poor*, Routledge, New York, 2013.

<sup>16</sup> A. KERR, M. WILLIS, *Prisoner use of information and communications technology*, in *Trend and Issues in Crime and Criminal Justice*, 2018.

proposito alcuni autori hanno definito i detenuti come i soggetti più poveri dell'era digitale<sup>17</sup>.

Partendo dal presupposto che la popolazione carceraria ha in linea di principio bassi livelli di scolarizzazione, scarse competenze digitali e una bassa motivazione a utilizzare i servizi elettronici<sup>18</sup>, è opportuno ricordare che questa sia composta da una parte consistente di stranieri<sup>19</sup> e di emarginati<sup>20</sup> che sono ancora più refrattari all'inclusione digitale. Infatti, dai recenti dati possiamo constatare che in alcune carceri la popolazione dei detenuti straniera supera addirittura quella italiana<sup>21</sup>.

A questo punto ci potremmo domandare se la limitazione dell'accesso dei detenuti a Internet costituisca una parte integrante della loro detenzione in quanto sia intrinseca alla pena oppure, al contrario, un'occasione perduta di acquisizione delle competenze digitali<sup>22</sup>.

Indubbiamente, non esiste in carcere una pena accessoria per i delitti e le contravvenzioni del Codice penale che faccia riferimento all'interdizione generale di comunicazione; tantomeno esiste una pena specifica di accesso alla Rete, sia di carattere perpetuo che temporaneo<sup>23</sup>. Semmai, possiamo ipotizzare regole securitarie e motivi di ordine pubblico che possono maggiormente comprimere la comunicazione come nel caso dei reati ostativi sul piano informativo e didattico<sup>24</sup>.

<sup>17</sup> B.C. REISDORF, Y. JEWKES, *(B)Locked sites: Cases of internet use in three British prisons*, in *Information, Communication & Society*, vol. 19, 6, 2016, 771-786.

<sup>18</sup> A. MONTEIRO, R. BARROS, C. LEITE, *Lifelong learning through e-learning in European prisons: Rethinking digital and social inclusion*, in *Proceedings of the INTED*, 2015, Conference, Madrid, Spain, 2-4 March 2015, 1038-1046.

<sup>19</sup> Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria – Ufficio del Capo del Dipartimento – Sezione Statistica, *Detenuti presenti italiani e stranieri – Aggiornamento 31 maggio 2025*, in [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it). Negli istituti penitenziari italiani sono presenti 62.761 detenuti di cui 19.810 sono stranieri.

<sup>20</sup> H.J. ALBRECHT, *Bestrafung der Armen? Zu Zusammenhängen zwischen Armut, Kriminalität und Strafrechtsstaat*, in B. DOLLINGER, H. SCHMIDT-SEMISCH (a cura di) *Gerechte Ausgrenzung? Wohlfahrtsproduktion und die neue Lust am Strafen*, VS Verlag für Sozialwissen, Wiesbaden, 2011.

<sup>21</sup> Ministero della Giustizia, DAP – Sezione Statistica, *Detenuti presenti italiani e stranieri – Aggiornamento 31 maggio 2025*, in [www.giustizia.it](http://www.giustizia.it). Nell'Istituto di S. Vittore ci sono 741 stranieri su 1.101 detenuti pari al 67,3% presenti; a Bollate ci sono 530 stranieri su 1.385 detenuti, pari al 38,2%; a Regina Coeli ci sono 524 stranieri su 1.093 detenuti, pari al 47,9%; a "R. Cinotti" Rebibbia ci sono 479 stranieri su 1.572 detenuti, pari al 30,4% e a Bologna ci sono 426 stranieri su 770 detenuti, pari al 55,3%.

<sup>22</sup> B. CREWE, *Depth, weight, tightness: Revisiting the pains of imprisonment*, in *Punishment & Society*, vol. 13, 5, 2011b, 509-529.

<sup>23</sup> *Kalda v Estonia* Corte EDU (ricorso n. 17429/10, sentenza del 19 gennaio 2016). Cfr. G. GOSZTONYI, "Access denied" – interpreting the digital divide by examining the right of prisoner to access the internet in the case law of the European Court of Human Rights, in *Baltic Journal of Law & Politics*, vol. 17, 1, 2024, 223-237.

<sup>24</sup> Cfr. la legge 26 luglio 1975, n. 354, art. 41-bis, comma 2-quater, lett. a): "l'adozione di misure di elevata sicurezza interna ed esterna, con riguardo principalmente alla necessità di prevenire contatti con l'organizzazione criminale di appartenenza o di attuale riferimento, contrasti con elementi

Seppure tale “digiuno digitale” non componga la pena ma sia una diretta conseguenza delle scelte dell’amministrazione penitenziaria, l’emarginazione digitale dei detenuti, però, permane anche dopo l’espiazione della pena<sup>25</sup>. Indubbiamente, il passaggio dal carcere alla società libera è un momento molto difficile, caratterizzato dal reinserimento nel mondo dei liberi in cui il peso del divario digitale è ancora presente. L’età dei detenuti<sup>26</sup>, l’aumento delle condanne storiche e le pratiche di condanna più severe possono condizionare il loro reinserimento nella società<sup>27</sup>.

Gli anziani detenuti che vengono scarcerati compongono un gruppo in rapida ascesa negli ultimi anni, altamente vulnerabile alla disuguaglianza digitale a causa della loro difficoltà di reintegrazione nella società dopo la scarcerazione<sup>28</sup>. Pertanto, quando il “tempo carcerario” si dilata e non viene impiegato per la formazione e l’avvicinamento alla tecnologia, il divario digitale è molto ampio e viene percepito come un allontanamento “generazionale” dal mondo tecnologico.

### 3. Inclusione digitale e rispetto dei diritti fondamentali

La dichiarazione delle Nazioni Unite sull’educazione e la formazione ai diritti umani del 2011 riconosce che Internet sia uno strumento indispensabile per la realizzazione di una serie di diritti umani e quindi essenziale per lo sviluppo della società. La risoluzione del Consiglio per i Diritti Umani dell’ONU del 5 luglio 2012, afferma che l’accesso a Internet e la libertà di espressione online sono diritti umani fondamentali. Gli stessi diritti fondamentali hanno costituito oggetto di protezione da parte della CEDU nei confronti dei detenuti. Questa, infatti, che non *dovrebbe fermarsi al cancello del carcere*<sup>29</sup>, attraverso la giurisprudenza della

---

*di organizzazioni contrapposte, interazione con altri detenuti o internati appartenenti alla medesima organizzazione ovvero ad altre ad essa alleate”.*

<sup>25</sup> S. SMITH, *Imprisonment and Internet-Access – Human Rights, the Principle of Normalization and the Question of Prisoners Access to Digital Communications Technology*, in *Nordic Journal of Human Rights*, 30, 2013.

<sup>26</sup> La popolazione carceraria mondiale negli ultimi cinque anni continua a crescere (18% – 25%) soprattutto in Paesi come l’Italia, l’Argentina e la Gran Bretagna a causa dell’invecchiamento generale della popolazione.

<sup>27</sup> C. DI LORITO, B. VÖLLM, T. DENING, *Psychiatric disorders among older prisoners: a systematic review and comparison study against older people in the community*, in *Aging & Mental Health*, vol. 22, 1, 2017, 1-10.

<sup>28</sup> N.A. GINNIVAN, R. CHOMIK, Y.I. HWANG, J. PIGGOTT, T. BUTLER, A. WITHALL, *The ageing prisoner population: demographic shifts in Australia and implications for the economic and social costs of health care*, in *Int J Prison Health*, vol. 18, 4, 2022, 325-334; T. MASCHI, D. VIOLA, F. SUN, *The High Cost of the International Aging Prisoner Crisis: Well-Being as the Common Denominator for Action*, in *The Gerontologist*, vol. 53, 4, 2013, 543-554; Z. PSICK, J. SIMON, R. BROWN, C. AHALT, *Older and incarcerated: policy implications of aging prison populations*, in *J PRISON, Health*, vol. 13, 1, 2017, 57-63.

<sup>29</sup> *Khodorkovskiy and Lebedev v Russia*, Corte EDU (ricorso n. 11082/06 e 13772/05, sentenza del 25 luglio 2013); *Klibisz v Poland*, Corte EDU (ricorso n. 2235/02, sentenza del 4 ottobre 2016).

Corte EDU ha affermato che i detenuti devono godere dei diritti umani fondamentali<sup>30</sup> e che le condizioni di detenzione non sono di livello di intensità superiore rispetto al normale livello di sofferenza, tali da garantire la salute ed il benessere personale<sup>31</sup>. Tale conclusione si basa sull'imperativo del necessario reinserimento nella società e sull'obbligo da parte dello Stato di protezione nei confronti delle persone sottoposte a detenzione che si ritrovino in una posizione di vulnerabilità e pertanto meritevoli di protezione da abusi e restrizioni ingiustificate dei diritti<sup>32</sup>.

La privazione della libertà è una pena per sé stessa, che non può essere aumentata a causa della crisi di sistema che ha determinato forme importanti di sovraffollamento e tantomeno incrudelita da ulteriori afflizioni che non siano giustificate da condizioni particolari ed eccezionali<sup>33</sup>. In questo caso, la fornitura dei dispositivi digitali, se da un lato, assicura la promozione dei diritti umani come il diritto all'informazione, all'istruzione, alla comunicazione e all'accesso ai servizi pubblici<sup>34</sup>, dall'altro, potrebbe costituire uno strumento utile in carcere per garantire i principi di normalizzazione dell'autonomia dei detenuti e per ridimensionare gli effetti di privazione sproporzionati<sup>35</sup>.

La risorsa della tecnologia può costituire la chiave di volta del reinserimento nella società e nello stesso tempo, uno strumento di lavoro da utilizzare dopo la scarcerazione<sup>36</sup>. La tecnologia applicata allo studio, ad esempio, può rappresentare uno strumento per l'abbattimento della sottocultura carceraria e per garantire il diritto alla speranza di essere persone migliori. L'inclusione educativa diventa il risultato del rispetto del diritto fondamentale all'istruzione che viene riconosciuto a livello internazionale<sup>37</sup> con la sua attuazione dinamica, per la maggior parte online

<sup>30</sup> *Chocholáč v Slovakia*, Corte EDU (ricorso n. 81292/17, sentenza del 7 luglio 2022).

<sup>31</sup> *Mursic v Croatia*, Corte EDU (ricorso n. 7334/13, sentenza del 20 ottobre 2016).

<sup>32</sup> *Yankov v Bulgaria*, Corte EDU (ricorso n. 39084/97, sentenza dell'11 dicembre 2003).

<sup>33</sup> *Torreggiani e altri c. Italia*, Corte EDU, (ricorsi nn. 43517/09, 46882/09, 55400/09, 57875/09, 61535/09, 35315/10 e 37818/10, sentenza dell'8 gennaio 2013).

<sup>34</sup> *Kalda v Estonia*, Corte EDU (ricorso n. 17429/10, sentenza del 19 gennaio 2016). La Corte non poteva ignorare che l'importanza di Internet per il godimento dei diritti umani viene riconosciuta a livello mondiale e l'accesso è sempre più riconosciuto come un diritto.

<sup>35</sup> V. KNIGHT, S. VAN DE STEENE, *The digital prison: Towards an ethics of technology*, in P. BIRCH, L. SICARD (a cura di) *Prisons and Community Corrections: Critical Issues and Emerging Controversies*, Routledge, Abingdon, New York, 2020, 57-71.

<sup>36</sup> L'accesso a Internet non è semplicemente una priorità come afferma David Fathi, direttore dell'ACLU National Prison Project. La maggior parte del suo lavoro riguarda l'assicurare che i prigionieri ricevano assistenza medica e psicologica di base e che non vengano attaccati da altri detenuti o dal personale. Tuttavia, le prigioni americane hanno l'obbligo di mantenere i diritti del Primo Emendamento (libertà di religione, parola, stampa, riunione e petizione) nei confronti dei detenuti e permettere loro di avere dimestichezza con Internet che sta rapidamente diventando un'abilità essenziale per la sopravvivenza.

<sup>37</sup> T. MCCOWAN, *Education as a Human Right: Principles for a Universal Entitlement to Learning*, Bloomsbury, New York, 2013, 21-46.

su piattaforme educative accanto all'istruzione in presenza<sup>38</sup>. La privazione dell'accesso dei detenuti a Internet negherebbe loro l'opportunità di ricevere l'istruzione necessaria per il reinserimento al momento del rilascio.

La tecnologia carceraria, se implementata, potrebbe venire incontro alla maggiore tutela dei diritti umani, ma dall'altra, si scontrerebbe contro alcuni imperativi economici e politici che si allontanano dal perseguimento degli interessi dei detenuti.

Ci potremmo porre una domanda ovvero se l'accesso a Internet e di conseguenza la sua utilizzazione riguarda una libertà di espressione, per cui la sua violazione sarebbe una violazione di un diritto costituzionale<sup>39</sup>, oppure un semplice mezzo tecnologico per conseguire informazioni, per cui fungibile con altri mezzi<sup>40</sup>? Sebbene la Corte EDU abbia affermato nel caso *Cengiz e altri v. Turkia* (2015) che: «Internet è ormai diventato il mezzo principale attraverso il quale le persone esercitano la loro libertà di ricevere e impartire informazioni e idee»<sup>41</sup>, è di difficile attuazione come diritto umano<sup>42</sup>. Nel caso *Kalda v. Estonia* (2016)<sup>43</sup>, invece, la prima sentenza della Corte EDU ha decretato che negare l'accesso a Internet a un detenuto che sta scontando una pena detentiva equivalga alla violazione dell'art. 10 CEDU. Tale violazione calata all'interno dello spazio carcerario non riguarda un diritto assoluto e illimitato ma un corollario naturale della detenzione. Nello specifico, la Corte EDU ha poi preso in considerazione alcuni aspetti peculiari come l'accesso alle informazioni legali oppure educative senza però risolvere completamente la questione centrale. La preoccupazione maggiore che anima gli amministratori penitenziari riguarda la tutela della sicurezza informatica della società e dei detenuti stessi. Internet, infatti, costituirebbe una possibilità importante di connessione per motivi didattici o affettivi, ma anche uno strumento che permette facili abusi<sup>44</sup>. L'inclusione digitale, strumento indispensabile per il reinserimento nella

---

<sup>38</sup> B. BÖCSKEI, M. FEKETE, A. NAGY, A. SZABÓ, *I never had a better average than this at school: I got straight A's all the time, Online education as perceived by young Hungarians*, Új Pedagógiai Szemle, 72, 2023, 1-2.

<sup>39</sup> A. PAPA, *Il principio di uguaglianza (sostanziale) nell'accesso alle tecnologie digitali*, in *Federalismi.it*, 27 aprile 2008, 4 ss.

<sup>40</sup> All'interno delle biblioteche carcerarie i detenuti possono ottenere una vasta gamma di informazioni, anche se il sistema bibliotecario non può sostituire l'accesso illimitato a internet. Si veda a tale proposito, S.T. HUSSAIN, S.H. BATTOOL, A. REHMAN, *Examining the status of prison libraries around the world: A literature review*, in *IFLA Journal*, vol. 49, 1, 2022.

<sup>41</sup> *Cengiz ed al. v. Turkey*, Corte EDU (ricorso n. 48226/10 e 14027/11, sentenza del 1° dicembre 2015).

<sup>42</sup> G. GOSZTONYI, *Censorship from Plato to social media. The complexity of social media's content regulation and moderation practices*, Springer, Cham, 2023, 157-158.

<sup>43</sup> *Kalda v. Estonia*, Corte EDU (ricorso n. 17429/10, sentenza del 19 gennaio 2016). In particolare, le informazioni legali e il divieto di accesso a determinati siti web, non rientrano tra le restrizioni implicate da una pena detentiva.

<sup>44</sup> P.S. SMITH, *Imprisonment and internet-access: Human rights, the principle of normalization*



società, deve declinarsi attraverso una tutela settoriale, quale l'accesso online al materiale educativo e legale <sup>45</sup>, che tragga beneficio dalla protezione fissata dall'art. 10 CEDU <sup>46</sup>. A risolvere tale dilemma tra sicurezza e diritto alla Rete vengono in soccorso il principio di proporzionalità e necessità che devono tenere conto non solamente della sicurezza digitale ma degli obiettivi che l'istituzione penitenziaria deve perseguire, come il diritto al trattamento riabilitativo, la rieducazione del condannato ed il reinserimento nella società per mettere in discussione le limitazioni, se non addirittura la proibizione dell'accesso dei detenuti a Internet <sup>47</sup>.

#### 4. La sicurezza per garantire la riabilitazione digitale

All'interno degli istituti penitenziari, l'accesso a Internet da parte dei detenuti viene limitato per garantire la sicurezza del carcere come anche delle persone che vivono all'esterno, ma anche per prevenire la commissione di ulteriori reati e per proteggere le vittime <sup>48</sup>. Quindi, il godimento del diritto legale di accedere a Internet attraverso la fruizione da parte dei detenuti dei dispositivi digitali e l'accesso controllato a Internet viene proporzionato in base alla gravità del reato. Ciò che comporta una riduzione dell'impatto digitale non è tanto la durata correlata alla gravità della pena, semmai la necessità di garantire una maggiore sicurezza. L'accesso a Internet da parte dei detenuti si scontra con il rischio di una scarsa protezione del sistema penitenziario.

Ad esempio, nel caso *Jankovskis v Lithuania* del 2017, la Corte EDU si domandava quanto la tutela dell'ordine pubblico potesse giustificare l'ingerenza da parte dell'amministrazione penitenziaria nel diritto all'informazione dei detenuti <sup>49</sup>. La necessità e proporzionalità dell'ingerenza erano criteri indispensabili per evitare una compressione eccessiva della libertà disciplinata dall'art. 10 CEDU <sup>50</sup>. Pertanto, la necessità di accedere ad un sito web dedicato all'istruzione <sup>51</sup>, non avrebbe

---

*and the question of prisoners' access to digital communications technology*, in *Nordic Journal of Human Rights*, 30(4), 2012.

<sup>45</sup> S. CIUFOLETTI, *supra* nota 7; E. JÄRVELÄINEN, T. RANTANEN, *Incarcerated people's challenges for digital inclusion in Finnish prisons*, in *Nordic Journal of Criminology*, vol. 22, 2, 2021, 1-20.

<sup>46</sup> G.F. LENDVAI, *Baltic Journal of Law & Politics*, vol. 17, 1, 2024, 223-237.

<sup>47</sup> D. TYNAN, *Online behind bars: if internet access is a human right, should prisoners have it?*, cit., 2016.

<sup>48</sup> D. GARLAND, *'Governmentality' and the problem of crime: Foucault, criminology, sociology*, in *Theoretical Criminology*, vol. 1, 2, 1997, 173-214.

<sup>49</sup> *Jankovskis v Lithuania* del 2017, Corte EDU (ricorso n. 21575/08, sentenza del 17 gennaio 2017).

<sup>50</sup> G.F. LENDVAI, *Baltic Journal of Law*, cit., 2024.

<sup>51</sup> E. BRAGANZA, *Europe rights court rules Turkish authorities violated detained lawyer's freedom to receive information*, in *Jurist*, 11 February 2021.

costituito una minaccia per l'istituto penitenziario e tantomeno costituiva una valida ragione per avallare l'ingerenza dell'amministrazione<sup>52</sup>. D'altro canto, ravvivandosi il valore di servizio pubblico di Internet come strumento di diffusione e captazione di informazioni<sup>53</sup>, l'accesso a tale mezzo deve essere reso meno restrittivo seppure in condizioni di detenzione purché non comporti un'interazione con il mondo esterno oppure un *vulnus* alla sicurezza dell'istituto penitenziario<sup>54</sup>.

Aprire il mondo penitenziario a Internet attraverso l'*open web*, è un costo sicuramente molto alto, legato ad un incremento della sorveglianza e ad un'esternalizzazione della responsabilità istituzionale che impone un'adeguata formazione e sviluppo della stessa polizia penitenziaria che a sua volta deve adeguarsi agli sviluppi dei pericoli legati all'informatica e alla tecnologia. Quindi, se lo sviluppo della tecnologia in carcere, da un lato, eviterebbe di far perdere ai detenuti le interazioni sociali, dall'altro, necessita di uno sforzo economico legato all'installazione e mantenimento di una rete sicura e controllata. D'altro canto, la stessa Amministrazione penitenziaria trarrebbe vantaggio dalla digitalizzazione che coprirebbe anche la sorveglianza perché sprovvista fino a quel momento delle necessarie coperture economiche e di personale adeguato<sup>55</sup>.

## 5. Opportunità o rischio delle tecnologie in carcere?

L'opportunità ma anche il rischio delle tecnologie digitali in carcere possono denotare un'ambivalenza di fondo sia per l'amministrazione che per i detenuti. La trasformazione digitale in carcere potrebbe comportare un apparente vantaggio per i detenuti perché l'apprendimento digitale, per assurdo, verrebbe compresso da uno sbilanciato aumento della sorveglianza. La privacy, ad esempio, è il risultato del difficile bilanciamento tra tecnologia, come strumento di riabilitazione e mezzo per rendere più sopportabile la detenzione, e l'eccessivo controllo e restrizione della libertà<sup>56</sup>.

D'altro canto, gli istituti penitenziari si devono sentire protetti attraverso, ad esempio, la fruizione da parte dei detenuti di piattaforme digitali sicure, anziché

---

<sup>52</sup> L. HARRISON, *Prisoners and Their Access to the Internet in the Pursuit of Education*, in *Alternative Law Journal*, vol. 39, 3, 2014. Analogamente alle sentenze estoni e lituane, in *V. Ramazan Demir v Turkey*, Corte EDU (ricorso n. 68550/17, sentenza del 9 febbraio 2021), si afferma che grazie alla facile accessibilità Internet svolge un ruolo importante nella diffusione pubblica di notizie e informazioni.

<sup>53</sup> D. VOORHOOF, *European Court of Human Rights: Ramazan Demir v. Turkey*, in *IRIS*, 4, 2021, 1.

<sup>54</sup> Nella sentenza *Ramazan Demir v Turkey* (2021) la Corte EDU sottolinea che i detenuti nell'ambito di uno specifico programma di formazione o riabilitazione hanno diritto di accedere a Internet.

<sup>55</sup> C. MCKAY, *The carceral automaton: Digital prisons and technologies of detention*. *International Journal for Crime, in Justice and Social Democracy*, vol. 11, 1, 2022, 100-119.

<sup>56</sup> A. LECLERCQ-VANDELANNOIT, *A The panopticon, an emblematic concept in management and organization studies: Heaven or hell?*, in *International Journal of Management Reviews*, vol. 25, 1, 2023, 52-74.

minacciati dal difficile monitoraggio delle loro attività. Da qui, la necessità di creare le “Prigioni Smart”, per conferire maggiore autonomia ai detenuti (ad esempio, il carcere di Bollate) nell’esposizione ai dispositivi digitali con gestione autonoma e levigando l’effetto della prisonizzazione, concausa di fenomeni di autoleSIONISMO se non addirittura di natura suicidaria<sup>57</sup>. Riducendo la privazione tecnologica si rafforzerebbero i legami con i parenti e gli amici ed infine si permetterebbe di accedere all’istruzione e all’informazione<sup>58</sup>.

L’impiego delle tecnologie avanzate e delle *digital capabilities* permetterebbero di superare il vecchio concetto di disumanizzazione e di dispositivi *hard* come sbarre e serrature, il cui scopo era di natura preventiva<sup>59</sup>. Tali strumenti avevano il compito di docilizzare i corpi e di far interiorizzare ai detenuti parametri comportamentali utili al loro reinserimento sociale. Il progresso tecnologico trasformerebbe gli strumenti tradizionali, grazie all’introduzione di rimedi *soft* come la videosorveglianza oppure i braccialetti elettronici (in caso di detenzione domiciliare) che, seppure più invasivi sul piano del diritto alla riservatezza, migliorerebbero la gestione dei detenuti alleggerendo anche il sovraffollamento carcerario<sup>60</sup>.

Negli ultimi decenni, i sistemi automatizzati di accesso oppure le videocamere a circuito chiuso (CCTV) hanno ridotto il personale volto alla sorveglianza diretta grazie ad un controllo continuo e in tempo reale, ma addirittura, rendendo i detenuti più responsabili<sup>61</sup>. In alcune realtà carcerarie assistiamo all’utilizzazione delle applicazioni di programmi dell’IA che presentano potenziali vantaggi<sup>62</sup>.

La tecnologia contribuirebbe alla realizzazione di un nuovo *panopticon* caratterizzato da un controllo costante e più efficiente, ma allo stesso tempo invisibile e meno pervasivo che offrirebbe maggiore sicurezza, ma anche strumenti per la riabilitazione dei detenuti, come l’accesso a servizi educativi, sanitari e familiari, in linea con il nuovo volto costituzionale della pena<sup>63</sup>. Alcuni autori sostengono che

---

<sup>57</sup> A. KAUN, F. STIERNSTEDT, *Doing time, the smart way? Temporalities of the smart prison*, in *New Media & Society*, vol. 22, 9, 2020, 1580-1599.

<sup>58</sup> Cfr. <https://www.theguardian.com/us-news/2016/oct/03/prison-internet-access-tablets-edovo-jpay>.

<sup>59</sup> V. KNIGHT, *Digitizing the prison: The light and dark future may*, in *Prison Service Journal Issue*, 231, 2017, 22-30.

<sup>60</sup> B. CREWE, *Soft power in prison: Implications for staff-prisoner relationships, liberty and legitimacy*, in *European Journal of Criminology*, vol. 8, 6, 2011, 455-468.

<sup>61</sup> P. PUOLAKKA, S. VAN DE STEENE, *Artificial intelligence in prison in 2030 an exploration on the future of AI in prison*, in *Advancing Correction Journal*, 2021, 12.

<sup>62</sup> J. ROBBERECHTS, K. BEYENS, *PrisonCloud: the beating heart of the digital prison cell*, in J. Turner, V. KNIGHT (a cura di) *The Prison Cell: Embodied and Everyday Spaces of Incarceration*, Springer International Publishing, Cham, 2020, 283-303.

<sup>63</sup> S. SANTINI, *Tecnologie nelle carceri: un ponte per il reinserimento sociale e lavorativo*, 2025, consultabile in <https://www.agendadigitale.eu/smart-city/tecnologie-nelle-carceri-un-ponte-per-il-reinserimento-sociale-e-lavorativo/>; N. ROSE, *Governing “advanced” liberal democracies*, in A. BARRY, T. OSBORNE, N. ROSE (a cura di) *Foucault and Political Reason: Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government*, UCL Press, London, 1996, 37-64; D. GARLAND, *The limits of the*

essendo il concetto di tempo carcerario fissato dall'autorità carceraria, l'apporto digitale costituirebbe un concreto aiuto ai detenuti a godere di maggiore autonomia<sup>64</sup>, anche se potrebbe essere di apparenza perché toccherebbe questioni etiche e di privacy in vista degli obiettivi perseguiti<sup>65</sup>. Come si è detto, la tecnologia risulta impiegata soprattutto per finalità strettamente di natura securitaria, anche se il suo utilizzo potrebbe migliorare anche il benessere psicofisico dei detenuti. Se consideriamo il tasso suicidario nelle prigioni italiane che ha raggiunto livelli allarmanti<sup>66</sup> grazie alla tecnologia si potrebbe prevenire atti di violenza o suicidio. In Cina sono operativi, ad esempio, i *robotic guards*, che attraverso telecamere e microfoni riescono a monitorare da remoto i detenuti, così come in Corea del Sud i robot prevengono forme di lesione personale oppure di suicidio<sup>67</sup>. Per non parlare dei sistemi sofisticati di monitoraggio basati sull'IA che grazie al riconoscimento facciale e analisi del movimento costituiscono un avanzato sistema di raccolta dati comportamentali dei detenuti necessari per segnalare attività sospette<sup>68</sup>.

Indubbiamente, per evitare che l'introduzione della tecnologia venga percepita dai detenuti in maniera negativa mediante l'adozione di misure eccessivamente securitarie, si deve basare sulla costruzione della fiducia sia dei detenuti che del personale, migliorando la cultura carceraria<sup>69</sup> e conseguentemente determinando un notevole abbattimento della stessa recidiva<sup>70</sup>. La sicurezza deve essere, indubbiamente, presa in considerazione assai prima di adottare una strategia adeguata di digitalizzazione.

## 6. Età avanzata e reinserimento sociale e professionale

L'età avanzata è un predittore della divisione digitale in carcere<sup>71</sup>, vuoi perché gli anziani hanno meno probabilità di utilizzare tecnologia come Internet e

---

*sovereign state: Strategies of crime control in contemporary society*, in the *British Journal of Criminology*, vol. 36, 4, 1996, 445-471.

<sup>64</sup> Y. JEWKES, B. REISDORF, *A brave new world: The problems and opportunities presented by new media technologies in prisons*, in *Criminology & Criminal Justice*, vol. 16, 5, 2016, 534-551.

<sup>65</sup> B. REISDORF, *A brave new world: The problems and opportunities...*, cit., 534-551.

<sup>66</sup> GNPL, *Report per un'analisi dei decessi in carcere*, gennaio-luglio 2025. Nel 2024 i suicidi accertati dal DAP sono 83, i decessi per cause da accertare 18.

<sup>67</sup> A. POLYAKOVA, C. MESEROLE, *Exporting digital authoritarianism: The Russian and Chinese models*, 2019.

<sup>68</sup> S. SANTINI, *Tecnologie nelle carceri: un ponte per il reinserimento sociale e lavorativo*, cit.

<sup>69</sup> A. MUFARREH, J. WAITKUS, T.A. BOOKER, *Prison official perceptions of technology in prison*, in *Punishm. Soc.* 2021, 1-23, ritengono che il personale nelle carceri dotate di tecnologia sia più propenso a credere che la tecnologia abbia un effetto positivo sui detenuti.

<sup>70</sup> L.A. LARES, S. MONTGOMERY, *Psychosocial Needs of Released Long-Term Incarcerated Older Adults*, in *Criminal Justice Review*, vol. 45, 3, 2020, 358-377.

<sup>71</sup> S. LYTHREATHIS, S. SANJAY KUMAR, E.K. ABDUL-NASSER, *The digital divide: A review and future research agenda. Technological Forecasting and Social Change*, 175, 2022, 121359.

smartphone<sup>72</sup> oppure perché sono generalmente più svantaggiati, per cui ottengono scarsi risultati rispetto all'inclusione digitale<sup>73</sup>.

Se sussiste un rischio di esclusione sociale per i detenuti adulti che abbiano poche competenze digitali, per gli anziani questo rischio aumenta sensibilmente dal momento che vivono una disconnessione dalle reti sociali sia durante che dopo il rilascio<sup>74</sup>. Così come l'età avanzata che si abbina alle pene lunghe determinando una più marcata disconnessione sociale<sup>75</sup>.

Con l'aumento dei casi di pandemia di Covid-19 e conseguentemente con la chiusura dei colloqui e le numerose rivolte carcerarie che ne sono seguite, la tecnologia non soltanto si è insinuata nel carcere ma anche nei servizi penitenziari, come per l'adempimento dei requisiti di libertà vigilata nei programmi riabilitativi intramurari ed extra carcerari<sup>76</sup>. Il Ministero della giustizia si è adoperato attraverso numerose circolari per distribuire apparecchiature di comunicazione e collegamenti oltre i limiti ordinari che sopprimeranno all'emergenza sanitaria. Questo fenomeno che ha penalizzato gli istituti che non hanno fatto ricorso ai moderni strumenti di comunicazione per contrastare le severe misure restrittive dettate dalla pandemia, ha notevolmente influito sulla recidiva di coloro che si trovavano sprovvisti di rudimenti tecnologici, ovvero in una posizione di svantaggio<sup>77</sup>. A livello globale, il tasso di ricondanna a 2 anni è pari al 20-63% mentre per la recidiva è pari al 14-45%<sup>78</sup>. A questo proposito l'organizzazione mondiale della sanità ha stimato (OMS, 2021) che circa 30 milioni di persone detenute possono costituire un significativo impatto sociale a causa della loro emarginazione di natura sociale ma anche medica<sup>79</sup>. Nel campo della salute, infatti, le ICT possono offrire grandi vantaggi come la telemedicina che velocizzerebbe i trattamenti e migliorerebbe il rapporto

<sup>72</sup> J. CHOUDRIE, S. PHEERAPHUTTRANGHKOON, S. DAVARI, *The digital divide and older adult population adoption, use and diffusion of mobile phones: A quantitative study*, in *Information Systems Frontiers*, vol. 22, 3, 2020, 673-695; A. HUNSAKER, E. HARGITTAL, *A review of Internet use among older adults*, in *New media & society*, vol. 20, 10, 2018, 3937-3954.

<sup>73</sup> E. THOMAS, K.B. SKEIE, H. HUANG, *Inclusion of elderly users via virtual spaces in the early stages of the innovation process*, in *R&D Management*, vol. 54, 2, 2024, 214-226.

<sup>74</sup> J. WYSE, *Older men's social integration after prison*, in *International journal of offender therapy and comparative criminology*, vol. 62, 8, 2018, 2153-2173.

<sup>75</sup> C. DI LORITO, B. VÖLLM, T. DENING, *Psychiatric disorders among older prisoner*, cit., 1-10.

<sup>76</sup> A. KERR, M. WILLIS, *Prisoner use of information and ...*, cit., 2018.

<sup>77</sup> J. HWANG, A. HAGOS, A. WITHALL, S. HAMPTON, P. SNOYMAN, T. BUTLER, *Population ageing, incarceration and the growing digital divide: understanding the effects of digital literacy inequity experienced by older people leaving prison*, in *MedRxiv*, 2024.

<sup>78</sup> D. YUKHNENKO, L. FAROUKI, S. FAZEL, *Criminal recidivism rates globally: A 6-year systematic review update*, in *Journal of criminal justice*, 88, 2023, 102115; P. ARGUELLES, I. ORTIZ-LUIS, *Bars behind bars: Digital technology in the prison system*, in *SSRN Electronic Journal*, 2021.

<sup>79</sup> T. SKARÐHAMAR, *Inmates' social background and living conditions*, in *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention*, vol. 4, 1, 2003, 39-56.

tra salute intramuraria ed esterna<sup>80</sup>. L'accesso ai servizi sanitari, grazie alla tecnologia, non richiederebbe spostamenti fisici che non soltanto ridurrebbe il rischio di trasmissione di malattie all'interno delle strutture carcerarie ma abbatterebbe i costi delle traduzioni dei detenuti verso l'esterno. Per non parlare della salute nei confronti di abusi commessi dalla polizia penitenziaria nei confronti dei detenuti, che grazie alle videocamere di sorveglianza garantirebbero maggiore protezione dei diritti umani. Si tratterebbe di dispositivi di sorveglianza che senza aumentare l'isolamento dei detenuti, favorirebbero la gestione delle emergenze.

L'alfabetizzazione digitale costituisce anche uno strumento indispensabile per migliorare il reinserimento dei detenuti in una società assai digitalizzata incidendo positivamente anche sui legami familiari e sull'uso prosociale e produttivo del tempo<sup>81</sup>. Il passaggio dal carcere alla società è un momento molto difficile caratterizzato dal reinserimento nel mondo dei liberi e dalla valutazione del divario digitale scaturito dalla violazione dei diritti fondamentali incluso l'art. 10 CEDU.

La responsabilità da parte del sostegno intramurario è diretta e comporterebbe in caso di scarsità non soltanto la recidiva ma anche numerose conseguenze sul piano della salute pubblica, dei diritti umani, del benessere sociale e del reinserimento economico<sup>82</sup>.

Nella società attuale, l'alfabetizzazione e l'inclusione digitale possono costituire un'opportunità preziosa per favorire il reinserimento lavorativo e l'abbattimento dello stigma<sup>83</sup>. Da una ricerca spagnola<sup>84</sup> è emerso che il ruolo del sistema penitenziario diventa cruciale per la formazione professionale dei detenuti che, in base ad un piano formativo strategico ben progettato, potranno abilitarsi in quei lavori che richiedono una domanda professionale più elevata, da spendere una volta scarcerati<sup>85</sup>. Nel 2023 il Ministero della giustizia e il CNEL hanno sottoscritto un Accordo Interistituzionale per esaltare il lavoro penitenziario che deve essere formativo e professionalizzante per agevolare la reintegrazione sociale e l'abbattimento

---

<sup>80</sup> D. RONCO, *La telemedicina negli istituti penitenziari: potenzialità, resistenze e prospettive*, in *Antigone*, 2, 2021, 59-76.

<sup>81</sup> A. KERR, M. WILLIS, *Prisoner use of information and ...*, cit., 2018; E. ZIVANAI, G. MAHLANGU, *Digital prison rehabilitation and successful re-entry into a digital society: A systematic literature review on the new reality on prison rehabilitation*, in *Cogent Social Sciences*, vol. 8, 1, 2022.

<sup>82</sup> N. AZZOPARDI-MUSCAT, K. SØRENSEN, *Towards an equitable digital public health era: promoting equity through a health literacy perspective*, in *European journal of public health*, 29 Supplement 3, 2019, 13-17; N. CHAMPION, K. EDGAR, Kimmitt. *Through the gateway: How computers can transform rehabilitation*, in *Prison Reform Trust and Prisoners' Education Trust*, 2013.

<sup>83</sup> A.M. RODRIGUES, S. FIDALGO, *The role of Artificial Intelligence (AI) in rehabilitation and in the reduction of the use of imprisonment*, in *UNIO-EU Law Journal*, 10, 2024, 42-53.

<sup>84</sup> M. BARREIRO-GEN, I. NOVO-CORTI, *Collaborative learning in environments with restricted access to the internet: Policies to bridge the digital divide and exclusion in prisons through the development of the skills of inmates*, in *Computers in Human Behavior*, 2015, 51.

<sup>85</sup> M.L. PULIDO, *Challenges to the educational "digital divide" in Spanish prisons*, in *European Journal on Criminal Policy and Research*, 29, 2023, 263-281.

della recidiva. All'estero, per limitare la recidiva sono stati organizzati alcuni corsi di formazione digitale come "The last Mile" oppure "Code 7370", per imparare il computer coding, per fornire competenze altamente qualificanti e richieste nel mondo del lavoro.

Per quanto riguarda le donne, seppure rappresentino una minoranza, hanno esigenze specifiche e diverse da quelle degli uomini. Le detenute che erano già svantaggiate in termini di accesso digitale, si è scoperto che hanno dovuto affrontare problemi ancora maggiori, principalmente a causa della pandemia, poiché la mancanza di un accesso stabile a Internet e ai dispositivi digitali durante il COVID-19 le ha emarginate digitalmente nonostante stessero scontando la pena<sup>86</sup>.

Nel carcere femminile del New Jersey sono stati organizzati, infatti, i laboratori informatici per sviluppare le skills indispensabili per trovare un lavoro<sup>87</sup>. Altre iniziative volte ad estendere il sapere digitale dopo la scarcerazione sono state intraprese dalla Columbia University's Centre for Justice con il programma "Justice through Code", volto al reinserimento lavorativo degli ex detenuti oppure il corso di formazione digitale per ex detenuti organizzato a Detroit, "Michigan Liberation"<sup>88</sup>.

In Australia, attraverso un'intervista curata presso gli ex detenuti è emerso che l'alfabetizzazione digitale dei detenuti è volta alla riabilitazione, all'assistenza sanitaria<sup>89</sup> e al reinserimento dopo il rilascio<sup>90</sup>. Nello stesso anno della ricerca è stato pubblicato il rapporto sulle questioni inerenti alla disponibilità e accesso alla tecnologia nelle carceri (l'Office of the Inspector of Custodial Services WA, 2018) per comprendere la situazione e le sfide future sull'alfabetizzazione digitale.

Inoltre, mestieri legati al digitale, come la progettazione di applicazioni informatiche interattive<sup>91</sup>, permettono ai detenuti di accedere al settore privato e di

<sup>86</sup> M. BLOMBERG ed al., *Digital divide and marginalized women during COVID-19: a study of women recently released from prison*, in *Information, Communication and Society*, vol. 24, 14, 2021.

<sup>87</sup> I. NOVO-CORTI, M. BARREIRO-GEN, *Barreras físicas y barreras virtuales: delito y pena en la era digital. Nuevas políticas públicas para la reinserción*, in RiHumSo, in *Revista de Investigación del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales*, Universidad Nacional de La Matanza, 2, 2014, 3-22.

<sup>88</sup> Cfr. <https://miliberation.org/>.

<sup>89</sup> J. HUMPHREYS ed al. *Six-month emergency department use among older adults following jail incarceration*, in *Journal of Urban Health*, vol. 95, 4, 2018, 523-533; Cfr. T. RANTANEN, E. JÄRVELÄINEN, T. LEPPÄLAHTI, *Prisoners as Users of digital health care and social welfare services: a Finnish attitude survey*, in *Int. J. Environ. Res. Public Health*, vol. 18, 11, 2021, 2-14, in riferimento ai detenuti finlandesi.

<sup>90</sup> Per gli aborigeni l'età dei partecipanti all'intervista è di 50 e 45 anni, un'età limite per lo studio in considerazione delle loro vulnerabilità mediche e sanitarie. V. Australian Institute of Health and Welfare, 2019; H. MERKT, S. HAESSEN, L. MEYER, R.W. KRESSIG, B.S. ELGER, T. WANGMO, *Defining an age cut-off for older offenders: A systematic review of literature*, in *International Journal of Prisoner Health*, vol. 16, 2, 2020, 95-116, basato su 15 soggetti anziani che hanno partecipato alla ricerca; A. KERR, M. WILLIS, *Prisoner use of information and...*, cit., 2018.

<sup>91</sup> M. BARREIRO-GEN, I. NOVO-CORTI, L. VARELA-CANDAMIO, *Las TIC como herramienta de*

ottenere una remunerazione<sup>92</sup>. A tale proposito l'Assemblea del CNEL ha approvato il ddl n. 1/2024 volto alla strutturazione di una rete interistituzionale tra carceri e imprese integrata attraverso una piattaforma informatica<sup>93</sup>.

In Italia sono emerse diverse iniziative per affrontare il divario digitale dei detenuti in alcune carceri, nel tentativo di valutare l'implementazione di un accesso sicuro a Internet per scopi educativi; consentendo ai detenuti di partecipare a corsi online e di accedere ad informazioni pertinenti. Nel carcere milanese di Bollate, ad esempio, è possibile utilizzare il computer personale anche in cella per motivi di studio, svago oppure di cultura generale con "Wiki" offline; mentre nelle aree c.d. trattamentali è possibile l'*open web* ma limitato e sotto la supervisione degli agenti di polizia penitenziaria. Inoltre, esistono 11 stazioni di video-colloqui installate durante la pandemia con accesso a Internet e 3 aule con accesso a Internet dove si tengono corsi di formazione opzionali Cisco e corsi di networking per la formazione di esperti di sicurezza informatica e cybersecurity. I corsi Cisco sono disponibili anche nelle Case circondariali romane di Regina Coeli e Rebibbia ed in quella di Monza. Invece, all'interno della Casa circondariale torinese di "Lorusso e Cutugno", il Polo universitario penitenziario ha una connessione Internet riservata esclusivamente agli studenti detenuti di media sicurezza per problemi di *whitelist* di siti.

Negli Stati Uniti, invece, la maggior parte dei sistemi penitenziari statali si concentrano esclusivamente su ambiti offline per la riabilitazione ed il reinserimento dei detenuti, ma, ciò nonostante, la tecnologia si sta lentamente facendo strada tra le sbarre. Alcune esperienze virtuose sperimentate da alcune carceri prevedono l'accesso all'*open web* da parte dei detenuti mediante specifici programmi di istruzione a distanza come, ad esempio, "Zoom per lezioni" oppure "limitate *whitelists*"<sup>94</sup>. In altri istituti, invece, è possibile avere accesso a dispositivi elettronici e seguire anche dei corsi di formazione digitale ma senza avere pieno accesso a Internet<sup>95</sup>.

Negli ultimi anni, aziende tra cui "American Prison Data Systems, Edovo e JPay" hanno iniziato a distribuire tablet di base a migliaia di detenuti, offrendo contenuti educativi e di intrattenimento che, possono aiutare a migliorare il comportamento e

---

*inclusión social a través de la formación académica y profesional en el entorno de los centros penitenciarios: Análisis de las percepciones de la población reclusa en la región de Galicia, in España, Inclusão Social*, vol. 5, 1, 2011, 58-67.

<sup>92</sup> G. ROBINSON, *Late-modern rehabilitation: The evolution of a penal strategy*, in *Punishment & Society*, vol. 10, 4, 2008, 429-445.

<sup>93</sup> E.M. CORNO, *Come si sta usando la tecnologia in carcere: AI, realtà virtuale e il controverso Progetto Cognify*, in *Corriere della Sera*, 2024.

<sup>94</sup> H. FARLEY, A. MURPHY, T. BEDFORD, *Bridging the digital divide: Bringing e-literacy skills to incarcerated students*, in *ASCILITE 2012 – annual conference of the Australian society for computers in tertiary education*, 2012; A. PIKE, *Developing online communities to support distance learning in secure environments*, in *IMSCI 2009-3rd international multi-conference on society, cybernetics and informatics, proceedings*, vol. 1, 2009, 13-16.

<sup>95</sup> G. SYKES, *The Society of captives: a study of a maximum-security prison*, Princeton University Press, Princeton, 2007.



ridurre le possibilità di recidiva<sup>96</sup>. Si tratta di quella che viene definita la riabilitazione digitale<sup>97</sup>, ovvero della possibilità da parte dei dispositivi digitali di determinare un effetto riabilitativo in vari ambiti<sup>98</sup>.

La riabilitazione digitale costituirebbe quindi, una questione centrale dell'efficacia dell'art. 27 Cost. perché le pene devono sempre tendere alla rieducazione del condannato<sup>99</sup>. A tale scopo, non dobbiamo dimenticare che il percorso di innovazione tecnologica e transizione digitale ha avuto una rilevanza talmente elevata da meritare circa il 27% delle risorse totali del PNRR<sup>100</sup>. Il rischio è che alcune esperienze virtuose sperimentate da alcuni istituti penitenziari possano costituire un'eccezione che nasconde situazioni di arretratezza e di refrattaria indisponibilità ai cambiamenti imposti dalla società<sup>101</sup>.

## 7. Conclusione

Troppe sono ancora le disuguaglianze formali che caratterizzano gli istituti penitenziari italiani, come anche la concezione della pena che è ancora fortemente legata ad un'idea di punizione come strumento vessatorio e di natura sostanziale<sup>102</sup>, per non parlare delle risorse limitate<sup>103</sup> o della loro distribuzione diseguale<sup>104</sup>, che verrebbero ad accentuare il divario digitale in carcere. Si è potuto constatare che le principali barriere che contribuiscono all'esclusione digitale dei detenuti, soprattutto di quelli anziani, sono poste principalmente dall'amministrazione penitenziaria. La soluzione, trattandosi di beni costituzionalmente garantiti, come l'esercizio dei diritti riconosciuti alla persona, potrebbe consistere oltre al principio di proporzionalità e

---

<sup>96</sup> D. TYNAN, *Online behind bars: if internet access is a human right, should prisoners have it?*, cit., 2016.

<sup>97</sup> V. HOFINGER, P. PFLEGERL, *A reality check on the digitalization of prisons: Assessing the opportunities and risks of providing digital technologies for prisoners*, in *Punishment & Society*, vol. 26, 5, 2024, 898-916.

<sup>98</sup> C. MCDUGALL, D.S. PEARSON, *Technology as a means of rehabilitation: a measurable impact on reducing crime*, in T.J. HOLT, A.M. BOSSLER (a cura di) *The Palgrave Handbook of International Cybercrime and Cyberdeviance*, Springer International Publishing, Cham, 2020, 183-206.

<sup>99</sup> S. ANASTASIA, *I Garanti territoriali, le Regioni e gli Enti locali nel campo penitenziario*, in M.C. LOCCHI (a cura di), *Vita detentiva, identità e diritti*, 2021, 201-215.

<sup>100</sup> V. il PNRR italiano all'interno della Missione 1 in <https://innovazione.gov.it/italia-digitale-2026/il-piano/>.

<sup>101</sup> S. VAN DE STEENE, V. KNIGHT, *Digital transformation for prisons: Developing a needs-based strategy*, in *Probation Journal*, vol. 64, 3, 2017, 256-268.

<sup>102</sup> E. GOFFMAN, *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Anchor Book, New York, 1961.

<sup>103</sup> A. KOFMAN, *Digital jail: How electronic monitoring drives defendants into debt*, in *The New York Times*, 2019.

<sup>104</sup> B. WESTERN, B. PETTIT, *Incarceration & social inequality*, in *Daedalus*, vol. 139, 3, 2010, 8-19.

necessità, che coniugano la sicurezza digitale al diritto alla Rete dei detenuti, anche il necessario intervento legislativo. Muovendo, infatti, dall'art. 18, legge n. 354/75 nella sua formulazione vigente dovuta ai consistenti apporti del d.lgs. 2 ottobre 2018, n. 123, che disciplina espressamente la materia dei colloqui, corrispondenza e informazione, si viene a riconoscere, infatti, esplicitamente l'accesso a Internet all'interno di tutte le strutture penitenziarie sia pure condizionato dalle esigenze di tutela dell'ordine e sicurezza intrinseche all'art. 13 Cost. (Corte cost., 22 novembre 2000, n. 526). Gli spazi più o meno ampi di indeterminatezza, lasciati dal legislatore, devono essere riservati alle particolari fonti previste dall'ordinamento speciale (regolamenti, circolari) <sup>105</sup>, che – anche se la loro forza è subordinata alla legge <sup>106</sup> – devono svolgere un ruolo applicativo dello sviluppo tecnologico ogni volta che venga applicato allo studio, all'informazione e ai contatti familiari. Diversamente, l'assenza di sostegno e di utilizzazione della Rete in carcere impedirebbe a coloro che vengono scarcerati di adattarsi a un mondo rapidamente digitalizzato <sup>107</sup>.

Dal momento che quest'anno ricorre il cinquantesimo anniversario dalla nascita della legge sull'ordinamento penitenziario (del 26 luglio 1975, n. 354) l'augurio è che questa importante ricorrenza possa costituire un momento non soltanto celebrativo ma anche un'utile occasione per ripensare il carcere anche in maniera più digitale.

---

<sup>105</sup> *Delfi AS v Estonia*, Corte EDU (ricorso n. 64569/09, sentenza del 16 giugno 2015). Cfr. P.A. ALLEGRI, ed al., *Le tecnologie dell'informazione in carcere: realtà, potenzialità, ambivalenze*, in *Antigone*, 2, 2021, 7-11.

<sup>106</sup> G. CHIOLA, *Il Digital Divide in carcere, il Diritto dell'informazione e dell'informatica*, Anno XXXVI, 6, 2020, 971-989.

<sup>107</sup> L.E. SOMMER, *Inmates need Internet to prepare for life after prison*, in *Wired*, 2023.



# Intelligenza artificiale e giustiziabilità dei diritti. Compatibilità con il modello costituzionale e prospettive di tutela della persona anziana vulnerabile

Paola Mazzina\*

**SOMMARIO:** 1. Intelligenza artificiale e giurisdizione: una tensione costituzionale originaria. – 2. Tutela giurisdizionale, giudice-persona e vincoli costituzionali alla decisione automatizzata. – 3. Intelligenza artificiale, giusto processo e limiti costituzionali dell'efficienza. – 4. Vulnerabilità dell'anziano, intelligenza artificiale e giustizia: dimensioni e implicazioni, opportunità potenziali, rischi e criticità emergenti. – 5. La disciplina dell'intelligenza artificiale nel sistema multilivello europeo e nazionale: principi, *governance* e spazi di tutela della persona anziana. – 6. Verso un modello di giustizia inclusivo: spunti di riflessione conclusivi.

**ABSTRACT:** This contribution analyzes the impact of artificial intelligence on the justice system in light of the Italian constitutional framework, questioning the compatibility of automated decision-making with the principles of effective judicial protection and the right to a fair trial, with particular attention to the condition of vulnerable elderly individuals. Starting from the recognition of a structural tension between the need for efficiency and constitutional guarantees, the essay reconstructs the central role of the judiciary as a safeguard of fundamental rights, highlighting the constitutional incompatibility of automated decision-making models that affect the content of judicial decisions, in violation of the principles of the human-judge, adversarial proceedings, the right to defense, and the duty to provide reasons. The analysis then focuses on the distinguished effects that the use of artificial intelligence can have on elderly individuals, emphasizing how cognitive, digital, and economic vulnerabilities may amplify the risks of exclusion, discrimination, and depersonalization of judicial protection. In addition to these critical aspects, the inclusive potential of intelligent technologies is examined, provided they are designed according to principles of transparency, accessibility, and human oversight. The paper concludes with an examination of the multi-level regulatory framework, focusing on the European AI Act and the recent Law No. 132 of 2025 (Italy), which outline a human-centered regulation model based on reserving the decision to the judge. In this perspective, artificial intelligence can serve as a support tool for justice only if oriented toward the protection of dignity, substantive equality, and fundamental rights, particularly for vulnerable individuals.

---

\* Professoressa Ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi di Napoli Parthenope.

## 1. Intelligenza artificiale e giurisdizione: una tensione costituzionale originaria

Nel quadro della rivoluzione digitale, l'intelligenza artificiale rappresenta uno degli strumenti tecnologici più trasformativi per la società contemporanea.

La sua applicazione si estende a settori fondamentali come la sanità, l'amministrazione pubblica e, non da ultimo, il sistema giudiziario<sup>1</sup>.

Il dibattito sull'introduzione dei sistemi di intelligenza artificiale nel sistema giudiziario non è soltanto una questione di efficienza tecnologica, ma si inserisce in una riflessione millenaria sulla natura stessa della giustizia.

Fin dall'antichità, il pensiero giuridico ha oscillato tra due aspirazioni fondamentali: da un lato, il desiderio di una giustizia oggettiva, imparziale e prevedibile, quasi meccanica nella sua applicazione della legge; dall'altro, la consapevolezza che l'atto del giudicare richieda un'interpretazione umana, capace di cogliere le sfumature del caso concreto, l'equità e la proporzionalità.

L'idea di una giustizia "automatica" o "robotica" ha radici che affondano nelle utopie (o distopie) letterarie e filosofiche, come l'immagine del giudice-re filosofo platonico, o il desiderio illuminista di un giudice "bocca della legge" (*juge-bouche de la loi*), mero esecutore di un codice razionale e inequivocabile.

---

<sup>1</sup> La letteratura sull'argomento in ambito giuridico è già molto vasta. In considerazione delle riflessioni giuspubblicistiche del presente contributo e senza pretesa di completezza, si suggeriscono tra gli studi più recenti: P. BILANCIA, *Le sfide informative della democrazia*, in *Diritto ed economia dei mezzi di comunicazione*, 3, 2021, 159 ss.; B. CARAVITA DI TORITTO, *Principi costituzionali e intelligenza artificiale*, in U. RUFFOLO (a cura di), *Intelligenza artificiale. Il diritto, i diritti, l'etica*, Giuffrè, Milano, 2020, 451 ss.; A. CARLEO (a cura di), *Decisione robotica*, Il Mulino, Bologna, 2019; C. CASONATO, *Intelligenza artificiale e diritto costituzionale: prime considerazioni*, in *Dir. pubbl. comp. ed eur.*, 2019, 101 ss.; A. D'ALOIA (a cura di), *Intelligenza artificiale e diritto. Come regolare un mondo nuovo*, Franco Angeli, Milano, 2020; ID., *Intelligenza artificiale, società algoritmica, dimensione giuridica. Lavori in corso*, in *Quad. cost.*, 3, 2022, 651 ss.; A. CERRI, *Spunti e riflessioni sull'impiego dell'Intelligenza Artificiale nei procedimenti giuridici*, in *Dir. pubbl.*, 1, 2023, 39 ss.; F. FABRIZZI, L. DUST (a cura di), *Controllo e predittività. Le nuove frontiere del costituzionalismo nell'era dell'algoritmo*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024; L. GRIMALDI, *Costituzionalismo «post-umano» alla prova della decisione pubblica algoritmica*, in *Federalismi.it*, 34, 2022, 75 ss.; M. LADU, N. MACCABIANI, *L'individuo e la realtà digitale. Una questione costituzionale e democratica oltre la virtualità*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2023; D. MARTIRE, *Intelligenza artificiale e Stato costituzionale*, in *Dir. pubbl.*, 2, 2022, 397 ss.; A. PAPA, *Intelligenza artificiale e decisioni pubbliche tra tecnica, politica e tutela dei diritti*, in *Federalismi.it*, 22, 2022, 101 ss.; EAD., *Intelligenza artificiale e decisione pubblica*, in A. PAPA (a cura di), *La regolazione dell'intelligenza artificiale nei processi decisionali. Opportunità, rischi, bilanciamento*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024, 7 ss.; A. PAJNO, F. DONATI, A. PERRUCCI (a cura di), *Intelligenza artificiale e diritto: una rivoluzione?*, Il Mulino, Bologna, 2022, Volume I-II-III; O. POLLICINO, *Il potere digitale*, in *Enc. dir.*, V, *Potere e Costituzione*, diretto da M. CARTABIA, M. RUOTOLO, Giuffrè, Milano, 2023, 410 ss.; U. RUFFOLO (a cura di), *XXVI Lezioni di diritto dell'intelligenza artificiale*, Giappichelli, Torino, 2021; A. SIMONCINI, *L'algoritmo incostituzionale: intelligenza artificiale e il futuro della libertà*, in *Biola Journal – Rivista di Biodiritto*, 1, 2019, 63 ss.; A. STERPA (a cura di), *L'ordine giuridico dell'algoritmo*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2024; L. TORCHIA, *Lo Stato digitale. Un'introduzione*, Il Mulino, Bologna, 2023.

L'avvento dell'intelligenza artificiale generativa e predittiva riporta al centro del dibattito giuridico una tensione che accompagna, sin dalle sue origini, l'esercizio della funzione giurisdizionale negli ordinamenti democratici: quella tra l'aspirazione all'efficienza del decidere e l'esigenza, irrinunciabile, di preservare il carattere umano, personalizzato e garantito della giustizia.

Se è vero che ogni stagione storica ha conosciuto strumenti tecnici destinati a supportare l'attività del giudice – dalla standardizzazione dei formulari alla progressiva informatizzazione dei registri – è altrettanto vero che l'intelligenza artificiale segna una discontinuità qualitativa, poiché non si limita a coadiuvare l'attività decisionale, ma ambisce, almeno in prospettiva, a incidere sul contenuto stesso della decisione.

È proprio in questa ambizione che si annida la questione costituzionale.

L'introduzione di sistemi decisionali automatici o semi-automatici nell'amministrazione della giustizia non solleva soltanto interrogativi di natura tecnica o organizzativa, ma investe direttamente i principi supremi dell'ordinamento costituzionale, ponendo in discussione la fisionomia stessa della giurisdizione così come delineata dalla Costituzione repubblicana <sup>2</sup>.

L'effetto dell'intelligenza artificiale, infatti, non è neutro in quanto si intreccia con dinamiche sociali e giuridiche che possono amplificare posizioni di svantaggio, soprattutto tra le categorie più vulnerabili. Tra queste, gli anziani si distinguono per fragilità cognitive, fisiche e sociali oltre che talvolta anche economiche, in grado di condizionare significativamente il loro accesso alla giustizia e la tutela dei loro diritti.

Il presente saggio esplora le implicazioni dell'intelligenza artificiale sui fondamenti costituzionali del sistema giudiziario italiano e, segnatamente, sulla condizione di vulnerabilità degli anziani analizzando rischi e opportunità connessi al suo

---

<sup>2</sup> L'impatto dell'intelligenza artificiale sull'amministrazione della giustizia alla luce dei principi costituzionali è esaminato, *ex multis*, da F. DONATI, *Intelligenza artificiale e giustizia*, in *Rivista AIC*, 1, 2020, 416 ss., il quale, dopo aver ricostruito le principali applicazioni dell'intelligenza artificiale nel contesto giudiziario e i rischi di discriminazione algoritmica, esamina i limiti giuridici alle decisioni automatizzate, richiamando in particolare le garanzie del giusto processo, dell'indipendenza del giudice e del diritto di difesa. Il saggio di M. LUCIANI, *La decisione giudiziaria robotica*, in *Rivista AIC*, 3, 2018, 879 ss., riflette criticamente sull'ipotesi del "giudice-robot" e sull'uso dell'intelligenza artificiale nell'amministrazione della giustizia. Traendo spunto dal lavoro di I. ASIMOV, *The Feeling of Power*, l'A. utilizza la metafora della dipendenza dagli elaboratori per mettere in guardia dai rischi di una delega eccessiva alle macchine, che potrebbe indebolire non solo le capacità umane, ma anche la legittimazione sistemica della funzione giurisdizionale. A. SIMONCINI, nel saggio *Il linguaggio dell'intelligenza artificiale e la tutela costituzionale dei diritti*, in *Rivista AIC*, 2, 2023, 1 ss., si focalizza sulla natura decisionale di queste tecnologie e sulle implicazioni per i diritti fondamentali sottolineando che l'introduzione dell'intelligenza artificiale nei processi decisionali giudiziari rischia di compromettere l'effettività del diritto di difesa se gli algoritmi non sono trasparenti, interpretabili o contestabili. In questi termini, si osserva che se il cittadino non può comprendere il ragionamento sotteso a una decisione automatizzata, viene meno la possibilità di opporsi consapevolmente, violando il nucleo essenziale dell'art. 24 Cost. In argomento, cfr. anche C. NAPOLI, *Algoritmi, intelligenza artificiale e formazione della volontà pubblica: la decisione amministrativa e quella giudiziaria*, in *Rivista AIC*, 3, 2020, 318 ss.

utilizzo alla luce anche del ruolo regolatorio derivante da ultimo dall'IA Act e dalla recente legge n. 132/2025, che disciplina l'uso dell'intelligenza artificiale in Italia.

## 2. Tutela giurisdizionale, giudice-persona e vincoli costituzionali alla decisione automatizzata

La riflessione sulla compatibilità dell'intelligenza artificiale con l'amministrazione della giustizia non può che muovere dal riconoscimento del ruolo centrale che la tutela giurisdizionale occupa nell'architettura costituzionale italiana.

La promessa di una giustizia più rapida, uniforme e prevedibile, spesso associata all'impiego di sistemi algoritmici, si confronta infatti con un modello costituzionale di giurisdizione che pone la persona, il giudice umano e la decisione motivata al centro del sistema di protezione dei diritti.

In tale prospettiva, la tensione tra innovazione tecnologica ed esigenze di garanzia non è meramente contingente, ma strutturale, poiché investe il modo stesso in cui il potere giudiziario è concepito e legittimato all'interno dello Stato di diritto.

La giurisdizione non è riducibile a una funzione tecnica di risoluzione efficiente delle controversie, ma costituisce il presidio essenziale dei diritti fondamentali, il luogo istituzionale in cui l'ordinamento assicura la trasformazione delle situazioni giuridiche soggettive in posizioni effettivamente tutelate<sup>3</sup>.

L'art. 24 Cost., come è noto, sancisce solennemente il diritto di azione e di difesa, affermando che «tutti possono agire in giudizio per la tutela dei propri diritti e interessi legittimi» e che «la difesa è diritto inviolabile in ogni stato e grado del procedimento».

Tale disposizione esprime una scelta di fondo del Costituente: quella di collocare la tutela giurisdizionale al centro del sistema democratico, come strumento di reazione all'arbitrio e di composizione razionale del conflitto sociale.

La Corte costituzionale ha più volte chiarito che il diritto alla tutela giurisdizionale effettiva rientra tra i principi supremi dell'ordinamento, in quanto strettamente connesso alla dignità della persona e al principio democratico.

---

<sup>3</sup> Si segnala, C. CASONATO, M. FASAN, S. PENASA (a cura di), *Diritto e intelligenza artificiale*, in *Dir. pubbl. comp. ed eur. online*, 1, 2022. La sezione monografica offre un'analisi approfondita del rapporto tra intelligenza artificiale e diritto pubblico, con un *focus* particolare sul contesto europeo e comparato. In particolare, il contributo di S. PENASA, intitolato "*Intelligenza artificiale e giustizia: tra affidabilità tecnologica e sostenibilità costituzionale*", si concentra sull'uso dell'intelligenza artificiale nel sistema giudiziario e sulle tensioni tra innovazione tecnologica e garanzie costituzionali: vengono approfonditi l'affidabilità tecnologica delle soluzioni basate sull'intelligenza artificiale nel contesto della giustizia nonché la compatibilità costituzionale dell'impiego dell'intelligenza artificiale nel giudizio. Il tema specifico dei diritti nel settore della giustizia e le sfide dell'intelligenza artificiale sono affrontati nel cap. V del volume di M. FASAN, *Intelligenza artificiale e costituzionalismo contemporaneo. Principi, diritti e modelli in prospettiva comparata*, Università degli Studi di Trento, Trento, 2024.

L'accesso al giudice non è concepibile come una facoltà astratta, ma come la possibilità concreta di sottoporre una controversia a un organo dotato delle garanzie proprie della funzione giurisdizionale.

Tale impostazione trova ulteriore conferma nell'art. 113 Cost., che estende la tutela giurisdizionale anche nei confronti della pubblica amministrazione, sancendo l'assenza di ambiti sottratti al controllo del giudice<sup>4</sup>.

La portata sistemica di queste disposizioni emerge con particolare evidenza se letta in connessione con gli artt. 2 e 3 Cost.: il diritto alla tutela giurisdizionale spetta «a tutti» in quanto espressione diretta della protezione della persona umana e del principio di eguaglianza, e assume una valenza personalizzante in quanto la giurisdizione è chiamata a valutare il caso concreto nella sua specificità, tenendo conto delle condizioni soggettive delle parti e delle circostanze fattuali che caratterizzano la controversia.

La decisione giurisdizionale non è mai un atto impersonale o seriale, ma il risultato di un'attività interpretativa e valutativa che implica ascolto, ponderazione e assunzione di responsabilità.

È su questo sfondo che l'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale capaci di incidere sul contenuto delle decisioni appare particolarmente problematica.

I modelli di *machine learning*, fondati sull'analisi statistica di grandi quantità di dati, tendono a ricondurre il caso singolo all'interno di categorie generali, individuando soluzioni "probabili" sulla base di regolarità empiriche<sup>5</sup>.

Tale logica entra in tensione con l'idea costituzionale di giurisdizione, che non mira a produrre decisioni statisticamente ottimali, ma decisioni giuste nel caso concreto.

Il rischio che ne deriva è quello di una progressiva spersonalizzazione della tutela, in cui l'individuo viene trattato come elemento di una serie piuttosto che come portatore di una vicenda irripetibile.

Queste criticità risultano ulteriormente accentuate se si considera il modo in cui la Costituzione definisce la figura del giudice.

---

<sup>4</sup> Sul punto sia consentito rimandare, per maggiori approfondimenti, a P. MAZZINA, *Nuove prospettive del diritto di difesa. Profili costituzionali di un disegno in evoluzione*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2011. Inoltre, per una prima riflessione critica sull'impatto delle tecnologie digitali rispettivamente nell'ambito della decisione amministrativa e nel sistema giudiziario: EAD., *La decisione amministrativa alle prese con l'intelligenza artificiale*, in S. PISANO (a cura di), *Intelligenza artificiale. Azienda, lavoro e diritti*, Cacucci, Bari, 2024, 95 ss.; e EAD., *Giustizia e intelligenza artificiale*, in P.B. HELZEL, I.C. PASCA (a cura di), *Diritto ed economia tra innovazione e tradizione*, Cedam, Padova, 2024, 129 ss.

<sup>5</sup> Nel volume di V. MASTROIACOVIO (a cura di), *Giocare con altri dadi. Giustizia e predittività dell'algoritmo*, Giappichelli, Torino, 2024 si affronta la tematica con un approccio interdisciplinare. Con riferimento al rapporto tra giustizia e predittività algoritmica ci si interroga su quanto l'uso dell'intelligenza artificiale possa realmente supportare (o influenzare) le decisioni giudiziarie. I contributi esplorano rischi e potenzialità della giustizia predittiva, soffermandosi sulla qualità e trasparenza dei dati usati dagli algoritmi, sulla possibilità di controllo umano e sull'impatto che questi strumenti hanno sul ruolo del giudice, sulla legittimazione della decisione e sulla tutela dei diritti.



L'art. 25, comma 1, Cost. sancisce il principio del giudice naturale precostituito per legge, stabilendo che «nessuno può essere distolto dal giudice naturale precostituito per legge».

Tale principio non assolve soltanto a una funzione organizzativa, ma garantisce che la decisione giurisdizionale sia sottratta a ogni forma di arbitrio e affidata a un soggetto individuato sulla base di criteri generali, astratti e preventivi.

La precostituzione per legge del giudice presuppone che il giudice sia una persona fisica, inserita in un ordine autonomo e indipendente, dotata delle garanzie previste dall'ordinamento e responsabile dell'esercizio della funzione giurisdizionale.

Questa impostazione trova conferma nell'art. 102 Cost., che affida l'esercizio della funzione giurisdizionale esclusivamente ai magistrati ordinari e vieta l'istituzione di giudici straordinari o speciali.

Dal combinato disposto di tali norme emerge un modello di giurisdizione rigidamente ancorato alla figura del giudice-persona, incompatibile con l'idea di un decisore artificiale.

Ulteriori elementi di incompatibilità emergono dall'art. 101 Cost., secondo cui «la giustizia è amministrata in nome del popolo» e «i giudici sono soggetti soltanto alla legge».

La decisione giurisdizionale non è un atto meramente tecnico, ma un atto istituzionale che trae legittimazione dal patto costituzionale e dalla condivisione dei valori fondamentali della comunità politica <sup>6</sup>.

Un algoritmo non può amministrare la giustizia in nome del popolo, né può dirsi soggetto alla legge nel senso proprio che la Costituzione attribuisce a tale espressione, poiché opera sulla base di dati e modelli statistici, non attraverso un procedimento interpretativo e argomentativo.

La soggezione del giudice alla legge è, peraltro, garanzia della sua indipendenza, poiché preserva la libertà di convincimento e la responsabilità personale del decisore.

Vincolare il giudice all'esito di un procedimento algoritmico significherebbe introdurre un vincolo di fatto non previsto dalla Costituzione, comprimendo la sfera riservata della funzione giurisdizionale.

Anche le ulteriori garanzie predisposte dal Costituente – l'autogoverno della magistratura, la riserva di legge in materia di ordinamento giudiziario, l'inalienabilità – confermano che la giurisdizione è concepita come una funzione personalizzata e responsabile, incompatibile con automatismi decisionali.

---

<sup>6</sup> Pone interrogativi cruciali sull'integrazione dell'intelligenza artificiale nelle fasi procedurali del processo, in particolare sul ruolo residuo del giudice qualora l'intelligenza artificiale intervenisse nella fase decisionale G. DE MINICO, *Giustizia e intelligenza artificiale: un equilibrio mutevole*, in *Rivista AIC*, 2, 2024, 85 ss. L'A. solleva preoccupazioni riguardo all'indipendenza del potere giudiziario, evidenziando come una sostituzione completa con sistemi automatizzati potrebbe minare la neutralità del processo decisionale e l'uguaglianza dei cittadini dinanzi alla legge. Inoltre, mette in discussione la responsabilità politica e legale nella gestione della giustizia automatizzata, sottolineando il rischio di un vuoto di *accountability*.

Alla luce di questo assetto, l'ipotesi di una sostituzione del giudice con un sistema di intelligenza artificiale non appare semplicemente inopportuna, ma costituzionalmente impraticabile.

La questione centrale non è se la tecnologia possa essere utile all'amministrazione della giustizia, ma se e in che misura essa possa incidere sulla struttura del processo senza alterarne i presupposti costituzionali.

È proprio questo nucleo essenziale – fatto di accesso a un giudice umano, di valutazione personalizzata, di responsabilità e di decisione motivata – che la Costituzione presidia come limite invalicabile all'innovazione tecnologica.

### **3. Intelligenza artificiale, giusto processo e limiti costituzionali dell'efficienza**

L'introduzione di sistemi di intelligenza artificiale nell'amministrazione della giustizia interroga in modo diretto anche il modello costituzionale del giusto processo, così come delineato dall'art. 111 Cost. e dal suo progressivo consolidamento nella giurisprudenza costituzionale e sovranazionale.

La riforma intervenuta con legge cost. n. 2/1999 ha segnato un passaggio decisivo nel processo di costituzionalizzazione delle garanzie processuali, chiarendo che la giurisdizione non può essere ridotta a una sequenza procedimentale orientata esclusivamente all'efficienza, ma deve configurarsi come uno spazio normativamente qualificato, nel quale si realizzano condizioni minime di equità, razionalità e partecipazione delle parti.

In questa prospettiva, il giusto processo non rappresenta un mero contenitore formale, bensì una struttura complessa di garanzie funzionali alla tutela effettiva dei diritti fondamentali.

Il principio del contraddittorio, consacrato espressamente dal comma 2 dell'art. 111 Cost., costituisce uno degli assi portanti di tale modello.

Esso non si esaurisce nella possibilità per le parti di presentare memorie o deduzioni, ma implica una dimensione dialogica sostanziale, nella quale ciascun soggetto è posto nella condizione di conoscere, comprendere e contestare gli elementi rilevanti della decisione.

Il contraddittorio, in questa accezione, non è un momento accessorio del processo, ma il luogo stesso di formazione della decisione giurisdizionale, attraverso un confronto argomentativo che consente al giudice di pervenire a una valutazione ponderata e responsabile del caso concreto.

L'impiego di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare di quelli orientati alla giustizia predittiva, rischia di incidere profondamente su questa dimensione<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Nei contributi di A. PAJNO, *L'uso dell'intelligenza artificiale nel processo tra problemi nuovi e questioni antiche*, in *Astrid Rassegna*, 1, 2022, 1 ss. e ID., *Intelligenza artificiale e autonomia del*

Tali strumenti, fondandosi sull'analisi statistica di grandi masse di dati giurisprudenziali, tendono a prefigurare l'esito del giudizio sulla base di regolarità empiriche e di correlazioni probabilistiche.

In tal modo, la decisione rischia di essere anticipata e, in certa misura, cristallizzata prima ancora che il contraddittorio si svolga pienamente, riducendo il processo a una fase di conferma di un risultato già suggerito dall'algoritmo.

Ne deriva una potenziale svalutazione della partecipazione delle parti, il cui contributo rischia di apparire marginale rispetto a un esito percepito come tecnicamente "oggettivo".

A ciò si collega il principio della parità delle armi, anch'esso desumibile dall'art. 111 Cost. in combinato disposto con gli artt. 3 e 24 Cost.

La parità processuale non può essere intesa come mera eguaglianza formale, ma richiede che ciascuna parte disponga di strumenti effettivamente equivalenti per far valere le proprie ragioni.

L'introduzione di strumenti algoritmici nel processo solleva, sotto questo profilo, interrogativi particolarmente rilevanti.

Qualora tali strumenti siano nella disponibilità esclusiva di una delle parti – tipicamente l'accusa nel processo penale o la pubblica amministrazione nei giudizi amministrativi – si determina una asimmetria informativa e tecnica difficilmente colmabile<sup>8</sup>.

---

*giudice. Il ruolo del fatto e il valore del precedente*, in *Astrid Rassegna*, 9, 2022, 1 ss. L'A. da un lato mette in luce come l'uso di strumenti algoritmici non introduca soltanto problemi nuovi, ma riattivi nodi tradizionali del diritto processuale, quali la neutralità del giudice, il principio del contraddittorio, la parità delle armi e la legittimazione della decisione giurisdizionale; dall'altro, muovendo dalla diffusione pervasiva delle tecnologie digitali e dall'accelerazione impressa dalla transizione digitale anche al processo, approfondisce il principio di autonomia e indipendenza del giudice e il ruolo del precedente. L'analisi si concentra sul rapporto tra giudice, legge e fatto, mettendo in luce come l'automazione decisionale possa incidere sulla storicità del giudizio, sul contraddittorio e sulla parità delle armi tra le parti. Particolare rilievo è attribuito al precedente giurisprudenziale, la cui possibile "normativizzazione" attraverso l'uso dell'intelligenza artificiale solleva interrogativi sulla trasformazione della nomofilachia e sul pericolo di una riduzione meccanica del ragionamento giudiziale. In entrambi i saggi si pone particolare attenzione ai limiti della decisione automatizzata, alla giustizia predittiva e alla necessità dell'intervento umano valorizzando quest'ultimo, il rapporto con il fatto e il contraddittorio come presidi irrinunciabili del giusto processo.

<sup>8</sup> Le ricadute derivanti dall'utilizzo dell'intelligenza artificiale sul processo penale esulano dalla presente trattazione. Sia consentito, tuttavia, rimandare sulle più recenti trasformazioni del rito penale che hanno posto le basi per l'avvento del processo governato dall'intelligenza artificiale, per tutti, al contributo di O. MAZZA, *Distopia del processo artificiale*, in *Archivio penale*, 1, 2025, 1 ss. L'A. evidenzia che l'efficienza quantitativa, la contrazione dei tempi e il risparmio delle risorse, la digitalizzazione, la smaterializzazione e la despaializzazione degli atti, la prevedibilità delle decisioni, il vincolo del precedente, la verticizzazione della giurisdizione, la formalizzazione della logica del decidere, non sono solo i tratti caratteristici della procedura penale degli ultimi anni, ma costituiscono il perfetto terreno di coltura del processo artificiale. In merito, l'A. sostiene che se si vuole scongiurare l'ennesima distopia, bisogna intervenire proprio su questo terreno, riconsiderando tutte le scelte politico ideologiche che hanno ispirato le riforme del nuovo millennio, per un ritorno ai valori tradizionali dell'umanesimo processuale. Cfr., inoltre, E. MAESTRI, *Giustizia digitale. Tecnologia cyber-*

Anche laddove l'accesso sia formalmente garantito a entrambe le parti, permane il problema della effettiva capacità di comprendere, contestare e verificare i risultati prodotti dall'algoritmo, soprattutto quando esso operi secondo logiche opache o non pienamente spiegabili.

La questione si intreccia strettamente con il diritto di difesa che l'art. 24 Cost. qualifica come diritto inviolabile in ogni stato e grado del procedimento.

La difesa, per essere effettiva, presuppone non solo la possibilità di intervenire nel processo, ma anche la conoscibilità dei criteri decisionali e la contestabilità delle basi su cui la decisione si fonda.

In presenza di sistemi algoritmici caratterizzati da un elevato grado di opacità, il rischio è quello di una compressione sostanziale del diritto di difesa, poiché la parte che subisce una decisione influenzata da un *output* automatizzato potrebbe non essere in grado di individuarne i presupposti né di articolare censure puntuali.

Un ulteriore snodo critico è rappresentato dall'obbligo di motivazione dei provvedimenti giurisdizionali, sancito dal comma 6 dell'art. 111 Cost.

La motivazione costituisce il punto di emersione pubblica del ragionamento giudiziale e lo strumento attraverso il quale la decisione si rende intelligibile, controllabile e criticabile.

Essa svolge una funzione essenziale di legittimazione democratica della giurisdizione, consentendo non solo alle parti, ma anche alla collettività, di verificare che l'esercizio del potere giurisdizionale avvenga secondo criteri razionali e non arbitrari.

L'utilizzo di sistemi di intelligenza artificiale basati su modelli di *machine learning*, e in particolare di *deep learning*, pone seri problemi di compatibilità con tale obbligo.

Il fenomeno della c.d. *black box*, che caratterizza molti di questi sistemi, rende difficile – se non impossibile – ricostruire in modo chiaro e comprensibile il percorso logico che conduce dall'*input* all'*output*.

In tali condizioni, il rischio è che la motivazione del provvedimento si riduca a un rinvio apodittico al risultato fornito dall'algoritmo, senza una reale esplicitazione delle ragioni giuridiche che giustificano la decisione<sup>9</sup>.

---

*giudiziaria e accesso alla giustizia nell'era della digitalizzazione*, in *Archivio penale*, 3, 2020, 1 ss. il quale sostiene che, sebbene le tecnologie informatico-giudiziarie promettano maggiore efficienza e partecipazione pubblica, rischiano di aumentare l'ingiustizia e compromettere i principi fondamentali del sistema giuridico penale, incluso l'accesso alla giustizia. Rileva, inoltre, che le riforme giuridiche attuali, focalizzate sul processo telematico, trascurano la riflessione sull'effettiva partecipazione pubblica, giusta ed equa al processo, con conseguenze negative sulla legalità dei processi virtuali e sul rapporto tra democrazia e accesso alla giustizia.

<sup>9</sup> F. DONATI, *Intelligenza artificiale e giustizia*, cit., esclude la compatibilità costituzionale di sistemi di "giustizia predittiva" sostitutivi del giudice, poiché incapaci di assicurare motivazione, valutazione del caso concreto e responsabilità decisionale; ritiene, tuttavia, che l'intelligenza artificiale possa svolgere una funzione legittima come strumento di ausilio all'attività giudiziaria (ad esempio nella ricerca dei precedenti o nella gestione dei flussi processuali), purché resti fermo il primato della

Una simile motivazione sarebbe solo formalmente conforme al dettato costituzionale, ma sostanzialmente inidonea a garantire il controllo razionale sulla decisione.

L'opacità algoritmica incide anche sulla responsabilità del giudice.

La motivazione rappresenta lo strumento attraverso il quale il giudice assume pubblicamente la responsabilità della decisione, esponendosi al vaglio critico delle parti e dei giudici dell'impugnazione.

L'affidamento a un sistema automatizzato rischia di determinare una deresponsabilizzazione del decisore umano, che potrebbe rifugiarsi dietro l'apparente neutralità tecnica dell'algoritmo.

Tale dinamica è difficilmente conciliabile con un ordinamento costituzionale fondato sulla personalizzazione dell'esercizio del potere giurisdizionale e sulla responsabilità individuale.

Il confronto con l'intelligenza artificiale non può, tuttavia, prescindere dal tema dell'efficienza della giustizia, oggi al centro delle politiche pubbliche nazionali ed europee.

Il principio di buon andamento, sancito dall'art. 97 Cost., impone anche all'amministrazione della giustizia – in quanto servizio pubblico essenziale – di perseguire livelli adeguati di funzionalità ed efficienza.

Il principio di buon andamento può legittimare interventi sul piano organizzativo e gestionale, ma non può spingersi fino a comprimere le garanzie che presidiano il processo e l'indipendenza del giudice.

In questo senso, l'art. 97 Cost. non può essere invocato per giustificare una compressione delle garanzie previste dagli artt. 24, 25, 101, 102 e 111 Cost., che

---

decisione umana; ed, infine, evidenzia la necessità di una regolazione etica e giuridica dell'intelligenza artificiale che garantisca trasparenza, controllo umano e tutela effettiva dei diritti fondamentali.

Sottolinea la considerazione che l'idea del giudice-robot sia utile soprattutto come provocazione culturale, capace di stimolare una riflessione sul ruolo del giudice, sui limiti della discrezionalità interpretativa e sulla necessità di recuperare una concezione della giurisdizione come funzione servente rispetto alla decisione democratica del legislatore, M. LUCIANI, *La decisione giudiziaria robotica*, cit. Per l'A. l'innovazione tecnologica può offrire strumenti preziosi di supporto, ma la garanzia ultima dei diritti deve restare affidata a un giudice umano, consapevole dei limiti e della responsabilità della propria funzione. Si veda anche, tra gli altri, E. LONGO, *La giustizia nell'era digitale*, in P. COSTANZO, P. MAGARÒ, L. TRUCCO, *Il diritto costituzionale e le sfide dell'innovazione tecnologica*. Atti del Convegno Annuale dell'Associazione "Gruppo di Pisa", Napoli, 2022, 161 ss. L'A. osserva che la giustizia predittiva può aumentare l'efficienza e la prevedibilità del sistema giudiziario, ma richiama l'attenzione sui rischi connessi all'opacità degli algoritmi e alla possibile riduzione del ruolo critico del giudice. Per A. MACERATINI l'analisi predittiva può essere impiegata in vari ambiti, dalla polizia predittiva all'anticipazione degli esiti giudiziari, fino a ipotizzare una funzione sostitutiva del giudice. L'A., mette in guardia contro i *bias* automatici che possono emergere nei sistemi algoritmici, con potenziali ripercussioni sociali, politiche, giuridiche ed economiche; inoltre, critica il modello del sillogismo giudiziario alla base delle decisioni automatizzate, ritenendolo fuorviante poiché trascura la dimensione empatico-emozionale del processo decisionale e il rispetto dei principi etici e giuridici, come la trasparenza, la fiducia, la responsabilità e l'interpretabilità, riconosciuti sia a livello costituzionale che europeo. *La giustizia predittiva: potenzialità e incognite*, in *Medialaws*, 2, 2024, 231 ss.

definiscono il nucleo essenziale della giurisdizione costituzionalmente orientata.

La collocazione sistematica del principio della ragionevole durata del processo all'interno dell'art. 111 Cost. è, sotto questo profilo, particolarmente significativa.

La durata ragionevole è enunciata accanto, e non al di sopra, dei principi del contraddittorio, della parità delle parti e della terzietà del giudice.

Ciò implica che l'efficienza temporale non può essere perseguita sacrificando la qualità della decisione o la pienezza delle garanzie processuali.

Una giustizia rapida ma priva di contraddittorio, di motivazione e di controllo razionale non sarebbe una giustizia costituzionalmente legittima.

In questa prospettiva, l'intelligenza artificiale può trovare uno spazio di legittima applicazione nella giustizia solo a condizione di rimanere confinata a funzioni di supporto e ausilio, finalizzate a migliorare l'organizzazione degli uffici, la gestione dei flussi, la ricerca giurisprudenziale o la redazione di atti standardizzati<sup>10</sup>.

Essa può contribuire a liberare tempo e risorse a favore dell'attività propriamente giurisdizionale, consentendo al giudice di dedicarsi alla valutazione critica del caso concreto e alla motivazione della decisione.

Viceversa, quando l'intelligenza artificiale incide direttamente o indirettamente sul contenuto della decisione, essa rischia di alterare l'equilibrio costituzionale tra efficienza e garanzie, spostando il baricentro del sistema verso una logica produttivistica incompatibile con il modello di giustizia delineato dalla Costituzione.

Il limite costituzionale all'uso dell'intelligenza artificiale nella giustizia non è, dunque, di natura tecnologica, ma istituzionale<sup>11</sup>.

Esso risiede nella necessità di preservare la centralità del giudice-persona, la dimensione dialogica del processo e la trasparenza del ragionamento decisionale.

In assenza di tali presupposti, l'innovazione tecnologica rischia di tradursi in una regressione sul piano delle garanzie, compromettendo la funzione della giurisdizione come presidio essenziale dei diritti fondamentali.

In tale quadro, le criticità costituzionali connesse all'impiego dell'intelligenza artificiale nella giustizia assumono un rilievo ancora più marcato quando la decisione incide su situazioni soggettive caratterizzate da condizioni di vulnerabilità strutturale.

La prospettiva della persona anziana, frequentemente esposta a fragilità cognitive, digitali, economiche e relazionali, consente infatti di cogliere con particolare evidenza come l'opacità decisionale, la compressione del contraddittorio e l'indebolimento del diritto di difesa possano tradursi in una riduzione sostanziale della tutela giurisdizionale, ponendo interrogativi ulteriori sulla compatibilità dell'automazione

---

<sup>10</sup> Tra gli ormai numerosi contributi sull'argomento, si rimanda a C. SAGONE, *Efficientamento della giustizia e intelligenza artificiale*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 306 ss.

<sup>11</sup> Tra quanti evidenziano che l'adozione di tecnologie automatizzate possa compromettere i diritti fondamentali e richiedono che il supporto dell'intelligenza artificiale all'attività giudiziaria debba essere attentamente regolamentata per evitare discriminazioni e garantire l'equità del processo, si segnala: A. SIMONCINI, *Il linguaggio dell'intelligenza artificiale*, cit.

decisionale con il principio personalistico e con l'esigenza di una protezione rafforzata dei diritti fondamentali.

#### 4. Vulnerabilità dell'anziano, intelligenza artificiale e giustizia: dimensioni e implicazioni, opportunità potenziali, rischi e criticità emergenti

L'analisi della compatibilità dell'intelligenza artificiale con il modello costituzionale della giurisdizione non può prescindere da una considerazione differenziata degli effetti che l'automazione decisionale produce sulle situazioni soggettive caratterizzate da condizioni di particolare vulnerabilità<sup>12</sup>.

Tra queste, la condizione della persona anziana assume un rilievo emblematico, poiché, come si accennava in apertura, essa si colloca all'intersezione di molteplici fattori di fragilità – cognitivi, digitali, economici e sociali – che incidono direttamente sulla capacità di accesso alla giustizia e sull'effettività delle garanzie processuali.

In tale prospettiva, l'impiego di strumenti algoritmici nei procedimenti giurisdizionali e amministrativi rischia di amplificare disuguaglianze preesistenti, mettendo in tensione il principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma 2, Cost. e l'esigenza di una tutela rafforzata dei diritti fondamentali delle persone anziane, intese non come meri destinatari passivi di decisioni automatizzate, ma come soggetti titolari di una dignità che impone un approccio personalizzato, comprensibile e inclusivo<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Sul tema della vulnerabilità, tra i contributi presenti in questo volume ai quali si rimanda, si segnalano i lavori di: L. CASSETTI, *Le coordinate costituzionali dell'Ageing: sostenibilità e solidarietà tra le generazioni*; P. BILANCIA, *La tutela della persona anziana nello Stato democratico sociale* e A. PAPA, *Generazione anziana e tecnologia digitale*, nonché, *ex multis*: V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica*, Il Mulino, Bologna, 2021, volume che indaga in modo integrato le condizioni di vita delle persone anziane, combinando uno sguardo sociologico con un approccio giuridico; S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2, 2017, 1 ss., che esamina come il concetto di vulnerabilità possa essere integrato nel diritto costituzionale e propone una visione della vulnerabilità non solo come condizione di fragilità, ma anche come risorsa per l'elaborazione di politiche inclusive. Il contributo di P. SCARLATTI, *Soggetti deboli, Costituzione e istanze della vulnerabilità*, in *La Rivista "Gruppo di Pisa"*, 1, 2023, 266 ss. analizza, invece, l'evoluzione del concetto di tutela costituzionale passando dalla protezione dei "soggetti deboli" a quella delle "persone vulnerabili". SCARLATTI evidenzia come la nozione di vulnerabilità emerga in risposta alla crisi dello Stato sociale e all'integrazione dei sistemi di protezione dei diritti fondamentali in Europa e sottolinea la complessità del rapporto tra le prerogative dei giudici e il ruolo del legislatore nella tutela dei diritti, proponendo una riflessione sull'adattamento del diritto costituzionale alle nuove sfide poste dalla vulnerabilità.

<sup>13</sup> Le modalità con cui i sistemi di intelligenza artificiale possono perpetuare forme di discriminazione nei confronti delle persone anziane sono approfondite da F. MEMINI, *Intelligenza artificiale e ageismo: un framework di ricerca*, in *Agingproject.uniupo.it*, 27 aprile 2023, 1 ss. L'A. rileva che

L'applicazione dell'intelligenza artificiale nel sistema giudiziario italiano, se correttamente governata, può offrire vantaggi significativi anche per persone anziane. In particolare, *software* basati sull'intelligenza artificiale possono assistere nella comprensione di documenti legali, guidare nella compilazione di moduli, spiegare diritti e procedure, superando alcune barriere cognitive e linguistiche.

Inoltre, l'uso di piattaforme digitali può favorire la partecipazione a udienze o il deposito di atti da remoto, riducendo la necessità di spostamenti, vantaggio cruciale per chi ha difficoltà motorie. Ancora, sistemi di intelligenza artificiale possono segnalare casi a rischio (es. abusi, sfratti, discriminazioni), potenziando l'azione preventiva di operatori sociali e legali e favorendo interventi tempestivi.

Tuttavia, tali opportunità emergono soltanto se i sistemi sono progettati e implementati con criteri di inclusività, trasparenza e supervisione umana.

Nonostante i potenziali benefici, gli impieghi dell'intelligenza artificiale nel contesto giuridico presentano rischi non trascurabili che vanno dalla discriminazione algoritmica (gli algoritmi addestrati su dati eterogenei, ma non bilanciati, possono riprodurre o amplificare pregiudizi, sfavorendo soggetti già marginalizzati, come gli anziani), all'esclusione digitale (strumenti esclusivamente digitali possono risultare inaccessibili per chi non possiede competenze tecnologiche, aggravando il divario di accesso ai servizi giudiziari), alla depersonalizzazione delle decisioni (affidare aspetti decisionali a sistemi automatizzati può ridurre l'importanza della valutazione umana, fondamentale per considerare condizioni soggettive come la vulnerabilità); al rischio, attraverso l'uso massivo di dati personali sensibili senza adeguate garanzie, che venga violata la *privacy* degli individui più fragili.

## 5. La disciplina dell'intelligenza artificiale nel sistema multilivello europeo e nazionale: principi, *governance* e spazi di tutela della persona anziana

Sul piano normativo, la legge n. 132/2025 rappresenta la prima disciplina organica a livello nazionale in materia di intelligenza artificiale in Italia <sup>14</sup>.

---

l'ageismo nell'intelligenza artificiale non è soltanto un problema tecnico, ma si manifesta a livello di relazioni interpersonali, discorsi, immaginario collettivo, progettazione e politiche. Il *framework* proposto evidenzia che l'ageismo nell'intelligenza artificiale si manifesta su più livelli: nei dati utilizzati per l'addestramento degli algoritmi, spesso carenti di rappresentazioni accurate delle persone anziane; nei modelli decisionali che possono trascurare le esigenze specifiche di questa fascia di popolazione; e nelle politiche pubbliche che non sempre considerano l'impatto dell'intelligenza artificiale sugli anziani.

<sup>14</sup> Legge n. 132/2025, dal titolo "Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale" con cui il legislatore si propone, sulla falsariga del Regolamento europeo sull'intelligenza artificiale, di perseguire la protezione dei diritti fondamentali, la democrazia, lo Stato di diritto e la sostenibilità ambientale sulla base dei possibili rischi e del livello d'impatto, promuovendo, nel contempo, l'innovazione per il benessere dei cittadini. Manifesta, inoltre, la volontà di operare un bilanciamento



Essa si pone in relazione diretta con il Regolamento (UE) 2024/1689 (c.d. *AI Act*) integrandone i principi fondamentali nella *governance* e nell'uso dei sistemi intelligenti con criteri, disposizioni settoriali e deleghe governative per la sua implementazione nel contesto nazionale.

Il legislatore italiano, quanto ai principi generali, ha adottato un orientamento c.d. "umanocentrico", secondo cui l'intelligenza artificiale deve essere sviluppata e applicata nel rispetto dei diritti fondamentali, della trasparenza, della proporzionalità, della sicurezza e dell'accuratezza, per cui l'uso di sistemi di intelligenza artificiale non deve in alcun modo pregiudicare l'autonomia o la capacità decisionale umana.

Questi principi sono particolarmente rilevanti per la tutela degli anziani: l'attenzione all'uguaglianza di accesso e all'assenza di discriminazione costituisce un riferimento normativo per progettare sistemi di intelligenza artificiale che non penalizzino chi ha vulnerabilità speciali.

Secondo l'art. 15 della legge *de qua*, ogni decisione concernente l'interpretazione e l'applicazione della legge, la valutazione dei fatti e delle prove e l'adozione di provvedimenti rimane riservata al giudice. I sistemi di intelligenza artificiale, pertanto, possono operare come strumenti di supporto nell'organizzazione dei servizi giudiziari, ma non possono sostituire la funzione giudiziaria umana.

Questo principio costituisce un'importante salvaguardia per gli anziani, di cui la valutazione della vulnerabilità deve rimanere sotto controllo umano, prevenendo giudizi automatizzati che non tengano conto di specificità individuali.

La legge attribuisce al Ministero della giustizia il compito di promuovere attività didattiche sulla intelligenza artificiale per magistrati e personale amministrativo, con l'obiettivo di favorire la digitalizzazione consapevole e competenze adeguate all'utilizzo delle tecnologie.

Questo sviluppo formativo è essenziale anche per chi opera nella tutela degli anziani, affinché possa comprendere i limiti e i rischi dell'intelligenza artificiale, garantendo una giustizia più equa e sensibilizzata alle fragilità <sup>15</sup>.

L'ordinamento italiano non opera in un vuoto normativo, ma in un quadro giuridico europeo complesso, caratterizzato oggi, come si accennava, dal Regolamento (UE) 2024/1689 sull'Intelligenza Artificiale (*AI Act*), la cui finalità è di creare un quadro comune europeo per lo sviluppo, l'uso e la sorveglianza dei sistemi di intelligenza artificiale, attraverso un approccio basato sul rischio e sulla protezione dei diritti fondamentali <sup>16</sup>.

---

tra opportunità e rischi prevedendo norme di principio e disposizioni di settore che, da un lato, promuovano l'utilizzo delle nuove tecnologie per il miglioramento delle condizioni di vita dei cittadini e della coesione sociale; e, dall'altro, forniscano soluzioni per la gestione del rischio fondate su una visione antropocentrica. Cfr. Relazione introduttiva A. S. 1146 del 20 maggio 2024.

<sup>15</sup> Art. 15, comma 4, legge n. 132/2025.

<sup>16</sup> Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale e modifica i Regolamenti (CE) n. 300/2008, (UE) n. 167/2013,

Il Regolamento europeo impone obblighi specifici – in tema di trasparenza, accuratezza, sicurezza e *governance* dei dati – ai fornitori, distributori e utilizzatori di sistemi di intelligenza artificiale, stabilendo un sistema di classificazione del rischio, con requisiti più stringenti per i sistemi ad alto rischio.

Tale struttura mira a garantire che tecnologie potenzialmente impattanti sulla libertà e sui diritti delle persone siano soggette a controlli rigorosi.

Le prescrizioni europee agiscono a livello uniforme in tutti gli Stati membri, evitando frammentazioni normative e garantendo un livello minimo di tutela dei diritti che ciascun ordinamento nazionale deve osservare<sup>17</sup>.

In questo contesto, la legge n. 132/2025 italiana si pone come norma nazionale complementare, quale disciplina di raccordo con l'AI Act, che recepisce i principi

---

(UE) n. 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 e (UE) 2019/2144 e le direttive 2014/90/UE, (UE) 2016/797 e (UE) 2020/1828 (Regolamento sull'Intelligenza artificiale). La definizione di sistema di intelligenza artificiale formulata nel Regolamento è quella di «[...] un sistema basato su una macchina progettato per funzionare con diversi livelli di autonomia e che può mostrare adattività dopo l'implementazione e che, per obiettivi espliciti o impliciti, deduce, dall'*input* che riceve, come generare *output* quali previsioni, contenuti, raccomandazioni o decisioni che possono influenzare ambienti fisici o virtuali». La nuova disciplina non intende introdurre una normazione esaustiva e dettagliata di ogni aspetto connesso all'intelligenza artificiale, così definita. Tiene conto che diversi profili della materia sono già riconducibili ad atti legislativi vigenti o in corso di adozione a livello UE. Sulle garanzie volte a rafforzare la tutela dei diritti e delle libertà a fronte delle possibili minacce derivanti dall'impiego dei sistemi di intelligenza artificiale riflette F. DONATI, *La protezione dei diritti fondamentali nel Regolamento sull'intelligenza artificiale*, in *Rivista AIC*, 1, 2025, 1 ss. In particolare, l'A. condivide la scelta di adattare la disciplina al grado di rischio derivante dall'impiego dei diversi sistemi di intelligenza artificiale, ma evidenzia alcuni fattori di criticità. Per approfondimenti, cfr. *passim* ed, in particolare, 17 ss.

<sup>17</sup> Tra i vari commenti in argomento, C. CASONATO, B. MARCHETTI, *Prime osservazioni sulla proposta di regolamento dell'Unione Europea in materia di intelligenza artificiale*, in *Biolaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2022, 415; F. FERRI, *Il giorno dopo la rivoluzione: prospettive di attuazione del regolamento sull'intelligenza artificiale e poteri della Commissione europea*, in *Quaderni AISDUE-Rivista quadrimestrale*, fasc. spec. 2, 2024, 1 ss.; G. FINOCCHIARO, *La proposta di regolamento sull'intelligenza artificiale: il modello europeo basato sulla gestione del rischio*, in *Dir. inf. e inf.*, 2, 2022, 303; F. LAMBERTI, *La proposta di regolamento UE sull'Intelligenza Artificiale alla prova della privacy*, in *Federalismi.it, paper*, 29 giugno 2022, 2 ss.; D. MESSINA, *La proposta di Regolamento europeo in materia di intelligenza artificiale: verso una "discutibile" tutela individuale di tipo consumer-centric nella società dominata dal pensiero artificiale*, in *Medialaws*, 2, 2022. T. BALDUZZI nel saggio *L'approccio regolatorio europeo alla digitalizzazione della giustizia: tra promozione, co-regolazione e obblighi legislativi di passaggio al digitale*, in *Osservatoriosullefonti.it*, 1, 2024, 341 ss. analizza il modo in cui l'Unione Europea sta affrontando la trasformazione digitale del sistema giudiziario ed esamina le strategie adottate per promuovere la digitalizzazione, le forme di co-regolazione tra istituzioni pubbliche e attori privati e gli obblighi legislativi imposti agli Stati membri per garantire un'efficace transizione al digitale nel settore della giustizia. Il saggio si concentra sull'equilibrio tra l'innovazione tecnologica e la salvaguardia dei diritti fondamentali, evidenziando le sfide e le opportunità che emergono nel processo di digitalizzazione giudiziaria. Si cfr. anche: G. CIVININI, *Nuove tecnologie e giustizia*, in *Questione giustizia*, 19 dicembre 2023. L'A. esplora l'intersezione tra giustizia e tecnologia, focalizzandosi sulle sfide, opportunità e rischi derivanti dalla digitalizzazione dei sistemi giudiziari. Con l'adozione dell'*Artificial Intelligence Act* da parte dell'Unione Europea, l'A. sottolinea l'importanza che i giudici assumano un ruolo guida nella rivoluzione dell'intelligenza artificiale, garantendo che l'implementazione tecnologica sia conforme ai valori fondamentali della giustizia.

fondamentali europei e li traduce in regole applicabili nei diversi settori strategici, inclusa la giustizia, pur mantenendo le prerogative costituzionali interne quali l'autonomia della funzione giurisdizionale.

La combinazione di un regolamento direttamente applicabile nel diritto dell'Unione e di una legge nazionale che specifica applicazioni settoriali mira a rafforzare i meccanismi di tutela dei diritti fondamentali, come il diritto alla protezione dei dati personali, il principio di non discriminazione, la dignità umana e la trasparenza delle decisioni automatizzate.

Per la protezione dell'anziano, tali strumenti europei e nazionali se ben implementati consentono non solo di impiegare l'intelligenza artificiale come supporto per l'accesso alla giustizia senza sostituire i processi decisionali umani, ma anche di monitorare l'equità degli algoritmi per evitare discriminazioni correlate all'età e alla vulnerabilità individuale ed assicurare l'accessibilità tecnologica, riducendo il *digital divide* e offrendo strumenti semplificati per la partecipazione ai procedimenti.

Tuttavia, restano sfide interpretative e applicative, quali la capacità delle norme di tradursi in reali garanzie operative e non solo in principi, la coerenza disciplinare tra regole UE e nazionali e la definizione concreta di criteri che assicurino che l'anziano non venga escluso dai benefici dell'intelligenza artificiale o, peggio, discriminato da essa.

## 6. Verso un modello di giustizia inclusivo: spunti di riflessione conclusivi

La contaminazione tra intelligenza artificiale e sistema della giustizia apre un fronte di discussione fondamentale per il diritto costituzionale contemporaneo: da un lato, le potenzialità di innovazione e di maggiore efficienza processuale; dall'altro, i rischi di compressione dei diritti fondamentali – in specie per soggetti vulnerabili come gli anziani – e di attenuazione delle garanzie proceduralmente fondate dalla Costituzione.

Il quadro costituzionale, europeo e nazionale – qui esaminato – evidenzia la necessità di garantire che l'intelligenza artificiale non sia uno strumento di esclusione, ma piuttosto di inclusione ed *empowerment*. In particolare, il principio di uguaglianza sostanziale (art. 3 Cost.) esige che i sistemi automatizzati non riproducano né accentuino pregiudizi discriminatori, specie nei confronti di categorie come gli anziani, già esposte a fragilità di ordine sociale, digitale ed economico.

La legge n. 132/2025, in un'ottica di coordinamento con l'AI Act europeo, eleva la supervisione umana come principio guida e afferma la competenza esclusiva del giudice nella decisione, mitigando i timori di delega incondizionata di funzioni giurisdizionali a sistemi automatizzati.

In questo senso, l'intelligenza artificiale può rappresentare un importante strumento di innovazione per il sistema giudiziario italiano, ma soltanto se orientata alla tutela dei diritti umani e all'inclusione delle persone vulnerabili.

La legge n. 132/2025, con i suoi principi antropocentrici e i limiti posti all'uso giudiziario dell'IA, indica un percorso che, se attuato con consapevolezza, può coniugare progresso tecnologico e giustizia sociale.

Resta certo che il reale equilibrio tra automazione e garanzie costituzionali dipenderà dall'effettiva implementazione normativa e dalle prassi applicative: condizioni di trasparenza, *accountability*, spiegabilità algoritmica e programmi formativi continuativi per operatori e utenti sono indispensabili affinché la giustizia automatizzata sia compatibile con quei valori fondamentali che costituiscono il nucleo essenziale dell'ordinamento.

Più in generale, il caso dell'anziano evidenzia che la tecnologia dev'essere al servizio della persona umana, preservando la dignità, la partecipazione effettiva e l'eguaglianza sostanziale, piuttosto che accentuare vulnerabilità preesistenti.

Il diritto costituzionale, in questa prospettiva, funge da custode di limiti e da guida normativa per orientare l'innovazione verso fini sostanzialmente garantisti.



# **L'evoluzione della disciplina della vendita dei beni a consumo alla luce del principio di sostenibilità, con particolare attenzione al consumatore anziano**

Vincenzo Cesàro\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Difetto di conformità del prodotto ed impianto rimediabile. La scelta della riparazione nell'ottica della sostenibilità alla luce della Direttiva (UE) 2024/1799. – 3. L'adeguamento della disciplina delle pratiche commerciali scorrette al principio di sostenibilità e all'informazione del consumatore vulnerabile.

**ABSTRACT:** In an increasingly sustainable market, consumer protection is destined to weaken its protectionist profile. This trend must not ignore the needs of the most vulnerable consumers, a category that may include older people, as they are less equipped with a social safety net and up-to-date knowledge. This risk could arise from the difficulty of truly understanding the enormous amount of data that, according to recent European rules, manufacturers must disclose to demonstrate the environmental sustainability of the goods they produce. This makes effective monitoring of the accuracy and reliability of such data essential.

## **1. Introduzione**

La disciplina dei contratti del consumatore è stata oggetto, negli ultimi anni, di numerosi interventi finalizzati ad adeguare l'assetto normativo al rapido mutamento del mercato ed all'emersione di nuovi principi di matrice costituzionale ed europea.

L'originaria centralità della tutela del consumatore, a lungo configuratasi quale finalità primaria e pressoché esclusiva del legislatore, è progressivamente venuta attenuandosi sotto la spinta di istanze volte a riequilibrare il sistema, alla luce non solo degli interessi del mercato, ma anche dell'affermazione del principio di sostenibilità.

La realizzazione di un mercato unico sostenibile e la transizione verso un modello di economia circolare hanno determinato una profonda riconfigurazione delle dinamiche di mercato.

In quest'ottica si colloca la riforma delle norme costituzionali volta a valorizzare la tutela ambientale come interesse fondamentale della collettività.

---

\* Professore ordinario di Diritto privato, Università degli Studi di Napoli Parthenope.

In particolare, la modifica dell'art. 9 Cost.<sup>1</sup> ha segnato un passaggio di rilievo nel processo di costituzionalizzazione della tutela dell'ambiente, della biodiversità e degli ecosistemi, esplicitamente estesa anche all'interesse delle generazioni future.

L'inserimento di tali valori tra i principi fondamentali ha inciso profondamente sulla fisionomia del nostro ordinamento, configurando la protezione dell'ambiente quale presupposto imprescindibile per la garanzia dei diritti fondamentali della persona e per la salvaguardia degli interessi collettivi.

In tale prospettiva, il legislatore costituzionale ha enucleato un criterio generale di integrazione delle istanze ambientali nell'azione pubblica, idoneo a vincolare direttamente le istituzioni nazionali ed a orientare l'attività normativa, amministrativa e giurisdizionale, anche indipendentemente da ulteriori specificazioni legislative<sup>2</sup>.

Allo stesso modo la modifica dell'art. 41 Cost., nell'apposizione dei limiti all'autonomia economica privata, prevede espressamente che la stessa non debba arrecare danno alla salute ed all'ambiente. Il secondo comma dello stesso articolo attribuisce alla legge il compito di determinare i programmi ed i controlli opportuni affinché l'attività pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini non solo di carattere sociale ma anche ambientale<sup>3</sup>.

Tale processo evolutivo ha imposto l'elaborazione di nuovi assetti regolatori dell'attività d'impresa, nonché una diversa conformazione dei rapporti contrattuali, fondata su una rinnovata integrazione tra le fasi della produzione e del consumo.

Ne consegue che il mercato risulta sempre più strutturato e disciplinato alla luce del principio di sostenibilità, assunto quale criterio ordinatore dell'intervento normativo e dell'organizzazione delle relazioni economiche.

In questo quadro, lo sviluppo economico per essere qualificato come sostenibile deve promuovere valori riconosciuti come essenziali per l'intera collettività, tra i quali rientrano la tutela dell'ambiente, il rispetto dei diritti fondamentali della persona e l'adozione di adeguati assetti di *governance*.

Il rispetto di tali valori, espressamente individuati dal Parlamento Europeo e dal Consiglio come "fattori" costitutivi della sostenibilità<sup>4</sup>, costituisce un obiettivo dichiarato

<sup>1</sup> Legge cost. 11 febbraio 2022, n. 1, pubblicata in G.U. 22 febbraio 2022, n. 44.

<sup>2</sup> M. TOMMASINI, *Green claim e sostenibilità ambientale. Le tutele ed i rimedi apprestati dall'ordinamento contro le pratiche di Greenwashing*, in *Diritto di Famiglia e delle Persone*, vol. II, 2, 2023, 858.

<sup>3</sup> Per un'analisi approfondita della riforma della Costituzione nell'ottica della salvaguardia ambientale sia consentito rinviare ai contributi di: F. FIMMANÒ, *Art. 41 della Costituzione e valori ESG: esiste davvero una responsabilità sociale dell'impresa?*, in *Giur. comm.*, 5, 2023, 777; G. CAPO, *Libertà d'iniziativa economica, responsabilità sociale e sostenibilità dell'impresa: appunti a margine della riforma dell'art. 41 della Costituzione*, in *Giust. civ.*, 1, 2023, 81; M. DEL FRATE, *La tutela dell'ambiente nel riformato art. 41, secondo comma, Cost.: qualcosa di nuovo nell'aria?*, in *Diritto delle Relazioni Industriali*, 3, 2022, 907; C. SARTORETTI, *La riforma Costituzionale dell'ambiente: un profilo critico*, in *Rivista Giuridica dell'Edilizia*, 2, 2022, 119.

<sup>4</sup> Secondo l'art. 2, Direttiva 2013/34/UE, come modificata dalla Direttiva (UE) 2022/2464, sono questioni di sostenibilità i "fattori ambientali, sociali, relativi ai diritti umani e di governance,

della politica dell'Unione europea, che ha legittimato una pluralità di interventi, a livello nazionale e sovranazionale.

Tali interventi hanno provocato il progressivo declino del tradizionale “dogma consumeristico”, con la conseguente attenuazione dell'impostazione rigidamente protezionistica in favore del consumatore.

Accanto alla necessità di tutela del consumatore e del mercato è nato il c.d. terzo interesse, ovvero quello di garantire la tutela dei valori connessi alla sostenibilità, tra cui la tutela dell'ambiente<sup>5</sup>. Ne deriva un rinnovato bilanciamento di interessi orientato a ridimensionare l'impianto tradizionalmente protezionistico in favore del consumatore, in vista di un modello più attento alla difesa del patrimonio naturale<sup>6</sup>.

Ciò pone, tuttavia, l'esigenza di garantire che tale ridimensionamento non vada a scapito di consumatori deboli, tra i quali rientrano gli anziani vulnerabili, in alcuni casi solo per età, talaltra per la compresenza di altri fattori.

Da qui l'esigenza che, nel perseguimento dell'obiettivo della sostenibilità, si concentri l'attenzione non solo sull'ampliamento della nozione di conformità del prodotto, tale da ricomprendere anche la sostenibilità dello stesso, nonché nell'articolazione di un nuovo impianto rimediale in caso di difetto di conformità, ma anche attraverso l'adeguamento della nozione di pratica commerciale scorretta ai nuovi valori, prevedendo un controllo qualitativo sulle informazioni ricevute dal consumatore, così da tutelare quest'ultimo ed al tempo stesso garantire un mercato sostenibile.

Sotto il primo profilo, l'impatto del principio di sostenibilità si è manifestato già con la modifica dell'art. 129 del Codice del Consumo<sup>7</sup>.

La norma, che, come è noto, prevede i requisiti soggettivi e oggettivi necessari

---

*compresi i fattori di sostenibilità quali definiti all'art. 2, punto 24 del regolamento (UE) 2019/2088*”. Tale regolamento disciplina le informazioni sulla sostenibilità nel settore dei servizi finanziari, e il punto 24 definisce fattori di sostenibilità “*le problematiche ambientali, sociali e concernenti il personale, il rispetto dei diritti umani e le questioni relative alla lotta alla corruzione attiva e passiva*”.

<sup>5</sup> Sulla sostenibilità come terzo interesse: A. MANIACI, *Sostenibilità e tutela del consumatore-acquirente contro l'obsolescenza programmata di beni mobili*, in *European journal of privacy law & technologies*, 2023, 16; M. D'ONOFRIO, *Il difetto di durabilità del bene*, ESI, Napoli, 2023, 14, sottolinea l'importanza del principio di sostenibilità come nuovo interesse che si frappona nel rapporto tra tutela del consumatore e interesse del professionista.

<sup>6</sup> Mentre la *ratio* della Direttiva 99/44/CE mirava a garantire un livello minimo uniforme di tutela dei consumatori, la nuova Direttiva (UE) 2024/1799, nonché la Direttiva (UE) 2019/771, mirano a garantire non solo la protezione del consumatore, ma anche un consumo più sostenibile. Sul tema della tutela ambientale come limite all'iniziativa privata si veda *ex multis*: G. ALPA, *Note sulla riforma della Costituzione per la tutela dell'ambiente e degli animali*, in *Contr. impr.*, 2022, 361 ss., S. ANGELI, *Sostenibilità e libertà di iniziativa economica. Limiti costituzionali e sovranazionali*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 2024, 730 ss.

<sup>7</sup> L'art. 129 del Codice del consumo è stato interamente modificato dall'art. 1, comma 1, d.lgs. 4 novembre 2021, n. 170, in attuazione della Direttiva (UE) 2019/771 del 20 maggio 2019. Sulla nuova formulazione dell'art. 129 del Codice del consumo G. ALFERINI, *La responsabilità del venditore per difetti materiali del bene*, ESI, Napoli, 2022, 262 ss.



affinché un bene possa considerarsi conforme, seppur non facendo espresso richiamo alla sostenibilità, annovera tra i requisiti oggettivi di conformità del bene la funzionalità, la interoperabilità e la sua durabilità.

La *ratio* dell'inclusione di tali profili risiede nella circostanza che gli stessi, soprattutto la durabilità, costituiscono caratteristiche essenziali per garantire uno sviluppo sostenibile e la salvaguardia dell'ambiente.

In tal senso la Direttiva (UE) 2019/771 del 20 maggio 2019<sup>8</sup>, che ha condotto alla modifica dell'art. 129 del Codice del consumo, nel Considerando 32, prevede che *“assicurare una maggiore durabilità dei beni è importante per raggiungere modelli di consumo più sostenibili e un'economia circolare”*<sup>9</sup>.

Per quanto concerne il secondo profilo, la lotta contro le pratiche di *“greenwashing”* è culminata con l'adozione della Direttiva (UE) n. 2024/85<sup>10</sup>, che nel modificare le direttive 2005/29 CE e 2011/83 UE, è finalizzata ad impedire comunicazioni ingannevoli che possano indurre il consumatore a compiere scelte di consumo non sostenibili.

Il tentativo di un passaggio dalla trasparenza meramente formale ad una trasparenza di carattere sostanziale richiede quindi un più rigido controllo delle informazioni che possano influenzare il consumatore in ragione della sua propensione alla sostenibilità.

Tale controllo è volto ad assicurare che le informazioni veicolate siano non solo corrette, ma anche realmente idonee a guidare il consumatore verso comportamenti coerenti con i principi di sostenibilità e con le finalità di tutela ambientale e sociale.

## **2. Difetto di conformità del prodotto ed impianto rimediale. La scelta della riparazione nell'ottica della sostenibilità alla luce della Direttiva (UE) 2024/1799**

Come già evidenziato, l'incidenza del principio di sostenibilità nell'ambito della disciplina delle vendite a consumo si è manifestata con la modifica dell'art. 129 del Codice del consumo, intervenuta in attuazione della Direttiva (UE) 2019/771 del 20 maggio 2019.

In questa direzione, l'esigenza di assicurare un'Europa sostenibile trova la sua più compiuta ed esplicita espressione nella Direttiva (UE) 2024/1799, la quale

---

<sup>8</sup> Attuata nell'ordinamento italiano con il d.lgs. 4 novembre 2021, n. 170.

<sup>9</sup> Sulla *ratio* della Direttiva si veda R. FADDA, *Il diritto al ripristino della conformità negli artt. 135 bis e 135 ter c. cons.: tendenze conservatrici e profili innovativi*, in G. DE CRISTOFARO (a cura di), *La nuova disciplina della vendita mobiliare nel codice del consumo*, Giappichelli, Torino, 2022, 283 ss.

<sup>10</sup> La Direttiva (UE) 85/2024 è entrata in vigore il 26 marzo 2024 e gli Stati membri avranno 24 mesi per adottare gli atti normativi conformativi e ne applicheranno le disposizioni entro il 27 settembre 2026.

persegue, da un lato, l'obiettivo della tutela del consumatore e, dall'altro, la promozione di modelli di consumo improntati alla sostenibilità <sup>11</sup>.

Tale Direttiva, c.d. “*Right to repair*”, che dovrà essere recepita dagli Stati membri entro il 31 luglio 2026, rappresenta la concretizzazione dell'ormai dichiarato obiettivo dell'Unione europea di affiancare alla tutela del consumatore quella dell'ambiente <sup>12</sup>.

Nel perseguimento di “un consumo più sostenibile, un'economia circolare e la transizione al verde”, l'Europa, con la citata Direttiva, mira a creare un mercato di beni riparabili, che incentivi i consumatori ad optare per i servizi di riparazione <sup>13</sup>.

Se la durabilità dei beni è, infatti, elemento essenziale per garantire la sostenibilità, la riparazione è a sua volta garanzia di durabilità e può agevolare il raggiungimento degli obiettivi di tutela dell'ambiente <sup>14</sup>.

Ciò in ragione del fatto che la riparazione, definita dalla Direttiva come “*una o più azioni effettuate per ripristinare il prodotto difettoso o il rifiuto a una condizione in cui consegue la finalità cui è destinato*”, consente di ridurre lo smaltimento prematuro dei beni, spronando i consumatori ad un consumo maggiormente duraturo.

Il tentativo unionale è finalizzato quindi a scongiurare la fisiologica tendenza del consumatore a preferire sempre un prodotto nuovo rispetto ad un prodotto riparato, sia nell'ambito della garanzia legale, disciplinata dalla Direttiva (UE) 2019/771 sulla vendita di beni ai consumatori, sia al di fuori della garanzia stessa, quando le condizioni offerte degli operatori del settore non incentivano la scelta della riparazione.

L'attuazione della nuova Direttiva comporterà quindi, con ancora maggiore chiarezza, che la valutazione sulla conformità del prodotto sarà incentrata anche sulla riparabilità del bene, nonché sulla sua riutilizzabilità e riciclabilità.

L'obiettivo di indurre il consumatore alla riparazione viene perseguito dalla Direttiva europea attraverso diverse previsioni: l'obbligo di riparazione dei beni gravante

---

<sup>11</sup> L'adozione della Direttiva rientra nel *Circular Economy Action Plan*, promosso dalla Commissione Europea nel marzo 2020. Tale pacchetto di iniziative è uno degli elementi principali del *Green Deal* europeo, l'agenda dell'Unione per la promozione dello sviluppo sostenibile.

<sup>12</sup> L'obiettivo di un mercato europeo sostenibile viene altresì perseguito con il Regolamento 2024/1781 del 13 giugno 2024, c.d. *ecodesign*, che prevede l'introduzione di requisiti minimi di eco-progettazione dei prodotti, al fine di promuovere modelli di fabbricazione e di consumo sostenibili.

<sup>13</sup> La preferenza per la riparazione poteva invece già desumersi dalla Direttiva (UE) 2019/771 che, nel Considerando 48, prevede che la riparazione dovrebbe incoraggiare un consumo sostenibile. Tra la moltitudine di documenti europei volti ad indurre la scelta della riparazione si segnalano altresì la Risoluzione del Parlamento europeo del 7 aprile 2022, sul diritto alla riparazione (2022/C434/13); la Risoluzione del Parlamento europeo del 10 febbraio 2021, sul nuovo piano d'azione per l'economia circolare (2021/C465/03); la Risoluzione del Parlamento europeo del 25 novembre 2020, sul tema “Verso un mercato unico e più sostenibile per le imprese ed i consumatori” (2020/C425/03); e la Risoluzione del Parlamento europeo del 04 luglio 2017, su una vita più lunga per i prodotti: vantaggi per consumatori e imprese (2018/C334/06).

<sup>14</sup> Sulla riparabilità e durabilità si veda S. PAGLIANTINI, *Il diritto privato europeo in trasformazione. Dalla direttiva 771/2019/UE alla direttiva 633/2019/UE e dintorni*, Giappichelli, Torino, 2020, 42.

in capo ai fabbricanti<sup>15</sup> per particolari tipologie di beni<sup>16</sup>; l'introduzione di un modulo europeo di informazioni per la riparazione<sup>17</sup>; la creazione di una piattaforma digitale per facilitare l'accesso ai servizi di riparazione<sup>18</sup>; le modifiche della Direttiva (UE) 2019/771 sulla vendita di beni ai consumatori, tra le quali si segnala l'ampiamento della responsabilità del venditore, tramite l'estensione di 12 mesi della durata della sua responsabilità nel caso in cui sia effettuata una riparazione quale rimedio per rendere conformi i beni<sup>19</sup>.

La Direttiva, dunque, si muove principalmente in due direzioni: da un lato intende riconoscere un diritto alla riparazione che esula dalla garanzia ed impegna il produttore a predisporre un servizio di riparazione anche dopo la vendita, dall'altro nella creazione di un ulteriore gerarchia tra rimedi c.d. "primari", privilegiando la riparazione<sup>20</sup>.

Sotto il primo profilo è previsto un obbligo di riparazione, in capo al fabbricante, dei beni acquistati dai consumatori nel caso in cui si verifichi o diventi evidente un difetto di conformità del bene al di fuori della responsabilità del venditore, ai sensi dell'art. 10, Direttiva (UE) 2019/771, salvo l'ipotesi in cui tale riparazione risulti impossibile<sup>21</sup>.

---

<sup>15</sup> Art. 5, Direttiva (UE) 2024/1799 del 13 giugno 2024.

<sup>16</sup> L'obbligo è previsto solo per quei beni per i quali gli atti giuridici dell'Unione europea, elencati nell'allegato II alla Direttiva, prevedano determinate specifiche di riparabilità. Attualmente l'elenco dei beni comprende: lavatrici, lavasciuga biancheria e lavastoviglie, tutte per uso domestico, apparecchi di refrigerazione, *display* elettronici, apparecchiature di saldatura, server e prodotti di archiviazione dati, telefoni cellulari, telefoni *cordless* e *tablet*, asciugabiancheria, beni incorporanti batterie per mezzi di trasporto leggeri. L'elenco è suscettibile di aggiornamento.

<sup>17</sup> Art. 4, Direttiva (UE) 2024/1799 del 13 giugno 2024. In particolare, è previsto che il consumatore potrà richiedere un modulo europeo di informazioni sulla riparazione (un modello dello stesso è reperibile nell'allegato I al provvedimento) a quanti si occupino di servizi di riparazione, siano questi il produttore piuttosto che un venditore o un soggetto terzo, al fine di comparare le offerte sul mercato e scegliere in maniera consapevole a chi rivolgersi per far riparare i propri beni.

<sup>18</sup> Art. 7, Direttiva (UE) 2024/1799 del 13 giugno 2024. La Direttiva prevede la creazione di una piattaforma online che consenta ai consumatori di trovare agevolmente riparatori e, se del caso, venditori di beni ricondizionati, acquirenti di beni difettosi a fini di ricondizionamento o iniziative di riparazione di tipo partecipativo.

<sup>19</sup> Art. 16, parr. 1 e 2, Direttiva (UE) 2024/1799 del 13 giugno 2024, che introduce nell'art. 10, Direttiva (UE) 2019/771 il paragrafo 2-bis.

<sup>20</sup> R. FADDA, *La sostenibilità tra disciplina del contratto e tutela del consumatore*, in M. BESSONE, E. MINERVINI, P. PERLINGIERI (a cura di), *Consumatori Oggi*, ESI, Napoli, 2024, 113 ss.

<sup>21</sup> Ai sensi del Considerando 24 della Direttiva l'impossibilità deve essere intesa in senso pratico quanto giuridico, escludendo che possano rientrare nella definizione "*motivi puramente economici, come il costo delle parti di ricambio*". Inoltre, il produttore può subappaltare la riparazione a terzi, facoltà che il Considerando 17 suggerisce di esercitare quando, per esempio, il produttore non dispone delle infrastrutture necessarie per eseguire la riparazione o quando quest'ultima può essere effettuata da un soggetto più vicino al consumatore, così evitando o quantomeno limitando le spese e le emissioni inquinanti riconnesse alla spedizione di prodotti.

Come è noto, l'art. 10, Direttiva (UE) 2019/771, recepito nell'art. 133 del Codice del consumo, prevede che il venditore è responsabile nei confronti del consumatore di qualsiasi difetto di conformità sussistente al momento della consegna del bene e che si manifesti entro due anni da tale momento.

La previsione di un obbligo di riparazione in capo al fabbricante, anche al di fuori delle ipotesi di responsabilità del venditore, seppur per particolari tipologie di beni, costituisce certamente una previsione ambiziosa dell'intero provvedimento in esame.

L'inserimento della riparabilità del bene tra le caratteristiche che il consumatore può ragionevolmente aspettarsi da un prodotto fa sorgere un vero e proprio rapporto di durata tra venditore e consumatore.

Ciò implica naturalmente che l'indagine valutativa sulla sostenibilità del prodotto, i suoi costi di produzione e l'impatto ambientale, economico e sociale avverrà durante l'intero ciclo di vita del prodotto e non unicamente nella fase di consegna dello stesso.

La consegna del prodotto non esaurisce la fase di esecuzione del contratto, essendo possibile che il fabbricante sia chiamato a svolgere l'attività di riparazione per rendere il bene conforme anche in una fase successiva<sup>22</sup>.

In particolare, il ripristino in conformità del bene può consistere in un aggiornamento dopo la consegna o in un adeguamento della sua funzionalità o durabilità.

Tale prestazione non costituisce nulla di diverso rispetto all'originaria obbligazione di consegnare un bene conforme al contenuto del contratto, ed anzi l'art. 5 della Direttiva sembra introdurre, in capo ai venditori di beni, l'obbligo di concludere un contratto avente per oggetto il servizio di riparazione per tutti quei beni progettati per essere riparati.

Pertanto, il venditore che fornisce l'aggiornamento o interviene per rendere il bene durevole, non fa altro che dare esecuzione al contratto.

Sotto un diverso profilo, la nuova Direttiva, ponendo un obbligo in capo al fabbricante di riparazione del bene, esprime, come detto, la necessità di privilegiare la riparazione rispetto alla sostituzione, nell'ottica di ridurre gli sprechi e promuovere la sostenibilità.

Se nell'attuale impianto rimediale, disciplinato dall'art. 135-*bis*, comma 2, del Codice del consumo, è prevista una gerarchia tra rimedi "primari" (riparazione e sostituzione) e rimedi "secondari" (riduzione del prezzo e risoluzione), nell'ottica del principio della conservazione del contratto, lasciando al consumatore libera scelta tra riparazione e sostituzione, salvo il caso in cui il rimedio prescelto risulti impossibile o imponga costi sproporzionati rispetto al rimedio alternativo, l'attuale previsione di un obbligo di riparazione sembra finalizzato a creare una ulteriore gerarchia, seppur non formalizzata, tra i rimedi primari, incentrata sulla preferenza verso la riparazione.

---

<sup>22</sup> R. FADDA, *Riparazione dei beni e sostenibilità: un nuovo tassello contro la nuvola di smog nella direttiva UE 2024/1799*, in *Resp. civ. e prev.*, 3, 2025, 745-752.

Nell'attuale disciplina prevista dal Codice del consumo, invece, la scelta tra rimedi primari è rimessa al consumatore e non vi sono norme che promuovano la riparazione o che regolino la scelta tra riparazione e sostituzione nell'ottica della sostenibilità.

Sempre nell'ottica di indurre il consumatore alla riparazione, l'art. 5, par. 2, della Direttiva, prevede alcune condizioni e modalità che devono essere soddisfatte dal servizio di riparazione, quali: a) la gratuità o la previsione del pagamento di un prezzo ragionevole; b) l'esecuzione entro un periodo di tempo ragionevole dal momento nel quale il fabbricante ha avuto a disposizione il bene; c) la possibilità per il produttore di fornire in prestito al consumatore, durante il tempo necessario per la riparazione, un bene sostitutivo, anche in questo caso gratuitamente o ad un costo ragionevole; d) la facoltà del produttore di offrire al consumatore un bene ricondizionato nei casi in cui la riparazione sia impossibile.

Tanto premesso, alla luce dei recenti interventi europei, in ultimo con la Direttiva (UE) 2024/1799, appare auspicabile che il legislatore nazionale, in sede di recepimento dei principi comunitari, si adoperi al fine di prevedere strumenti idonei a garantire l'effettiva accessibilità economica delle riparazioni.

La previsione di una riparazione gratuita appare quantomeno irrealistica, dal momento che difficilmente il fabbricante accetterà di non richiedere un corrispettivo per la riparazione del bene.

Anche laddove il fabbricante accettasse di provvedere alla riparazione gratuita, finirebbe per scaricarne i relativi costi sul prezzo originario del prodotto e, quindi, comunque sul consumatore.

La gratuità della riparazione rischierebbe, altresì, di innescare indesiderate conseguenze, tra cui la possibile mancanza di cautela nell'utilizzo dei propri beni da parte dei consumatori, consapevoli della possibilità di ottenere una riparazione del prodotto senza doverne sopportare i costi<sup>23</sup>.

Sebbene l'intervento di riparazione gratuito appaia inverosimile, occorrerebbe probabilmente, in ogni caso, prevedere strumenti di regolazione dei costi delle riparazioni che consentano l'effettiva applicazione della Direttiva in esame.

Allo stato attuale, infatti, il costo dell'intervento di riparazione è determinato unilateralmente dal produttore e, in numerosi casi, si rivela eccessivo o comunque tale da rendere antieconomica la scelta della riparazione.

Al fine di assicurare una piena ed effettiva attuazione della Direttiva, sarebbe, pertanto, opportuno introdurre meccanismi di regolazione dei prezzi che consentano una marginalità equa e favoriscano, in un'ottica di sostenibilità, la preferenza per la riparazione rispetto alla sostituzione del bene<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> M. FACCIOLI, *Economia circolare e sostenibilità ambientale nel diritto dei consumatori: prime note sulla dir. 2024/1799/UE recante norme comuni che promuovono la riparazione dei beni*, in *Persona e mercato*, 3, 2024, 959-960.

<sup>24</sup> Sul punto si leggano le interessanti considerazioni dell'Aires/EuCer, poste all'attenzione del Parlamento europeo, sulla Direttiva (UE) 2024/1799.

### 3. L'adeguamento della disciplina delle pratiche commerciali scorrette al principio di sostenibilità e all'informazione del consumatore vulnerabile

Sotto un diverso profilo, l'evoluzione del principio di sostenibilità ha inciso in modo significativo sull'impianto normativo predisposto a tutela del consumatore nelle ipotesi di pratiche commerciali scorrette.

Come è noto, la disciplina di cui agli artt. 18 ss. del Codice del consumo è funzionalmente orientata a garantire che il consumatore possa assumere decisioni pienamente consapevoli in ordine all'acquisto di un prodotto, alle condizioni della compravendita, alle modalità di pagamento del corrispettivo ed all'esercizio dei diritti derivanti dal contratto, mediante la predisposizione di un'informazione completa, corretta e non ingannevole, che costituisce presupposto essenziale dell'effettività della tutela consumeristica.

In tale cornice sistematica si colloca l'emersione del fenomeno del *green marketing*, il quale, nella sua dimensione fisiologica, è volto, da un lato, ad armonizzare gli obiettivi economici dell'impresa con le esigenze sociali e ambientali secondo una logica di sviluppo sostenibile e, dall'altro, ad assicurare al consumatore un'informazione chiara, veritiera e trasparente, con particolare riferimento ai processi produttivi e agli elementi significativi del ciclo di vita del prodotto.

Tuttavia, accanto a comunicazioni commerciali conformi ai canoni di correttezza e fondate su evidenze scientificamente attendibili, si è progressivamente affermata una prassi comunicativa nella quale la proclamata sostenibilità ambientale non trova effettivo riscontro nelle caratteristiche dei beni o dei servizi offerti. In tal modo, l'originaria finalità di tutela ambientale risulta talora snaturata, sino a degenerare nel fenomeno comunemente definito *greenwashing*, affermatosi a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, caratterizzato dall'uso strumentale di *claims* ambientali privi di adeguato fondamento sostanziale<sup>25</sup>.

Con tale espressione si suole indicare un modello operativo dell'attività d'impresa, non di rado in contrasto con l'ordinamento, mediante il quale gli operatori economici perseguono una riqualificazione reputazionale del proprio segno distintivo attraverso strategie comunicative e promozionali volte ad enfatizzare una pretesa attenzione alla tutela ambientale che, tuttavia, non trova conferma nelle concrete modalità di svolgimento dell'attività commerciale.

Sul piano della disciplina positiva, sebbene il legislatore italiano non abbia introdotto disposizioni espressamente volte a contrastare il fenomeno del *greenwashing*<sup>26</sup>, il Codice del consumo vieta in via generale le pratiche commerciali

---

<sup>25</sup> A. QUARANTA, *La retorica green e le comunicazioni ingannevoli: il greenwashing per la prima volta al vaglio del giudice di merito*, in *Ambiente & sviluppo*, 6, 2022, 403 ss., definisce il *greenwashing* come una forma di pubblicità ingannevole che le aziende utilizzano con il solo scopo di trarre un beneficio economico, senza però fare realmente nulla di concreto nei confronti della tutela ambientale.

<sup>26</sup> Il Codice di Autodisciplina della Comunicazione Commerciale, versione 2014, all'art. 12, contiene

scorrette, distinguendo tra pratiche aggressive e pratiche ingannevoli (art. 20, comma 4).

Nella prima categoria rientrano quelle condotte che, attraverso forme di pressione indebita, di molestia o di coercizione – ivi incluso il ricorso alla forza fisica – risultano idonee a comprimere la libertà di autodeterminazione del consumatore medio, orientandone il comportamento economico verso decisioni che non sarebbero state altrimenti adottate, ai sensi dell'art. 24 del Codice del consumo. Come è noto, questo rischio è particolarmente presente nei consumatori anziani, non sempre pronti a cogliere i cambiamenti nella produzione di beni e servizi e, come tali, particolarmente vulnerabili.

Diversamente, assumono carattere ingannevole le pratiche che veicolano informazioni non veritiere o comunque idonee ad indurre in errore il destinatario in relazione a elementi essenziali del prodotto o del servizio, quali, a titolo esemplificativo, la natura e le caratteristiche principali del bene, la sua composizione, le modalità di produzione, l'esito o le qualità rilevanti delle prove e dei controlli effettuati, ovvero le modalità del processo di vendita, come previsto dall'art. 21, comma 1, del medesimo Codice<sup>27</sup>.

In tale ambito possono essere ricondotte le comunicazioni pubblicitarie contenenti *claims* ambientali idonei a generare nel consumatore un'aspettativa di sostenibilità priva di adeguato fondamento fattuale, nonché le omissioni informative concernenti profili ambientali rilevanti del bene o del servizio offerto. Rientra, altresì, nella categoria delle pratiche ingannevoli il mancato rispetto, da parte del professionista, degli impegni assunti nell'ambito di codici di condotta, ove tali impegni presentino carattere vincolante e siano suscettibili di verifica, ai sensi dell'art. 21, comma 2, lett. b), del Codice del consumo.

Alla luce di quanto precede, l'ampiezza della nozione di pratica commerciale scorretta risulta oggi idonea a ricomprendere anche la comunicazione di informazioni non veritiere o fuorvianti in materia di sostenibilità ambientale.

In tale direzione si colloca, del resto, l'azione del legislatore unionale, che ha individuato nell'allineamento della disciplina delle pratiche commerciali scorrette

---

una specifica previsione sulla comunicazione ambientale dove si individuano i criteri da osservare affinché un *claim* ambientale non risulti ingannevole e non integri una pcs (e, quindi, che il vanto ambientale sia veritiero, pertinente e scientificamente verificabile e non sia fuorviante, sia cioè presentato in modo chiaro e accurato consentendo di comprendere esattamente a quale aspetto del prodotto o a quale fase della sua produzione si riferisce). La circostanza che, in questi casi, l'onere informativo per il professionista sia più rigoroso rispetto ad altri tipi di comunicazione (pretendendosi la verificabilità tecnico-scientifica delle informazioni) si traduce in un vantaggio per il consumatore perché riduce al minimo la carica suggestiva della pubblicità commerciale. Tale previsione non elimina il pericolo di *greenwashing*, per il modo con cui informazioni ambientali (sia pure in sé corrette) vengono fornite, ingenerando nel consumatore medio l'idea di un beneficio ambientale che potrebbe rilevarsi fuorviante. Si veda T. RUMI, *La tutela del consumatore dalle asserzioni ambientali ingannevoli*, in *Jus Civile*, 6, 2022, 1408-1423; A. LEONE, *Advertising e tutela del consumatore verde*, in *Il diritto industriale*, 1, 2021, 77.

<sup>27</sup> G. DE CRISTOFARO, *Le pratiche commerciali scorrette tra professionisti e consumatori*, in *Nuove leggi civ. comm.*, 2008, 1086.

ai principi di sostenibilità un obiettivo prioritario, da ultimo perseguito mediante l'adozione della Direttiva (UE) n. 825/2024, espressamente volta a contrastare in modo organico il fenomeno del *greenwashing*.

L'impianto complessivo della Direttiva (UE) n. 825/2024 si fonda sulla centralità della corretta informazione al consumatore quale strumento essenziale per consentire scelte di acquisto consapevoli e orientate verso modelli di consumo effettivamente sostenibili.

In continuità con l'approccio già delineato dal diritto dell'Unione in materia di pratiche commerciali scorrette, la Direttiva rafforza e specifica gli obblighi informativi gravanti sugli operatori economici, esigendo che i dati forniti siano non solo veritieri e verificabili, ma anche pertinenti, certificati e comprensibili, con particolare riferimento non soltanto agli impatti ambientali e sociali dei prodotti, ma altresì alla loro durabilità, riparabilità e circolarità.

Il Considerando n. 1 della sopraindicata Direttiva chiarisce come tali prescrizioni siano funzionali al corretto funzionamento del mercato interno, fondato su un elevato livello di tutela dei consumatori e del contesto naturale, sottolineando la responsabilità degli operatori economici nel fornire informazioni chiare, coerenti e affidabili. Viene così evidenziata la necessità di introdurre norme specifiche volte a contrastare le pratiche sleali che ostacolano scelte di consumo sostenibili, tra le quali rientrano l'obsolescenza programmata o comunque prematura dei beni, le asserzioni ambientali ingannevoli (*greenwashing*), le comunicazioni fuorvianti sulle caratteristiche sociali dei prodotti o degli operatori economici, nonché l'uso di marchi di sostenibilità non trasparenti o privi di credibilità. Questo aspetto si presenta sovente particolarmente critico, con riferimento al consumatore anziano, nei confronti dei prodotti ad elevato contenuto digitale, dove l'impatto ambientale – in generazioni abituate a dare a tale termine un significato diverso – può portare a scelte non pienamente consapevoli in termini di sostenibilità. La garanzia di asserzioni ambientali “*eque, comprensibili e affidabili*” è ritenuta, infatti, condizione imprescindibile per assicurare parità competitiva tra le imprese e consentire ai consumatori di individuare prodotti realmente preferibili rispetto ad alternative meno sostenibili<sup>28</sup>.

L'art. 1 della menzionata Direttiva stabilisce che, al fine di contribuire al corretto funzionamento del mercato interno, nel rispetto di un elevato livello di tutela

---

<sup>28</sup> La definizione normativa di “*asserzione ambientale*” è indicata nella Direttiva 2005/29/CE. La stessa è da intendersi come qualsiasi messaggio o rappresentazione di natura non obbligatoria, in qualunque forma espressiva – verbale, grafica o simbolica, inclusi marchi, denominazioni di marca o di prodotto – che affermi o sottintenda che un prodotto, una categoria di prodotti, una marca o un operatore economico abbia un impatto positivo o neutrale sul contesto naturale, ovvero sia meno dannoso rispetto ad altri prodotti o operatori, o ancora che abbia migliorato il proprio impatto nel tempo. La Direttiva provvede dunque a delineare i criteri cui tali asserzioni devono conformarsi per essere considerate corrette, specificando quando la genericità informativa debba reputarsi inammissibile e in quali circostanze, invece, sia legittima la comunicazione di una superiore *performance* ambientale come elemento qualificante della pratica commerciale.



dei consumatori e dell'ambiente e per monitorare i progressi verso la transizione verde, le informazioni relative alla circolarità, durabilità, riparabilità e riciclabilità dei prodotti debbano presentare caratteristiche di completezza, chiarezza, attendibilità, coerenza, pertinenza, affidabilità e verificabilità.

La Direttiva procede, altresì, alla tipizzazione di una serie di condotte informative la cui inosservanza integra una pratica commerciale scorretta. Rientrano tra le condotte sanzionabili non solo le dichiarazioni recanti dati di sostenibilità inesistenti, ma anche le asserzioni ambientali di carattere generico, ammissibili esclusivamente qualora siano accompagnate da marchi di sostenibilità certificati da autorità pubbliche competenti.

In via generale è posto a carico delle imprese l'obbligo di fornire gli elementi necessari alla verificabilità delle informazioni di carattere ambientale: tali informazioni possono ritenersi complete e comprensibili solo qualora rechino tutti gli elementi rilevanti riguardanti le caratteristiche essenziali dei prodotti.

Ulteriore ipotesi di condotta qualificata come sleale *ex se* è rappresentata dall'asserzione ambientale che induca il consumatore a ritenere che il vantaggio ecologico rivendicato riguardi l'intero prodotto, mentre esso si riferisce unicamente a un aspetto parziale del bene o a un segmento dell'attività produttiva.

La Direttiva vieta, inoltre, le asserzioni ambientali fondate esclusivamente su misure di compensazione delle emissioni, ritenute fuorvianti in quanto idonee a creare l'erronea percezione di una neutralità o riduzione reale delle emissioni stesse.

Nello specifico, il punto 4-*quater* dell'Allegato I qualifica come ingannevole *“asserire, sulla base della compensazione delle emissioni di gas a effetto serra, che un prodotto ha un impatto neutro, ridotto o positivo sull'ambiente in termini di emissioni di gas a effetto serra”*, fermo restando che gli operatori economici possono segnalare la propria partecipazione a progetti di compensazione soltanto laddove ciò avvenga in modo non ingannevole e nel pieno rispetto delle prescrizioni del diritto dell'Unione<sup>29</sup>.

È, altresì, rilevante la disciplina delle omissioni ingannevoli. La Direttiva (UE) n. 825/2006 introduce, infatti, un nuovo paragrafo all'art. 7, Direttiva 2005/29/CE – il paragrafo 7 – in base al quale è considerata ingannevole l'omissione di informazioni rilevanti nei casi di comparazione tra prodotti in relazione a profili ambientali, sociali o di circolarità.

In tali ipotesi, gli operatori economici sono tenuti a indicare il metodo di raffronto utilizzato, affinché il consumatore possa valutare correttamente la fondatezza e la pertinenza della comparazione stessa<sup>30</sup>.

Alla luce della breve e non esaustiva disamina della Direttiva europea, risulta

---

<sup>29</sup> Per un'analisi delle pronunce giurisprudenziali sui casi di *greenwashing* sanzionati dall'AGCM si veda M. TAVELLA, *Comunicazione commerciale e asserzioni ambientali*, in *Il diritto industriale*, 4, 2020, 407.

<sup>30</sup> V. PICCININI, *Plurioffensività delle pratiche di greenwashing. Tra interventi dell'Agcom e la nuova direttiva UE 2024/825*, in *Responsabilità civile e previdenza*, 2, 2025.

evidente che, se in passato l'asimmetria informativa era connotata prevalentemente come carenza di dati messi a disposizione del consumatore, nell'attuale scenario il rischio principale si concretizza nella difficoltà per quest'ultimo di comprendere e verificare l'ingente mole di informazioni attinenti alla sostenibilità dei prodotti, rendendo centrale l'esigenza di un controllo rigoroso della loro correttezza e attendibilità.

Oltretutto, sebbene la tipizzazione delle pratiche commerciali scorrette, pur estesa e analitica, non sia in grado di esaurire l'intero novero delle condotte potenzialmente rilevanti, la proliferazione informativa rischia di compromettere la capacità del consumatore di individuare e selezionare gli elementi realmente significativi, con la conseguenza che la tutela approntata potrebbe altrimenti arrestarsi su un piano meramente formale, anziché sostanziale. Come sottolineato nel corso del lavoro, ciò è particolarmente rilevante per il consumatore anziano che potrebbe sentirsi sopraffatto da un flusso informativo ridondante e opaco.

Per garantire la piena attuazione degli obblighi di protezione è auspicabile che l'operatore economico non si limiti alla mera trasmissione di dati ma si impegni a svolgere quella funzione pedagogica di decodificazione ed interpretazione degli stessi necessaria a garantire scelte consapevoli dei consumatori, con particolare attenzione a quelli maggiormente vulnerabili.



# Facilitazione digitale per gli anziani: opportunità e problematiche

Caterina Vosa\*

**SOMMARIO:** 1. Il d.lgs. n. 29/2024 e la rete di servizi di facilitazione digitale. – 2. L’attuazione della rete di servizi di facilitazione digitale. – 3. Criticità e possibili soluzioni.

**ABSTRACT:** On 15 March 2024, the Government, in implementation of the delegation referred to in articles 3, 4 and 5 of Law no. 33 of 23 March 2023, adopted Legislative Decree no. 29/2024 *Provisions on policies in favour of the elderly*, which included the implementation of a digital facilitation network throughout the country. In particular, in a world where digitalisation affects most areas of daily life, the legislator was concerned with ensuring that older people have the digital literacy skills they need to actively participate in the online world, which also affects their access to social services. The Digital Facilitation Network consists of the establishment of training centres throughout the country, through which it is intended to ensure the implementation of computer literacy initiatives, training activities and digital support for older people (over 65). It is a training and facilitation tool that most Italian regions are implementing. This paper aims to evaluate the implementation of the Facilitation Network throughout the country in the context of Mission 1.7.2 of the PNRR, highlighting opportunities and problems. With regard to the latter, administrative and organisational solutions will be analysed that are suitable for safeguarding the efforts made by the public in creating the aforementioned network and by private individuals who have committed themselves to learning how to use it tools.

## 1. Il d.lgs. n. 29/2024 e la rete di servizi di facilitazione digitale

Il 15 marzo 2024 il Governo, in attuazione della delega di cui agli artt. 3, 4 e 5, legge n. 33 del 23 marzo 2023<sup>1</sup>, ha adottato il d.lgs. n. 29/2024 con il quale sono state introdotte le *Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane*.

Tra le strategie più significative a favore degli anziani<sup>2</sup>, al Capo V<sup>3</sup>, è stata

---

\* Dottoressa di ricerca in “Il diritto di servizi nell’ordinamento italiano e europeo” (GIUR-05/A), Università degli Studi di Napoli Parthenope.

<sup>1</sup> Con la Legge Delega il Parlamento, in attuazione della Missione n. 5 del PNRR, ha affidato al Governo il compito di ordinare, riorganizzare, semplificare, integrare, coordinare tutte le disposizioni già esistenti in materia di assistenza sanitaria, sociale e sociosanitaria per le persone anziane nonché di adottare delle misure idonee a tutelare la dignità e la promozione delle condizioni di vita degli anziani.

<sup>2</sup> Il d.lgs. n. 29/24 definisce le persone anziane quelle aventi più di 65 anni; le persone grandi anziane quelle che hanno più di 80 anni.

<sup>3</sup> Il Capo V del d.lgs. n. 29/2024 si compone di due articoli e precisamente degli artt. 19 e 20

prevista la costituzione di una *Rete di servizi di facilitazione digitale* sull'intero territorio nazionale, ovvero di un'infrastruttura statale capillare dislocata in tutte le Regioni. Si tratta di un progetto che, come si vedrà *infra*, ha l'obiettivo di garantire un'effettiva lotta al *digital divide*<sup>4</sup> e che a tal fine vede la partecipazione attiva degli enti regionali, ovvero del terzo settore, quali soggetti deputati ad attuare una vera e propria alfabetizzazione digitale<sup>5</sup> delle persone anziane.

---

rubricati rispettivamente *Rete dei servizi di facilitazione digitale* e *Percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento per ridurre il divario digitale*. L'art. 19, in attuazione della Missione 1 – Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo/1.7.2 – Rete di servizi di facilitazione, del PNRR, promuove azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie in favore delle persone anziane, al fine di garantire alle stesse la piena partecipazione civile e sociale attraverso l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni. Vengono promosse, pertanto, delle specifiche attività di formazione e di supporto delle competenze digitali delle persone anziane nell'utilizzo dei servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni da attuare presso i punti di facilitazione digitale predisposti, dallo Stato previa cooperazione Regionale, su tutto il territorio nazionale.

L'art. 19 prevede l'istituzione di una struttura *ad hoc* presso la Presidenza del Consiglio tenuta a adottare le linee guida di indirizzo con l'obiettivo di coordinare su tutto il territorio nazionale che definiscono gli obiettivi di alfabetizzazione digitale e i programmi per il supporto nell'utilizzo delle nuove tecnologie.

Con l'art. 20 il legislatore si pone l'obiettivo di definire le azioni necessarie a combattere effettivamente ed efficacemente il *digital divide* e a favorire l'invecchiamento attivo, l'autonomia delle persone anziane e la tutela della loro dignità mediante la promozione di azioni di alfabetizzazione informatica prevedendo il coinvolgimento attivo delle istituzioni scolastiche e degli studenti nel procedimento di alfabetizzazione digitale delle persone anziane, mediante la realizzazione di un percorso per le competenze trasversali e per l'orientamento (PCTO), idoneo a consentire agli studenti delle scuole del secondo ciclo di istruzione e di formazione di valorizzare e potenziare le competenze digitali e trasversali, all'interno di un percorso formativo laboratoriale volto ad introdurre le persone anziane all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali. A tal fine, nel rispetto dell'autonomia scolastica e ferma restando la coerenza con il piano triennale dell'offerta formativa (PTOF), è previsto che le scuole del secondo ciclo di istruzione possano promuovere la costruzione di percorsi per le competenze trasversali e per l'orientamento che aiutino le persone anziane ad acquisire confidenza nell'utilizzo di strumenti digitali.

Il comma 2 individua le modalità di svolgimento di detti percorsi. Nello specifico, si prevede la possibilità per le istituzioni scolastiche di realizzare un PCTO volto a consentire agli studenti delle scuole del secondo ciclo di istruzione di valorizzare e potenziare le competenze digitali e trasversali, all'interno di un percorso formativo laboratoriale per introdurre gli anziani all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali. Il percorso intende, in tal modo, costruire una relazione attiva tra studenti, nel ruolo di docenti, e persone anziane, nel ruolo di discenti.

Le istituzioni scolastiche provvedono all'attuazione delle disposizioni nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

<sup>4</sup> Per una definizione di *digital divide* si veda A. PAPA, in E. DE MARCO, *Accesso alla rete e uguaglianza digitale*, Università degli studi di Milano dipartimento giuridico/pubblico – collana di diritto pubblico, Giuffrè, Milano, 2008.

<sup>5</sup> Si legge in E. BONOMI, *Digitale e apprendimento: quali prospettive?*, in C. AGOSTINI, *La sfida del digitale: innovare la scuola per promuovere l'inclusione*, Giappichelli, Torino, 2024 che: "Con il termine 'alfabetizzazione digitale' (in inglese *digital literacy*) si fa riferimento a un insieme di competenze che le persone sviluppano per il raggiungimento di obiettivi, il completamento di compiti e la soluzione di problemi sfruttando gli strumenti digitali (Fu 2013). Queste capacità dipendono da una

In particolare il Governo ha evidenziato la necessità di predisporre, *ex ante*, dei percorsi istruttivi idonei a dotare gli anziani delle conoscenze digitali per partecipare attivamente alla dimensione *on line*<sup>6</sup> della società, dimensione che, com'è noto, caratterizza il XXI secolo.

Invero, il progetto rete dei servizi di facilitazione digitale mira a sviluppare le competenze digitali di base degli anziani richieste per il lavoro, la crescita personale, l'inclusione sociale, la cittadinanza attiva, ovvero ad assicurare l'accessibilità digitale<sup>7</sup> ai servizi pubblici.

In sintesi, si propone come un'azione di sistema e duratura finalizzata a sostenere

---

serie di fattori come il background socio-economico, la provenienza geografica e il genere (Tawfik *et al.* 2016). Secondo il modello di Martin e Grudziecki (2006), l'insieme di competenze richieste per parlare di alfabetizzazione digitale si sviluppa su tre livelli. Alla base si trova la *digital competence*, che include le abilità, le conoscenze, l'atteggiamento e la consapevolezza riguardo alla tecnologia digitale. Successivamente, gli autori collocano il *digital usage*, vale a dire l'impiego di strumenti digitali appropriati per cercare informazioni, elaborarle e risolvere problemi. La *digital transformation*, il livello più alto, si raggiunge soltanto in presenza della *digital competence* e del *digital usage*, e prevede l'uso degli strumenti digitali per creare nuove conoscenze e realizzare attività innovative.”.

<sup>6</sup> Per una definizione di dimensione *on line* si rinvia, tra gli altri, a A. PAPA, *Il diritto dell'informazione e della comunicazione nell'era digitale*, Giappichelli, Torino, 2021.

<sup>7</sup> L'accessibilità digitale rappresenta un principio fondamentale direttamente connesso alla garanzia dell'uguaglianza, della non discriminazione, della partecipazione e dell'inclusione sociale.

A livello sovranazionale l'accessibilità digitale ha trovato progressivo riconoscimento per la prima volta dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) che all'art. 9 imponeva agli Stati contraenti l'obbligo di adottare misure idonee ad assicurare alle persone con disabilità l'accesso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione. L'Unione europea con la decisione n. 2010/48/CE ha ratificato la su richiamata Convenzione ed ha continuato, progressivamente, ad interessarsi dell'accessibilità digitale nel 2013 con la definizione del *Quadro europeo delle competenze digitali per i cittadini*, altresì noto come *Digital Competence Framework for Citizens* – DigComp. Il DigComp sviluppato dalla Commissione Europea a partire dal 2013 e attualmente giunto alla versione 2.2, rappresenta uno strumento di riferimento strategico volto a definire in maniera sistemica le competenze digitali ritenute essenziali al fine di garantire l'inclusione sociale, la cittadinanza attiva, l'occupabilità e l'apprendimento permanente all'interno del mercato unico digitale. Si tratta di un atto di *soft law* che ha orientato le politiche educative e formative, in materia del digitale, adottate dagli Stati membri, promuovendo l'armonizzazione delle iniziative nazionali in materia di alfabetizzazione digitale.

La Commissione europea ha esplicitamente riconosciuto che l'adozione del DigComp dovesse essere integrata da misure di supporto umano e organizzativo, promuovendo forme di accompagnamento che non si limitino alla mera formazione tecnica, ma tengano conto della dimensione psicologica, culturale e sociale dell'interazione uomo-tecnologia, con particolare attenzione ai bisogni e limiti tipici dell'età avanzata.

Successivamente, nel 2016 l'Unione con la direttiva europea 2016/2102, nota come *Web Accessibility Directive* (WAD) ha introdotto l'onere per gli Stati membri di adottare tutte le misure idonee a garantire l'accessibilità dei siti web e delle applicazioni a servizio degli enti pubblici.

Più recentemente, nella Direttiva (UE) 2019/882, nota come *European Accessibility Act* (EAA), è stato esteso l'obbligo di garantire accessibilità a una serie più ampia di prodotti e servizi (smartphone, sportelli bancari, e-commerce, trasporti), ivi inclusi quelli digitali, erogati da operatori economici pubblici e privati. Tale previsione è di estrema importanza nella lotta contro *digital divide* e ciò in quanto ha segnato il passaggio da un modello fondato sull'accessibilità “strumentale” delle piattaforme pubbliche della PA ad uno inclusivo del mercato interno.

efficacemente l'inclusione universale digitale delle persone fragili rendendo queste ultime competenti ed autonome nell'utilizzo di Internet e dei servizi digitali erogati sia dai privati che dalla Pubblica Amministrazione ed abilitando un uso consapevole della rete, fornendo gli strumenti idonei a beneficiare appieno delle opportunità offerte dal digitale.

Il focus della rete di facilitazione digitale sarebbe dunque quello di garantire la partecipazione attiva di quella fascia di popolazione considerata "anziana", ovvero dei non nativi digitali<sup>8</sup> che, a causa di una diversa conoscenza di tipo competenziale in materia digitale rischiano di essere esclusi dalla dimensione on-line<sup>9</sup>, in un mondo in cui quest'ultima investe non solo l'ambito privato ma anche l'erogazione di servizi pubblici<sup>10</sup>.

In tal modo, l'istituzione dei punti di facilitazione digitale risulta un valido strumento per includere le persone anziane nella vita sociale e civile del Paese, attuando in tal modo il diritto alla cittadinanza digitale.

In conclusione, si tratta di una misura costituzionalmente orientata e ciò è evidente se si considera che la *ratio* posta a fondamento della rete di facilitazione digitale è profondamente radicata nella tutela del principio costituzionale di cui all'art. 3, comma 2, della Costituzione italiana, che impone alla Repubblica la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona umana; nonché nell'art. 117, comma 2, lett. m), che affida allo Stato la competenza esclusiva in materia di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) concernenti i diritti civili e sociali, tra cui rientra, sempre più chiaramente, anche il diritto di accessibilità paritario e consapevole ai servizi digitali.

---

<sup>8</sup> Secondo A. ALGIERI, in *Chi sono i nativi digitali, gli immigrati digitali e tardivi digitali? I diversi punti di vista degli esperti*, scuola Baldassarre, 2014, l'espressione di nativi digitali fu coniata da Marc Prensky: "scrittore statunitense, consulente e innovatore nel campo dell'educazione e dell'apprendimento, nato a New York il 15 marzo 1946. Quest'ultimo ci spiega come il profilo dei nativi digitali nasca parallelamente alla diffusione di massa dei PC a interfaccia grafica nel 1985 e dei sistemi operativi a finestre nel 1996. Il nativo digitale cresce in una società multischermo, e considera le tecnologie come un elemento naturale, non provando nessun disagio nel manipolarle e interagire con esse. Quindi, i nativi digitali sono per M. Prensky i soggetti che parlano la lingua della rete come lingua-madre, ovvero le giovani generazioni nate dopo il 1980 con le dovute differenze dovute all'ambiente di provenienza (contesto geografico).

<sup>9</sup> Sul punto si veda F. PIZZETTI, *Con AI verso la società digitale*, in *Federalismi.it*, 2023, secondo cui "Il nostro mondo sta vivendo una fase di passaggio epocale. Come la vicenda pandemica ha dimostrato le nostre società sono un mix continuamente mutevole di sistemi di relazione e di vita sia "offline" che, per usare la felice distinzione di Floridi, "on life". L'evoluzione digitale che ha caratterizzato gli ultimi tre decenni, e che continuerà ancora a lungo a segnare i nostri sistemi digitali, ha fatto sì che siano costantemente aumentate le relazioni tra le persone, le imprese, le pubbliche amministrazioni che si svolgono attraverso lo scambio in rete di informazioni digitali. Per le caratteristiche stesse della trasmissione di informazioni in modalità digitale questo comporta che le nostre società producano un numero costantemente crescente in informazioni consistenti in dati digitali".

<sup>10</sup> Si pensi ad esempio all'utilizzo fondamentale che ha lo SPID per accedere alla maggior parte dei servizi pubblici, al fascicolo sanitario elettronico, ai servizi scolastici del Comune, all'accesso della piattaforma INPS o ancora effettuare un pagamento tramite PagoPA.

## 2. L'attuazione della rete di servizi di facilitazione digitale

Come anticipato, il d.lgs. n. 29/2024 ha conferito un ruolo di primaria importanza alle Regioni nel rendere operativa la rete di facilitazione digitale e ciò in quanto ha delegato a queste ultime la predisposizione, sul territorio regionale, dei punti di facilitazione.

La costituzione della rete trova fondamento nella Misura 1.7.2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), nella Missione 1 – Digitalizzazione, innovazione, competitività e cultura.

Al fine di sviluppare il progetto di cui innanzi con il PNRR sono stati stanziati circa 135 milioni di euro, con l'obiettivo di attivare almeno 3.000 centri facenti parte della rete entro il 2026 che consenta di formare per lo meno due milioni di cittadini dotandoli delle competenze digitali di base <sup>11</sup>.

I punti di facilitazione digitale si sintetizzano in punti di accesso fisico, solitamente istituiti presso biblioteche, scuole e centri sociali soggetti deputati a erogare i servizi di facilitazione ed educazione digitale.

Ad oggi, in Italia, molte Regioni hanno dato avvio alla rete di facilitazione digitale.

In Lombardia sono attivi oltre 400 centri, in Toscana più di 270 <sup>12</sup>, in Piemonte oltre 300 <sup>13</sup>, nel Lazio <sup>14</sup> più di 45 solo a Roma.

---

<sup>11</sup> Per maggiori approfondimenti sull'attuazione della rete dei servizi di facilitazione digitale si veda L. ARTESI, G. IACONO, in *Punti Digitali Facili: la rete nazionale per l'inclusione digitale*, Agenda digitale Eu, 2025.

<sup>12</sup> La Regione Toscana ha attivato la Rete dei servizi di facilitazione digitale tramite l'avviso pubblico (Decreto dirigenziale n. 6762/2023, pubblicato il 12 aprile 2023) destinato a Comuni, Unioni di Comuni e Città Metropolitana di Firenze. Il progetto "Buona Compagnia 2.0" prevede l'attivazione di 169 Punti Digitali Facili, con l'obiettivo di coinvolgere almeno 136.000 cittadini e offrire 204.000 servizi di formazione e assistenza entro il 2025, tramite un finanziamento complessivo di € 7.451.103.00. Ogni punto può ricevere fino a € 30.000 per dotazioni tecnologiche, corsi, comunicazione e spazi, con kit informatici forniti dalla Regione. I Centri erogano formazione individuale e di gruppo, supporto per SPID, servizi PA, alfabetizzazione digitale, e sono gestiti da Facilitatori Digitali.

<sup>13</sup> Il Piemonte ha previsto l'attivazione di circa 199 punti di facilitazione digitale, distribuiti su base territoriale e selezionati tramite avviso pubblico non competitivo rivolto ad aggregazioni comunali e enti locali. Il progetto è regolato dalla d.G.R. n. 62/2022 e mira alla formazione di circa 160.000 cittadini entro il 2025. I punti sono collocati in biblioteche, centri civici, centri per l'impiego e scuole, dove facilitatori offrono supporto all'uso di SPID, CIE, fascicolo sanitario elettronico e altri servizi digitali. Il monitoraggio avviene tramite la piattaforma ReGiS, in coordinamento con il DTD. La dotazione finanziaria regionale supera gli 8,7 milioni di euro. Il modello piemontese privilegia una capillare integrazione con i servizi pubblici preesistenti e il coinvolgimento delle green communities.

<sup>14</sup> Nel Lazio, l'attuazione della rete è iniziata con la d.G.R. n. 1172/2022, mediante la pubblicazione di un avviso pubblico rivolto agli enti locali (Comuni, Unioni, Comunità montane), finalizzato alla creazione di 209 punti di facilitazione digitale distribuiti tra capoluoghi e piccoli comuni. Il modello adottato privilegia un forte radicamento locale: i centri sono attivati presso biblioteche, sedi URP, scuole e centri anziani. La Regione ha anche sostenuto percorsi di facilitazione digitale domiciliare, specialmente per gli anziani, attraverso progetti pilota. La governance è basata su un coordinamento



Altre Regioni come la Puglia<sup>15</sup> e la Campania<sup>16</sup> hanno adottato un modello capillare che vede la collaborazione con enti del terzo settore in particolare con le scuole, in modo tale da veicolare uno scambio infra-generazionale attivo tra studenti ed anziani.

Ciascun centro è dotato di personale qualificato, i “facilitatori digitali”, ovvero di personale che ha ricevuto una formazione specifica sul quadro europeo delle competenze digitali del DigComp 2.2<sup>17</sup>, il cui ruolo non è solo quello di insegnare

---

multilivello tra Regione, ASP e soggetti attuatori. Sono stati investiti circa 9,7 milioni di euro, con un focus particolare sulla città di Roma, dove sono stati istituiti oltre 30 punti.

<sup>15</sup> In Puglia, l'ARPAL coordina i Punti di facilitazione digitale all'interno dei Centri per l'Impiego, supportando i cittadini nell'accesso a Internet, SPID, IO e alla piattaforma Lavoro per Te. La rete si estende anche nei Comuni, con progetti locali – come quello del Comune di Lecce, ammesso a finanziamento per 320.000 €, volto a offrire assistenza agli utenti sulla digitalizzazione dei servizi PA. L'iniziativa, lanciata a fine 2023, ha attivato circa 231 centri regionali e si basa su un accordo tra ARPAL e Regione Puglia, con monitoraggio tramite piattaforme ministeriali. Offerta formativa include sessioni individuali e di gruppo, sia in presenza che online, con una copertura rivolta a utenti adulti (18-74 anni) per l'alfabetizzazione digitale e l'accesso ai servizi online. L'obiettivo è garantire autonomia digitale e supporto mirato a categorie fragili, attraverso uno sportello capillare nei CPI e nei servizi comunali.

<sup>16</sup> La Regione Campania ha articolato il progetto in due fasi: una iniziale, con l'attivazione di 347 punti di facilitazione sul territorio, e una successiva espansione rivolta ai Comuni di dimensioni medie. La governance è affidata alla Regione in collaborazione con IFEL e Poste Italiane, attraverso un accordo operativo firmato il 13 novembre 2024. Gli spazi di facilitazione sono situati in scuole, centri civici, biblioteche e sedi comunali, e sono dotati di infrastrutture digitali e personale formato. L'intervento regionale ha l'obiettivo di formare almeno 274.000 cittadini entro il 2025. Particolare attenzione è stata data alla copertura delle aree interne e dei comuni sotto i 15.000 abitanti. La Regione ha utilizzato integralmente i fondi PNRR destinati, per un totale superiore ai 10 milioni di euro, avvalendosi anche di assistenza tecnica esterna per la gestione e il monitoraggio.

<sup>17</sup> *Digital Competence Framework for Citizens* – DigComp. Il DigComp sviluppato dalla Commissione Europea a partire dal 2013 e attualmente giunto alla versione 2.2, rappresenta uno strumento di riferimento strategico volto a definire in maniera sistemica le competenze digitali ritenute essenziali al fine di garantire l'inclusione sociale, la cittadinanza attiva, l'occupabilità e l'apprendimento permanente all'interno del mercato unico digitale. Si tratta di un atto di *soft law*, ovvero di indirizzo non dotato di forza normativa vincolante ma che, ciò nonostante, attraverso l'elaborazione di raccomandazioni, modelli operativi e linee guida, ha orientato le politiche educative e formative, in materia del digitale, adottate dagli Stati membri, promuovendo l'armonizzazione delle iniziative nazionali in materia di alfabetizzazione digitale. Il DigComp, stabilisce cinque aree di competenza e precisamente: 1. alfabetizzazione su dati e informazioni, 2. comunicazione e collaborazione, 3. creazione di contenuti digitali, 4. sicurezza, 5. risoluzione di problemi. Si inserisce nel più ampio disegno giuridico europeo delineato dalla *Digital Education Action Plan 2021-2027*, nonché dalle raccomandazioni del Consiglio sull'apprendimento digitale e dalla *European Pillar of Social Rights*, che al principio 1 sancisce il diritto all'istruzione e alla formazione digitale inclusiva, invero questo strumento, pur non avendo valore giuridicamente vincolante, ha assunto un ruolo di *soft law* fondamentale nel guidare le politiche europee, nazionali e regionali in materia di educazione digitale, alfabetizzazione e inclusione digitale.

La Commissione europea ha esplicitamente riconosciuto che l'adozione del DigComp debba essere integrata da misure di supporto umano e organizzativo, promuovendo forme di accompagnamento che non si limitino alla mera formazione tecnica, ma tengano conto della dimensione psicologica, culturale

a usare il computer, smartphone o applicazioni, ma anche, ed in particolar modo, quello di accompagnare le persone (la maggior parte delle volte appartenenti a categorie fragili) nel processo di alfabetizzazione digitale in maniera umana, empatica ed orientata alle esigenze quotidiane.

I facilitatori svolgono un ruolo fondamentale nell'aiutare il cittadino nelle azioni online di uso quotidiano come, ad esempio, a creare una casella email, ad attivare lo SPID, a consultare il fascicolo sanitario elettronico, ad accedere alle pec, a prenotare prestazioni sanitarie, a verificare i conti correnti e i flussi della pensione, ad utilizzare la piattaforma INPS o ad effettuare un pagamento tramite PagoPA.

I centri si occupano di garantire un'istruzione ai cittadini sia mediante incontri One-to-One, attraverso i quali il facilitatore aiuta un solo utente per volta ad utilizzare la tecnologia rendendolo autonomo, e sia con incontri su argomenti specifici (es. sicurezza online, uso dei social media, strumenti cloud, identità digitale) che sono rivolti a gruppi di utenti con esigenze simili.

Ad oggi nel 2025 i risultati dell'attuazione della rete di facilitazione risultano essere abbastanza positivi se si considera che più di un milione di cittadini sono già stati raggiunti dai servizi della rete, con particolare attenzione alle fasce più anziane e fragili della popolazione.

### 3. Criticità e possibili soluzioni

Sulla scorta delle considerazioni su riportate potrebbe apparire che la realizzazione della rete di facilitazione digitale rappresenti una delle risposte più concrete, inclusive e strutturate che l'Italia abbia, finora, adottato per affrontare la sfida della transizione digitale.

Ciò nonostante, si deve evidenziare che l'attuazione di quest'ultima è, a parere di chi scrive, una misura idonea a combattere in maniera temporanea ma non definitiva il *digital divide*.

Invero, come ampiamente chiarito, l'attività di facilitazione mira a dotare l'utente più anziano delle conoscenze necessarie ad utilizzare piattaforme digitali che, in un determinato momento storico, si caratterizzano per una specifica architettura altresì intesa come una specifica struttura di un sito, una determinata modalità organizzativa delle informazioni, nonché da metodi di navigazione specifici e dall'utilizzo di una specifica terminologia.

Tuttavia, l'architettura di un sito non è immutabile ma anzi è destinata a trasformarsi nel tempo. Ciò è evidente se si considera che le piattaforme digitali, in generale, ma anche quelle utilizzate dalle pubbliche amministrazioni sono in costante cambiamento.

Si pensi, ad esempio, che il Piano Triennale per l'informatica nella PA 2024-

---

e sociale dell'interazione uomo-tecnologia, con particolare attenzione ai bisogni e limiti tipici dell'età avanzata.

2026<sup>18</sup> afferma la necessità di adeguare continuamente le architetture dei siti alle normative, alla cultura organizzativa e alle risorse disponibili.

È evidente che il repentino sviluppo e/o cambiamento costante dell'architettura delle piattaforme digitali delle P.A. rischiano di rendere vani sia gli sforzi economici posti in essere dalle amministrazioni nell'attuazione della rete di facilitazione ed anche quelli cognitivi dei cittadini e delle persone più anziane che si sono cimentate nell'attività di apprendimento dell'utilizzo di una determinata piattaforma che, in seguito a modifiche essenziali dell'architettura del sito, diverrebbe automaticamente antiquata e non più fruibile da questi ultimi, che si troverebbero nuovamente nella condizione di non poter accedere ad un determinato servizio erogato su una piattaforma digitale.

È ovvio che si tratta di una circostanza che incide negativamente sulla tutela della dignità delle persone anziane, diversamente competenti nell'utilizzo dei sistemi tecnologici, e ciò in quanto queste ultime rischierebbero di sentirsi frustrate per aver appreso ad utilizzare un app o un sito divenuti, in poco tempo, obsoleti, venendo immediatamente e nuovamente escluse dalla dimensione *on line* della società.

Con il presente lavoro ci si è posti l'obiettivo di comprendere se esistono delle soluzioni, amministrative e organizzative, idonee a contemperare il cambiamento repentino dell'architettura delle piattaforme digitali con l'impegno delle istituzioni nell'attuazione della rete di facilitazione digitale e con gli sforzi posti in essere da parte delle persone anziane, soluzioni idonee a garantire continuità, inclusione e adattabilità.

Ebbene, a parere di chi scrive, al fine di riuscire a limitare l'introduzione di modifiche significative, a livello amministrativo, sarebbe fondamentale introdurre degli standard normativi idonei ad imporre dei criteri di stabilità ed usabilità delle piattaforme digitali pubbliche, in modo tale da evitare modifiche troppo frequenti che siano disorientanti per gli utenti più fragili, che com'è noto risultano essere più inclini a format abitudinari.

Parallelamente, sarebbe ottimale l'istituzione di un osservatorio nazionale incaricato di monitorare l'evoluzione delle piattaforme digitali che possa comunicare tempestivamente ai territori e ai facilitatori digitali eventuali aggiornamenti critici, accompagnati da materiali esplicativi e guide operative semplificate, cambiamenti che, se rilevanti, dovrebbero essere segnalati obbligatoriamente dai detentori di piattaforme pubbliche e private.

Dal punto di vista organizzativo, sarebbe necessario sviluppare delle piattaforme modulabili soggette il meno possibile al cambiamento, basate su concetti

---

<sup>18</sup> Il Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione 2024-2026 indica le linee di azione per promuovere la trasformazione digitale del settore pubblico e del Paese.

Il nuovo Piano presenta contenuti per sostenere in modo efficace le pubbliche amministrazioni nel processo di implementazione e gestione dei servizi digitali. Per maggiori approfondimenti sul piano triennale per l'informatica della PA si consulti il sito [pianotriennale-ict.italia.it](http://pianotriennale-ict.italia.it).

chiave e modelli di interazione così da favorire l'autonomia progressiva delle persone anziane.

Una soluzione che potrebbe risultare interessante potrebbe essere la predisposizione da parte delle amministrazioni di piattaforme di Age Tech<sup>19</sup> (siti internet o app) parallele, a quelle ordinarie, realizzate appositamente per gli anziani.

In questo modo questi ultimi sarebbero liberi di decidere di non accedere alla classica app o al sito che è soggetto a continue trasformazioni ma di dotarsi di un app architettata appositamente per gli anziani, la cui interfaccia/architettura dovrebbe restare immodificata nel tempo.

Si tratterebbe di un'ipotesi idonea a garantire la tutela della dignità della popolazione più anziana già istruita sulla base di una determinata architettura, popolazione che è meno incline ad adattarsi a repentini cambiamenti.

Si tratta di un approccio sistemico e flessibile idoneo a garantire che il progresso tecnologico non diventi una nuova forma di esclusione, ma un'occasione di crescita condivisa e accessibile a tutte le generazioni.

L'anziano, come soggetto giuridico portatore di una potenziale marginalizzazione digitale, necessita di tutele specifiche, non solo in termini di assistenza tecnica, ma anche in chiave giuridico-costituzionale, affinché gli strumenti digitali diventino reali vettori di cittadinanza attiva.

In tale quadro la funzione della rete di facilitazione digitale non è soltanto operativa, ma riveste un ruolo essenziale nel garantire l'effettività dei diritti digitali, assicurando che la transizione tecnologica non generi nuove forme di esclusione sociale.

---

<sup>19</sup> L'Age tech ovvero l'aging technology è un settore che si occupa di sviluppare, progettare e migliorare la tecnologia per le persone anziane. Si tratta di tecnologie che possono aiutare a migliorare la qualità della vita degli individui.

L'Age tech offre molte soluzioni progettate al fine di migliorare la qualità della vita degli anziani. Le soluzioni di tecnologia per gli anziani possono coprire una vasta gamma di settori, tra cui la salute, la sicurezza, la comunicazione, la mobilità, l'isolamento sociale e molto altro. L'Age tech mira a garantire un miglioramento della qualità di vita degli anziani mediante l'implementazione di tecnologie assistive in attività quotidiane, l'utilizzo di dispositivi di monitoraggio salute; promuove l'invecchiamento attivo e indipendente mediante lo sviluppo di app specifiche per l'esercizio fisico degli anziani o ancora con l'offerta di piattaforme di apprendimento online; contribuiscono a ridurre i costi sanitari e sociali sia con l'implementazione di servizi di telemedicina che consentono di ricevere cure anche a distanza e sia con l'utilizzo di tecnologie preventive di monitoraggio da remoto che consentono di prevenire malattie e gestire condizioni croniche.



Parte IV

**Cura, etica, sostenibilità economica e sociale.**

**Il contributo della bioetica, delle scienze  
mediche/biologiche, della psicologia, della  
demografia sociale e della statistica**



# La vulnerabilità dell'anziano in chiave filosofico-morale

Virginia Sanchini\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Il concetto di vulnerabilità nella bioetica contemporanea e l'anziano come figura paradigmatica dell'intreccio tra vulnerabilità fondamentale e situazionale. – 3. Tecnologie emergenti e vulnerabilità: una lettura empirico-comparativa. – 4. Discussione: compensazione, empowerment e limiti di un paradigma tecnologico della cura. – 5. Conclusioni. – Riferimenti bibliografici.

**ABSTRACT:** In contemporary bioethical debates, vulnerability has become a key conceptual lens for understanding the moral significance of ageing. Older persons represent a paradigmatic figure in which multiple forms of vulnerability intersect, including physical, psychological, relational, moral, socio-political and existential dimensions. Drawing on developments in bioethics, care ethics and public health ethics, this contribution conceptualizes vulnerability as a multidimensional and dynamic condition, distinguishing between fundamental vulnerability, rooted in human finitude and dependency, and situational vulnerability, shaped by social, institutional and cultural arrangements. Old age emerges as a life stage in which these layers of vulnerability become denser and more visible, calling into question individualistic and autonomy-centred models of care. Against this background, the paper examines the role of emerging technologies in aged care, focusing on their ethical implications for vulnerable older adults. The analysis integrates philosophical reflection with findings from two recent systematic reviews of qualitative literature: one concerning older adults with cognitive impairments and one addressing cognitively competent older adults. Through a comparative reading, the paper shows how the same technologies (e.g., monitoring systems, socially assistive robots and virtual reality) are experienced in markedly different ways, alternately mitigating, transforming or intensifying specific dimensions of vulnerability. The discussion critically interrogates the concepts of "compensation" and "empowerment", highlighting the limits of a technological paradigm of care that risks obscuring dependency and reinforcing surveillance. The paper concludes by arguing for an ethics of emerging technologies grounded in the recognition of vulnerability as a constitutive and normatively significant condition, to be acknowledged rather than treated as a deficit to be overcome.

## 1. Introduzione

Negli ultimi decenni il concetto di vulnerabilità ha occupato una posizione sempre più centrale nel dibattito bioetico e filosofico, fino a divenire una chiave interpretativa privilegiata per comprendere le trasformazioni contemporanee che investono gli

---

\* Ricercatore a tempo determinato in Tenure Track in Storia della medicina, Università degli Studi di Milano.



ambiti della cura, e, più in generale, della salute pubblica. L'invecchiamento demografico, con l'aumento del numero di persone anziane affette da fragilità fisiche, cognitive, relazionali ed esistenziali, ha reso evidente come la figura dell'anziano costituisca un *locus* paradigmatico in cui diverse forme di vulnerabilità si intersecano le une con le altre, e si amplificano.

Parallelamente, l'introduzione delle c.d. "tecnologie emergenti" nei contesti di cura – sensori ambientali, dispositivi indossabili, piattaforme digitali per il monitoraggio, robot sociali assistenziali, realtà virtuale – ha modificato in modo massivo le pratiche assistenziali e il significato stesso dell'abitare e del convivere con la propria fragilità. Questi strumenti, che vengono generalmente presentati quali soluzioni per promuovere un "invecchiamento attivo" ("*active aging*"), contenere i costi sanitari, e rendere sostenibile l'assistenza a lungo termine sono lungi dal potersi definire attori neutrali. Questi, infatti, interagiscono con dimensioni molteplici della vulnerabilità, talvolta contribuendo a mitigarla, altre volte introducendo nuove forme di esposizione al danno, alla dipendenza, alla sorveglianza, alla stigmatizzazione.

Il presente contributo intende mettere in dialogo un'elaborazione teorica della vulnerabilità in età anziana con i risultati di due revisioni sistematiche della letteratura qualitativa dedicate al rapporto tra tecnologie emergenti e anziani vulnerabili: una centrata sulla popolazione con compromissione cognitiva (Sanchini et al., 2026) e una sugli anziani cognitivamente competenti (Fasoli et al., *forthcoming*). Nella prima parte del presente lavoro verrà ricostruito, in prospettiva bioetica, il concetto di vulnerabilità e il motivo per cui l'anziano può essere considerato figura paradigmatica di un intreccio di vulnerabilità fondamentali e situazionali. Nella seconda parte si offrirà una lettura comparativa delle evidenze empiriche, mettendo a fuoco come gli stessi strumenti tecnologici assumano significati diversi, talvolta addirittura opposti, nei due gruppi popolazionali sopra indicati. Nella sezione dedicata alla discussione dei risultati qualitativi, si tenterà l'articolazione di una discussione più ampia, concentrandosi in particolare sui concetti di "compensazione" e di "empowerment", e sui limiti di un paradigma tecnologico della cura in ambito di popolazione anziana. In conclusione, si avanzeranno alcune riflessioni in ambito di etica delle nuove tecnologie, fondate sul riconoscimento della vulnerabilità come categoria centrale, da valorizzare e comprendere, anziché come deficit da colmare.

## **2. Il concetto di vulnerabilità nella bioetica contemporanea e l'anziano come figura paradigmatica dell'intreccio tra vulnerabilità fondamentale e situazionale**

Nella letteratura bioetica il termine "vulnerabilità" ha conosciuto, nel corso degli ultimi decenni, una progressiva espansione, semantica e concettuale (Ten Have, 2016; 2023). Come ha mostrato Ten Have in una ricostruzione longitudinale dell'uso

del termine (Ten Have, 2015), esso compare inizialmente negli ambiti medico, di salute pubblica e militare: si parla, a questo proposito, ad esempio, di vulnerabilità all'alcolismo, vulnerabilità a eventi bellici o disastri naturali. Solo a partire dagli anni Settanta, e poi in maniera più sistematica dagli anni Ottanta, la nozione inizia a circolare in contesti più ampi, riferendosi a fenomeni quali lo sviluppo umano, le condizioni socio-economiche critiche, il degrado ambientale, la povertà, fino a trovare un'espressione più elaborata nei documenti internazionali relativi alla bioetica e ai diritti umani (Belmont Report, 1987; UNESCO, 2005; CIOMS, 2016; WMA, 2024). Qui la vulnerabilità non designa più soltanto un'esposizione a un danno, ma comincia a essere interpretata come una condizione moralmente rilevante, capace di orientare principi e politiche di tutela.

In parallelo a questa evoluzione semantica, l'etica della ricerca ha contribuito a trasformare la vulnerabilità in categoria normativa. A partire dai lavori di Levine e Lebacqz (1979), essa viene impiegata per identificare gruppi "da proteggere", inaugurando due principali linee interpretative (Brachen-Roche et al., 2017). Da un lato, l'approccio "per etichettatura" (*"labelling approach"*), che definisce aprioristicamente vulnerabili determinate categorie di soggetti (ad esempio minori, persone con deficit cognitivi, pazienti istituzionalizzati), sulla base della loro presunta o reale incapacità di tutelare adeguatamente i propri interessi. Dall'altro, l'approccio analitico (*"analytic approach"*), che, come proposto da Kipnis (2001) e Hurst (2008), tenta di "scomporre" la vulnerabilità nelle sue fonti specifiche, mettendo in luce dimensioni cognitive, istituzionali, sociali ed economiche che, in modo diverso, possono incidere sulla possibilità di autodeterminazione e di equo trattamento. In tale prospettiva si inserisce anche la proposta di Luna, secondo cui la vulnerabilità non è una proprietà statica, ma una considerazione dinamica e "stratificata", composta appunto da diversi "strati" (*"layers"*), che possono intensificarsi o attenuarsi a seconda dei contesti in cui tale vulnerabilità viene a mostrarsi (Luna, 2009; 2014).

Accanto a questi sviluppi, l'etica femminista in ambito di etica della cura ha ulteriormente ampliato la portata della nozione, spostando l'attenzione dal "rischio di danno", tipico dell'etica della ricerca, all'ontologia relazionale dell'essere umano. Autrici come Kittay (1999) e Held (2007) hanno sottolineato come la vulnerabilità non possa essere intesa come l'eccezione che caratterizza alcuni soggetti particolarmente fragili, ma come la condizione originaria e condivisa in cui ogni vita si iscrive: una condizione in cui dipendenza, asimmetria e bisogno di cura non rappresentano anomalie, bensì dimensioni strutturali dell'esistenza umana. In tale registro, la vulnerabilità assume una valenza normativa per così dire positiva, diventando la base per doveri di responsabilità nei confronti di coloro che, in specifiche circostanze, risultano maggiormente esposti (Goodin, 1985).

Una distinzione oggi ampiamente riconosciuta nella letteratura, in parte erede dei dibattiti sopra descritti, riguarda la differenza tra vulnerabilità "fondamentale" e vulnerabilità "situazionale" (Sanchini et al., 2022). La prima, definita talvolta "ontologica" o "esistenziale", rimanda alla finitudine e alla contingenza dell'esistenza umana: alla

fragilità del corpo, all'esposizione delle "ferite relazionali", al carattere limitato della nostra autonomia, tra le altre. La seconda dipende invece da condizioni esteriori – strutture economiche inique, assetti politici oppressivi, discriminazioni, precarietà abitativa o sanitaria – e può essere in qualche modo "mitigata", attraverso interventi sociali e istituzionali mirati. Se la prima è condizione che pertiene a ogni essere umano in quanto tale; la seconda deriva da circostanze che colpiscono alcuni individui più di altri.

Alla luce del quadro sopra delineato, l'anziano rappresenta certamente una figura in cui le due dimensioni, fondamentale e situazionale, di vulnerabilità si intrecciano in modo particolarmente evidente. L'invecchiamento intensifica la vulnerabilità fondamentale: il corpo perde forza, la memoria si indebolisce, il futuro si restringe, l'esperienza della propria finitudine si fa più prossima. Ma la vecchiaia è anche il luogo in cui si manifestano vulnerabilità situazionali: l'ageismo, la svalutazione sociale della non produttività, l'isolamento abitativo, l'accesso diseguale ai servizi sanitari, la fragilità delle reti di cura familiari e comunitarie.

Attraverso una tassonomia presente nella letteratura bioetica, è possibile descrivere la vulnerabilità dell'anziano come un fenomeno multidimensionale (Sanchini et al., 2022). L'invecchiamento, infatti, non produce un'unica forma di fragilità, bensì un intreccio di dimensioni differenti – alcune riconducibili alla nostra costitutiva finitudine, altre generate da condizioni sociali mutevoli – che insieme concorrono a definire la specificità della condizione anziana. In questa prospettiva, si possono distinguere almeno sei domini attraverso cui la vulnerabilità dell'anziano tende a manifestarsi. La *vulnerabilità fisica* rimanda ai cambiamenti corporei che accompagnano l'età avanzata: il venir meno della forza, della mobilità e dell'equilibrio, o l'insorgenza di patologie croniche e degenerative che incidono in modo significativo sulla quotidianità. Accanto a essa, la *vulnerabilità psicologica* comprende sia il declino cognitivo fisiologico o patologico, sia una serie di fragilità emotive ed esperienziali che possono emergere in questa fase della vita: dall'incertezza rispetto al futuro, alla percezione di perdita di controllo sulle proprie capacità. La dimensione *relazionale o interpersonale* si esprime nelle trasformazioni dei legami sociali. L'anziano può sperimentare maggiore dipendenza dagli altri – familiari, *caregiver*, istituzioni – e, al tempo stesso, un incremento del rischio di solitudine, isolamento o relazioni caratterizzate da asimmetrie che possono talvolta diventare oppressive. La *vulnerabilità morale*, invece, riguarda il riconoscimento – o altresì il mancato riconoscimento – della dignità e delle preferenze dell'anziano: il modo in cui egli viene considerato nei processi decisionali, la qualità del rispetto ricevuto, o, al contrario, il rischio di infantilizzazione o marginalizzazione simbolica. Sul piano più ampio delle strutture sociali si colloca la *vulnerabilità socio-culturale, politica ed economica*: accesso diseguale ai servizi sanitari, precarietà economica, ageismo, vincoli istituzionali che limitano l'autonomia o la possibilità di ricevere cure adeguate. Infine, la *vulnerabilità esistenziale o spirituale* origina da un confronto più diretto con la propria finitudine: la consapevolezza del tempo che resta, la rinegoziazione della propria identità, l'eventuale perdita di continuità con la narrazione biografica che aveva sinora sostenuto la vita della persona.

In questo quadro, l'anziano non appare quale individuo in qualche misura “meno autonomo”, ma piuttosto un soggetto per cui la trama della vulnerabilità si fa più densa, complessa e visibile. Per quanto alcune delle vulnerabilità sopra delineate possano apparire mancanze da colmare o perlomeno da accettare, la vulnerabilità così interpretata rappresenta anche una risorsa epistemica e morale: un punto di osservazione privilegiato da cui interrogare criticamente modelli di cura, pratiche istituzionali e discorsi pubblici che tendono a occultare la fragilità umana sotto il linguaggio dell'efficienza, dell'autosufficienza e della prestazione.

### 3. Tecnologie emergenti e vulnerabilità: una lettura empirico-comparativa

L'ultimo ventennio ha assistito a una trasformazione significativa del panorama della cura in età avanzata: da un lato, l'inasprirsi delle pressioni demografiche – longevità crescente, aumento delle patologie cronico-degenerative, fragilità diffuse – ha reso sempre più evidente la difficoltà dei modelli tradizionali di assistenza nel far fronte a bisogni complessi e continuativi; dall'altro, l'emergere di nuovi strumenti tecnologici ha progressivamente ridefinito ciò che significa monitorare, assistere e accompagnare la vita quotidiana dell'anziano. Come mette in luce una recente mappatura delle tecnologie disponibili sul mercato (Fasoli et al., 2023), l'offerta tecnologica non solo è cresciuta in quantità, ma si è anche diversificata, andando a costituire un ecosistema articolato di dispositivi concepiti per prolungare quanto più possibile l'indipendenza abitativa dell'anziano presso il proprio domicilio (il c.d. “*aging in place*”), promuoverne la sicurezza, facilitare l'autogestione della propria salute, preservarne le relazioni, ecc.

L'esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 ha ulteriormente accelerato questo processo, evidenziando tanto la potenzialità quanto la necessità di tecnologie capaci di garantire continuità assistenziale anche in condizioni di isolamento fisico. Durante quei mesi, strumenti di monitoraggio remoto, dispositivi per la comunicazione digitale e robot sociali assistenziali hanno mostrato la loro utilità nel preservare una qualche forma di socialità e nel facilitare l'assistenza a distanza, offrendo un supporto concreto a persone anziane impossibilitate a ricevere visite o cure in presenza. Non sorprende, dunque, che tali tecnologie siano oggi considerate, da parte di istituzioni, sviluppatori e operatori sanitari, elementi centrali dei nuovi modelli di “*active ageing*”, come variamente declinati nelle politiche europee e internazionali.

Tuttavia, questa crescente pervasività tecnologica non può essere interpretata come un fenomeno meramente funzionale. Le tecnologie non si limitano a “supportare” la cura: esse la trasformano, ridisegnando la distribuzione delle responsabilità tra istituzioni, famiglie e individui, riconfigurando i confini tra spazio privato e spazio assistenziale, e influenzando la percezione che l'anziano ha di sé, del proprio corpo, delle proprie relazioni. In questo senso, il loro impatto non è uniforme né neutrale: esso dipende dalle condizioni cognitive, sociali e affettive di chi le

utilizza, e contribuisce a modellare – mitigando o amplificando – le varie forme di vulnerabilità già delineate nella parte precedente del saggio.

Per orientare l'analisi, risulta pertanto utile ricondurre l'ampio ventaglio di tecnologie attualmente impiegate o sviluppate per la popolazione anziana a quattro categorie principali (Fasoli et al., 2023): le tecnologie di monitoraggio convenzionale ("*conventional monitoring techniques*", CMT), le tecnologie di monitoraggio non convenzionale ("*unconventional monitoring techniques*", UNMT), i robot assistenziali sociali ("*socially assistive robots*", SAR); e le tecnologie di realtà virtuale ("*virtual reality techniques*", VRT). Ciascuna categoria possiede caratteristiche proprie che danno forma a specifiche implicazioni pratiche ed etiche.

Le CMT rappresentano il versante più "tradizionale" delle tecnologie assistive. Raccolgono dispositivi consolidati – come glucometri, misuratori di pressione, telefoni o tablet dotati di applicazioni cliniche – integrati all'interno di piattaforme di telemedicina o teleassistenza. La loro funzione principale consiste nel consentire un monitoraggio regolare dei parametri clinici, facilitando la comunicazione con i professionisti sanitari e riducendo la necessità di visite in presenza. Pur non introducendo un elemento radicale di novità, queste tecnologie contribuiscono a spostare il baricentro della cura dall'ospedale al domicilio.

Le UNMT articolano il nucleo più innovativo delle tecnologie per l'anziano. Comprendono sensori ambientali, wearable dotati di GPS, sistemi di ambient intelligence, piattaforme integrate di smart home. Questi dispositivi operano secondo logiche di monitoraggio continuo e spesso invisibile, rilevando movimenti, cadute, anomalie comportamentali, aperture di porte, permanenze insolite in determinate stanze. Essi producono una forma di "sorveglianza situata" che, se da un lato aumenta il senso di sicurezza, dall'altro solleva interrogativi legati alla privacy, alla dipendenza tecnologica e al possibile spostamento del controllo dagli operatori alla tecnologia stessa.

I SAR costituiscono la frontiera più avanzata della robotica in campo di popolazione anziana. Si tratta di robot progettati non esclusivamente per svolgere compiti pratici, ma per interagire con l'anziano, offrire stimolazione cognitiva, e forme di compagnia. Possono essere umanoidi, come Pepper o Romeo; zoomorfi, come il noto PARO; o ibridi. Essi non si limitano a intervenire su vulnerabilità pratiche, ma influenzano profondamente le dimensioni relazionali e morali della vulnerabilità, introducendo forme di interazione che oscillano tra la simulazione della cura e la sua sostituzione.

Le *tecniche di realtà virtuale* sono meno diffuse rispetto alle categorie precedenti, ma rappresentano un ambito in rapida crescita. Attraverso visori immersivi, la VRT consente percorsi di riabilitazione cognitiva e motoria, offre ambienti simulati per l'attività fisica o l'esplorazione sensoriale, e talvolta semplici esperienze ludico-ricreative. Pur meno invasive dal punto di vista del monitoraggio, queste tecnologie incidono in modo peculiare sulla dimensione esistenziale e percettiva dell'anziano, modificando il modo in cui egli abita – o immagina di abitare – il proprio corpo e il proprio ambiente.

Alla luce di questo quadro, appare evidente come l'impatto delle tecnologie emergenti sull'esperienza dell'invecchiamento non possa essere compreso attraverso un'analisi meramente tecnica o funzionale. È necessario interrogarsi su come tali dispositivi vengano effettivamente vissuti dagli anziani, su quali forme di vulnerabilità essi contribuiscano a mitigare e quali, invece, rischino di intensificare o di generare *ex novo*.

Per affrontare questa complessità, il presente contributo si avvale dei risultati di due revisioni sistematiche qualitative recentemente condotte. Le due indagini si concentrano su popolazioni differenti – gli anziani con compromissione cognitiva da un lato (Sanchini et al., 2026), e gli anziani cognitivamente competenti dall'altro (Fasoli et al., *forthcoming*) – esplorando in modo sistematico il loro vissuto nei confronti delle tecnologie emergenti e l'impatto percepito di tali dispositivi sulle diverse dimensioni della vulnerabilità.

Attraverso il confronto tra i risultati di queste due revisioni, sarà possibile delineare una mappa più fine e articolata delle forme con cui le tecnologie emergenti si intrecciano alla fragilità anziana. Tale comparazione non mira soltanto a individuare differenze tra popolazioni con livelli diversi di autonomia cognitiva, ma a mettere in luce l'ambivalenza strutturale della tecnologia: la capacità, cioè, di presentarsi simultaneamente come strumento di "compensazione" e come vettore di nuove esposizioni al rischio, come risorsa in qualche modo emancipatoria per l'anziano, ma allo stesso tempo come dispositivo che, talvolta, può portare a violazioni, attuali o potenziali, dell'autonomia e della dignità dell'anziano.

In questa prospettiva, le due revisioni sistematiche costituiscono un osservatorio privilegiato per comprendere come il concetto di vulnerabilità si "trasformi" in presenza della tecnologia e, al tempo stesso, come la tecnologia possa essere reinterpretata attraverso le categorie della vulnerabilità. Esse permettono di interrogare criticamente l'assunto, spesso implicito, secondo cui l'innovazione tecnologica rappresenterebbe di per sé un beneficio per la popolazione anziana, mostrando invece che il suo impatto varia sensibilmente in funzione delle condizioni cognitive, relazionali, morali e socioeconomiche degli individui coinvolti.

L'elemento più rilevante che emerge dal confronto tra i due studi è che le medesime tecnologie assumono significati profondamente diversi nei due gruppi, contribuendo a modellare la vulnerabilità in modi talora complementari, in altri casi nettamente divergenti.

In relazione alla *vulnerabilità psicologica*, gli anziani con compromissione cognitiva tendono a concepire le tecnologie come strumenti di "compensazione" (Casey et al., 2020; Albers et al., 2022). Reminder elettronici, sensori che segnalano porte aperte, dispositivi che guidano nelle attività quotidiane, piattaforme che propongono esercizi di stimolazione cognitiva sono vissuti come supporti che colmano, almeno in parte, le lacune prodotte dal deficit. La tecnologia costituisce così una sorta di "riserva cognitiva esterna", alla quale l'anziano attinge per continuare a condurre una vita quanto più possibile coerente con le proprie abitudini e preferenze. L'effetto psicologico di tale compensazione è duplice: da un lato, essa riduce

ansia e disorientamento; dall'altro, in alcuni casi, rende più visibile il deterioramento, soprattutto quando il dispositivo non esegue correttamente il compito per il quale è stato costruito, o si rivela troppo complesso. Ciò che era stato immaginato come ausilio può allora trasformarsi in un amplificatore della percezione di incapacità che l'anziano ha rispetto a se stesso, generando frustrazione e perdita di fiducia.

Per gli anziani cognitivamente competenti la logica è, invece, opposta. Qui la tecnologia non interviene a compensare una mancanza attuale, bensì a prefigurare un possibile declino (Deutsch et al., 2019; Holthe et al., 2020; Coghlan et al., 2021). Il sensore che monitora i movimenti, il braccialetto che registra i parametri vitali, la piattaforma che permette di comunicare rapidamente con un servizio sanitario non sono percepiti solo come strumenti di prevenzione, ma come segni che l'anziano è ormai entrato in una fase della vita in cui deve essere "tenuto sotto controllo". La tecnologia diventa così un dispositivo di anticipazione della vulnerabilità: essa segnala, più ancora che proteggere, una fragilità che ancora non si è manifestata, o che, qualora già presente, si manifesta però in forma lieve. L'anziano avverte di essere trattato come potenzialmente bisognoso di aiuto prima ancora di sperimentare un effettivo deficit.

Le differenze si fanno altrettanto nette in termini di *vulnerabilità relazionale*. Nei contesti di compromissione cognitiva, le tecnologie – specie i robot sociali e i sistemi di comunicazione assistita – vengono spesso descritte come presenze che attenuano solitudine e ansia. L'interazione ripetitiva con il robot, la possibilità di ricevere stimoli, musica, parole di incoraggiamento, o semplicemente una compagnia "silenziosa", può generare un clima affettivo percepito come rassicurante, anche se l'interlocutore non è umano. In più di uno studio emergono narrazioni in cui il robot assume tratti quasi personificati, viene dotato di intenzionalità e cura, viene incluso nel perimetro delle presenze significative (Casey et al., 2020). Non di rado, però, questa attribuzione è seguita da momenti di vera e propria "disillusione": quando il robot non comprende, ripete le stesse frasi, o reagisce in modo incongruo, l'anziano sperimenta una sorta di ferita relazionale (Baccman et al., 2020). Il limite tecnologico produce una frattura tra l'aspettativa di essere riconosciuti e la constatazione di una risposta meccanica e dunque non intenzionale. Da mediatrice della relazione, la tecnologia rischia così di trasformarsi in un fattore che intensifica il sentimento dell'anziano di non sentirsi compreso.

Gli anziani cognitivamente competenti mostrano una sensibilità diversa. Essi riconoscono volentieri che le tecnologie di comunicazione – videochiamate, messaggistica, piattaforme per il contatto con familiari e operatori sanitari – possono facilitare i legami, soprattutto in contesti di distanza geografica. Tuttavia, molti esprimono il timore che questa mediazione diventi la norma, sostituendo progressivamente l'incontro in presenza con forme di contatto rapide ma superficiali. Anche in relazione ai robot sociali, gli anziani cognitivamente competenti tendono a sottolineare il rischio di una "sostituzione al ribasso": piuttosto che integrare la relazione di cura, il robot potrebbe essere usato come surrogato di una presenza umana che manca o viene ridotta per motivi organizzativi ed economici. In questo

senso, ciò che gli anziani cognitivamente compromessi vivono prevalentemente in termini di prossimità mediata, i cognitivamente competenti lo interpretano spesso come un segnale di distanziamento e di impoverimento relazionale.

La *dimensione fisica* mette in luce soprattutto i benefici delle tecnologie, ma non è esente da ambivalenze. In entrambi i gruppi, i sistemi di monitoraggio ambientale e i dispositivi indossabili sono percepiti come fattori che accrescono la sicurezza: riduzione del rischio di cadute non segnalate, possibilità di intervento rapido in caso di emergenze, monitoraggio di parametri clinici critici (Bajones et al., 2020; Vandemeulebroucke et al., 2020; Bian et al., 2021). Per gli anziani con compromissione cognitiva, tale protezione rappresenta una condizione di possibilità per la permanenza a domicilio; per i cognitivamente competenti, essa è uno strumento per continuare a vivere da soli senza gravare eccessivamente sui familiari. Tuttavia, nel primo gruppo emergono anche preoccupazioni legate a rischi inattesi: robot ingombranti che ostacolano la deambulazione, dispositivi difficili da indossare o da gestire, interfacce che generano confusione. Nel secondo, invece, la vulnerabilità fisica tende a traslarsi in vulnerabilità comportamentale: l'affidamento totale alla tecnologia può indurre un atteggiamento ipercontrollante o, al contrario, passivo, in cui l'ascolto del proprio corpo e dei segnali di malessere viene sostituito dall'attesa del feedback dispositivo-mediato.

La *vulnerabilità morale* rappresenta forse il terreno in cui la distanza tra i due gruppi è più evidente. Gli anziani con compromissione cognitiva raccontano esperienze di infantilizzazione e stigmatizzazione legate, ad esempio, al design di alcuni robot o dispositivi, percepiti come "giocattoli" per bambini più che come strumenti per adulti; oppure al fatto che l'uso di certi ausili renda troppo visibile, agli occhi degli altri, la propria condizione di deficit. La loro vulnerabilità morale si declina, dunque, come rischio di perdita di dignità, di riduzione a oggetto di cura, di essere trattati secondo stereotipi riduttivi sulla demenza e la vecchiaia (Cahill et al., 2007; Gelonch et al., 2019; Blok et al., 2020; Chen et al., 2022). Per gli anziani cognitivamente competenti, la questione morale si articola invece attorno a privacy, autonomia e sorveglianza (Chung J et al., 2017; Bian et al., 2021; Choi YK et al., 2021). Molti esprimono disagio per la presenza di sensori che registrano movimenti, per la possibilità che conversazioni vengano ascoltate, per l'eventualità che dati sensibili siano conservati o utilizzati da terzi senza adeguato controllo. La vulnerabilità che si profila non è solo quella di essere costantemente sorvegliati, ma anche quella di vedere la propria identità "trattata" da sistemi algoritmici o da istituzioni che interpretano e classificano i loro comportamenti. In tale contesto, il paradigma – molto diffuso nel discorso pubblico – che presenta le tecnologie come strumenti di *empowerment* mostra tutta la sua ambiguità: ciò che viene offerto come ampliamento dell'autonomia è percepito da molti anziani come una limitazione, o come una forma di responsabilizzazione unilaterale rispetto alla gestione del rischio.

Infine, le dimensioni *socio-politica*, *economica* ed *esistenziale* completano il quadro. Da un lato, gli anziani con compromissione cognitiva sperimentano la tecnologia come bene scarsamente accessibile, soggetto a logiche di costo che ne



rendono difficile la disponibilità continuativa; dall'altro, gli anziani cognitivamente competenti colgono nella diffusione delle tecnologie una più ampia tendenza alla medicalizzazione e alla digitalizzazione della vita quotidiana, che trasferisce sul singolo una parte significativa della responsabilità di autogestire la propria vulnerabilità (Harrefors et al., 2010; Leikas et al., 2018).

In entrambi i casi, la *vulnerabilità esistenziale* emerge sullo sfondo: la trasformazione della casa in ambiente monitorato, la presenza discreta ma costante di dispositivi, la necessità di negoziare quotidianamente il proprio rapporto con il corpo, la memoria, il tempo ingrandiscono la percezione di vivere in una condizione in cui la finitudine è tematizzata, resa visibile, strutturata tecnicamente.

#### 4. Discussione: compensazione, empowerment e limiti di un paradigma tecnologico della cura

Alla luce di quanto emerso, il rapporto tra tecnologie emergenti e vulnerabilità dell'anziano non può essere descritto in termini di semplice riduzione della fragilità. Le tecnologie non si limitano a “curare” o a “proteggere” un soggetto dato, ma contribuiscono a configurare diversamente il modo in cui la vulnerabilità viene vissuta, interpretata e gestita. In questo senso, esse sono parte integrante del fenomeno che intendono affrontare.

Il primo elemento che merita di essere messo a fuoco riguarda la *logica della compensazione*. Nel caso degli anziani con compromissione cognitiva, la tecnologia svolge, almeno in parte, una funzione compensativa chiara: colma lacune, sostiene funzioni indebolite, consente la prosecuzione di attività quotidiane altrimenti precluse. Questa funzione, tuttavia, è sempre fragile e reversibile: la compensazione non è mai totale e comporta il rischio che il dispositivo, lungi dal “normalizzare” la vita, metta in evidenza la dipendenza da un supporto esterno. Nel caso degli anziani cognitivamente competenti, la logica della compensazione appare meno adeguata: qui la tecnologia finisce spesso per anticipare un deficit, per “produrre” vulnerabilità attraverso la sua stessa presenza, più che per rispondere a una carenza già manifestata. In altri termini, il ricorso precoce a tecnologie pensate per la fragilità può avere l'effetto paradossale di “fragilizzare” simbolicamente soggetti che ancora non si percepiscono fragili.

Questa dinamica interroga criticamente il *paradigma dell'empowerment* che informa gran parte delle politiche e dei discorsi sulle tecnologie in sanità (Morley et al., 2020; Kapeller et al., 2023). L'idea, in sé condivisibile, è che gli individui debbano essere messi in condizione di partecipare attivamente alle decisioni che li riguardano, di autogestire alcuni aspetti della propria salute, di co-costruire percorsi di cura. Tuttavia, applicato all'anziano fragile, questo paradigma rischia di trasformarsi in un imperativo alla *performance*: l'anziano è chiamato a essere “attivo”, “consapevole”, “impegnato” nella gestione del proprio rischio, spesso attraverso strumenti tecnologici che non ha scelto o che non sente come propri. La retorica

dell'*empowerment* tende allora a mascherare una forma di trasferimento di responsabilità dalle istituzioni al soggetto, che si trova a dover dimostrare di essere un "buon anziano" adeguandosi a dispositivi e procedure digitali.

In tale prospettiva, la vulnerabilità viene in qualche modo neutralizzata sul piano discorsivo: anziché essere riconosciuta come condizione da cui partire per ripensare la cura, viene trattata come una sorta di "difetto di attivazione", che l'anziano dovrebbe colmare attraverso l'uso appropriato delle tecnologie. Il lessico dell'*empowerment*, lungi dall'essere neutro, incorpora quindi una concezione implicita del soggetto – autonomo, capace, razionale – che fatica a riconoscere la specificità della fragilità anziana, tanto più quando sia segnata da compromissioni cognitive.

Un'etica della vulnerabilità attenta alle tecnologie emergenti deve invece ripensare questa prospettiva. Non si tratta di rifiutare le tecnologie, ma di collocarle dentro un modello di cura che riconosca la vulnerabilità come dato costitutivo e non come anomalia. In questo senso, il contributo della "*relational care ethics*" è prezioso: se la cura è, come ricorda Held (2007), pratica che prende forma all'interno di relazioni asimmetriche ma non per questo gerarchiche, le tecnologie possono essere accettabili solo nella misura in cui rafforzano, e non indeboliscono, la trama relazionale. La domanda etica non può essere ridotta a "funziona o non funziona?", ma deve farsi più esigente: "in che modo questa tecnologia modifica il modo di percepire sé, gli altri, le istituzioni? quali forme di vulnerabilità intensifica, quali rende più gestibili, quali introduce *ex novo*?".

Da questo punto di vista, la comparazione tra anziani cognitivamente compromessi e anziani cognitivamente competenti mostra che non esiste una "tecnologia per gli anziani" in generale. Ogni dispositivo si iscrive in biografie, contesti, rapporti di forza specifici. Ciò che in una popolazione appare prevalentemente come sostegno, in un'altra può essere vissuto come intrusione o stigmatizzazione. Il compito dell'etica non è dunque quello di classificare le tecnologie una volta per tutte, ma di accompagnare criticamente i processi concreti di implementazione, rendendo visibili le dimensioni di vulnerabilità che esse contribuiscono a modellare.

## 5. Conclusioni

La riflessione condotta consente ora di trarre alcune considerazioni conclusive, che intendono non solo riassumere quanto emerso, ma anche proporre alcune linee interpretative per una più matura comprensione del rapporto tra vulnerabilità anziana e tecnologie emergenti.

In primo luogo, la vulnerabilità dell'anziano non può essere ricondotta a una semplice fragilità biologica, né a un difetto di autonomia concepito in termini meramente individualistici. Essa costituisce piuttosto una *tessitura complessa*, in cui dimensioni fisiche, psicologiche, relazionali, morali, socio-politiche ed esistenziali si intrecciano, modellando l'esperienza dell'invecchiamento come una condizione allo stesso tempo fondamentale, dunque universale, e situata, dunque particolare.

Le tecnologie emergenti talvolta attenuano le tensioni tra diverse forme di vulnerabilità, in altri casi le rendono più visibili, in altre circostanze ancora ne producono di nuove.

In secondo luogo, le evidenze qualitative provenienti dalle due revisioni sistematiche mostrano con chiarezza che l'impatto delle tecnologie non è uniforme né prevedibile. La stessa tecnologia può fungere da presidio di sicurezza o essere vissuta come strumento di sorveglianza; può sostenere la continuità della vita quotidiana oppure generare infantilizzazione, dipendenza o delusione relazionale; può coltivare forme di compagnia o alimentare, in modo inatteso, sentimenti di distanza e spersonalizzazione. Il modo in cui l'anziano interpreta il dispositivo dipende infatti da molteplici fattori: il proprio profilo cognitivo, le reti relazionali di cui dispone, le risorse sociali ed economiche che può attivare, la narrazione biografica entro cui si colloca il proprio invecchiamento.

Questa constatazione permette di problematizzare il modello dell'“*empowerment*”, spesso invocato nei discorsi istituzionali sulle tecnologie per l'invecchiamento attivo. Mentre per gli anziani cognitivamente competenti tale modello si rivela solo parzialmente adeguato, nel caso degli anziani con compromissione cognitiva esso risulta in larga parte fuorviante. Come mostrato dalla review dedicata a questa popolazione (Sanchini et al., 2026), molte tecnologie non potenziano realmente la capacità d'azione dell'anziano, né promuovono una maggiore padronanza di sé: esse operano piuttosto secondo una logica di *compensazione*, sostenendo funzioni indebolite, colmando lacune quotidiane, offrendo ancoraggi laddove la continuità dell'esperienza è fragile. In tali contesti, parlare di *empowerment* rischia di imporre all'anziano un modello antropologico che non gli appartiene, proiettando su di lui un ideale di autodeterminazione che non corrisponde alle sue possibilità reali, né al suo bisogno di cura. La categoria della compensazione, al contrario, riconosce la dipendenza come parte costitutiva della condizione umana e consente di pensare la tecnologia non come strumento di potenziamento, ma come risorsa che accompagna, sostiene e integra capacità residue senza forzarle entro parametri di efficienza.

Questa distinzione trova un'eco significativa anche nel parere del *Comitato Nazionale per la Bioetica* sul tema “I diritti degli anziani” (CNB, 2006), il quale sottolinea come la dignità dell'anziano non debba essere interpretata alla luce di ideali astratti di autonomia, efficienza o produttività, bensì riconosciuta nella sua fragilità stessa, e tutelata attraverso assetti relazionali e istituzionali capaci di accogliere dipendenza e vulnerabilità come elementi non accidentali, ma strutturali della vita in età avanzata. Il CNB insiste inoltre su un punto fondamentale: nessuna innovazione tecnologica può sostituire il dovere sociale e politico di garantire condizioni di vita che rispettino l'integrità personale, la continuità relazionale e il bisogno di accompagnamento dell'anziano. Una tecnologia che si proponga di sostenere l'invecchiamento dignitoso deve perciò evitare sia la deriva efficientista sia la tendenza alla surrogazione affettiva, e collocarsi invece entro un modello di cura che preservi la centralità della persona e del suo mondo di relazioni.

Infine, la categoria di vulnerabilità si rivela non solo come oggetto da proteggere, ma anche come *criterio critico* per orientare politiche, pratiche e scelte di innovazione. Prendere sul serio la vulnerabilità significa riconoscere che non tutto ciò che è tecnicamente possibile è eticamente desiderabile; implica interrogare i dispositivi non solo sui loro rischi clinici, ma sulle implicazioni simboliche e relazionali che generano; invita a considerare l'anziano non come destinatario passivo di soluzioni progettate altrove, bensì come interlocutore competente, per quanto fragile, la cui voce, esperienza e biografia devono contribuire alla configurazione stessa degli strumenti che lo riguardano.

In questa prospettiva, le tecnologie emergenti possono certamente sostenere un invecchiamento in dignità, ma solo se inserite all'interno di un modello di cura che accolga la vulnerabilità come parte integrante della condizione anziana, riconosca la legittimità della dipendenza, e preservi la trama relazionale su cui si costruisce la "vita buona" nella vecchiaia. Esse possono essere alleate preziose, purché non si perda di vista ciò che il CNB (2006) definisce come il nucleo irrinunciabile dei diritti dell'anziano: essere riconosciuto nella sua unicità, rispettato nella sua fragilità, accompagnato nella sua finitudine.

## Riferimenti bibliografici

- ALBERS E.A., MIKAL J., MILLENBAH A., FINLAY J., JUTKOWITZ E., MITCHELL L., HORN B., GAUGLER J.E., *Technology Use Among Persons with Memory Concerns and Their Caregivers in the United States During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study*, in *JMIR Aging*, 5(1), 1-11, 2022.
- BACCMAN C., BERGKVIST L., KRISTENSSON P., *Elderly and care personnel's user experiences of a robotic shower*, in *Journal of Enabling Technologies*, 14(1), 1-13, 2020.
- BAJONES M., FISCHINGER D., WEISS A., DE LA PUENTE P., WOLF D., VINCZE M., KÖRTNER T., WENINGER M., PAPOUTSAKIS K., MICHEL D., QAMMAZ A., PANTELIERIS P., FOUKARAKIS M., ADAMI I., IOANNIDI D., LEONIDIS A., ANTONA M., ARGYROS A., MAYER P., PANEK P., EFTRING H., FRENNERT S., *Results of Field Trials with a Mobile Service Robot for Older Adults in 16 Private Households*, in *Acm Transactions on Human-Robot Interaction*, 9(2), 1-27, 2020.
- BIAN C., BING Y., HOONAKKER A., MIHAILIDIS A., *Attitudes and perspectives of older adults on technologies for assessing frailty in home settings: a focus group study*, in *BMC Geriatrics*, 21(298), 1-13, 2021.
- BLOK M., VAN INGEN E., DE BOER A.H., SLOOTMAN M., *The use of information and communication technologies with cognitive impairments: from barriers to benefits*, in *Computers in Human Behavior*, 104, 1-9, 2020.
- BRACKEN-ROCHE D., BELL E., MACDONALD M.E., RACINE E., *The concept of 'vulnerability' in research ethics: an in-depth analysis of policies and guidelines*, in *Health Res Policy Syst*, 15(1), 8, 2017 (published 2017 Feb 7. doi:10.1186/s12961-016-0164-6).
- CAHILL S., BEGLEY E., FAULKNER J.P., HAGEN I., *"It gives me a sense of independence" – Findings from Ireland on the use and usefulness of assistive technology for people with dementia*, in *Technology and Disability*, 19(2-3), 133-142, 2007.

- CASEY D., BARRETT E., KOVACIC T., SANCARLO D., RICCIARDI F., MURPHY K., KOUMPIA A., SANTORELLI A., GALLAGHER N., WHELAN S., *The perceptions of people with dementia and key stakeholders regarding the use and impact of the social robot MARIO*, in *International journal of environmental research and public health*, 17(8621), 1-19, 2020.
- CHEN S.C., DAVIS B.H., KUO C.Y., MACLAGAN M., CHIEN C.O., LIN M.F., *Can the Paro be my Buddy? Meaningful experiences from the perspectives of older adults*, in *Geriatric Nursing*, 43, 130-137, 2022.
- CHOI Y.K., THOMPSON H.J., DEMIRIS G., *Internet-of-Things Smart Home Technology to Support Aging-in-Place: Older Adults' Perceptions and Attitudes*, in *Journal of Gerontological Nursing*, 47(4), 15-21, 2021.
- CHUNG J., THOMPSON H.J., JOE J., HALL A., DEMIRIS G., *Examining Korean and Korean American older adults' perceived acceptability of home-based monitoring technologies in the context of culture*, in *Informatics for Health & Social Care*, 42(1), 61-76, 2017.
- COGHLAN S., WAYCOTT J., LAZAR A., BARBOSA NEVES B., *Dignity, Autonomy, and Style of Company: Dimensions Older Adults Consider for Robot Companions*, in *Proc ACM Hum Comput Interact*, 5(CSCW1), 1-24, 2021.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *I diritti degli anziani*, 2006.
- COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES (CIOMS), *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*, 2016.
- DEUTSCH I., EREL H., PAZ M., HOFFMAN G., ZUCKERMAN O., *Home robotic devices for older adults: Opportunities and concerns*, in *Computers in Human Behavior*, 98, 122-133, 2019.
- FASOLI A., BERETTA G., PRAVETTONI G., SANCHINI V., *Mapping emerging technologies in aged care: results from an in-depth online research*, in *BMC Health Services Research*, 23(1), 528, 2023.
- FASOLI A., DE LUCA M., BERETTA G., GASTMANS C., SANCHINI V. (forthcoming), *Emerging Technologies and Vulnerabilities in Older Adults without Cognitive Impairments: A Systematic Review of Qualitative Evidence*.
- GELONCH O., RIBERA M., CODERN-BOVÉ N., RAMOS S., QUINTANA M., CHICO G., CERULLA N., LAFARGA P., RADEVA P., GAROLERA M., *Acceptability of a lifelogging wearable camera in older adults with mild cognitive impairment: a mixed-method study*, in *BMC Geriatrics*, 19(110), 1-10, 2019.
- GOODIN R., *Protecting the Vulnerable*, University of Chicago Press, Chicago, 1985.
- HARREFORS C., AXELSSON K., SÄVENSTEDT S., *Using assistive technology services at differing levels of care: healthy older couples' perceptions*, in *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1523-1532, 2010.
- HELD V., *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*, Oxford University Press, Oxford, 2007.
- HOLTHE T., HALVORSRUD L., LUND A., *A critical occupational perspective on user engagement of older adults in an assisted living facility in technology research over three years*, in *Journal of Occupational Science*, 27(3), 376-389, 2020.
- HURST S., *Vulnerability in research contexts: a taxonomy*, in R. ASHCROFT et al. (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, 2008.
- KAPELLER A., LOOSMAN I., *Empowerment through health self-testing apps? Revisiting empowerment as a process*, in *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(1), 143-152, 2023.
- KIPNIS K., *Vulnerability in research subjects*, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 26, 2001.

- KITTAY E.F., *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*, Routledge, London, 1999.
- LEIKAS J., KULJU M., *Ethical consideration of home monitoring technology: A qualitative focus group study*, in *Gerontechnology*, 17(1), 38-47, 2018.
- LEVINE R.J., LEBACQZ K., *Ethical considerations in clinical trials*, in *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 25, 5 part 2, 728-741, 1979.
- LUNA F., *Elucidating the concept of vulnerability: layers not labels*, in *IJFAB Int J Fem Approaches Bioeth*, 2, 1, 121-139, 2009.
- LUNA F., *'Vulnerability', an interesting concept for public health: the case of older persons*, in *Public Health Ethics*, 7, 2, 180-194, 2014.
- MORLEY J., FLORIDI L., *The limits of empowerment: how to reframe the role of mHealth tools in the healthcare ecosystem*, in *Science and engineering ethics*, 26(3), 1159-1183, 2020.
- NATIONAL COMMISSION FOR THE PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS OF BIOMEDICAL AND BEHAVIORAL RESEARCH, *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, in *Federal Register*, 44, 76, 23191-23197, 1979.
- SANCHINI V., SALA R., GASTMANS C., *The concept of vulnerability in aged care: a systematic review of argument-based ethics literature*, in *BMC medical ethics*, 23(1), 84, 2022.
- SANCHINI V., FASOLI, A., BERETTA, G., GASTMANS C., *Emerging Technologies and Vulnerabilities in Older Adults with Cognitive Impairments: A Systematic Review of Qualitative Evidence*, in *BMC Geriatrics*, 2026 (<https://doi.org/10.1186/s12877-025-06792-x>).
- TEN HAVE H., *Respect for human vulnerability: the emergence of a new principle in bioethics*, in *J Bioeth Inquiry*, 12, 3, 395-408, 2015.
- TEN HAVE H., *Vulnerability: challenging bioethics*, Routledge, London, 2016.
- TEN HAVE H., *Vulnerability as a New Perspective on Ethical Challenges in Healthcare*, in *Vulnerabilities: Rethinking Medicine Rights and Humanities in Postpandemic*, Springer International Publishing, Cham, 209-223, 2023.
- UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO), *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 2005.
- VANDEMEULEBROUCKE T., DIERCKX DE CASTERLÉ B., WELBERGEN L., MASSART M., GASTMANS C., *The ethics of socially assistive robots in aged care. A focus group study with older adults in Flanders, Belgium*, in *The Journals of Gerontology: Series B* 2020 Nov; 75(9): 1996-2007.
- WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA), *Declaration of Helsinki*, 2024.



# Vulnerabilità e fragilità dell'anziano: i condizionamenti sociali. Intrecci fra biologia e società

Veronica Papa\*

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. Metodologia. – 3. Dati epidemiologici e aspettativa di vita. – 4. Le basi biologiche dell'invecchiamento. – 5. Frailty e Fragility. – 6. Fragility e Vulnerabilità Sociale. – 7. Determinanti sociali della salute (SDOH) e rischio cardiovascolare. – 8. Conclusioni.

**ABSTRACT:** This essay explores aging as a multidimensional process, combining biological mechanisms, frailty, and social vulnerability to develop an interdisciplinary framework for understanding risk and aging.

## 1. Premessa

La popolazione italiana è sempre più anziana. L'aumento dell'aspettativa di vita, se da un lato rappresenta un traguardo, dall'altro indubbiamente costituisce una delle sfide e delle trasformazioni più profonde e pervasive del nostro tempo. La crescita della quota di popolazione anziana e la trasformazione delle strutture sociali e familiari, in cui sempre più spesso le donne assumono il ruolo di *caregiver* dei loro cari anziani, stanno ridefinendo non solo i percorsi individuali di vita, ma anche gli assetti sanitari, economici e culturali delle società contemporanee.

Parlare di invecchiamento significa, oggi, confrontarsi con una realtà complessa, in cui dimensioni biologiche, cliniche e sociali si intrecciano e influenzano reciprocamente. Pertanto, questo scritto nasce dall'esigenza di esplorare la complessità di questo fenomeno biologico, socioeconomico e culturale, restituendo un quadro interpretativo capace di integrare la comprensione dei meccanismi biologici dell'invecchiamento con l'analisi della fragilità clinica, della vulnerabilità sociale e del ruolo cruciale dei determinanti sociali della salute. L'obiettivo centrale è, quindi, proporre una lettura multidimensionale dell'invecchiamento che superi la tradizionale distinzione tra processi biologici e condizioni sociali. L'invecchiamento, infatti, non è soltanto un fenomeno fisiologico che si manifesta a livello cellulare e sistemico, ma anche un processo socialmente strutturato, influenzato dalle reti relazionali, dalle condizioni socioeconomiche, dall'ambiente di vita, dalle disuguaglianze strutturali e dai contesti culturali. In quest'ottica, concetti come *frailty*, *fragility* e *vulnerability* verranno definiti, analizzati ed interpretati in un

---

\* Professoressa Associata di Anatomia umana, Università degli Studi di Napoli Parthenope.



*continuum* in cui il declino funzionale individuale si intreccia con l'esposizione a rischi contestuali, determinando rischi clinici diversi.

## 2. Metodologia

Data la connotazione fortemente interdisciplinare del tema, questo saggio sarà scritto in forma di *narrative review*, che consente di ricomporre evidenze eterogenee in una cornice interpretativa coerente, integrando contributi provenienti da ambiti diversi quali biologia dell'invecchiamento, medicina clinica, epidemiologia, psicologia sociale, scienze comportamentali e salute pubblica. Pertanto, si è reso necessario l'impiego di una metodologia capace di integrare evidenze differenti all'interno di una cornice interpretativa coerente. A tal fine è stata adottata la *Thematic Analysis* proposta da Braun e Clarke <sup>1</sup> nel 2006, una metodologia di ricerca qualitativa flessibile ma rigorosa che consente di identificare *pattern* ricorrenti e di costruire categorie concettuali a partire da dati complessi.

In accordo con quanto previsto dal protocollo, l'analisi è stata articolata in sei fasi: la letteratura selezionata, composta da 31 articoli scientifici e *reports* dei più importanti organismi nazionali e internazionali, è stata analizzata approfonditamente. Si è quindi proceduto alla codifica, identificando i concetti ricorrenti: senescenza, *frailty*, vulnerabilità, isolamento, determinanti sociali della salute (SDOH), malattie cardiovascolari (CVD) e resilienza. Successivamente, i codici così ottenuti sono stati raggruppati in aree tematiche più ampie, che sono state revisionate per verificarne la coerenza e l'attinenza allo scopo del saggio. Ai temi sono state quindi assegnate etichette concettuali, che verranno discusse nel saggio.

A seguito dell'analisi della letteratura, della codifica e della formazione delle aree tematiche, sono emersi quattro macrotemi centrali, ciascuno articolato in sottotemi: Tema 1 – Biologia dell'invecchiamento e i suoi meccanismi fondamentali. I sottotemi individuati all'interno di questa sezione sono: l'instabilità genomica, l'epigenetica, il funzionamento dei telomeri ed i meccanismi di senescenza cellulare <sup>2</sup>, i processi di infiammazione e la disregolazione immunitaria e la modulazione mitocondriale <sup>3</sup> ed infine i biomarcatori epigenetici dell'età biologica <sup>4,5</sup>. Dall'analisi di questa area tematica emerge chiaramente come l'invecchiamento sia un processo

---

<sup>1</sup> V. BRAUN, V. CLARKE, *Using thematic analysis in psychology*, in *Qualitative Research in Psychology*, 2006, 3(2), 77-101.

<sup>2</sup> C. LÓPEZ-OTÍN et al., *The hallmarks of aging*, in *Cell*, 2013, 153(6), 1194-1217.

<sup>3</sup> A. ROSENBERG et al., *Inflammaging and immune system dysregulation in aging*, in *eLife*, 2021, 10, e66775.

<sup>4</sup> M.E. LEVINE et al., *An epigenetic biomarker of aging for lifespan and healthspan*, *Aging*, Albany NY, 2018, 10(4), 573-591

<sup>5</sup> J.H. TAY et al., *Biological age measured by DNA methylation clocks and frailty*, in *The Lancet Healthy Longevity*, 2025, 6, 100773.

molecolare sistemico, modulato da fattori ambientali e psicosociali, la cui variabilità interindividuale spiega le differenze nei quadri clinici e di salute tipiche dell'età avanzata. La seconda area tematica (Tema 2) riguarda i concetti di *frailty*, *fragility* e di vulnerabilità dell'anziano. Dall'analisi di questa seconda area tematica (i cui sottotemi sono il modello di Fried <sup>6</sup>, il *Frailty Index* <sup>7</sup>, la *fragility* come dimensione biopsicosociale intermedia, i parametri funzionali e la multidimensionalità della valutazione geriatrica) risulta evidente come la fragilità clinica sia il segno della perdita di riserva fisiologica. Inoltre, questa condizione sembra non coincidere con l'età anagrafica ma rappresenterebbe un indicatore di rischio indipendente, amplificato dalle condizioni relazionali, socioeconomiche e dagli stili di vita. Il Tema 3, identificato e codificato come *fragility* e vulnerabilità sociale, i cui sottotemi sono la perdita di ruolo, isolamento, ridotta partecipazione sociale <sup>8</sup>, la predizione di disabilità e mortalità <sup>9</sup>, le interazioni reti sociali, lo stato psicofisico e cognitivo dell'individui e la fragilità, la vulnerabilità individuale <sup>10</sup> e di contesto <sup>11, 12</sup> e la resilienza come fattore protettivo <sup>13</sup> esamina il *cross-talk* tra fragilità clinica e vulnerabilità sociale, che, intesa come condizione individuale o come rischio territoriale e ambientale, influenza in maniera significativa non solo il rischio di sviluppare condizioni morbose e la loro prognosi ma amplifica profondamente le disparità fra gli individui. L'ultima area tematica (Tema 4), codificata come rischio cardiovascolare e determinanti sociali della salute (SDOH), che agiscono come forze strutturali influenzando e caratterizzando il rischio di insorgenza di patologia e la loro prognosi, rappresenta in qualche modo l'esito tangibile delle relazioni intercorrenti fra le basi biologiche dell'invecchiamento, la *frailty* da un lato e la vulnerabilità sociale dall'altro. Sottotemi di quest'ultima area tematica sono, pertanto, costituiti dall'isolamento e dalla solitudine come fattori predittivi e indipendenti di rischio cardiovascolare e cerebrovascolare <sup>14, 15</sup>, dal gradiente sociale nelle CVD (educazione, reddito, contesto abitativo) e dall'identificazione dei contesti ad alta vulnerabilità (SVI) <sup>16</sup> e dal ruolo svolto dai determinanti sociali della salute. Le aree tematiche principali e quelle da esse derivate sono elencate nella tabella 1.

---

<sup>6</sup> L.P. FRIED et al., *Frailty in older adults*, in *J Gerontology A*, 2001.

<sup>7</sup> K. ROCKWOOD, A. MITNITSKI, *Frailty and accumulation of deficits*, in *J Gerontology A*, 2007.

<sup>8</sup> L. BUNT et al., *Social frailty in older adults*, in *Eur J Ageing*, 2017.

<sup>9</sup> R. RAGUSA et al., *Social frailty and mortality in older adults: the ELSA study*, in *Journal of the American Medical Directors Association*, 2022, 23(1), 98-104.e2.

<sup>10</sup> M. ANDREW et al., *Social vulnerability, frailty and mortality*, in *PLoS One*, 2008.

<sup>11</sup> A. MINHAS et al., *Social vulnerability and cardiovascular mortality*, 2023.

<sup>12</sup> Z. IBRAHIM et al., *SVI and cardiovascular outcomes*, *JACC Advances*, 2024.

<sup>13</sup> S. ZEIDAN et al., *Vulnerability and resilience in aging*, 2023.

<sup>14</sup> K. VALTORTA et al., *Loneliness and social isolation as risk factors for CVD*, in *Heart*, 2016.

<sup>15</sup> N. LEIGH-HUNT et al., *Overview of systematic reviews on loneliness*, in *Public Health*, 2017.

<sup>16</sup> Cfr. nota 11.

| Area tematica                                                                      | Aree tematiche derivate                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Studi inclusi                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Tema 1 – Basi biologiche dell'invecchiamento</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hallmarks of ageing (genomica, epigenetica, telomeri, senescenza)</li> <li>– Inflammaging e immunosenescenza – Stress psicosociale e funzione mitocondriale</li> <li>– Età biologica ed epigenetica (DNA methylation clocks)</li> <li>– Biomarcatori sistemici (infiammazione, metabolismo)</li> </ul>                                             | López-Otín et al., 2013; López-Otín, 2023; Levine et al., 2018; Tay et al., 2025; Mathur et al., 2024; Rosenberg et al., 2021                                                                      |
| <b>Tema 2 – Frailty e Fragility (dimensione clinica)</b>                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fenotipo di fragilità (modello di Fried)</li> <li>– Deficit cumulativi (Frailty Index) – Parametri funzionali</li> <li>– Fragility come dimensione biopsicosociale intermedia</li> <li>– Multidimensionalità della valutazione geriatrica</li> </ul>                                                                                               | Fried et al., 2001; Fried et al., 2010; Rockwood & Mitnitski, 2007; Cesari et al., 2017; Hoogendijk et al., Lancet; Han 2021; De Witte et al., 2013                                                |
| <b>Tema 3 – Fragility e Vulnerabilità Sociale</b>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Perdita di ruolo sociale, isolamento, bassa partecipazione</li> <li>– Reti sociali e rischio di disabilità- Predizione della mortalità</li> <li>– Relazione fra fragility e benessere cognitivo</li> <li>– Vulnerabilità sociale individuale</li> <li>– Vulnerabilità sociale di contesto</li> <li>– Resilienza come fattore protettivo</li> </ul> | Bunt et al., 2017; Makizako et al., 2018; Ragusa et al., 2021-2022; Amieva et al., 2022; Andrew et al., 2008; Minhas et al., 2023; Ibrahim et al., 2024; Mangini et al., 2025; Zeidan et al., 2023 |
| <b>Tema 4 – Rischio cardiovascolare e Determinanti Sociali della Salute (SDOH)</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– Solitudine e isolamento come fattori indipendenti di rischio cardiaco</li> <li>– Gradienti socioeconomici nelle CVD</li> <li>– SVI e mortalità cardiovascolare</li> <li>– Meccanismi psicosociali</li> <li>– Disuguaglianze nei percorsi di cura – Interazione tra vulnerabilità biologica e vulnerabilità sociale</li> </ul>                      | Valtorta et al., 2016; Leigh-Hunt et al., 2017; Christiansen 2020; Minhas et al., 2023; Ibrahim et al., 2024; Zawadzka et al., 2025; WHO SDOH                                                      |

Le quattro aree tematiche hanno guidato la costruzione della struttura del saggio e la loro traduzione narrativa, sostenuta da solide e robuste evidenze scientifiche, che ha permesso di rafforzare l'idea, già presente in letteratura medico-scientifica, che l'invecchiamento sia un processo intrinsecamente multidimensionale. Le aree tematiche identificate non sono infatti indipendenti, ma collegate da relazioni circolari: la vulnerabilità sociale influenza la fragilità clinica, che a sua volta amplifica gli effetti dell'invecchiamento biologico, determinando un aumento del rischio cardiovascolare e un peggioramento della prognosi.

### 3. Dati epidemiologici e aspettativa di vita

L'invecchiamento demografico è tra dei fenomeni più significativi e preoccupanti del XXI secolo, destinato a incidere profondamente sulla struttura sociale, economica e sanitaria delle società contemporanee. Le dinamiche osservate negli ultimi decenni confermano una tendenza globale caratterizzata da tre processi paralleli: l'aumento dell'aspettativa di vita, la riduzione dei tassi di fertilità e la crescita numerica e proporzionale della popolazione anziana. Questi processi, lungi dall'essere omogenei, riflettono differenze regionali profonde, con implicazioni dirette per la salute pubblica e per i sistemi di assistenza.

Secondo i dati del World Population Prospects 2024 delle Nazioni Unite<sup>17</sup>, la popolazione mondiale ha raggiunto 8,2 miliardi nel 2024 e continuerà a crescere per circa sei decenni, fino a raggiungere un picco stimato di 10,3 miliardi nella metà degli anni 2080. Aumenta significativamente anche la quota della popolazione anziana; secondo gli stessi dati, infatti, entro il 2080, il numero di persone di età pari o superiore ai 65 anni supererà quello dei bambini e degli adulti sotto i 18 anni. Questo "sorpasso demografico" non è solo simbolico ma rappresenta un cambio strutturale nella piramide demografica che ha conseguenze profonde: riduzione della popolazione attiva, aumento della dipendenza economica, pressione crescente sui sistemi sanitari e assistenziali, mutamenti profondi, forse involutivi, dei modelli familiari e del ruolo delle donne all'interno della società e delle famiglie. Evidenze sempre crescenti dimostrano, infatti, che le donne sono la maggioranza dei *caregivers* familiari, ruolo che influenza significativamente il loro benessere psicofisico, aumentando i livelli di ansia e peggiorando in maniera importante la loro qualità della vita<sup>18</sup>. Il ruolo di *caregivers* ha infatti una forte connotazione di genere, in cui le donne assumono la maggior parte delle responsabilità assistenziali<sup>19</sup> sacrificando occupazione, reddito e opportunità lavorative, con conseguenze socioeconomiche e previdenziali rilevanti nel medio-lungo termine<sup>20, 21</sup>.

Infine, ancora più rilevante è la crescita prevista degli over-80: le stime indicano che entro il 2050 gli ultraottantenni supereranno i 265 milioni, quasi raddoppiando rispetto al 2020. Questo segmento costituisce una fascia d'età particolarmente vulnerabile dal punto di vista clinico e funzionale ed è quello in cui si concentrano

---

<sup>17</sup> United Nations, *World Population Prospects 2024: Summary of Results*, UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9, New York, 2024.

<sup>18</sup> L. ZWAR et al., *Gender Differences in Mental Health, Quality of Life, and Caregiver Burden among Informal Caregivers*, in *BMC Geriatrics*, 22, 2022.

<sup>19</sup> I. ZYGOURI et al., *Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review*, in *BMC Health Services Research*, 21, 2021.

<sup>20</sup> B. GÖSENBAUER et al., *Informal long-term care and its gender distribution*, in *Ageing & Society*, 2024.

<sup>21</sup> T. DUANGJINA et al., *Gender differences in caregiver burden among family caregivers of persons with dementia: a systematic review and meta-analysis*, in *Innovation in Aging*, 7, 2025.

maggiormente fragilità, multimorbidità, disabilità e bisogni assistenziali continui: l'aumento degli ultra-anziani sarà dunque uno dei principali *driver* della domanda di salute nei prossimi decenni.

Gli stessi dati dimostrano che non crescono solamente i numeri assoluti, ma anche l'aspettativa di vita rappresenta un *trend* in costante incremento grazie al processo scientifico e tecnologico, alla riduzione della mortalità infantile, al miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari e alla gestione più efficace delle malattie croniche: nel 2024 l'aspettativa di vita generale ha raggiunto i 73,3 anni, con un incremento di 8,4 anni rispetto al 1995 e si stima che possa raggiungere i 77,4 anni entro il 2054.

Purtroppo, un aumento dell'aspettativa di vita non coincide con un aumento della stessa in buona salute, la Healthy Life Expectancy (HALE), che resterebbe più o meno stabile, attestandosi intorno ai 63-64 anni, con piccole differenze di genere legate a meccanismi ormonali o a differenze negli stili di vita. Questo divario di circa un decennio tra vita totale e vita in buona salute aumenta significativamente dopo i 70 anni, acutizzando fragilità, vulnerabilità sociali e perdita di autonomia.

In ogni caso, va specificato, che la transizione demografica non avviene in modo uniforme a livello mondiale, ma presenta differenze significative a seconda delle aree geografiche e dei livelli socioeconomici e assistenziali. I paesi ad alto reddito dell'Europa e dell'Asia orientale, tra cui Cina, Giappone e Germania, presentano tassi di fertilità sotto la soglia di sostituzione da decenni e sono entrati in una fase di contrazione della popolazione dovuta cali marcati della natalità e da una riduzione progressiva della popolazione in età lavorativa. Viceversa, nei paesi dell'Africa subsahariana e in alcune regioni del Medio Oriente e dell'Asia meridionale, la popolazione presenta tassi di natalità ancora elevati. Ne consegue che la diversità degli scenari demografici globali debba implicare necessariamente strategie di sanità pubblica differenziate e specifiche per contesto socioeconomico ed assistenziale.

La crescita della popolazione anziana, inoltre, comporta un aumento della prevalenza delle malattie croniche, della multimorbidità e delle condizioni di fragilità dovuta alla perdita progressiva della capacità di adattamento fisiologico agli stress.

L'aumento dei grandi anziani, inoltre, rende più visibili le disuguaglianze sociali e territoriali nell'accesso alle cure e nelle opportunità di invecchiare in buona salute. Inoltre, le differenze socioeconomiche e ambientali modulano la velocità dell'invecchiamento biologico, l'insorgenza della fragilità e la probabilità di sviluppare malattie croniche. Ciò conferma che l'invecchiamento non è un processo lineare, ma multiparametrico in cui ogni individuo invecchia secondo traiettorie diverse, influenzate tanto dall'ambiente e dalle relazioni quanto dal proprio patrimonio genetico.

## 4. Le basi biologiche dell'invecchiamento

Le evidenze scientifiche e sperimentali dell'ultimo ventennio hanno dimostrato che l'invecchiamento biologico è il risultato di un progressivo processo multilivello che coinvolge alterazioni molecolari, cellulari, tissutali e sistemiche, oggi conosciuto come il paradigma dei *hallmarks of ageing*.

Teorizzato per la prima volta nel 2013 da López-Otín e collaboratori, questo modello descrive le componenti essenziali dell'invecchiamento quali instabilità genomica, accorciamento dei telomeri, alterazioni epigenetiche, perdita di funzione delle proteasi, disfunzione mitocondriale, disregolazione dei *nutrient-sensing pathways*, esaurimento della riserva delle cellule staminali, alterazioni della comunicazione intercellulare e induzione dei meccanismi di senescenza cellulare, come un insieme di alterazioni interconnesse, accomunate dalla capacità di compromettere l'omeostasi e la resilienza dell'organismo<sup>22</sup>. Pertanto, i processi cellulari e metabolici sono collegati fra loro in una cascata di eventi che inducono e amplificano il declino fisiologico dell'organismo e il suo successivo invecchiamento. Dieci anni dopo, il modello è stato ulteriormente elaborato dagli stessi autori che hanno evidenziato il ruolo dei meccanismi dell'infiammazione, in particolare, di quella cronica di basso grado (*inflammaging*) nella regolazione delle vie metaboliche che sono coinvolte nei *pathways* cellulari di risposta allo stress<sup>23</sup>.

Fra i meccanismi biologici e molecolari proposti alla base dell'invecchiamento cellulare, la senescenza cellulare è quello maggiormente attenzionato in letteratura medico-scientifica. Questo processo comporta un arresto permanente della proliferazione cellulare in cui le cellule, pur rimanendo metabolicamente attive, smettono di dividersi e producono un complesso di molecole pro-infiammatorie, il *senescence-associated secretory phenotype (SASP)* in risposta ad eventi stressogeni quali danno al DNA, accorciamento dei telomeri o stimoli infiammatori. A sua volta, il SASP sembra contribuire alla progressiva perdita della capacità di risposta allo stress dell'organismo, favorendo l'insorgenza di patologie croniche e cronico-degenerative tipiche dell'età avanzata, tra cui diabete, aterosclerosi, osteoartrosi e alcune forme di deterioramento cognitivo<sup>24</sup>. Infine, un ruolo attivo nell'invecchiamento biologico sembra essere rivestito dai mitocondri, organelli fondamentali per la produzione energetica e fortemente sensibili allo stress<sup>25</sup>.

La pluralità dei processi biologici coinvolti è un chiaro indice di quanto l'invecchiamento non sia un fenomeno lineare, ma un complesso processo multifattoriale.

---

<sup>22</sup> Cfr. nota 2.

<sup>23</sup> C. LÓPEZ-OTÍN et al., *Hallmarks of aging: An expanded framework*, in *Cell*, 186(2), 2023, 243-278.

<sup>24</sup> J. CAMPISI, *Cellular senescence: putting the paradoxes in perspective*, in *Nature Reviews Molecular Cell Biology*, 6, 2005, 729-740.

<sup>25</sup> A.P. GOMES et al., *Declining NAD(+) induces a pseudohypoxic state disrupting nuclear-mitochondrial communication during aging*, *Cell*, 155(7), 2013, 1624-1638.

Pertanto, una prospettiva integrata è essenziale per comprendere come l'invecchiamento biologico si traduca in fragilità fisica e vulnerabilità sociale.

Nonostante l'apparente semplicità del termine, "anziano" è una categoria concettuale tutt'altro che univoca. La sua definizione si è evoluta nel tempo e continua a trasformarsi alla luce dei cambiamenti demografici, epidemiologici e sociali. L'ingresso nell'età anziana, spesso indicata con un valore anagrafico, è stato fissato convenzionalmente a 65 anni, soglia introdotta per finalità previdenziali più che per criteri biologici o clinici (distinguendo fra giovani anziani (65-74 anni), anziani (75-84 anni) e grandi anziani (85+))<sup>26, 27</sup>. Tuttavia, nel contesto sociale contemporaneo, l'aumento dell'aspettativa di vita e la crescente discrepanza tra età anagrafica ed effettivo stato di salute rendono necessaria una ridefinizione del concetto di anziano in chiave multidimensionale.

L'analisi dei dati demografici più recenti ha, infatti, dimostrato che la soglia dei 65 anni non ha più un valore predittivo robusto rispetto alle condizioni generali di salute, alla capacità funzionale o al rischio di insorgenza di patologie e di sviluppo di condizioni di fragilità. Nei paesi ad alto reddito, gran parte della popolazione tra i 65 e i 75 anni gode oggi di buoni livelli di autonomia, mentre l'aumento dell'aspettativa di vita porta a una crescita significativa dei grandi anziani, in particolare degli over-80, che rappresentano la fascia più esposta alla vulnerabilità fisica e sociale<sup>28</sup>. Considerate nel loro insieme, queste evidenze stanno portando a un cambiamento della definizione dell'età anziana, che non tiene più conto solo dell'età anagrafica, ma anche dell'età biologica, una stima dell'invecchiamento basata su parametri fisiologici e molecolari. Questa misura tiene conto di variabili come la lunghezza dei telomeri, la metilazione del DNA e altri biomarcatori che riflettono lo stato di salute e la funzionalità cellulare, i c.d. orologi epigenetici<sup>29, 30</sup>.

## 5. Frailty e Fragility

Da quanto finora emerso, è quindi possibile che, a parità di genere ed età, due individui presentino un rischio e un quadro clinico differenti. Questa probabilità, peraltro non trascurabile, costituisce un'evidenza concreta che l'età anagrafica sia un parametro necessario, ma non sufficiente a definire l'età anziana, né tantomeno

---

<sup>26</sup> H. ORIMO et al., *Reviewing the definition of "elderly"*, in *Geriatrics and Gerontology International*, 2006, 6(3), 149-158.

<sup>27</sup> S. SABHARWAL et al., *Heterogeneity of the definition of elderly age in current orthopaedic research*, in *SpringerPlus*, 2015, 4, 516.

<sup>28</sup> Cfr. nota 2.

<sup>29</sup> A.B. MITNITSKI et al., *Accumulation of deficits as a proxy measure of aging*, in *ScientificWorldJournal*, 2001, 1, 323-336.

<sup>30</sup> Q. ZHANG, *An interpretable biological age*, in *The Lancet Healthy Longevity*, 2023, 4(12), E662-E663.

il rischio clinico, rendendo necessario considerare non solo l'età anagrafica, ma anche quella biologica.

Il concetto di età biologica intende, quindi, quantificare lo stato di invecchiamento reale di un individuo, indipendentemente dall'età anagrafica e utilizza un insieme di biomarcatori che riflettono lo stato di salute e la funzionalità cellulare, fra cui fattori epigenetici, quali lo stato metilazione del DNA e la misura della lunghezza dei telomeri, correlati al potenziale replicativo cellulare, e alcuni *markers* infiammatori quali l'IL-6, ed il TNF- $\alpha$ . Evidenze recenti suggeriscono che gli orologi epigenetici basati sulla metilazione del DNA rappresentino strumenti promettenti per cogliere la correlazione fra dimensione biologica dell'invecchiamento e fragilità. Tra queste, Levine e collaboratori, hanno recentemente proposto un nuovo orologio epigenetico, chiamato DNAm PhenoAge utile per stimare le differenze individuali nei processi biologici dell'invecchiamento e la loro correlazione con il rischio di mortalità e morbidità. Basato sullo stato di metilazione del DNA, questo indicatore si è dimostrato fortemente correlato al rischio di mortalità, multimorbidità, declino funzionale e patologie età-correlate associate all'attivazione di *pathways* pro-infiammatori e interferone-dipendenti, alla riduzione della capacità di riparazione del DNA, alla perdita di efficienza della trascrizione e della traduzione proteica e a segni di immunosenescenza<sup>31</sup>. Più recentemente, Tay e collaboratori in una revisione sistematica della letteratura che include 24 studi per un totale di oltre 28.000 partecipanti, analizzano la relazione esistente fra età biologica misurata mediante orologi epigenetici e fragilità evidenziando come quest'ultima rifletta una disregolazione multisistemica guidata dai processi biologici dell'invecchiamento<sup>32</sup>. Da questi dati risulta, quindi, evidente quanto sia necessario un approccio alternativo per stimare lo stato di invecchiamento dell'individuo.

Il fenotipo di fragilità, introdotto da Fried e colleghi nel 2001<sup>33</sup>, tiene conto della dimensione biologica dell'invecchiamento e definisce la fragilità come una sindrome caratterizzata dalla ridotta riserva fisiologica e dall'aumentata vulnerabilità agli stress che è caratterizzata dalla presenza di tre o più parametri fra questi cinque: perdita di peso involontaria, debolezza muscolare, ridotta velocità della camminata, affaticabilità e ridotta attività fisica. La presenza di uno o due criteri determinerebbe una condizione intermedia denominata *pre-frailty*. Un modello alternativo e complementare al fenotipo di Fried è quello postulato da Rockwood e Mitnitski<sup>34</sup>, definito indice di fragilità. Secondo gli autori, la fragilità e, in senso più ampio, la condizione di anziano sono il risultato dell'accumulo di deficit presentati dall'individuo, come ad esempio la presenza di patologie, limitazioni funzionali, alterazioni

---

<sup>31</sup> Cfr. nota 4.

<sup>32</sup> Cfr. nota 5.

<sup>33</sup> L.P. FRIED et al., *Frailty in older adults: evidence for a phenotype*, in *Journal of Gerontology A*, 56(3), 2001, M146-M156.

<sup>34</sup> A.B. MITNITSKI et al., *Accumulation of deficits as a proxy measure of aging*, in *The Scientific World Journal*, 2001, 1, 323-336.



cognitive o condizioni psicologiche. Il *Frailty Index* (FI) è quindi un indicatore quantitativo che misura il rapporto tra i deficit presenti in un individuo e il totale considerato, dimostrando un concetto di fondamentale importanza: non tutti gli individui invecchiano allo stesso ritmo e alla stessa velocità, ma è la velocità di accumulo dei deficit a definire lo stadio dell'invecchiamento. Inoltre, diversi studi hanno dimostrato che il FI è fortemente correlato al rischio di mortalità, ospedalizzazione e disabilità funzionale, risultando più predittivo dell'età anagrafica<sup>35, 36, 37</sup>.

Oltre a questi modelli teorici, per valutare lo stato di invecchiamento, nella pratica clinica vengono spesso utilizzati parametri funzionali come la velocità della camminata, la forza di presa o *handgrip strength* spesso correlata al declino funzionale e test di equilibrio, forza e mobilità.

Nel loro insieme, questi indicatori non solo descrivono il fenotipo dell'anziano, ma rappresentano anche un ponte tra l'invecchiamento biologico e il rischio clinico.

## 6. Fragility e Vulnerabilità Sociale

L'invecchiamento non è soltanto un processo biologico e non presenta un andamento lineare, ma si manifesta attraverso percorsi multipli in cui aspetti biologici, clinici e sociali si intrecciano profondamente. È, infatti, fortemente influenzato dal contesto socio-economico, culturale e relazionale, intrecciando ed integrando dimensioni fra loro interconnesse: l'età anagrafica, ovvero gli anni vissuti, l'età sociale, ossia la posizione e le risorse dell'individuo nei contesti di vita, e l'età biologica. L'età sociale, che può essere definita come il ruolo svolto nella comunità attraverso l'assunzione di ruoli di responsabilità, aspettative culturali e reti di supporto, condiziona in modo significativo il rischio clinico di un individuo, mentre le disuguaglianze socioeconomiche, l'isolamento, la qualità dell'ambiente di vita e le opportunità educative contribuiscono a modulare la velocità dell'invecchiamento biologico.

*Frailty*, *fragility* e *vulnerability* concetti, spesso usati erroneamente in modo interscambiabile, descrivono dimensioni distinte ma correlate dell'invecchiamento che si intersecano in un lungo un *continuum*. Coniato in ambito geriatrico per descrivere la riduzione delle riserve fisiologiche e la maggiore suscettibilità agli eventi avversi, il concetto di *frailty* è stato strutturato da Fried e colleghi nel il fenotipo di Fried<sup>38</sup> e successivamente reso misurabile e quantificabile nel 2005 da Mitnitski et al.<sup>39</sup>. Il danno biologico e l'invecchiamento portano, quindi, ad un processo di lenta riduzione

---

<sup>35</sup> A. MITNITSKI et al., *Relative fitness and frailty of elderly men and women in developed countries and their relationship with mortality*, in *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(12), 2184-2189.

<sup>36</sup> E.O. HOOGENDIJK et al., *Frailty: implications for clinical practice and public health*, *Lancet*, London, England, 394(10206), 1365-1375, 2019.

<sup>37</sup> A. CLEGG et al., *Frailty in elderly people*, *Lancet*, London, England, 381(9868), 752-762.

<sup>38</sup> Cfr. nota 33.

<sup>39</sup> Cfr. nota 35.

delle capacità fisiologiche e fisiche dell'organismo, la *frailty* o fragilità clinica, che può essere definito come il processo di declino delle condizioni fisiologiche e cliniche in grado di ridurre significativamente la capacità di risposta dell'organismo agli *stressors*. Questi ultimi, chiamati anche fattori stressanti, sono eventi, agenti o condizioni che causano uno stress fisiologico o psicologico all'organismo e, come tali, richiedono una risposta di adattamento da parte dell'organismo stesso. Rappresentano, quindi, piccoli eventi come infezioni, cadute e interventi chirurgici, o anche uno stress emotivo come una perdita o un lutto, in grado di indurre un rapido declino funzionale o clinico. Più recentemente, Khalil e Gobbens<sup>40</sup> in una revisione della letteratura hanno dimostrato una forte discrepanza concettuale fra la prospettiva clinica e biomedica la prospettiva soggettiva degli anziani e propongono gli autori propongono un modello concettuale misto di fragilità, che integri indicatori clinici oggettivi e dimensioni soggettive, psicologiche e sociali. Secondo gli autori, infatti, la maggior parte dei modelli clinici di *frailty* si fonderebbe su indicatori misurabili, clinici e biomedici fra cui parametri fisici, funzionali e talvolta cognitivi, trascurando dimensioni percepite come centrali dagli anziani stessi, quali la perdita di autonomia decisionale, il senso di insicurezza, la riduzione del ruolo sociale e la paura della dipendenza. Rodríguez-Mañas e Fried<sup>41</sup>, infatti, sottolineano come la *frailty* rappresenti un determinante cruciale degli esiti clinici nell'anziano, influenzando la risposta ai trattamenti, il rischio di complicanze e la prognosi. Gli autori evidenziano, inoltre, che la fragilità clinica non è una condizione statica né inevitabile, ma un processo potenzialmente modificabile, la cui identificazione precoce consentirebbe interventi personalizzati e una migliore pianificazione delle cure.

La *fragility* o fragilità sociale è, invece, uno stato relativamente stabile di vulnerabilità negli adulti anziani rispetto a patologie o eventi di salute avversi, dovuto alle condizioni sociali e di vita. Bunt e collaboratori<sup>42</sup> evidenziano infatti chiaramente che la *fragility* non è una dimensione accessoria della *frailty*, ma una componente autonoma e multidimensionale distinta dalla fragilità fisica e cognitiva, seppur strettamente correlata ad un aumento del rischio di disabilità, al peggioramento della qualità della vita, alla maggiore incidenza di declino funzionale ed ad un incremento della mortalità, che presenta caratteristiche diverse come la riduzione delle relazioni sociali, l'isolamento e la solitudine, la perdita di ruoli sociali significativi, la ridotta partecipazione alla vita comunitaria e la percezione di scarso supporto sociale. Makizako e collaboratori<sup>43</sup>, in uno studio prospettico che include 4.425 adulti in buone

---

<sup>40</sup> A.H. KHALIL et al., *What if the clinical and older adults' perspectives about frailty converge? A call for a mixed conceptual model of frailty: a traditional literature review*, Healthcare (Basel), 2023, 11(24), 3174.

<sup>41</sup> L. RODRÍGUEZ-MAÑAS, L.P. FRIED, *Frailty in the clinical scenario*, in *The Lancet*, 2015, 385(9968), e7-e9.

<sup>42</sup> Cfr. nota 8.

<sup>43</sup> H. MAKIZAKO et al., *Social frailty and risk of disability in older adults*, in *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(2), 2018, 109-114.

condizioni di salute generale di età  $\geq 65$  anni, hanno dimostrato che gli anziani socialmente fragili hanno un rischio significativamente più elevato di sviluppare disabilità suggerendo che la *fragility* possa predire il declino funzionale e che il deterioramento delle risorse sociali contribuisca in modo significativo alla perdita di autonomia. Questo dato è stato recentemente confermato da Ragusa et al.<sup>44</sup>: gli autori hanno condotto uno studio longitudinale prospettico analizzando i dati raccolti nell'*English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA). Il campione dello studio era rappresentato da adulti di almeno 65 anni residenti nella comunità (*community-dwelling older adults*) intesa non come città, quartiere o gruppo sociale, ma come contesto abitativo ordinario. Sono stati, quindi, inclusi nello studio individui che vivessero contesti residenziali urbani o rurali, purché presso la propria abitazione, insieme ai familiari o da soli; sono stati esclusi, invece, soggetti istituzionalizzati o persone accolte in strutture residenziali assistite, quali case di riposo, RSA, *nursing homes* e strutture di *long-term care*. Scopo dello studio era analizzare l'associazione tra *fragility* e mortalità per tutte le cause in una grande coorte rappresentativa di adulti anziani. I partecipanti sono stati inseriti in tre gruppi sulla base del loro livello di fragilità sociale (non socialmente fragili, *pre-social frail*, e socialmente fragili) definito attraverso la valutazione di indicatori sociali quali l'isolamento e solitudine, la presenza di una rete di supporto limitata e la ridotta partecipazione. Quello che gli autori hanno riscontrato è che la *fragility* è significativamente associata a un aumento del rischio di mortalità, con un andamento dose dipendente, in cui il rischio di mortalità cresce all'aumentare del livello di fragilità. Inoltre, l'associazione rimane statisticamente significativa anche dopo gli aggiustamenti del campione per età, sesso, stato socioeconomico, presenza di comorbidità e fragilità fisica dimostrando che *fragility* agisce come predittore indipendente di mortalità, e non semplicemente come misura indiretta della fragilità clinica o della multimorbidità.

La relazione fra *frailty* e *fragility* non è rappresentata da un *continuum* univoco, ma si sviluppa in una relazione biunivoca in cui il declino fisiologico (*frailty*) porta a una maggiore fragilità strutturale e clinica (*fragility*); entrambe, tuttavia, si influenzano reciprocamente nello sviluppo di uno stato di estrema vulnerabilità dell'individuo agli stress esterni (*vulnerability*). Infatti, Amieva e collaboratori<sup>45</sup> hanno dimostrato che la *fragility*, misurata tramite un indice composito di deficit sociali, predice in modo indipendente l'insorgenza di vulnerabilità nel tempo. Questi risultati suggeriscono che la *fragility* costituisca una condizione di rischio strutturale che precede e favorisce lo sviluppo della vulnerabilità, rafforzando la necessità di mantenere una distinzione concettuale tra *fragility* e *frailty*, pur riconoscendone l'interazione dinamica e interdipendente.

---

<sup>44</sup> Cfr. nota 9.

<sup>45</sup> H. AMIEVA et al., *Social vulnerability predicts frailty: towards a distinction between fragility and frailty?*, in *Journal of Frailty & Aging*, 2022, 11(3), 318-323.

La relazione biunivoca e circolare *fragility* e *frailty* risulta, quindi, di particolare importanza per spiegare la transizione verso la vulnerabilità: ciò che si manifesta inizialmente come difficoltà funzionale può evolvere in un indebolimento delle reti relazionali, con un impatto complessivo sul benessere. La vulnerabilità eccede la sfera individuale e riguarda l'esposizione strutturale a rischi ambientali, economici e comunitari; è una condizione multifattoriale determinata da fattori o processi fisici, sociali, economici o ambientali, che aumentano la suscettibilità di un individuo o di una comunità all'impatto degli eventi avversi ed è caratterizzata da solitudine e isolamento sociale. Queste condizioni, spesso usate in maniera interscambiabile nel linguaggio di uso comune, sono in realtà profondamente diverse: la solitudine è uno stato emotivo soggettivo e spiacevole, che deriva da una discrepanza percepita tra i livelli di contatti sociali desiderati e quelli effettivamente raggiunti; l'isolamento sociale si riferisce, invece, alle caratteristiche oggettive della situazione sociale di un individuo che si traducono nella totale assenza di contatti e relazioni sociali. Di fondamentale importanza è, in questo senso, la meta-analisi condotta da Holt-Lunstad et al. nel 2015<sup>46</sup>. Gli autori, includendo 70 studi prospettici per un totale complessivo di oltre 3,4 milioni di individui, hanno chiaramente distinto le tre caratteristiche principali della vulnerabilità: solitudine intesa come condizione abitativa connessa al vivere soli, la solitudine intesa come esperienza soggettiva e l'isolamento sociale definito secondo la dimensione e la frequenza dei contatti sociali. I tre costrutti sono stati poi correlati con la mortalità per tutte le cause, dimostrando che l'associazione è indipendente da età, sesso e condizioni di salute ed è paragonabile quanto a magnitudine a fattori di rischio consolidati come obesità e inattività fisica. In particolare, l'isolamento sociale è associato a un aumento del rischio di mortalità del 29%, la solitudine ad un aumento del 26% e il vivere soli a un aumento del 32%. Questi dati concordano e confermano quanto evidenziato da Andrew e collaboratori nel 2008<sup>47</sup> che hanno dimostrato che la vulnerabilità sociale è riproducibilmente associata alla mortalità. Analizzando due ampie coorti di *community-dwelling older adults*, gli autori mostrano che è la vulnerabilità sociale è moderatamente correlata alla fragilità, ma concettualmente distinta da essa, e che risulta significativamente associata ad un aumento del rischio di mortalità, indipendentemente dall'età, dal sesso e dalla fragilità clinica. I risultati evidenziano, inoltre, un chiaro gradiente di sopravvivenza in relazione ai livelli di vulnerabilità sociale, suggerendo che il deterioramento delle risorse sociali rappresenti un determinante cruciale degli esiti di salute nell'anziano. Al contrario, Zeidan et al.<sup>48</sup> sottolineano come la vulnerabilità non vada intesa esclusivamente come una condizione negativa o come sinonimo di declino irreversibile ed evidenziano l'importanza di

---

<sup>46</sup> J. HOLT-LUNSTAD et al., *Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review*, in *Perspectives on Psychological Science*, 2015, 10(2), 227-237.

<sup>47</sup> Cfr. nota 10.

<sup>48</sup> S. ZEIDAN et al., *Vulnerability and resilience in aging*, in *Experimental Gerontology*, 2023, 184, art. 112333.

affiancare al concetto di vulnerabilità quello di resilienza, intesa come capacità dell'individuo di adattarsi agli stress biologici e sociali attraverso risorse personali, reti di supporto e strategie di *coping* efficaci. Questo equilibrio dinamico tra vulnerabilità e resilienza contribuisce a spiegare l'eterogeneità dei percorsi dell'invecchiamento e rafforza l'idea che gli esiti di salute nell'età avanzata siano il risultato di un'interazione complessa tra fattori biologici, psicologici e sociali.

## 7. Determinanti sociali della salute (SDOH) e rischio cardiovascolare

Escluse le patologie oncologiche e infettive, le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari rappresentano la prima causa di mortalità a livello globale ed uno degli esiti clinici più rilevanti nella popolazione anziana. L'incidenza di tali patologie aumenta progressivamente con l'età e risulta influenzata da un complesso intreccio di fattori biologici, strutturali e sociali. La fascia di età più colpita è quella tra i 65 e i 70, mentre le donne risultano essere maggiormente colpite in età avanzata e presentano spesso una prognosi peggiore a causa di una sottovalutazione al momento della diagnosi e un conseguente trattamento meno tempestivo <sup>49, 50</sup>. Inoltre, evidenze scientifiche mostrano come i determinanti sociali della salute contribuiscano in modo significativo alla vulnerabilità cardiovascolare e cerebrovascolare. Pertanto, la comprensione dei meccanismi che legano invecchiamento, fragilità e rischio cardio- e cerebrovascolare appare cruciale per sviluppare strategie di prevenzione e intervento più efficaci e personalizzate. Recentemente, Ibrahim e collaboratori <sup>51</sup> hanno valutato l'associazione fra il Social Vulnerability Index (SVI) <sup>52</sup> e i fattori di rischio cardiovascolare, la prevalenza di CVD, la mortalità e alcuni parametri sociosanitari quali l'accesso alle cure, l'utilizzo della riabilitazione cardiologica e il tasso di ri-ospedalizzazioni. È interessante notare che in tutti gli studi inclusi in questa *scoping review* sia stata riportata un'associazione statisticamente significativa tra il livello di vulnerabilità sociale misurato e l'aumento della mortalità cardiovascolare, diagnosi più tardive, minore accesso alle cure e minore tasso di prevenzione, con un peggioramento della prognosi ed esiti clinici meno favorevoli. Consistente con questi dati, un'ampia analisi su una popolazione anziana statunitense <sup>53</sup>

---

<sup>49</sup> M. VACCAREZZA et al., *Sex/Gender-Specific Imbalance in Cardiovascular Disease: Could Physical Activity Help to Improve Clinical Outcome Targeting CVD Molecular Mechanisms in Women?*, in *International Journal of Molecular Sciences*, 2023, 24, 3174.

<sup>50</sup> A.F. AHMAD et al., *Human cerebral blood supply via circulus arteriosus cerebri: a scoping review on its variations and clinical implications*, in *Heliyon*, 2024, 10, e32648.

<sup>51</sup> R. IBRAHIM et al., *Social Vulnerability Index and Cardiovascular Disease Care Continuum: A Scoping Review*, in *JACC Advances*, 2024, 3(7), art. 100858.

<sup>52</sup> Cfr. nota 47.

<sup>53</sup> A.M.K. MINHAS et al., *Social vulnerability and cardiovascular-related mortality among older adults in the United States*, in *The American Journal of Medicine*, 2024, 137(2), 122-127.

ha dimostrato un incremento progressivo della mortalità cardiovascolare all'aumentare dello SVI, con effetti particolarmente marcati nelle minoranze etniche e nelle aree rurali. Infine, un crescente *corpus* di evidenze in letteratura medico-scientifica, indica che le dimensioni psicosociali rivestono un ruolo determinante nel rischio cardiovascolare e cerebrovascolare. Ding et al., nel 2024<sup>54</sup>, in uno studio osservazionale hanno mostrato che l'isolamento sociale e la solitudine percepita sono associati a un aumento significativo del rischio cardiovascolare globale negli adulti di mezza età e, in misura ancora maggiore, negli anziani. È significativo che l'associazione persista anche dopo l'aggiustamento per i principali fattori di rischio tradizionali, suggerendo un effetto dipendente dalle condizioni psicosociali. In modo coerente, già Valtorta et al.<sup>55</sup>, in una revisione sistematica della letteratura avevano dimostrato che solitudine e isolamento sociale aumentano il rischio di coronaropatia e ictus, con una magnitudine comparabile a quella di fattori di rischio comportamentali consolidati. Un'ulteriore conferma del ruolo delle dimensioni psicosociali nel determinare il rischio cardiometabolico proviene da uno studio di coorte prospettico condotto su popolazione danese da Christiansen e collaboratori<sup>56</sup>. Gli autori hanno dimostrato che la solitudine e l'isolamento sociale, pur rappresentando costrutti distinti, sono entrambi associati a un aumento significativo del rischio di sviluppare malattie cardiovascolari e diabete mellito di tipo 2. Inoltre, queste associazioni sembrerebbero essere mediate da fattori psicologici e comportamentali, in particolare la solitudine percepita, la rete di contatti sociali e affettivi e il mantenimento di stili di vita inadeguati ed inattivi, suggerendo che la vulnerabilità sociale influenzi l'incidenza di eventi cardiometabolici attraverso meccanismi indiretti e potenzialmente modificabili. Nel loro complesso, queste evidenze, quindi, rafforzano l'idea che l'isolamento sociale e la solitudine siano fattori cruciali per la salute cardio- e cerebrovascolare nell'età avanzata e confermano che la vulnerabilità sociale rappresenta un determinante strutturale fondamentale in quanto fattore di rischio indipendente e non riducibile alla sola età anagrafica<sup>57</sup>.

Pertanto, in questo contesto, i determinanti sociali della salute (SDOH) assumono un ruolo centrale nella determinazione del rischio cardio- e cerebrovascolare, guidando l'esposizione ai fattori di rischio, la velocità con cui si accumulano i deficit e quindi la comparsa della *frailty*, nonché la possibilità di accesso alle cure e di mantenere relazioni sociali significative.

---

<sup>54</sup> L. DING et al., *Psycho-social dimensions of cardiovascular risk: exploring the impact of social isolation and loneliness in middle-aged and older adults*, in *BMC Public Health*, 2024, 24, 2355.

<sup>55</sup> N.K. VALTORTA et al., *Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies*, in *Heart*, 2016, 102(13), 1009-1016.

<sup>56</sup> J. CHRISTIANSEN et al., *Loneliness, social isolation, and chronic disease outcomes*, in *Annals of Behavioral Medicine*, 2020, 54(12), 914-926.

<sup>57</sup> A. ZAWADZKA et al., *Social vulnerability, frailty and cardiovascular risk in older adults*, in *Journal of Clinical Medicine*, 2025, 14, art. 1124.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i SDOH come “le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, e l'insieme più ampio di forze e sistemi che modellano la qualità della vita”<sup>58</sup>. Queste includono reddito e posizione sociale, istruzione, occupazione, accesso ai servizi sanitari, reti di supporto sociale e differenze di genere e cultura; sono inoltre riconosciute responsabili di una quota significativa delle disuguaglianze nelle condizioni di salute tra gruppi diversi di popolazione, influenzando l'insorgenza di malattie croniche, la salute mentale e l'accesso alle cure. Già Bunt et al.<sup>59</sup>, Makizako et al.<sup>60</sup>, e Ragusa et al.<sup>61</sup>, hanno dimostrato che la riduzione della partecipazione sociale e la perdita dei ruoli sociali aumentano il rischio di sviluppare fragilità e disabilità correlando, in un certo qual modo alcuni SDOH quali condizioni abitative, reddito, grado di istruzione, capitale sociale e disponibilità di reti relazionali, al peggioramento delle condizioni di vita e ad un aumento dei tassi di mortalità. Pertanto, è possibile affermare che i SDOH determinano percorsi di invecchiamento profondamente variabili; ad esempio, individui con basso status socioeconomico invecchiano più rapidamente, accumulano più deficit e hanno una maggiore probabilità di sviluppare malattie cardiovascolari, diabete e patologie neurodegenerative.

Emerge quindi chiaramente come intervenire su questi determinanti possa migliorare la salute pubblica e ridurre i costi sanitari. L'invecchiamento attivo deve essere un obiettivo prioritario per i sistemi sanitari e assistenziali e per le società civili. Richiede interventi che agiscano simultaneamente su dimensioni fisiche, cognitive, sociali e ambientali.

Nel quadro delle strategie di prevenzione della fragilità e di promozione della salute nella popolazione anziana, l'invecchiamento attivo assume, infatti, un ruolo centrale: non si limita al prolungamento della sopravvivenza, ma mira al mantenimento delle capacità funzionali, cognitive e sociali lungo tutto il corso della vita. Le evidenze disponibili<sup>62, 63</sup> indicano che la fragilità rappresenta una condizione dinamica e potenzialmente prevenibile, fortemente influenzata da fattori modificabili quali l'inattività fisica, la malnutrizione e l'isolamento sociale. In particolare, l'attività fisica regolare emerge come l'intervento più efficace, capace di migliorare simultaneamente la funzione muscolare, il metabolismo, la funzione cardiovascolare e la resilienza allo stress. In questa prospettiva, la promozione dell'invecchiamento attivo si configura come una strategia di sanità pubblica fondamentale per

---

<sup>58</sup> World Health Organization, *Social Determinants of Health*, WHO Press.

<sup>59</sup> Cfr. nota 8.

<sup>60</sup> Cfr. nota 43.

<sup>61</sup> Cfr. nota 9.

<sup>62</sup> M. CESARI et al., *Interventions for frailty prevention and the promotion of active aging*, in *Journal of Frailty & Aging*, 2017, 6(4), 214-220.

<sup>63</sup> E.O. HOOGENDIJK et al., *Frailty: implications for clinical practice and public health*, in *The Lancet*, 2019, 394, 1365-1375.

ridurre la vulnerabilità, rallentare la progressione della fragilità e preservare l'autonomia funzionale nelle età avanzate.

## **8. Conclusioni**

In conclusione, l'invecchiamento emerge come un processo complesso e multidimensionale, in cui fattori biologici, clinici e sociali interagiscono nel determinare percorsi di salute profondamente eterogenee. La fragilità e la vulnerabilità non rappresentano esiti inevitabili dell'età anagrafica, ma condizioni dinamiche, influenzate da determinanti modificabili e da contesti strutturali. Un approccio integrato, orientato alla prevenzione e all'invecchiamento attivo, appare quindi essenziale per ridurre il rischio, preservare la funzionalità e promuovere una longevità in salute.





# Invecchiamento cognitivo

Rossana De Beni\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Invecchiamento in Salute: modello bio-psico-sociale. – 3. L'invecchiamento cognitivo: complessità e variabilità. – 3.1. Cambiamenti sensoriali: ipotesi della causa comune. – 3.2. Ripercussioni pratiche: ad esempio la cataratta. – 3.3. Cosa cambia realmente nel funzionamento cognitivo con l'età?. – 3.4. Cause e fattori che influenzano i cambiamenti cognitivi nell'invecchiamento. – 3.5. Cambiamenti specifici nelle diverse funzioni cognitive. – 3.6. Cambiamenti nelle singole abilità cognitive: la memoria. – 3.7. Intelligenza emotiva e regolazione emotiva con l'età. – 3.8. Benessere psicologico e curva a U nell'invecchiamento. – 4. Plasticità e riserva cognitiva: tra biologia e ambiente. – 5. Dalla ricerca psicologica alle decisioni sulla persona anziana. – 6. Il peso degli stereotipi e dell'ageismo sulle valutazioni cognitive. – 6.1. Vecchio come altro da me: il paradosso dell'ageism. – 6.2. Prevalenza dell'ageism rispetto ad altre forme di stereotipo. – 7. Conclusioni: la psicologia per una legislazione equa sulla longevità. – Bibliografia essenziale.

**ABSTRACT:** Population ageing poses unprecedented challenges for contemporary societies and legal systems, making a scientifically informed understanding of cognitive ageing increasingly essential. This contribution addresses cognitive ageing from a psychological perspective, emphasizing its complexity, variability, and non-linear nature. Drawing on lifespan developmental psychology, it highlights that ageing is not characterized by a generalized and inevitable cognitive decline, but rather by heterogeneous trajectories involving losses, stability, and potential gains across cognitive, emotional, and motivational domains. Particular attention is given to sensory-cognitive interactions, processing speed, memory systems, emotional regulation, and the role of cognitive reserve and brain plasticity. Empirical evidence shows that contextual, environmental, and psychosocial factors significantly influence cognitive functioning in later life, challenging age-based stereotypes and simplistic assumptions. The paper also discusses the implications of ageism and stereotype threat for cognitive assessment and decision-making. Finally, it argues that legal and normative decisions affecting older adults should be grounded in multidimensional, ecologically valid psychological evaluations conducted by specialized professionals. An interdisciplinary dialogue between psychology and law is presented as essential for promoting autonomy, dignity, and equity in an ageing society.

## 1. Introduzione

L'invecchiamento è sempre stato percepito in modo ambivalente, oscillando tra la visione negativa, come quella radicalmente espressa da Terenzio «Senectus ipsa

---

\* Professoressa Ordinaria in Psicologia dell'invecchiamento, Università degli Studi di Padova, Presidente SIPI Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento.

est morbus», a quella più valorizzante rappresentata da Seneca nelle *Lettere a Lucilio*, dove la vecchiaia diviene occasione di crescita interiore e saggezza: «Non enim vivere bonum est, sed bene vivere». In una posizione intermedia, Cicerone riconosce nella sua opera *De Senectute* che, nonostante le inevitabili perdite fisiche e cognitive, l'invecchiare possa essere vissuto dignitosamente grazie a virtù quali la pazienza e la moderazione.

Questo sguardo differenziato sull'invecchiamento acquisisce oggi una rilevanza sociale inedita: la longevità è diventata un fenomeno diffuso che impone alla società contemporanea e in particolare ai legislatori di ripensare norme e politiche adeguate. In tale contesto, il presente contributo si concentrerà specificamente sull'invecchiamento dal punto di vista cognitivo – includendo dimensioni emotive e motivazionali – concependo la mente come inseparabilmente unita nel corpo che invecchia (*embodied cognition*).

Le evidenze scientifiche che verranno discusse sono tratte prevalentemente dal volume recente *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* di De Beni e Borella (2024). Alla luce di studi basati su evidenze scientifiche, saranno presentati i temi interconnessi della variabilità intra- e interindividuale dei processi cognitivi, l'importanza di valutazioni contestuali e multidimensionali, nonché il ruolo fondamentale che devono assumere gli esperti geropsicologi nelle decisioni normative riguardanti autonomia e diritti degli anziani.

In conclusione, si sottolineerà che una legislazione eticamente e scientificamente informata sulla longevità è oggi una responsabilità imprescindibile, rappresentando una sfida e al contempo un'opportunità per costruire una società più inclusiva, giusta e consapevole delle potenzialità che ogni fase della vita può ancora esprimere.

## 2. Invecchiamento in Salute: modello bio-psico-sociale

Il concetto di “invecchiamento in salute”, come proposto dall'**Organizzazione Mondiale della Sanità** nel “World Report on Ageing and Health” (2015), non si limita all'assenza di malattia, ma si fonda sullo sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali necessarie all'anziano per “stare bene” e vivere una vita dignitosa e attiva. Questo modello considera la salute dell'anziano come il risultato dinamico dell'interazione tra **caratteristiche personali** (tra cui fattori genetici, psicologici e comportamentali), **caratteristiche della salute** (es. età, atteggiamenti, patologie degenerative, cambiamenti fisiologici), e **ambiente** (fisico, sociale e culturale). Le **abilità funzionali** e le **capacità intrinseche** dell'anziano sono dunque viste come elementi dinamici e modificabili, influenzati tanto dal contesto ambientale quanto dalle risorse individuali. Ad esempio, la presenza di un ambiente favorevole e accessibile può compensare parzialmente la perdita di capacità intrinseche, sostenendo.



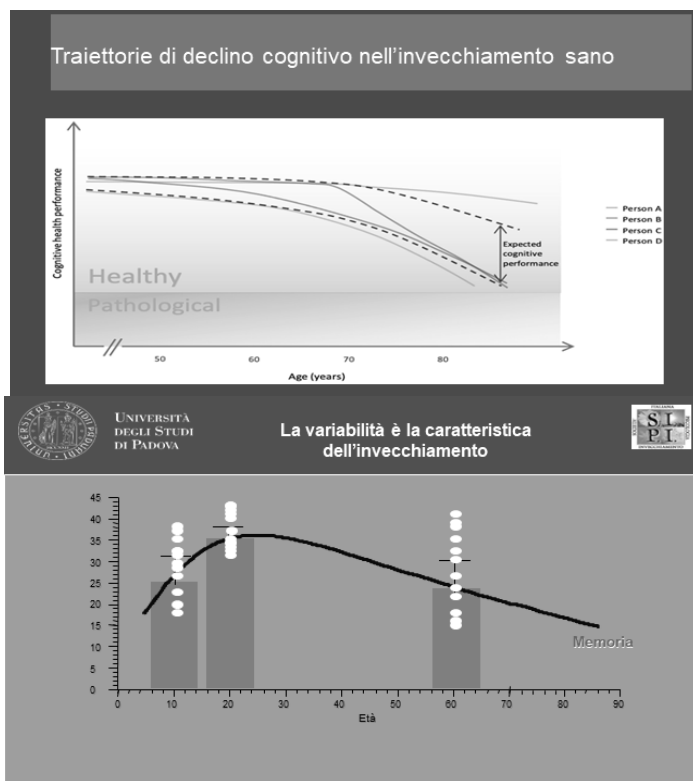
L'approccio integrato della salute in età avanzata sottolinea l'importanza della **resilienza psicologica**, del mantenimento di interessi, attività e relazioni, e del supporto sociale come fattori protettivi. Dal punto di vista psicologico, l'invecchiamento in salute implica la valorizzazione delle risorse individuali e la promozione dell'autoefficacia, del senso di controllo e della progettualità anche in presenza di limitazioni fisiche o di patologie croniche. L'attivazione di programmi di stimolazione cognitiva, la promozione di stili di vita sani e la prevenzione dell'isolamento sociale sono strumenti chiave per sostenere il benessere globale dell'anziano.

Sul piano giuridico, il modello proposto dall'OMS rafforza il principio del **diritto dell'anziano a vivere in modo autonomo e dignitoso**, come stabilito anche dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e dal diritto alla salute sancito in molte Costituzioni. La legge deve quindi garantire non solo cure e trattamenti appropriati per le patologie, ma anche politiche attive volte a **ridurre le barriere ambientali**, favorire l'accesso a servizi e tecnologie assistive, e promuovere l'inclusione sociale.

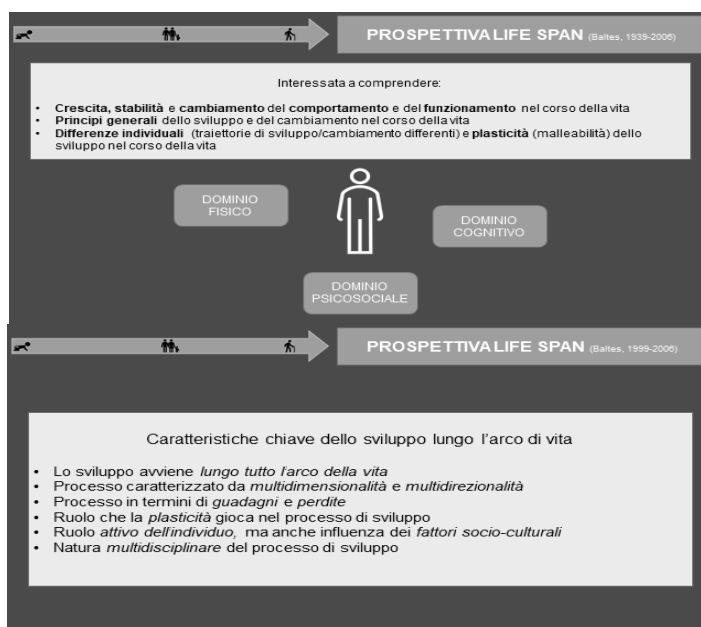
Sul versante della responsabilità medica e sociale, diventa sempre più rilevante valutare la qualità dell'ambiente di vita dell'anziano, l'adeguatezza dei servizi di supporto e il rispetto della sua autodeterminazione nelle decisioni di cura e assistenza.

### 3. L'invecchiamento cognitivo: complessità e variabilità

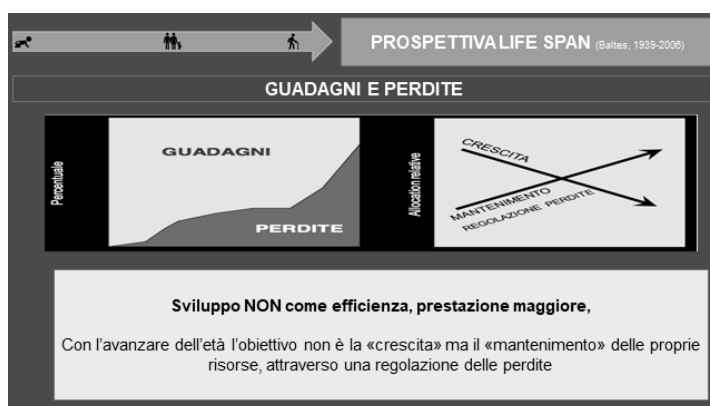
Le ricerche più recenti sulla psicologia dell'invecchiamento hanno definitivamente superato l'idea stereotipata di un declino cognitivo generalizzato e inevitabile nella terza e quarta età, mostrando piuttosto come la complessità e la variabilità siano caratteristiche intrinseche di questo processo.



Dal punto di vista scientifico, oggi sappiamo che l'invecchiamento non è assimilabile a una semplice progressiva perdita di abilità, bensì costituisca una fase di sviluppo che mantiene margini significativi di adattamento, resilienza e plasticità.



Il paradigma teorico più autorevole nel descrivere questo fenomeno è la prospettiva lifespan elaborata da Paul Baltes, secondo cui lo sviluppo cognitivo procede lungo tutto l'arco della vita, caratterizzandosi per multidimensionalità e multidirezionalità delle funzioni mentali (Baltes, 1987; Baltes e Lindenberger, 1997). Secondo tale prospettiva, con l'avanzare dell'età alcune capacità cognitive, come la velocità di elaborazione e la memoria di lavoro, possono mostrare una diminuzione, mentre altre dimensioni, quali le conoscenze cristallizzate, le competenze emotive e sociali o la capacità di regolazione degli stati affettivi, restano stabili o persino migliorano.



### 3.1. Cambiamenti sensoriali: ipotesi della causa comune

Numerosi studi hanno dimostrato che il legame tra i processi sensoriali (in particolare vista e udito) e le capacità cognitive diventa sempre più stretto con l'avanzare dell'età. Secondo l'ipotesi della causa comune (*common cause hypothesis*) proposta da **Baltes e Lindenberger (1997)**, il declino delle funzioni sensoriali e cognitive negli anziani sarebbe determinato da fattori neurobiologici condivisi. Tale associazione suggerisce che il deterioramento sensoriale non rappresenta solo una conseguenza dell'invecchiamento, ma contribuisce direttamente alla riduzione delle performance cognitive, influenzando ad esempio l'elaborazione e la codifica delle informazioni.



L'**ipotesi della causa comune** di Baltes e Lindenberger (1997) implica che la salute sensoriale (come vista e udito) e la salute cognitiva siano interconnesse nell'invecchiamento a causa di meccanismi biologici comuni. Questa visione suggerisce che interventi sulla funzione sensoriale possano influenzare positivamente la funzione cognitiva – e viceversa.

### 3.2. Ripercussioni pratiche: ad esempio la cataratta

Se una **cataratta** viene trattata tempestivamente (tramite chirurgia oculistica), il miglioramento della vista non solo aumenta la qualità della vita, ma può anche rallentare o mitigare il declino cognitivo. Diversi studi hanno mostrato che il recupero delle funzioni sensoriali si associa a miglioramenti nelle prestazioni cognitive negli anziani. **Viceversa**, se il trattamento viene ritardato, il peggioramento sensoriale non influisce solo sull'autonomia e la sicurezza dell'individuo, ma potrebbe anche accelerare o aggravare il declino delle funzioni cognitive. Questo evidenzia l'importanza di una diagnosi e di un trattamento precoci delle patologie sensoriali per proteggere non solo la funzione specifica (la vista), ma anche la salute cerebrale complessiva.

Dal punto di vista **giuridico**, l'ipotesi della causa comune rafforza la necessità di tutela della salute integrata dell'anziano, poiché **la mancata cura di deficit sensoriali può comportare una responsabilità sanitaria e sociale**, data la stretta connessione con il declino cognitivo.

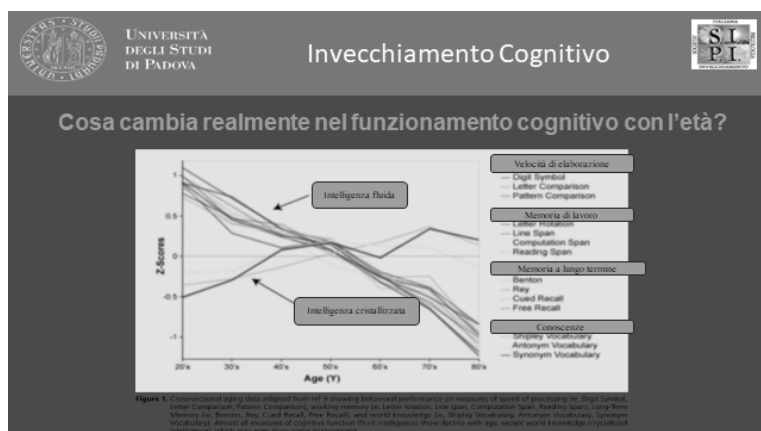
In ambito di diritto civile e responsabilità medica, questa evidenza può essere rilevante in casi di **malpractice**, in cui il ritardo o la negligenza nel trattamento di una cataratta può aver contribuito non solo alla perdita della vista, ma anche a un deterioramento cognitivo accelerato e, di conseguenza, a una compromissione dell'autonomia personale e sociale dell'anziano. **Sul piano della tutela legale**, si potrebbe argomentare che il diritto all'accesso tempestivo a cure sensoriali non è solo una questione di salute fisica, ma anche di preservazione delle capacità cognitive e, quindi, della dignità e autodeterminazione della persona. Ciò può avere riflessi nella valutazione delle capacità giuridiche residue, nelle scelte relative all'amministrazione di sostegno o tutela, e nel riconoscimento di danni non patrimoniali.

### 3.3. Cosa cambia realmente nel funzionamento cognitivo con l'età?

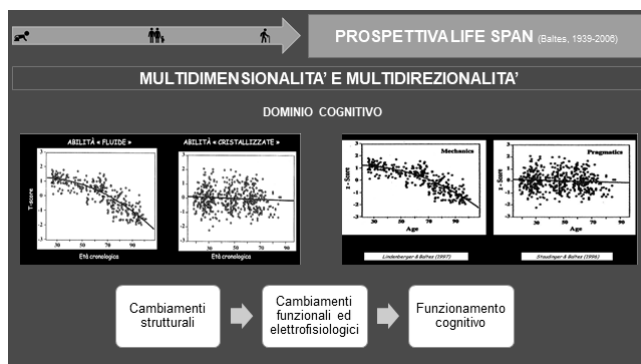
La ricerca scientifica ha approfondito negli ultimi decenni in modo sistematico come cambiano le funzioni cognitive durante l'invecchiamento, mostrando chiaramente che non tutte le abilità cognitive sono interessate allo stesso modo dal passare del tempo.

Un aspetto trasversale a molte funzioni cognitive è rappresentato dalla **velocità di elaborazione** delle informazioni, che diminuisce progressivamente con l'età, influenzando molte altre abilità cognitive. Questo rallentamento è una caratteristica distintiva dell'invecchiamento cognitivo fisiologico, e ha ripercussioni sulle prestazioni nelle attività quotidiane che richiedono reazioni rapide o gestione simultanea di più informazioni.

Le evidenze suggeriscono inoltre una distinzione tra due tipi fondamentali di intelligenza: l'intelligenza fluida e l'intelligenza cristallizzata.







L'**intelligenza fluida** riguarda abilità come il ragionamento astratto, la velocità di elaborazione delle informazioni e la capacità di risolvere problemi nuovi. Gli studi mostrano che essa tende a raggiungere il picco intorno ai 25-30 anni e inizia a declinare gradualmente a partire dai 40 anni circa, con una significativa riduzione a partire dai 60-70 anni (De Beni e Borella, 2024).

Diversamente, l'**intelligenza cristallizzata** fa riferimento a competenze acquisite nel corso della vita, quali vocabolario, conoscenze generali e competenze culturali e linguistiche consolidate. Questo tipo di intelligenza tende a mantenersi stabile o addirittura a crescere lungo tutto l'arco della vita adulta, con declini solo in età molto avanzata (oltre gli 80 anni), principalmente associati a compromissioni patologiche.

### 3.4. Cause e fattori che influenzano i cambiamenti cognitivi nell'invecchiamento

Diversi fattori influenzano in modo determinante la natura e la misura dei cambiamenti cognitivi associati all'età, rendendo il processo estremamente variabile tra gli individui:

- **Fattori genetici:** determinano la predisposizione e la vulnerabilità individuale verso il declino cognitivo o verso patologie neurodegenerative. Ad esempio, alcune predisposizioni genetiche proteggono o espongono al rischio di demenza.
- **Fattori ambientali:** includono la qualità e lo stile di vita, l'accesso a risorse socio-sanitarie e la presenza di stimoli cognitivi e sociali, che possono preservare o potenziare le funzioni cognitive.
- **Fattori comportamentali:** uno stile di vita sano caratterizzato da attività fisica regolare, alimentazione equilibrata, coinvolgimento sociale e stimolazione cognitiva continua può significativamente rallentare e ridurre il declino cognitivo.
- **Fattori personali e psicologici:** la presenza di autoefficacia, resilienza, buone strategie di coping e atteggiamenti positivi verso l'invecchiamento contribuisce in modo determinante alla conservazione e al miglioramento del benessere psicologico e delle funzioni cognitive.

- **Fattori socioculturali:** credenze culturali, stereotipi sociali (come l’ageism), reti sociali solide e supporto familiare incidono profondamente sull’autostima, sul coinvolgimento sociale e, di conseguenza, sul mantenimento o il declino cognitivo percepito e reale.

| Cause e fattori che influenzano i cambiamenti cognitivi nell'invecchiamento |                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo di fattore                                                             | Esempi e Ruolo Specifico                                                                                                                                                  |
| Genetici                                                                    | Determinano vulnerabilità o protezione verso il declino cognitivo (es. predisposizioni genetiche alla longevità o a malattie neurodegenerative).                          |
| Ambientali                                                                  | Influenza della qualità di vita, esposizione a stimoli cognitivi e sociali, accesso a risorse socio-sanitarie.                                                            |
| Comportamentali                                                             | Stili di vita: attività fisica, alimentazione sana, coinvolgimento sociale e stimolazione cognitiva regolare ritardano e riducono il declino.                             |
| Personalì e psicologici                                                     | Autoefficacia, resilienza, strategie di coping, atteggiamenti e aspettative verso l'invecchiamento influenzano significativamente l'adattamento e il benessere cognitivo. |
| Socioculturali                                                              | Credenze culturali e stereotipi sull'età (ageismo), reti sociali e supporto familiare incidono sull'autostima, sul coinvolgimento e sul declino cognitivo percepito.      |

Questi elementi confermano ulteriormente la necessità per il legislatore di considerare con attenzione e sensibilità le variabili individuali e ambientali nelle decisioni che riguardano le persone anziane.

3.5. Cambiamenti specifici nelle diverse funzioni cognitive

| Cambiamenti con l'età delle differenti funzioni cognitive |                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Funzione Cognitiva                                        | Cosa cambia con l'età?                                                                                                                          |
| Attenzione                                                | Difficoltà nel mantenere attenzione prolungata, minor capacità di gestire simultaneamente più compiti (multitasking).                           |
| Velocità di elaborazione                                  | Rallentamento significativo nell'elaborazione e risposta alle informazioni.                                                                     |
| Funzioni esecutive                                        | Minore flessibilità mentale, difficoltà nella pianificazione e gestione strategica di compiti complessi.                                        |
| Intelligenza fluida                                       | Graduale declino nella capacità di ragionamento astratto, risoluzione di problemi nuovi e adattamento rapido alle novità.                       |
| Intelligenza cristallizzata                               | Tendenza a stabilità o incremento: conoscenze acquisite ed esperienze di vita si consolidano con l'età.                                         |
| Memoria                                                   | Declino variabile: maggiore nelle memorie di lavoro, episodica e prospettica basata sul tempo; stabilità nella memoria procedurale e semantica. |
| Competenze linguistiche                                   | Stabilità generale con lievi difficoltà nel recupero rapido delle parole. Miglior capacità narrativa e pragmatica.                              |
| Competenze emotive                                        | Maggiore capacità di regolare emozioni, maggiore stabilità emotiva e migliore gestione degli stress quotidiani.                                 |

I cambiamenti cognitivi associati all’invecchiamento riguardano molteplici funzioni e abilità, ognuna con traiettorie peculiari:

- **Attenzione:** con l’avanzare dell’età possono emergere difficoltà nel mantenere a lungo l’attenzione concentrata e un minor rendimento nella gestione simultanea di più compiti (multitasking).
- **Velocità di elaborazione:** il rallentamento nell’elaborazione e nella risposta alle informazioni è uno degli aspetti più evidenti dell’invecchiamento cognitivo.

- **Funzioni esecutive:** la riduzione della flessibilità mentale e una minore efficienza nella pianificazione e nella gestione strategica di compiti complessi sono tipiche dell'età avanzata.
- **Intelligenza fluida:** caratterizzata da un graduale declino nella capacità di ragionamento astratto e di adattamento rapido a situazioni nuove.
- **Intelligenza cristallizzata:** tende invece alla stabilità o addirittura al miglioramento; infatti, le conoscenze acquisite e il bagaglio di esperienze si consolidano nel tempo.
- **Memoria:** l'invecchiamento cognitivo comporta generalmente un declino della memoria episodica, una maggiore difficoltà nel ricordare informazioni nuove, soprattutto prospettiche (cose da fare), mentre rimangono relativamente stabili la memoria semantica (conoscenze generali) e procedurale (abilità pratiche).
- **Competenze linguistiche:** vi è una generale conservazione dei livelli di difficoltà nel recupero rapido delle parole, con miglioramenti nella pragmatica, cioè nell'uso sociale del linguaggio.
- **Competenze emotive:** gli anziani mostrano frequentemente maggiori capacità nella regolazione emotiva, stabilità emotiva superiore, e migliori strategie per gestire gli eventi quotidiani, in accordo con la teoria della selettività socio-emotiva (Carstensen, 1992).

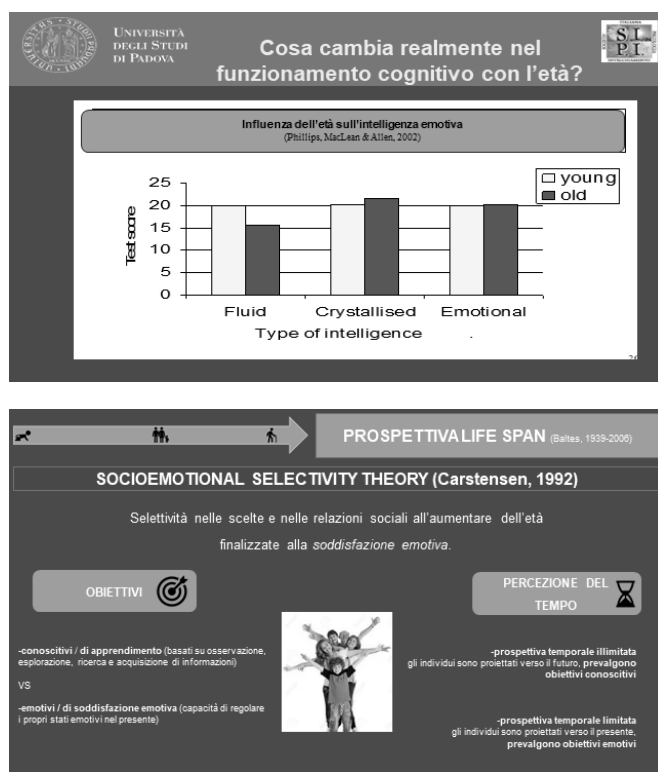
### 3.6. Cambiamenti nelle singole abilità cognitive: la memoria

La memoria, una delle capacità cognitive più sensibili all'età, presenta un andamento eterogeneo a seconda delle tipologie considerate. In particolare, distinguiamo tra:

- **Memoria di lavoro (working memory):** coinvolge la capacità di mantenere e manipolare mentalmente informazioni per brevi periodi. È una delle prime abilità cognitive che tendono a ridursi, già a partire dai 45-50 anni, con decrementi più marcati dopo i 65 anni. Tale calo è associato principalmente a una riduzione della velocità di elaborazione e a una minore capacità di gestione simultanea di più informazioni.
- **Memoria episodica:** riguarda la capacità di ricordare eventi personali specifici, collocati temporalmente e spazialmente. Anche questa forma di memoria subisce un declino significativo con l'età, soprattutto nelle capacità di codifica e recupero delle informazioni.
- **Memoria semantica:** coinvolge la conoscenza accumulata di fatti, concetti e vocaboli. Diversamente dalla memoria episodica, la memoria semantica rimane relativamente stabile fino ad età molto avanzata, mostrando segni di riduzione principalmente nei casi di demenza conclamata.
- **Memoria procedurale:** riguarda le competenze pratiche e motorie apprese, come guidare, suonare uno strumento, o eseguire compiti abituali. Questo tipo di memoria risulta generalmente ben preservato anche in età avanzata.

### 3.7. Intelligenza emotiva e regolazione emotiva con l'età

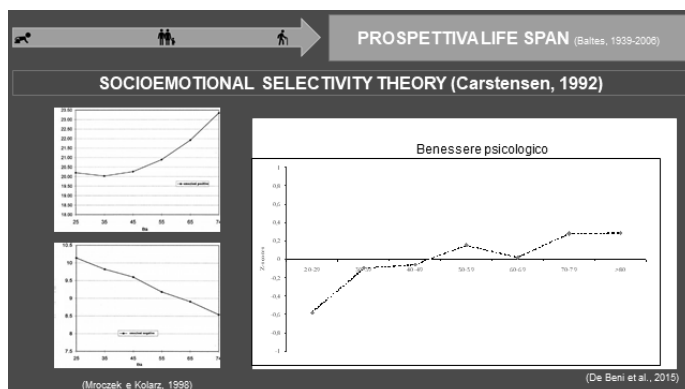
Un ulteriore aspetto cruciale nell'invecchiamento cognitivo riguarda l'intelligenza emotiva, ossia la capacità di riconoscere, comprendere e gestire le proprie emozioni e quelle altrui. Contrariamente ad alcune capacità cognitive di tipo fluido, l'intelligenza emotiva mostra una traiettoria differente, mantenendosi stabile o addirittura migliorando con l'età, come evidenziato dal grafico tratto da Phillips, MacLean e Allen (2002), che mostra chiaramente questa differenza di andamento tra giovani e anziani nelle capacità emotive.



Questi risultati sono coerenti con la teoria della **Selettività Socio-Emotiva (Socioemotional Selectivity Theory, SST)** proposta da Laura Carstensen (1992). Secondo tale teoria, con l'avanzare dell'età, quando la prospettiva temporale percepita si restringe, le persone diventano più selettive nei loro investimenti sociali ed emotivi. In età avanzata prevalgono gli obiettivi di regolazione emotiva e di soddisfazione personale immediata, rispetto a quelli legati all'acquisizione di nuove informazioni e competenze tipici delle fasi più giovani della vita. Questo cambiamento favorisce lo sviluppo e il mantenimento delle abilità emotive, con benefici diretti per la qualità della vita e il benessere psicologico dell'anziano.

### 3.8. Benessere psicologico e curva a U nell'invecchiamento

Un aspetto particolarmente interessante e controintuitivo dell'invecchiamento riguarda il benessere psicologico.



Studi longitudinali hanno infatti mostrato che il benessere percepito lungo il corso della vita segue spesso una traiettoria a forma di U, con livelli più alti durante la giovinezza, una fase di riduzione nella mezza età e un successivo recupero e incremento nelle fasi più avanzate dell'età adulta (Mroczek e Kolarz, 1998; De Beni et al., 2015). Questo fenomeno può essere spiegato proprio dalla teoria della selettività socio-emotiva di Carstensen (1992), secondo cui l'anziano, focalizzandosi maggiormente su obiettivi emotivi e relazioni affettivamente soddisfacenti, riesce a preservare e persino migliorare il proprio benessere psicologico nonostante le inevitabili perdite fisiche e cognitive.

### 4. Plasticità e riserva cognitiva: tra biologia e ambiente



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Invecchiamento e  
Plasticità Cognitiva



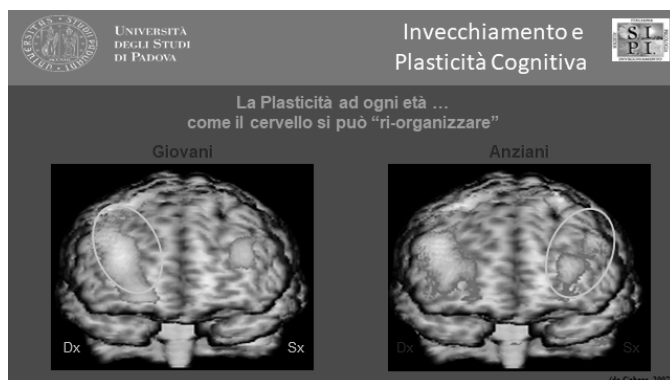
La Plasticità ad ogni età ...

Studi di visualizzazione cerebrale mostrano l'esistenza di "guadagni" e non solo di "perdite" anche in età adulta avanzata



Meccanismi di compensazione che mantengono un elevato livello funzionale nonostante la presenza di perdite fisiologiche

Le evidenze neuroscientifiche più recenti confermano che il cervello umano mantiene la capacità di ri-organizzarsi e compensare il declino fisiologico anche in età avanzata. Questa capacità, nota come **plasticità cognitiva**, rappresenta uno degli aspetti più promettenti dell'invecchiamento, dimostrando che la perdita di funzioni cognitive può essere almeno in parte mitigata da un cervello capace di adattamento continuo. Il cervello anziano mostra infatti notevoli **capacità di adattamento, attivando meccanismi compensativi**. Studi di neuroimaging dimostrano come gli anziani utilizzino diverse aree cerebrali rispetto ai giovani per eseguire lo stesso compito, a dimostrazione di una riorganizzazione funzionale del cervello, nota come **plasticità neurale compensativa** (Cabeza, 2007). Questa capacità permette spesso di mantenere performance cognitive sufficienti, nonostante i cambiamenti fisiologici.



In particolare, il concetto di **riserva cognitiva**, introdotto e approfondito da Stern (2002), chiarisce ulteriormente questa complessità. La riserva cognitiva è la capacità del cervello di affrontare e compensare il declino legato all'età o a patologie neurodegenerative, utilizzando reti neurali alternative e strategie adattive, frutto di stimoli ambientali, educativi e sociali accumulati nel corso della vita. Emblematico in tal senso lo studio longitudinale delle suore condotto da Snowdon (2003), che ha evidenziato come individui con una elevata riserva cognitiva possano mantenere funzioni cognitive efficienti malgrado la presenza documentata post-mortem di patologie cerebrali degenerative. Il costrutto di riserva cognitiva spiega la grande variabilità individuale nella resilienza cognitiva. Studi come quello condotto da Snowdon evidenziano che un ambiente ricco di stimoli educativi, culturali e sociali lungo tutto l'arco della vita favorisce la formazione di reti neurali alternative, potenziando la capacità di compensazione cognitiva.

Queste evidenze scientifiche hanno implicazioni di grande rilievo etico e giuridico. Una comprensione adeguata della variabilità intraindividuale (cambiamenti che una stessa persona vive nel tempo) e interindividuale (differenze tra persone di

pari età cronologica) deve guidare le decisioni normative sulla longevità, prevenendo generalizzazioni inappropriate e trattamenti ingiusti o discriminatori nei confronti della persona anziana. In termini concreti, ciò significa evitare leggi basate su un'età anagrafica rigidamente definita, preferendo invece strumenti normativi e valutazioni giuridiche capaci di cogliere con sensibilità ed equità la complessità della condizione cognitiva individuale.

In conclusione, riconoscere la complessità e la variabilità cognitiva nella longevità implica, per il legislatore, una chiara responsabilità etica: basare le proprie decisioni su valutazioni rigorose, differenziate e sensibili alla realtà individuale della persona anziana. Tale approccio garantisce non solo giustizia e rispetto della dignità personale, ma anche la valorizzazione delle potenzialità che ciascun anziano può ancora offrire alla società nel suo insieme.

## 5. Dalla ricerca psicologica alle decisioni sulla persona anziana

Quando si tratta di prendere decisioni normative che incidono significativamente sulla vita degli anziani, è necessario considerare con attenzione i limiti e le caratteristiche della metodologia della ricerca cognitiva, poiché queste influenzano direttamente le valutazioni utilizzate. È fondamentale, infatti, distinguere tra valutazioni neuropsicologiche effettuate in laboratorio e valutazioni di natura ecologica.

 **Valutare l'invecchiamento cognitivo: attenzione agli strumenti e al contesto**

**Q La valutazione delle capacità cognitive nell'anziano deve essere multidimensionale, rispettosa e attenta al contesto, per garantire equità e giustizia nelle decisioni che riguardano la sua vita.**

- La complessità e la ricchezza dell'invecchiamento cognitivo richiedono strumenti di valutazione adeguati e sensibili, soprattutto quando le informazioni hanno cadute giuridiche (tutela, capacità, autodefinizione...).
- Attenzione ai test di laboratorio e ai test neuropsicologici: possono essere influenzati dall'ambiente medico, dall'ansia da valutazione, da pressioni esterne, dall'ageismo e dalla minaccia dello stereotipo.
- La psicologia offre strumenti complementari: scale di osservazione, di autoosservazione e valutazioni ecologiche che riducono il rischio di penalizzare l'anziano e fotografano meglio le abilità nella vita quotidiana.
- Fattori individuali da considerare: velocità di elaborazione, ritmi circadiani, contesto emotivo e relazionale: elementi che possono influenzare la performance nei test ma non riflettono necessariamente le capacità reali.
- Attenzione allo scarto tra laboratorio e realtà: Una valutazione completa deve integrare dati da ambienti diversi per cogliere davvero la persona e le sue abilità nell'"every day".

La ricerca neuropsicologica classica, svolta in condizioni controllate di laboratorio, consente sicuramente una precisa analisi delle capacità cognitive di base, ma presenta anche limiti metodologici ben noti nella letteratura scientifica. Baltes e Lindenberger (1997) evidenziano come i risultati dei test cognitivi possano essere influenzati da variabili ambientali e motivazionali, come ansia da prestazione, scarsa familiarità con il contesto di test, e pregiudizi inconsapevoli legati all'età (ageismo).

Diversamente, le valutazioni ecologiche, svolte direttamente nei contesti di vita quotidiana, offrono una rappresentazione più veritiera e completa delle reali capacità cognitive dell'anziano (De Beni e Borella, 2024). In situazioni naturali e familiari, infatti, molte persone anziane mostrano livelli di funzionamento e autonomia decisamente superiori rispetto a quanto emerge in laboratorio. Questa differenza tra prestazione in laboratorio e prestazione ecologica deve necessariamente guidare le scelte normative relative all'autonomia individuale, poiché la qualità della vita dell'anziano è spesso direttamente correlata alla capacità di mantenere l'indipendenza nelle attività quotidiane.

La responsabilità etica del legislatore, pertanto, consiste nel garantire che le decisioni giuridiche siano basate su una valutazione cognitiva integrata e multidimensionale, che includa sia strumenti neuropsicologici standardizzati, sia osservazioni ecologiche condotte da professionisti specializzati. Questa metodologia, scientificamente fondata e rigorosa, assicura decisioni più giuste e appropriate, capaci di rispettare la dignità della persona anziana e valorizzarne le risorse residue e le autonomie effettive.

## 6. Il peso degli stereotipi e dell'ageismo sulle valutazioni cognitive

Una delle sfide principali nel valutare correttamente le capacità cognitive della persona anziana risiede nel peso, spesso sottovalutato, degli stereotipi legati all'età. La letteratura scientifica ha documentato in maniera rigorosa il fenomeno noto come *minaccia dello stereotipo* (stereotype threat), secondo il quale l'attivazione di pregiudizi negativi relativi a un gruppo sociale di appartenenza, in questo caso gli anziani, può significativamente compromettere le prestazioni cognitive individuali (Levy & Leifheit-Limson, 2009).



L'influenza negativa degli stereotipi sull'anziano può concretizzarsi in una sorta di profezia che si autoavvera: la persona anziana, sottoposta a test cognitivi, può



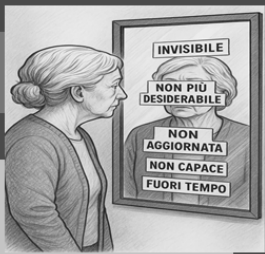
risentire dell'ansia derivante dal timore di confermare aspettative negative circa il proprio declino, mostrando una prestazione inferiore alle proprie reali capacità. Questo fenomeno ha conseguenze rilevanti non solo psicologiche ma anche giuridiche, poiché una valutazione distorta, influenzata implicitamente da pregiudizi socialmente radicati (ageismo), può condurre a limitazioni indebite dell'autonomia personale e dei diritti civili della persona anziana (De Beni e Borella, 2024).

## 6.1. Vecchio come altro da me: il paradosso dell'ageism

**Vecchio come altro da me**

Il paradosso:

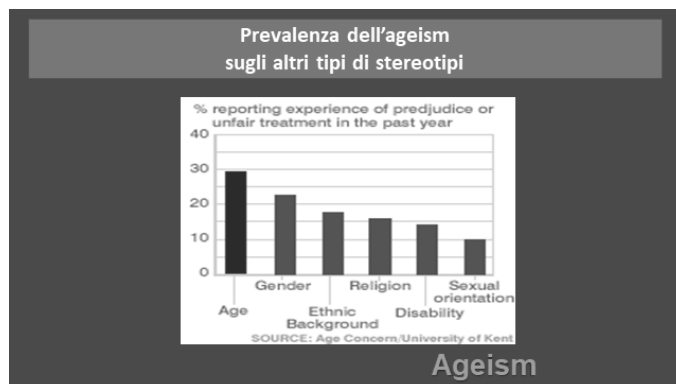
- ambivalenza rispetto al diventare vecchi
- pregiudizio contro i vecchi come altro da noi
- i vecchi non sono esenti dal pregiudizio contro i vecchi
- ageism caso in cui applichiamo il pregiudizio contro gli altri da noi a noi stessi



L'ageism, termine coniato da Butler (1969) per descrivere il pregiudizio basato sull'età, rappresenta un fenomeno peculiare, caratterizzato da un ambivalente atteggiamento culturale e sociale nei confronti dell'invecchiamento. L'ambivalenza nasce dalla difficoltà intrinseca a identificarsi con la categoria degli anziani, percepiti come "altro da noi", sebbene tutti, inevitabilmente, siamo destinati a invecchiare. Questa dinamica conduce spesso a un'applicazione paradossale del pregiudizio contro se stessi, fenomeno noto come ageism internalizzato, dove l'anziano stesso assume inconsapevolmente una visione negativa e svalutante della propria età e delle proprie capacità.

Questo paradosso implica profonde conseguenze psicologiche e sociali. La persona anziana può sperimentare un senso di invisibilità sociale, percependosi "fuori tempo", non più aggiornata, indesiderabile o incapace, come ben illustrato nella figura tratta dalle slide originali.

## 6.2. Prevalenza dell'ageism rispetto ad altre forme di stereotipo



Le ricerche evidenziano che l'ageism rappresenta uno degli stereotipi più diffusi nella società contemporanea. Dati recenti (Age Concern/University of Kent) mostrano infatti come la discriminazione basata sull'età sia segnalata più frequentemente di quella legata al genere, alla religione, all'orientamento sessuale, alla disabilità e all'etnia. Questa elevata prevalenza rende l'ageism particolarmente rilevante per decisioni normative, poiché può agire implicitamente e inconsapevolmente anche in contesti formali e istituzionali, determinando trattamenti ingiusti o discriminatori verso le persone anziane.

La responsabilità del legislatore consiste dunque nel riconoscere e prevenire questo tipo di discriminazione implicita attraverso decisioni e norme attente, che siano informate dalle evidenze scientifiche della psicologia e che siano applicate da professionisti esperti, come i geropsicologi, capaci di evitare stereotipi dannosi e di promuovere una visione autenticamente rispettosa delle risorse e delle capacità della persona anziana.

In particolare, decisioni normative relative a permessi o divieti – come ad esempio il rinnovo della patente di guida, la tutela giuridica o l'amministrazione di sostegno – richiedono un'attenzione estrema, poiché possono avere impatti profondi sulla vita quotidiana e sulla dignità della persona anziana. È indispensabile dunque che queste valutazioni siano effettuate da specialisti adeguatamente preparati e competenti in Geropsicologia, in grado di distinguere con chiarezza tra deficit cognitivi reali e difficoltà temporanee o contestuali legate alla pressione emotiva o al contesto di valutazione stesso.

L'affidamento di queste valutazioni a Geropsicologi esperti non rappresenta solo una scelta scientificamente fondata, ma costituisce anche una precisa responsabilità etica e giuridica. Solo attraverso la competenza specifica di questi professionisti è possibile garantire valutazioni accurate e giuste, che evitino discriminazioni basate sull'età e che consentano decisioni capaci di tutelare autenticamente la libertà, l'autonomia decisionale e la qualità di vita delle persone anziane.

## 7. Conclusioni: la psicologia per una legislazione equa sulla longevità

Il presente contributo ha mostrato come il fenomeno dell'invecchiamento cognitivo non possa essere considerato un semplice processo di declino lineare e omogeneo. Al contrario, esso costituisce una realtà complessa e multiforme, caratterizzata dalla compresenza di perdite, stabilità e perfino guadagni nelle diverse funzioni cognitive, emotive e motivazionali. La prospettiva lifespan proposta da Baltes e l'approccio della selettività socio-emotiva di Carstensen evidenziano chiaramente questa multidimensionalità e multidirezionalità, mostrando che l'invecchiamento può essere anche una fase di crescita, adattamento e resilienza personale.

I dati scientifici presentati sulle differenti traiettorie cognitive – intelligenza fluida e cristallizzata, memoria di lavoro, episodica, semantica e procedurale, velocità di elaborazione e intelligenza emotiva – offrono al legislatore evidenze rigorose per evitare generalizzazioni semplicistiche e spesso dannose. Questi risultati evidenziano la necessità di valutazioni cognitive accurate, contestualmente sensibili e multidimensionali, che sappiano distinguere tra deficit reali e prestazioni temporanee, influenzate dall'ansia di valutazione, dal contesto di test e dalla minaccia dello stereotipo.

Un ruolo cruciale in questo processo è svolto dal fenomeno dell'ageism, un pregiudizio sociale diffuso e spesso interiorizzato, che porta ad applicare inconsapevolmente agli anziani stereotipi negativi. Questo pregiudizio non solo influenza negativamente le prestazioni cognitive, ma può portare a decisioni normative ingiuste e discriminatorie, limitando indebitamente autonomie fondamentali come il rinnovo della patente di guida o le scelte relative all'amministrazione di sostegno.

In questo quadro complesso e delicato, il ruolo degli esperti in geropsicologia diventa imprescindibile. Solo professionisti adeguatamente formati, consapevoli delle variabili cognitive, emotive e sociali, sono in grado di garantire valutazioni rigorose ed eque, proteggendo gli anziani da stereotipi e discriminazioni, e valorizzando concretamente le risorse residue individuali.

In conclusione, la psicologia offre al legislatore una preziosa guida scientifica per orientare decisioni normative consapevoli, etiche e rigorose, capaci di rispondere efficacemente alle nuove sfide poste dalla longevità. Un costante dialogo interdisciplinare tra giuristi e psicologi rappresenta oggi una scelta obbligata, oltre che una responsabilità morale, per garantire una società più inclusiva, giusta e rispettosa della dignità e dell'autonomia della persona anziana.

## Bibliografia essenziale

- BALTES P.B., *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline*, in *Developmental Psychology*, 23(5), 1987, 611-626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- BALTES P.B., LINDENBERGER U., *Emergence of a powerful connection between sensory*

- and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging*, in *Psychology and Aging*, 12(1), 1997, 12-21. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12>
- BUTLER R.N., *Age-ism: Another form of bigotry*, in *The Gerontologist*, 9(4), 1969, 243-246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)
- CABEZA R., *Cognitive neuroscience of aging: Contributions of functional neuroimaging*, in *Scandinavian Journal of Psychology*, 48(4), 2007, 307-316. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2007.00596.x>
- CARSTENSEN L.L., *Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory*, in *Psychology and Aging*, 7(3), 1992, 331-338. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.7.3.331>
- CESARI M., ARAUJO DE CARVALHO I., *Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity*, in *The Journals of Gerontology: Series A*, 71(12), 2016, 1703-1704. <https://doi.org/10.1093/gerona/glw211>
- DE BENI R., BORELLA E., *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*, Il Mulino, Bologna, 2024.
- GAZZOLA S., et al. *Cognitive decline and sensory impairment: A review*, in *Aging Clinical and Experimental Research*, 34, 2022, 83-89. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01953-6>
- LEVY B.R., LEIFHEIT-LIMSON E., *The stereotype-matching effect: Greater influence on functioning when age stereotypes correspond to outcomes*, in *Psychology and Aging*, 24(1), 2009, 230-233. <https://doi.org/10.1037/a0014563>
- MROCZEK D.K., KOLARZ C.M., *The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness*, in *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1998, 1333-1349. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.75.5.1333>
- PHILLIPS L.H., MACLEAN R.D.J., ALLEN R., *Ageing and the recognition of emotion in facial expressions*, in *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B(6), 2002, P526-P530. <https://doi.org/10.1093/geronb/57.6.P526>
- SALTHOUSE T.A., *The processing-speed theory of adult age differences in cognition*, in *Psychological Review*, 103(3), 1996, 403-428. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.3.403>
- SNOWDON, D.A., *Healthy aging and dementia: Findings from the Nun Study*, in *Annals of Internal Medicine*, 139(5), 2003, 450-454. [https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-5\\_Part\\_2-200309021-00008](https://doi.org/10.7326/0003-4819-139-5_Part_2-200309021-00008)
- STERN Y., *What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept*, in *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), 2002, 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *World report on ageing and health*, Geneva, Switzerland, 2015.



# Take Care: l'assistenza agli anziani in Italia

Cecilia Tomassini\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Diverse traiettorie di invecchiamento e di assistenza. – 3. Salute e sopravvivenza e cura: progressi e disuguaglianze. – 4. Innovazione tecnologica e digitalizzazione della cura. – 5. Conclusioni.

**ABSTRACT:** The aging of the population represents one of the most significant demographic transformations of the 21st century. Italy, in particular, ranks among the European countries with the highest percentage of older people: a phenomenon that not only redefines the age structure of the population but also has profound economic, social, health, and cultural implications.

This paper aims to illustrate the results and perspectives of research on elderly care in Italy, with specific attention to the diversity of elderly cohorts, the sustainability of care systems, local communities, and the technological and social innovations needed to address the challenges of aging.

## 1. Introduzione

Dagli anni Cinquanta a oggi, le coorti di persone anziane si sono ampliate e diversificate. Nel 1951, gli over 65 rappresentavano l'8,3% della popolazione italiana; nel 2025 rappresentavano il 24,7%, e nel 2051 potrebbero superare il 34%. La fascia degli ultraottantacinquenni, inoltre, è quella che è cresciuta più rapidamente, arrivando a rappresentare nel 2025 il 4.1% della popolazione totale ed oltre il 16% di quella anziana<sup>1</sup>. La diminuzione dei tassi di mortalità alle età molto anziane ha fatto sì che una quota sempre maggiore di persone arrivi ad 85 anni e resti in vita molto più a lungo rispetto al passato: ad esempio nel 1951 gli ultraottantacinquenni rappresentavano solo lo 0.3% della popolazione e sono previsti raggiungere il 7% nel 2051. Inoltre, mentre nel 1974 un ultraottantacinquenne poteva aspettarsi di vivere in media altri 4.5 anni, nel 2024 la speranza di vita media ha raggiunto i 6.9 anni, un guadagno di 2.4 anni in 50 anni. Specificamente una donna di 85 anni può aspettarsi di vivere in media altri 7.3 anni, un traguardo che porta l'Italia ai vertici della classifica mondiale per la longevità.

---

\* Professoressa Ordinaria di Demografia, Università degli Studi del Molise.

<sup>1</sup> ISTAT <https://demo.istat.it/>.

**Tabella 1. I numeri dell'Invecchiamento in Italia**

| ITALIA             | 1951     | 1961     | 1971     | 1981     | 1991     | 2011     | 2025     | 2051     |
|--------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Popolazione totale | 47158738 | 50025500 | 53685300 | 56388480 | 56694360 | 58585877 | 58934177 | 54538008 |
| pop. 65+ (v.a.)    | 3894645  | 4631100  | 5782000  | 7366042  | 8343682  | 12147011 | 14573173 | 18805912 |
| pop. 65+ (%)       | 8.3      | 9.3      | 10.8     | 13.1     | 14.7     | 20.7     | 24.7     | 34.5     |
| pop. 85+ (v.a.)    | 160339   | 258024   | 362696   | 458934   | 658912   | 1701003  | 2422327  | 4055101  |
| pop. 85+ (%)       | 0.3      | 0.5      | 0.7      | 0.8      | 1.2      | 2.9      | 4.1      | 7.0      |
| pop85+/pop65+      | 4.1      | 5.6      | 6.3      | 6.2      | 7.9      | 14.0     | 16.6     | 22.0     |

Fonte: ISTAT [demo.istat.it](http://demo.istat.it).

Tuttavia, la trasformazione demografica non riguarda solo le dimensioni quantitative. Il fatto che la popolazione anziana racchiuda ormai più di 35 generazioni, le nuove coorti di anziani sono profondamente diverse da quelle del passato in termini di genere, istruzione, esperienze lavorative, condizione abitativa, condizioni di salute, reddito, reti sociali, appartenenze territoriali e background migratorio. L'allungamento della vita dà la possibilità di vivere più esperienze rispetto al passato: ciò implica che le politiche di welfare e i modelli di assistenza non possano più essere fondati su un concetto omogeneo di "vecchiaia", ma debbano tener conto delle differenze intra-generazionali. Il problema è che sebbene l'Italia non sia l'unico paese a rapido invecchiamento, si distingue per un ritardo nell'elaborazione di strategie economiche, sociali e istituzionali in grado di fronteggiare la transizione demografica in tutte le sue dimensioni. Lo sforzo è quindi quello di adottare una prospettiva nuova per considerare l'età anziana con strumenti diversi da quelli usati fino ad ora per permettere un approccio più moderno e più sostenibile. In questo senso il progetto *Age-It*, finanziato da MUR con i fondi EU Next Generation, si è proposto di trasformare l'Italia in un polo scientifico internazionale per la ricerca sull'invecchiamento, una sorta di "laboratorio empirico" che unisca discipline diverse in campo socio-economico, giuridico, psicologico, biomedico e tecnologico per costruire una società inclusiva per tutte le età.

## 2. Diverse traiettorie di invecchiamento e di assistenza

L'incremento nel numero dei grandi anziani genera sicuramente una maggiore domanda di assistenza sia formale, erogata cioè da attori professionisti sia pubblici (servizi sociali e sanitari) che privati (assistenti familiari a pagamento) sia informale (erogata a titolo gratuito da familiari, amici, vicinato). Quello che spesso viene dimenticato nell'analisi dei bisogni di cura, però, è come si arriva all'età anziana sia in termini di posizione sociale che in termini di salute biologica. Gli anziani di oggi hanno vissuto attraverso molteplici trasformazioni sia in ambito medico che tecnologico che sociale che li rendono diversi da quelli del passato. Sono più istruiti, hanno maggiore consapevolezza della prevenzione sono più "digitali": questi fattori hanno contribuito all'allungamento della vita in generale e quella passata in buona salute in particolare. Diventa quindi importante ripensare le età in cui le

persone vengono considerate anziane che non possono essere le stesse del passato. Ad esempio, già da tempo i demografi considerano che l'aumento della speranza di vita sia un traguardo importante, ma deve essere accompagnato anche da un ripensamento delle soglie che definiscono le varie fasi della vita. La soglia in cui si entra nella Terza Età (65 anni) non è mai stata riesaminata negli ultimi decenni, nonostante ormai considerata un valore non più adatto a cogliere i grandi cambiamenti nella vita degli anziani di oggi. Usando i 65 anni come soglia di transizione dalle età adulte alle età anziane si restituisce una visione eccessivamente allarmistica dell'invecchiamento e probabilmente poco adatta con il simultaneo miglioramento delle condizioni generali di salute. Come sottolineato da Strozza et al. (2024)<sup>2</sup>, è necessario adottare una prospettiva più dinamica, fondata sulla speranza di vita residua. Nel 2000, una persona di 65 anni poteva aspettarsi di vivere ancora circa 18,5 anni. Oggi, per avere la stessa speranza di vita residua, occorre guardare a chi ha 68 anni: ciò significa che la soglia di "vecchiaia effettiva" si è spostata in avanti. Se si utilizza questa misura "prospettica" come l'indice di vecchiaia (dato attualmente dal rapporto degli ultrasessantacinquenni sui bambini fino a 15 anni) l'Italia nel 2023 passa da 193 (con soglia fissa a 65 anni) a 164 anziani ogni 100 giovani, restituendo una rappresentazione più realistica e meno preoccupante del processo di invecchiamento.

Il processo di invecchiamento è ulteriormente complicato da profonde trasformazioni sociali e familiari che hanno modificato il contesto nel quale gli anziani ricevono supporto. Queste trasformazioni demografiche e sociali, che hanno interessato l'Italia negli ultimi decenni, stanno producendo effetti profondi sulla capacità delle famiglie di garantire forme adeguate e continuative di assistenza, soprattutto nei confronti della popolazione anziana. Un primo elemento cruciale è rappresentato dalla persistente riduzione della fecondità, stabilmente al di sotto della soglia di sostituzione (2.1 figli per donna) sin dal 1976, che ha generato una struttura familiare progressivamente più rarefatta. Tale dinamica si traduce, tra le altre conseguenze, in un aumento significativo della quota di anziani senza figli: nelle coorti nate dopo il 1970 essa supera il 20%, configurando un contesto in cui un numero crescente di individui in età avanzata non potrà contare su risorse familiari primarie per l'assistenza quali appunto i figli. Parallelamente, l'invecchiamento delle reti sociali individuali comporta un ulteriore indebolimento del potenziale di supporto informale intergenerazionale. La riduzione della disponibilità di amici, conoscenti o parenti in condizioni di fornire aiuto quotidiano contribuisce a limitare drasticamente il capitale sociale mobilitabile in caso di bisogno, accentuando vulnerabilità e rischi di isolamento.

A questa dinamica strutturale si sommano tendenze territoriali e socioeconomiche che accentuano ulteriormente gli squilibri. Le migrazioni giovanili dalle aree interne e dai piccoli comuni verso i centri urbani più grandi o verso l'estero determinano una

---

<sup>2</sup> C. STROZZA, G. EGIDI, V. CASELLI, *L'Italia Longeva*, Il Mulino, Bologna, 2024.



redistribuzione territoriale della popolazione attiva, con una conseguente contrazione dei potenziali caregiver nelle zone già caratterizzate da maggiore fragilità demografica. Ciò alimenta profonde disuguaglianze territoriali nella disponibilità di risorse di cura, mettendo sotto pressione le famiglie e i servizi locali. Inoltre, il possibile rallentamento dei flussi migratori in ingresso e, in particolare, la potenziale diminuzione degli immigrati impiegati nell'assistenza privata rischiano di compromettere uno dei pilastri del sistema di cura italiano, fondato negli ultimi decenni su soluzioni di mercato semi-formalizzate che hanno supplito alle carenze dei servizi pubblici.

Sul versante delle dinamiche familiari, la progressiva diffusione del modello dual-earner sta modificando in modo significativo l'organizzazione della vita domestica e la disponibilità di tempo per l'assistenza. In un contesto in cui la partecipazione femminile al mercato del lavoro è aumentata, ma in cui permane una marcata asimmetria nei carichi di cura, risulta sempre più complesso per le donne conciliare attività lavorative e responsabilità assistenziali. Al tempo stesso, nonostante una tendenza positiva, il coinvolgimento degli uomini nelle pratiche di cura rimane ancora insufficiente per compensare tale squilibrio. Infine, l'aumento della distanza geografica tra le generazioni, dovuto sia a migrazioni interne sia a scelte abitative legate a opportunità lavorative o a costi della vita differenziati, riduce ulteriormente la capacità di mobilitare forme quotidiane di sostegno all'interno dei nuclei familiari. L'insieme di questi fattori concorre a delineare un quadro di crescente fragilità del modello tradizionale di cura familiare, sollecitando una riflessione sulle politiche necessarie per sostenere e integrare le reti di assistenza formali e informali.

La progressiva erosione delle risorse di cura informale, unita alla limitata capacità del sistema formale, configura una condizione di fragilità sistemica nella gestione della non autosufficienza se affrontata con gli stessi strumenti del paese: *“more of the same”* non è una strada più percorribile nel contesto italiano ed è necessario adottare prospettive e strumenti innovativi per la cura degli anziani. La relazione tra invecchiamento e domanda assistenziale, nonostante sia spesso descritta con toni allarmistici, attraverso la conoscenza empirica dei bisogni di cura della popolazione anziana non autosufficiente è cruciale non solo per la programmazione dei servizi, ma anche per valutare la sostenibilità del sistema di welfare e per orientare la pianificazione di lungo periodo.

### 3. Salute e sopravvivenza e cura: progressi e disuguaglianze

Secondo il Rapporto BES dell'ISTAT 2025<sup>3</sup>, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni – ovvero il numero di anni che una persona può attendersi di vivere in condizioni di piena autonomia una volta entrata nella fase anziana

---

<sup>3</sup> ISTAT (2025) <https://www.istat.it/notizia/bes-dei-territori-edizione-2025/>.

– nel 2024 si attesta a 10,4 anni. Il valore risulta leggermente inferiore rispetto al 2023, quando era pari a 10,6 anni, segnalando un lieve arretramento nelle capacità funzionali della popolazione anziana. Nonostante questa flessione recente, il trend di lungo periodo appare positivo: rispetto al 2014, quando la speranza di vita autonoma a 65 anni era pari a 9,6 anni, si registra un incremento complessivo di dieci mesi<sup>4</sup>. Questo miglioramento suggerisce che, pur in presenza di oscillazioni annuali, la popolazione anziana italiana ha progressivamente ampliato il proprio periodo di vita in buona salute e con livelli di autonomia più elevati rispetto al passato. In questo contesto, l'istruzione emerge come uno dei principali fattori di disuguaglianza nella salute e nei comportamenti associati al benessere. Le evidenze mostrano come i livelli di istruzione influenzino in modo significativo l'adozione di stili di vita salutari lungo tutto l'arco della vita adulta e anziana. Indicatori come la sedentarietà, comportamenti a rischio mostrano forti gradienti per istruzione. Il rapporto tra la sedentarietà dei meno istruiti e quella dei più istruiti è passato da 2,4 nel 2014 a 3,2 nel 2024. Tale aumento non riflette un peggioramento delle condizioni dei gruppi a basso titolo di studio, bensì una più marcata riduzione della sedentarietà tra i più istruiti, segnalando una crescente polarizzazione nella capacità di adottare comportamenti favorevoli alla salute.

L'istruzione esercita un ruolo selettivo anche rispetto ad altri comportamenti a rischio, come il fumo. Tra gli adulti di 25-64 anni, l'abitudine al fumo è significativamente meno diffusa tra i laureati (16,9%) rispetto a chi ha un titolo di studio basso (28,6%) mostrando una forte associazione tra istruzione, consapevolezza dei rischi e capacità di adottare comportamenti protettivi. Questa differenza avrà conseguenze positive sulla salute delle future generazioni di anziani più istruite visto che saranno state meno esposte ai danni del fumo nel corso della loro vita. Simile relazione (anche se diversa fra giovani ed anziani) fra istruzione e consumo di alcol: nella popolazione con più di 44 anni si osserva che il consumo a rischio decresce all'aumentare del livello di istruzione, evidenziando come lo svantaggio educativo si intreccia più direttamente con condizioni socioeconomiche fragili, minori competenze di salute e una più limitata conoscenza della prevenzione.

Le associazioni positive fra istruzione e salute determinano anche il fatto che le persone più istruite vivono normalmente più a lungo e questo vale soprattutto per gli uomini. Le differenze più evidenti nella speranza di vita alla nascita emergono tra gli uomini con un livello di istruzione molto basso (nessun titolo o sola licenza elementare), che registrano una durata media della vita inferiore di 5,2 anni rispetto ai laureati<sup>5</sup>. Tra le donne, il divario associato al titolo di studio è inferiore e pari a 2,7 anni. Anche a 65 anni l'influenza dell'istruzione rimane significativa: gli uomini e le donne con un livello di studio elevato mostrano un vantaggio rispettivamente di 2,2 e 1,3 anni di vita.

---

<sup>4</sup> ISTAT (2025) <https://www.istat.it/notizia/bes-dei-territori-edizione-2025/>.

<sup>5</sup> ISTAT 2016 <https://www.istat.it/tavole-di-dati/diseguaglianze-nella-speranza-di-vita-per-livello-di-istruzione/>.

**Tabella 2. Speranza di vita per età selezionate e titolo di istruzione. Italia – Anno 2012**

| LIVELLO<br>ISTRUZIONE                                                     | DI   | Maschi |            |            |            |            | Femmine |            |            |            |            |
|---------------------------------------------------------------------------|------|--------|------------|------------|------------|------------|---------|------------|------------|------------|------------|
|                                                                           |      | 0 anni | 25<br>anni | 45<br>anni | 65<br>anni | 80<br>anni | 0 anni  | 25<br>anni | 45<br>anni | 65<br>anni | 80<br>anni |
| SPERANZA DI VITA                                                          |      |        |            |            |            |            |         |            |            |            |            |
| Nessun titolo o li-<br>cenza elementare                                   | 77.2 | 52.8   | 34.2       | 17.8       | 7.8        | 83.2       | 58.7    | 39.6       | 21.6       | 9.7        |            |
| Licenza media infe-<br>riore                                              | 79.4 | 55.0   | 36.0       | 18.6       | 8.1        | 84.6       | 60.1    | 40.5       | 22.1       | 10.1       |            |
| Licenza media supe-<br>riore                                              | 80.9 | 56.5   | 37.1       | 19.2       | 8.4        | 85.3       | 60.8    | 41.1       | 22.5       | 10.3       |            |
| Laurea o titolo supe-<br>riore                                            | 82.4 | 58.0   | 38.5       | 20.0       | 8.6        | 85.9       | 61.4    | 41.7       | 22.9       | 10.5       |            |
|                                                                           |      |        |            |            |            |            |         |            |            |            |            |
| Licenza elementare o<br>licenza media infe-<br>riore                      | 78.9 | 54.5   | 35.4       | 18.2       | 8.0        | 84.3       | 59.8    | 40.2       | 21.9       | 9.9        |            |
| Nessun titolo o li-<br>cenza elementare o<br>licenza media infe-<br>riore | 78.6 | 54.2   | 35.2       | 18.0       | 7.9        | 84.0       | 59.4    | 39.9       | 21.7       | 9.8        |            |

Fonte: ISTAT <https://www.istat.it/tavole-di-dati/diseguaglianze-nella-speranza-di-vita-per-livello-di-istruzione/>.

Nel complesso, i dati confermano che il titolo di studio rappresenta un determinante cruciale delle disuguaglianze di salute nell'età anziana, influenzando comportamenti, esposizioni ai rischi, capacità di prevenzione e, in ultima analisi, la qualità degli anni aggiuntivi di vita guadagnati dalla popolazione italiana. In un Paese caratterizzato da un rapido invecchiamento e da livelli crescenti di istruzione nelle generazioni, tali evidenze possono far ben sperare per la salute delle prossime generazioni di anziani e grandi anziani.

Un altro elemento che caratterizza la salute (e di conseguenza la domanda di assistenza) è il territorio. Il Nordest si conferma la ripartizione dove la speranza di vita alla nascita nel 2024 è più alta con una media per entrambi i sessi di 84,2 laddove nelle Isole il valore scende a 82,5<sup>6</sup>. Le differenze territoriali si mantengono anche all'età anziana con la speranza di vita media a 65 anni pari a 21.8 nel Nordest contro il 20.7 nel Sud e nelle Isole. A livello regionale la distanza della speranza di vita a 65 anni fra il Trentino e la Campania è di oltre due anni, a livello provinciale

<sup>6</sup> <https://demo.istat.it/>.

la distanza fra Trento o Treviso e Caserta o Napoli è di due anni e mezzo. La differenza nella sopravvivenza pone interrogativi importanti sulla giustizia sanitaria tra Nord e Sud: la migrazione sanitaria verso il nord, la rinuncia alle cure per motivi economici o per la lunghezza delle liste d'attesa sono aspetti fondamentali per il rispetto dei principi costituzionali sulla salute<sup>7</sup>.

Il progetto Age-It ha ulteriormente approfondito il tema delle disuguaglianze territoriali analizzando la domanda potenziale di assistenza dei comuni. L'Italia si distingue per la forte centralità della famiglia nel sistema di cura degli anziani che non accenna a diminuire anche in presenza delle forti trasformazioni sociali e familiari. Questa resilienza intergenerazionale rappresenta un elemento chiave di coesione sociale e benessere soggettivo, ma al contempo solleva interrogativi sulla sua sostenibilità in un contesto di denatalità crescente, mobilità territoriale e frammentazione dei nuclei familiari soprattutto in zone dove questi fenomeni si manifestano con più intensità quali le aree interne e montane. I dati provenienti dall'Indagine Multiscopo Famiglie e Soggetti Sociali del 2016 ci dicono che più del 20% delle famiglie in cui il capofamiglia ha meno di 45 anni oppure più di 74 anni ha ricevuto aiuto informale. Si evince che sono le famiglie con bambini piccoli e le famiglie con anziani quelle che ricevono gli aiuti dati dagli italiani. Inoltre, se il capofamiglia donna ha più di 74 anni, la percentuale di famiglie aiutate sale al 26,5% (contro il 19,6% con capofamiglia uomo). La maggiore longevità femminile, combinata con la differenza di età fra i coniugi e la maggiore probabilità degli uomini a risposarsi, fa sì che più donne rimangano sole in tarda età e quindi senza il caregiver principale che è appunto il partner. Altro aspetto interessante è che la forte solidarietà fra generazioni si evince anche quando consideriamo i contatti fra genitori e figli: diversi studi mostrano che oltre il 90% dei genitori con più di 65 anni mantiene contatti settimanali con almeno un figlio, a fronte di valori sensibilmente inferiori in altri paesi europei<sup>8,9</sup>. Nonostante questa forte resilienza intergenerazionale, capire come l'aiuto informale possa evolversi nei contesti territoriali di bassa fecondità e forti emigrazioni interne della popolazione adulta può dare indicazioni importanti per la programmazione di servizi di cura territoriali. Usando i dati del 2021 all'interno del progetto Age-It è stato creato un indice pensato per cogliere a livello comunale che, combina diversi aspetti legati all'assistenza agli anziani. Questo indice denominato Indice comunale di criticità potenziale, Iccp sintetizza l'equilibrio tra la domanda e l'offerta potenziale di assistenza a livello comunale. La domanda è stimata a partire dalla percentuale di popolazione ultraottantenne mentre

---

<sup>7</sup> F. BENASSI, C. TOMASSINI, G. DI FELICE, *Spatial Heterogeneities or Inequalities? Health Care Supply and Demand of the Older Population in Italy*, in *Appl. Spatial Analysis*, 18, 44, 2025.

<sup>8</sup> C. TOMASSINI, E. MELI, C. LALLO, M. PASQUALINI, *Older Parent-Child Relations in Remote Areas: New Insights on Intergenerational Ties and Support Networks in Italy*, in *Population, Space and Place*, 2025, 31, 1-12.

<sup>9</sup> C. TOMASSINI, S. KALOGIROU, E. GRUNDY *et al.*, *Contacts between elderly parents and their children in four European countries: current patterns and future prospects*, in *Eur J Ageing*, 1, 2004, 54-63.

l'offerta potenziale di supporto è invece stimata combinando l'indice Psr (il rapporto tra popolazione over 80 e popolazione tra i 50 e i 64 anni), e l'accessibilità territoriale ai servizi pubblici come rilevata dall'indicatore delle Aree interne dell'ISTAT. Si consideri che la classificazione Istat assegna ai comuni la categoria di «polo» se i servizi sono tutti presenti nel comune, «intermedio» se distano tra i 27 e i 40 minuti in macchina dal più vicino comune che possiede tutti i servizi, «periferico» se la distanza aumenta a 40-70 minuti, «ultra periferico» se supera i 70 minuti. I servizi considerati sono istruzione, mobilità ferroviaria e sanità. La presenza di potenziale aiuto informale e l'accessibilità di servizi è un elemento essenziale per determinare il reale grado di non autosufficienza degli anziani di un territorio in ottica funzionale. L'indice permette di rintracciare immediatamente tra i comuni più esposti a sbilanciamenti demografici quelli che, ricadendo in una zona periferica o ultra periferica della classificazione delle Aree interne, presentano criticità più gravi e richiedono interventi più urgenti<sup>10</sup>. I comuni classificati in alta criticità affrontano numerose sfide, soprattutto in un contesto in cui il sostegno familiare rappresenta un pilastro fondamentale dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. Lo squilibrio demografico a favore della popolazione anziana può indebolire la capacità delle comunità di supportare i soggetti più fragili, innescando un circolo vizioso di peggioramento delle condizioni di salute e aumento della domanda di assistenza. A ciò si aggiunge la distanza dai servizi pubblici, che gioca un ruolo cruciale nel determinare se una struttura demografica critica possa tradursi in una situazione socialmente sostenibile, incidendo sia sulla salute pubblica sia sull'inclusione sociale.

#### 4. Innovazione tecnologica e digitalizzazione della cura

Una delle strade da esplorare per il futuro della cura per non cadere nella trappola del non sostenibile “more of the same” esposta nei paragrafi precedenti, è quella della innovazione tecnologica e della digitalizzazione della cura. È in atto un impegno crescente finalizzato alla ricerca di soluzioni innovative che consentano agli anziani di mantenere indipendenza, salute e qualità della vita, alleviando contemporaneamente le incombenze che gravano sia sui sistemi sanitari che sui caregiver informali. L'Ambient Assisted Living (AAL) e la telemedicina rappresentano due importanti pilastri della trasformazione digitale dell'assistenza sanitaria e sociale, contribuendo a rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente domanda di cure a lungo termine. L'AAL può essere definito come l'impiego delle tecnologie nella vita quotidiana delle persone, con l'obiettivo di favorire il mantenimento dell'autonomia, della partecipazione attiva e delle

---

<sup>10</sup> C. LALLO, E. CAMELI, C. TOMASSINI, *Domanda e offerta di assistenza agli anziani lungo la penisola*, in *Rivista Il Mulino*, Bologna, Anno LXXIII, 04, 2024.

relazioni sociali il più a lungo possibile, fino alla tarda età<sup>11</sup>. Su questo lo spoke 4 del progetto Age-It ha sviluppato il progetto *HomeFit-Lab* che introduce un modello di allenamento personalizzato e assistito a distanza, con valutazione automatica della postura, analisi 3D dei movimenti e feedback continuo. Questo tipo di innovazioni coniugano intelligenza artificiale, telemedicina e prevenzione, contribuendo a costruire un ecosistema digitale di cura capace di ampliare l'accesso ai servizi e di supportare caregiver e operatori sanitari.

La telemedicina invece comprende l'utilizzo di tecnologie intelligenti quali reti di sensori, sistemi di intelligenza artificiale, soluzioni robotiche al fine di monitorare lo stato di salute degli anziani o di aiutare in situazioni di non autosufficienza. Un progetto dello spoke 5 del progetto *Age-It*, ad esempio, mira a rendere la transizione dall'ospedale al domicilio più fluida, sicura e continua attraverso la realizzazione e l'impiego di strumenti che facilitino la gestione a distanza del paziente e, allo stesso tempo, il monitoraggio dello stato del caregiver coinvolto nell'assistenza domiciliare. Il team ha sviluppato una piattaforma di telemedicina per il monitoraggio in tempo reale e la gestione a distanza di pazienti con scompenso cardiaco ed i loro caregivers. Tale piattaforma è stata concepita per acquisire informazioni cliniche e strumentali rilevate da sensori indossabili innovativi ed avviare sperimentazioni su pazienti con insufficienza cardiaca cronica, per valutare la fattibilità dell'impiego di strumenti avanzati di telemedicina e ridurre così l'occorrenza di riammissioni ospedaliere dovute a riacutizzazioni della malattia. Il sistema è concepito per essere impiegato in contesti ambulatoriali o ad intensità di cura crescente ed è attrezzato per mettere in rete ospedali, medici di base, pazienti e famiglie, rendendo la cura più continua e personalizzata. Il modello può essere impiegato anche per altre condizioni croniche tipiche dell'età avanzata. È un modo nuovo di intendere la cura, dove la tecnologia supporta, ma non sostituisce, la relazione umana che deve essere sempre al centro dell'assistenza.

In questo senso, l'innovazione tecnologica non si configura come un semplice supporto operativo, ma come un elemento strategico per ripensare in modo sostenibile e sistemico i modelli di cura, favorendo una maggiore integrazione tra servizi sanitari, assistenza sociale e contesti di vita quotidiana, e ponendo la persona – con i suoi bisogni, le sue relazioni e le sue capacità residue – al centro dei processi assistenziali in una società caratterizzata da un progressivo invecchiamento della popolazione.

---

<sup>11</sup> AAL executive summary: *Smarter implementation of digital solutions enhancing active and healthy living*. (2019). Available from: [www.aal-europe.eu](http://www.aal-europe.eu).

## 5. Conclusioni

In conclusione, è ragionevole sottolineare come l'invecchiamento della popolazione italiana rappresenti una trasformazione strutturale profonda, che non può essere affrontata attraverso schemi interpretativi semplificati né mediante risposte assistenziali uniformi. Le marcate differenze tra coorti di anziani, i divari territoriali e le disuguaglianze socioeconomiche rendono necessario un ripensamento complessivo dei modelli di cura, capace di superare la centralità esclusiva della famiglia e il ricorso a soluzioni tradizionali che si rivelano ormai insostenibili nel medio e lungo periodo. Le analisi presentate mostrano come la domanda di assistenza sia il risultato di traiettorie di vita differenziate, di condizioni di salute diseguali e di contesti territoriali più o meno dotati di risorse, richiedendo dunque politiche flessibili, integrate e sensibili alle specificità locali. In questo quadro, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, il rafforzamento del welfare territoriale, il sostegno alle reti informali di cura e l'adozione di soluzioni tecnologiche innovative emergono come leve fondamentali per garantire sostenibilità ed equità. L'esperienza del progetto *Age-It* si colloca pienamente in questa prospettiva, offrendo un esempio concreto di come la ricerca interdisciplinare possa contribuire a costruire un nuovo paradigma dell'assistenza, fondato su evidenze empiriche, innovazione responsabile e cooperazione tra istituzioni, territori e attori sociali. Solo attraverso una visione integrata e di lungo periodo, che ponga al centro la persona anziana e la qualità della vita nelle età avanzate, sarà possibile rispondere in modo efficace alle sfide dell'invecchiamento e garantire alle generazioni future un sistema di cura più giusto, inclusivo e sostenibile.

# La costruzione partecipata delle politiche in materia di invecchiamento attivo in Italia

Andrea Principi\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. La costruzione partecipata delle politiche in materia di invecchiamento attivo nel “Progetto di coordinamento nazionale”. – 2.1. Attività del primo triennio progettuale (2019-2022) e approccio partecipato adottato. – 2.2. Attività del secondo triennio progettuale (2022-2024) e approccio partecipato adottato. – 3. La promozione dell’invecchiamento attivo nel Decreto n. 29/2024: il ruolo della *governance* partecipata. – 4. Conclusione.

**ABSTRACT:** In the framework of economic and social challenges posed by an ageing population, the concept of Active Ageing has been promoted by international and European institutions for several decades due to its benefits for individuals and society. However, in several European countries, policy implementation of the concept of Active Ageing occurs through a top-down approach, lacking adequate tools for participatory consultation and coordination between the various levels of government. This often results in limited involvement of civil society stakeholders in policy development. This study aims to provide an overview of the main national experience for promoting Active Ageing in Italy, with particular attention to the participatory approach through governance mechanisms implemented at all levels of government, as a counter to the traditional top-down approach. This attempt to implement active aging policies through the development of participatory governance (first, at the national level) is the “Multi-level Participatory National Coordination Project for Active Ageing Policies,” which laid the foundation for a more systematic and organic approach to policy development on the topic, involving all relevant actors at the central and regional levels, including civil society stakeholders. A subsequent development occurred with the approval of Law No. 33 of March 15, 2023, and the adoption of Legislative Decree No. 15 of March 15, 2024, 29, issued in implementation of the aforementioned Law 33. In particular, Article 2 of Law 33/2023 establishes the Interministerial Committee for Policies in Favor of the Elderly (CIPA), which adopts the “National Plan for Active Ageing, Social Inclusion and Prevention of Frailty in the Elderly Population,” while Decree 29/2024 more extensively regulates the promotion of Active Ageing in various areas, identifying numerous public and private entities at central, regional and local levels to be involved in the policy creation process. The implementation of these regulations takes place in synergy with the experience and results achieved in the “National Coordination” project.

---

\* Ricercatore senior, IRCCS INRCA – Centro Ricerche Economico-Sociali per l’Invecchiamento, Ancona, Italia. Ringrazio il dr. Davide Lucantoni per l’eccellente e prezioso supporto nell’integrazione e nell’aggiornamento di questo contributo.



## 1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno globale in rapida crescita, con implicazioni significative per le società moderne. In Europa, la quota di persone con almeno 65 anni è passata dal 16% nel 2000 al 21% nel 2023, mentre in Italia, nello stesso anno, si attestava al 24% – ben al di sopra della media continentale<sup>1</sup>. Si stima inoltre che nel 2050 tale quota raggiungerà il 35,9% della popolazione italiana, con un'aspettativa di vita media di 82,5 anni (79,5 per gli uomini e 85,6 per le donne)<sup>2</sup>. Da tale scenario derivano nuove sfide sociali, politiche ed economiche, da affrontare con urgenza per migliorare la sostenibilità del sistema sociale<sup>3</sup>. Uno degli strumenti messi in campo a tal fine dalle principali organizzazioni internazionali, è il concetto di invecchiamento attivo, definito dall'OMS come «il processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per migliorare la qualità della vita delle persone che invecchiano»<sup>4</sup>. L'invecchiamento attivo propone un approccio olistico ai problemi sociali relativi alla terza età, con benefici che ne derivano sia per l'individuo che per la società. Diversi studi internazionali hanno dimostrato il legame positivo esistente tra invecchiamento attivo e salute fisica/psicologica, risultante dall'attivazione formale o informale dell'anziano in vari ambiti sociali o personali<sup>5</sup>. Allo stesso modo, l'invecchiamento attivo a livello macro favorisce la sostenibilità del sistema di *welfare* in termini di riduzione della spesa pubblica per l'assistenza e gli interventi socio-sanitari, anche tramite la valorizzazione del contributo produttivo che deriva dalle attività intraprese dalle persone anziane, oltre che per la minore spesa pubblica di natura socio-assistenziale<sup>6</sup>. In Europa, il concetto è stato promosso a vari livelli. Ad esempio, il 2012 è stato designato come l'Anno europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra le generazioni<sup>7</sup>. Inoltre, è stato promosso attraverso la Strategia di Implementazione Regionale (RIS) del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento (MIPAA) delle Nazioni Unite (2002), con i 10 impegni

---

<sup>1</sup> Eurostat, *Population structure indicators at national level* [Dataset], 2023. [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_PJANIND\\_\\_custom\\_10442114/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_PJANIND__custom_10442114/default/table?lang=en).

<sup>2</sup> United Nations, *World Population Ageing 1950-2050*, United Nation, New York, 2002.

<sup>3</sup> V. MEIER, M. WERDING, *Ageing and the welfare state: Securing sustainability*, in *Oxf. Rev. Econ. Policy*, 26, 2010, 655-673.

<sup>4</sup> OMS – Organizzazione Mondiale della Sanità, *Active ageing: A policy framework*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 2002, 12.

<sup>5</sup> N. PEEL, H. BARTLETT, R. MCLURE, *Healthy ageing: How is it defined and measured?*, in *Australas. J. Ageing*, 23, 2004, 115-119.

A. EHLERS, G. NAEGELE, M. REICHERT, *Volunteering by Older People in the EU*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Dublin, 2011, 1-62.

<sup>6</sup> A. WALKER, T. MALTBY, *Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union*, in *Int. J. Soc. Welf.*, 21, 2012, 117-130.

<sup>7</sup> Commissione Europea, *Results and Overall Assessment of the 2012 European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations*, Commissione Europea, Bruxelles, 2012.

(*commitments*)<sup>8</sup> che lo compongono. Quest'ultimo, pur essendo considerato come uno strumento di *soft law*, non vincolante dal punto di vista normativo, rappresenta il principale *framework* di riferimento per lo sviluppo di strategie nazionali volte a stimolare la creazione di politiche per l'invecchiamento, incluso l'invecchiamento attivo. La completa attuazione della strategia MIPAA/RIS, dipende dalla progressiva adozione, da parte dei decisori pubblici, di adeguati strumenti di *governance* capaci di garantire una diffusione capillare del concetto, a tutti i livelli (comunitario, nazionale, regionale e locale). Infatti, poiché l'invecchiamento attivo è un concetto globale, non coercitivo e inclusivo, la letteratura scientifica sul tema evidenzia la necessità di una sua maggiore integrazione nelle strategie politiche, tramite il coinvolgimento degli *stakeholder* nei processi decisionali che li influenzano direttamente<sup>9</sup>. Tale coinvolgimento, è ad oggi praticato in misura molto limitata nella maggior parte dei paesi europei<sup>10</sup>, risultando perlopiù focalizzato sulla raccolta di pareri su questioni specifiche e con impatto limitato, mancando il supporto di adeguati strumenti di concertazione e coordinamento tra i vari livelli di governo. Ciò, favorisce processi unilaterali di creazione delle politiche sul tema da parte degli organi di governo, attraverso un approccio "*top down*"<sup>11</sup> che si è tradotto, per lungo tempo, sia in Europa che in Italia, in una interpretazione prevalentemente produttivista<sup>12</sup> del concetto di invecchiamento attivo, finalizzata quasi esclusivamente all'aumento dei livelli di occupazione delle fasce di età più avanzate, attraverso il posticipo dell'età pensionabile<sup>13</sup>. L'eccezione, in tal senso, è rappresentata da

---

<sup>8</sup> I 10 impegni MIPAA sono i seguenti: 1) Invecchiamento in tutte le politiche pubbliche (*mainstreaming ageing*); 2) Integrazione e partecipazione degli anziani nella società; 3) Crescita economica equa e sostenibile; 4. Adattare i sistemi di protezione sociale; 5) Preparare il mercato del lavoro; 6) Apprendimento lungo tutto l'arco della vita; 7) Qualità della vita e vita indipendente; 8) Approccio di genere; 9) Sostegno e assistenza informale agli anziani e solidarietà intergenerazionale; 10) Realizzare la strategia regionale MIPAA.

<sup>9</sup> D. LUCANTONI, G. LAMURA, M. SOCCI, F. BARBABELLA, V. INTRALIGI, A. PRINCIPI, *Identifying Active Aging Policy Objectives in Italian Regions*, in *Social Sciences*, 14(3), 2025, 180.

UNECE, *The Regional Implementation Strategy for MIPAA for the UNECE Region*, UNECE, Ginevra, 2022, 1-23.

L. FOSTER, A. WALKER, *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*, in *The Gerontologist*, 55, 2015, 83-90.

<sup>10</sup> R. FALANGA, A. CEBULLA, A. PRINCIPI, M. SOCCI, *The Participation of Senior Citizens in Policy-Making: Patterning Initiatives in Europe*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 2020, 34 ss.

A. FERNANDES, T. FORTE, G. SANTINHA, S. DIOGO, F. ALVES, *Active Aging Governance and Challenges at the Local Level*, in *Geriatrics*, 6, 2021, 64.

<sup>11</sup> A. ZAIDI, S. HARPER, K. HOWSE, G. LAMURA, J. PEREK-BIALAS (eds), *Building Evidence for Active Ageing Policies*, Springer Singapore, Singapore, 2018, 470.

<sup>12</sup> L'approccio produttivista tende a promuovere politiche orientate a fini utilitaristici. In termini di invecchiamento attivo, ciò implica l'idea che il contributo produttivo (ad esempio, le prestazioni lavorative) delle persone anziane rifletta il loro valore personale.

<sup>13</sup> T. MOULAERT, S. BIGGS, *International and European Policy on Work and Retirement: Reinventing*

alcuni paesi come Danimarca, Germania e Irlanda, dove la partecipazione si realizza principalmente a livello locale (ad es. nei Comuni) attraverso, ad esempio, strumenti come i Consigli/Forum degli anziani o simili, permettendo ai cittadini anziani di influenzare concretamente la creazione delle politiche che li riguardano<sup>14</sup>. La presenza di meccanismi e strumenti partecipativi come tavoli di concertazione, osservatori, forum, reti a diversi livelli di governo facilita infatti il riconoscimento delle esigenze emergenti della popolazione anziana, rafforzando l'individuazione di soluzioni innovative e stimolando la creazione di politiche multidimensionali e resilienti, in ottica di invecchiamento attivo<sup>15</sup>.

Nonostante il quadro appena delineato, in Italia lo sviluppo di politiche (anche in materia di invecchiamento attivo) è supportato dall'applicazione del principio costituzionale (art. 118) di sussidiarietà orizzontale, il quale sollecita una maggiore integrazione/collaborazione tra Stato e società civile<sup>16</sup> utilizzando strategie di tipo “*bottom up*” per sfruttare al meglio non solo le risorse economiche, ma anche il capitale relazionale e culturale delle comunità in cui le politiche sono implementate. Lo scopo, è infatti quello di fronteggiare i problemi sociali coinvolgendo l'intera società nella definizione degli obiettivi politici, anche (nel caso specifico) in tema di invecchiamento attivo<sup>17</sup>.

Alla luce di ciò, il presente capitolo si propone di fornire una panoramica della principale esperienza nazionale a livello macro, per la promozione dell'invecchiamento attivo in Italia. Particolare attenzione sarà dedicata alla modalità di approccio partecipativo e ai meccanismi di *governance* messi in campo ad ogni livello di governo, a prevenzione del classico approccio “*top down*”.

## 2. La costruzione partecipata delle politiche in materia di invecchiamento attivo nel “Progetto di coordinamento nazionale”

A partire dal 2019, in Italia, sono stati mossi importanti passi in avanti per quanto riguarda la promozione delle politiche per l'invecchiamento attivo a livello nazionale e regionale, coinvolgendo tutti gli attori chiave all'interno del processo decisionale. Fino al 2019, infatti, le politiche nazionali esistenti in materia erano

---

*Critical Perspectives on Active Ageing and Mature Subjectivity*, in *Human Relations*, 66, 2013, 23-43.

S. VAN DYK, *The Appraisal of Difference: Critical Gerontology and the Active Ageing Paradigm*, in *Journal of Aging Studies*, 31, 2014, 93-103.

<sup>14</sup> A. KESSELRING, S. SMITH, S. DOBNER, *Social Innovation for Active and Healthy Ageing. A Case Study Collection*, King Baudouin Foundation, Bruxelles, 24, 2014, 1-172.

<sup>15</sup> M. SOCCI, D. CLARKE, A. PRINCIPI, *Active aging: Social entrepreneurship in local communities of five European countries*, in *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 2020, 2440.

<sup>16</sup> G. ARENA, G. COTTURRI, *Il valore aggiunto*, Carocci, Roma, 2010, 1-304.

<sup>17</sup> E. DEL BARRIO, S. MARSILLAS, T. BUFFEL, A.S. SMETCOREN, M. SANCHE, *From Active Aging to Active Citizenship: The Role of (Age) Friendliness*, in *Social Sciences*, 7, 2018, 134.

state sviluppate in modo prevalentemente settoriale, in assenza di una strategia complessiva in grado di promuovere l'invecchiamento attivo in un'ottica di sistema<sup>18</sup>. A livello regionale, l'invecchiamento attivo era invece stato maggiormente preso in considerazione nelle agende politiche, pur in presenza di ampie differenze tra le Regioni in termini di allocazione delle risorse, dialogo e coordinamento tra gli attori, nonché in termini di sviluppo e attuazione delle politiche in materia<sup>19</sup>. Il primo tentativo di implementazione di un processo partecipativo tramite lo sviluppo di una *governance* partecipata, è quello del "Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"<sup>20</sup>, regolato da due accordi triennali consecutivi tra la Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche della famiglia (DIPOFAM) e l'IRCCS INRCA di Ancona. Il progetto si è proposto di creare condizioni favorevoli per l'implementazione della strategia MIPAA/RIS in Italia nel settore dell'invecchiamento attivo, attraverso il consolidamento di un coordinamento nazionale multilivello delle politiche in tale materia. Per raggiungere questo obiettivo, viene utilizzato un approccio all'elaborazione delle politiche di tipo Evidence-Based (EBPM) e un coinvolgimento attivo di tutti gli attori rilevanti in materia<sup>21</sup>.

Dal punto di vista operativo, nell'ambito del progetto è stata in primo luogo creata un'ampia rete di *stakeholder*, inclusiva di rappresentanti circa 100 organizzazioni provenienti: (a) dagli organismi governativi nazionali (Ministeri e Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri – PCM) e altre istituzioni pubbliche nazionali competenti; (b) da tutte le Regioni e Province Autonome; (c) dalle organizzazioni della società civile nazionali competenti, dai sindacati dei pensionati, dal mondo accademico e altre parti sociali<sup>22</sup>. In secondo luogo, è stato adottato in maniera partecipata tra tutti i membri della rete, un *framework* internazionale di riferimento per lo sviluppo delle attività progettuali, basato sui 10 impegni del MIPAA/RIS e su 9 dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 direttamente collegati al MIPAA<sup>23</sup> (Figura 1).

---

<sup>18</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, C. DI MATTEO, M. SOCCI, G. LAMURA, P. CHECCUCCI, A. PRINCIPI, *New Multilevel Partnerships and Policy Perspectives on Active Ageing in Italy: A National Plan of Action*, in *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 2020, 9585.

<sup>19</sup> A. PRINCIPI, M. DI ROSA, A. DOMÍNGUEZ-RODRÍGUEZ, M. VARLAMOVA, F. BARBABELLA, G. LAMURA, M. SOCCI, *The Active Ageing Index and policy-making in Italy*, in *Ageing Soc.*, 1, 2021, 1-26.

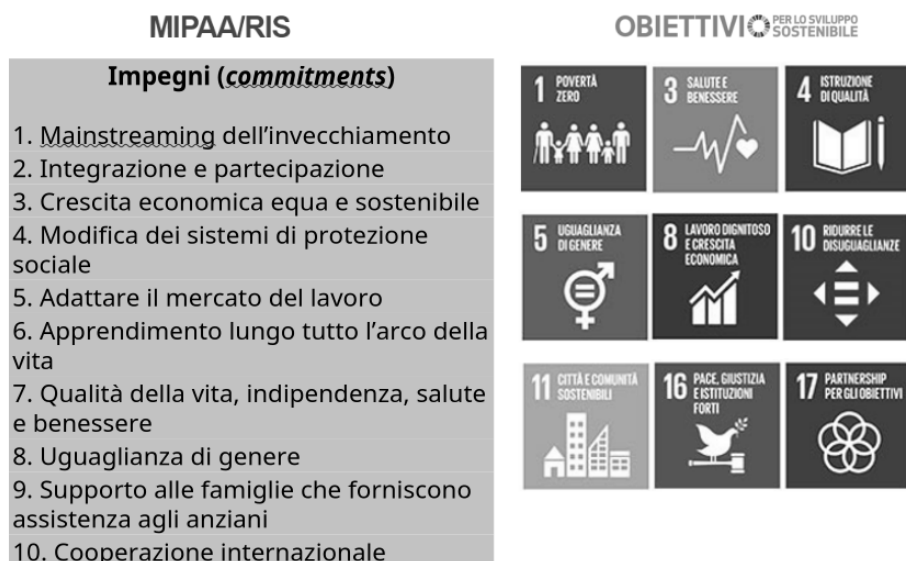
<sup>20</sup> La pagina web del progetto è disponibile all'interno di una sezione dedicata del sito ufficiale del Dipartimento per le politiche della famiglia: <https://www.famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/accordo-con-lirccs-inrca-di-ancona/scheda-progetto/>.

<sup>21</sup> J. EDELENBOS, *Design and management of participatory public policy making*, in *Public Manag. Int. J. Res. Theory*, 1, 1999, 569-576.

<sup>22</sup> Una lista completa degli *stakeholder* inclusi nella rete è consultabile sul sito di progetto: <https://www.famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/accordo-con-lirccs-inrca-di-ancona/rete-di-stakeholder/>.

<sup>23</sup> A. STRAND, *Working Group on Ageing Population and Sustainability (WGA)*. Presentation at the 103rd Meeting of the UNECE Executive Committee, Palais des Nations, Geneva, 1 February 2019.

**Figura 1. Impegni della Strategia MIPAA/RIS e Obiettivi per lo sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile ad essi legati**



Alt-text: la parte sinistra della figura riporta un elenco dei 10 impegni (*commitments*) MIPAA, mentre la parte destra riporta un elenco dei 9 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 coerenti con il MIPAA.

Fonte: elaborazione degli autori.

Particolarmente rilevanti sono il MIPAA *Commitment* 1 (“*Mainstreaming ageing*”) e l’SDG 17 (“*Partnership*”), che riguardano aspetti legati alla *governance* per la costruzione delle politiche in materia di invecchiamento attivo, tramite la creazione di uno strumento partecipativo che coinvolga sia rappresentanti delle amministrazioni di governo, che rappresentanti della società civile. Infatti, in base all’impegno MIPAA 1 (“*Mainstreaming ageing*”), l’attenzione verso l’invecchiamento attivo da parte delle amministrazioni deve riguardare tutti gli ambiti politici (inclusi quelli della cultura, del turismo, dell’agricoltura, *etc.*), e non solo quelli relativi alle politiche sociali o alla sanità<sup>24</sup>. L’SDG 17 (“*Partnership*”) sottolinea la necessità di includere tutti gli *stakeholder* rilevanti della società civile: associazioni, Terzo settore in genere, sindacati, accademici, *etc.*, a tutti i livelli di governo (nazionale, regionale, comunale), attraverso una pianificazione coordinata e di sistema<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> UNECE, *Guidelines for Mainstreaming Ageing*, UNECE, Geneva, 2021.

<sup>25</sup> S.A. CRUZ, *SDG 17 and global partnership for sustainable development: unraveling the rhetoric of collaboration*, in *Frontiers in Environmental Science*, 11, 2023, 1155828.

Inoltre, per considerare tutti gli ambiti di invecchiamento attivo compresi nel *framework* di riferimento, riflettendo la natura multidimensionale dell'invecchiamento attivo, in occasione del primo incontro in plenaria con la rete di *stakeholder* (24 giugno 2019) è stata sviluppata e adottata una definizione operativa di invecchiamento attivo generale e flessibile, che permettesse di valorizzare aspetti legati all'autonomia e alla partecipazione delle persone anziane. Sono quindi considerate, in ottica di invecchiamento attivo:

«[...] attività lavorative, sociali, formative, d'intrattenimento svolte dalle persone anziane, incluse quelle nei seguenti ambiti: partecipazione sociale, formazione e apprendimento permanente, lavoro, cultura e turismo, sport e tempo libero, assistenza informale (*caregiving* per altre persone non autosufficienti e *grandparenting* per la cura dei nipoti), agricoltura e giardinaggio, impegno civile e volontariato, *co-housing*, nonché ogni altro eventuale ambito riguardante l'attivazione delle persone anziane»<sup>26</sup>.

La definizione non include politiche rivolte all'anziano come soggetto esclusivamente passivo e bisognoso di assistenza sanitaria e/o sociale, bensì inerenti all'attivazione di tutti gli anziani in uno o più degli ambiti menzionati nella definizione appena esplicitata, inclusi quelli in condizioni di salute non buone o precarie<sup>27</sup>.

## 2.1. Attività del primo triennio progettuale (2019-2022) e approccio partecipato adottato

Durante il primo triennio, le attività sono state principalmente orientate verso finalità di ricerca:

- in primo luogo, è stato definito e analizzato lo stato dell'arte delle politiche per l'invecchiamento attivo in Italia, tramite il coinvolgimento di 35 amministrazioni centrali e regionali nella raccolta della documentazione utile<sup>28</sup>. Successivamente, i risultati emersi sono stati presentati e discussi in altrettanti rapporti dedicati<sup>29</sup>. Al 2019, 10 Regioni si erano dotate di una legge dedicata all'invecchiamento

---

<sup>26</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, M. SOCCI, D. LUCANTONI, M. ZANNELLA, A. PRINCIPI, *Active Ageing in Italy: A Systematic Review of National and Regional Policies*, in *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 2022, 600.

<sup>27</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, C. DI MATTEO, M. SOCCI, G. LAMURA, P. CHECCUCCI, A. PRINCIPI, *New Multilevel Partnerships and Policy Perspectives on Active Ageing in Italy: A National Plan of Action*, cit., 9585.

<sup>28</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, C. DI MATTEO, M. SOCCI, G. LAMURA, P. CHECCUCCI, A. PRINCIPI, *New Multilevel Partnerships and Policy Perspectives on Active Ageing in Italy: A National Plan of Action*, cit., 9585.

<sup>29</sup> I rapporti regionali dedicati allo stato dell'arte delle politiche sul tema, sono disponibili sul sito di progetto: <https://www.famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/accordo-con-lirccs-inrca-di-ancona/publicazioni-e-documenti/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia-rapporti-relativi-ad-ogni-singola-amministrazione/>.

attivo<sup>30</sup>, mentre le Regioni Emilia-Romagna e Umbria<sup>31</sup> avevano a disposizione strumenti legislativi alternativi (rispetto a ciò, un quadro più dettagliato e aggiornato è fornito nel successivo par. 2.2). Tuttavia, solo nel caso di Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Emilia-Romagna i meccanismi di attuazione sono stati avviati con pieno successo, portando anche alla costituzione di strumenti di concertazione in materia di politiche per l'invecchiamento attivo. Nel caso specifico della Regione Friuli Venezia Giulia, è stato però evidenziato come il Tavolo tecnico interdirezionale per l'invecchiamento attivo costruito, non includesse gli *stakeholder* della società civile, bensì solo i rappresentanti delle direzioni regionali<sup>32</sup>;

- in un secondo momento, basandosi sullo stato dell'arte precedentemente rilevato, sono state elaborate in maniera partecipata delle raccomandazioni per la creazione di politiche per l'invecchiamento attivo<sup>33</sup>. Tale attività è stata realizzata recependo un primo contributo dalla rete di *stakeholder*, attraverso una consultazione tramite questionario, mentre un secondo contributo è stato fornito in forma di *feedback* alla bozza delle raccomandazioni, con osservazioni generali, proposte di modifica e integrazioni. Come previsto dal *framework* internazionale di riferimento, alcune raccomandazioni hanno sottolineato la necessità di predisporre strumenti di lungo periodo per il coordinamento, l'analisi e la programmazione delle politiche in materia di invecchiamento attivo a livello nazionale e regionale (ad es. attraverso leggi dedicate e la costituzione di tavoli permanenti sull'invecchiamento attivo), coinvolgendo tutti gli attori istituzionali rilevanti. Un'altra raccomandazione, prevede invece la necessità di includere in tali strumenti anche gli *stakeholder* rilevanti della società civile nazionale e regionale, a fini di co-programmazione e co-progettazione delle politiche<sup>34</sup>;

- durante l'ultima fase del triennio progettuale, si è tornati in ogni amministrazione precedentemente investigata, e sono state applicate le raccomandazioni, alla

---

<sup>30</sup> Tali Regioni sono: Liguria (legge reg. n. 48/2009), Friuli Venezia Giulia (legge reg. n. 22/2014), Abruzzo (legge reg. n. 16/2016), Veneto (legge reg. n. 23/2017), Campania (legge reg. n. 2/2018), Basilicata (legge reg. n. 29/2017), Calabria (legge reg. n. 12/2018), Piemonte (legge reg. n. 17/2019), Marche (legge reg. n. 1/2019), Puglia (legge reg. n. 16/2019).

<sup>31</sup> La Regione Emilia Romagna ha adottato, nel 2004, un Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana (PAR) e il Tavolo di confronto politico interassessorile per la promozione di interventi intersettoriali in linea con l'invecchiamento attivo. La Regione Umbria si era dotata di una legge trasversale sull'invecchiamento attivo già nel 2012, i cui contenuti, principi, finalità e azioni sono poi confluiti nella legge reg. n. 11/2015 ("Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali"), in un'ottica di semplificazione legislativa.

<sup>32</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, M. SOCCI, D. LUCANTONI, M. ZANNELLA, A. PRINCIPI, *Active Ageing in Italy: A Systematic Review of National and Regional Policies*, cit., 600.

<sup>33</sup> D. LUCANTONI, A. PRINCIPI, M. SOCCI, M. ZANNELLA, F. BARBABELLA, *Active Ageing in Italy: An Evidence-Based Model to Provide Recommendations for Policy Making and Policy Implementation*, in *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 2022, 2746.

<sup>34</sup> D. LUCANTONI, A. PRINCIPI, M. SOCCI, M. ZANNELLA, F. BARBABELLA, *Active Ageing in Italy: An Evidence-Based Model to Provide Recommendations for Policy Making and Policy Implementation*, cit., 2746.

luce dello stato dell'arte esistente, al fine di individuare possibili obiettivi di *policy* da perseguire nel breve-medio periodo, in ottica di invecchiamento attivo. Per fare ciò, sono state realizzate una serie di interviste collettive con i rappresentanti di diversi assessorati e servizi delle 19 amministrazioni regionali e 2 Province Autonome, i cui risultati sono stati elaborati in una bozza di rapporto da inviare alla rete regionale di referenti delle organizzazioni della società civile regionale, per raccogliere il loro contributo in forma di commento alle tematiche trattate nel rapporto. In merito a quest'ultima fase, tutte le Regioni e Province Autonome hanno individuato obiettivi di *policy* per il consolidamento o la creazione (ove assenti) di strumenti partecipativi per il coordinamento e la concertazione delle politiche sull'invecchiamento attivo<sup>35</sup>.

## 2.2. Attività del secondo triennio progettuale (2022-2024) e approccio partecipato adottato

Il secondo triennio progettuale (2022-2024) si è contraddistinto per una connotazione più operativa, allo scopo di favorire, in ogni contesto studiato, in concerto con la rete di *stakeholder*, la creazione di condizioni favorevoli per l'implementazione degli obiettivi di *policy* precedentemente individuati (ultima fase del primo triennio). Tale obiettivo è stato perseguito sviluppando le seguenti attività principali: realizzazione di conferenze regionali sulla promozione dell'invecchiamento attivo in tutte le Regioni e Province Autonome (Fase 1); organizzazione di una serie di *workshop* regionali dedicati alla creazione o al consolidamento di strumenti partecipati per la definizione e la programmazione di politiche per l'invecchiamento attivo (Fase 2); elaborazione di *report* relativi al percorso intrapreso dalle Regioni nel corso del progetto, verso il miglioramento delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo (Fase 3, un *report* per ogni Regione).

Le conferenze<sup>36</sup> (realizzate in tutte le Regioni e le Province Autonome) (Tabella 1), sono state organizzate prevalentemente dalle Regioni con il supporto scientifico e organizzativo dell'IRCCS INRCA, prevedendo interventi ad opera dei rappresentanti delle amministrazioni regionali e degli *stakeholder* della società civile regionale. L'obiettivo di tale attività è stato sia quello di informare la popolazione regionale sugli sviluppi delle politiche in materia di invecchiamento attivo; sia quello di stimolare la creazione e il perfezionamento, nell'ambito del progetto, di reti di *stakeholder* regionali sulla scorta di quanto fatto per la rete nazionale. Infine, è stato promosso ed evidenziato l'elemento del coordinamento nazionale (multilivello)

---

<sup>35</sup> D. LUCANTONI, G. LAMURA, M. SOCCI, F. BARBABELLA, V. INTRALIGI, A. PRINCIPI, *Identifying Active Aging Policy Objectives in Italian Regions*, cit., 180.

<sup>36</sup> Tutto il materiale relativo alle conferenze è disponibile nella sezione dedicata del sito internet istituzionale del Dipartimento per le Politiche della famiglia: <https://www.famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/accordo-con-lirccs-inrca-di-ancona/notizie-progetto-invecchiamento-attivo/>.



rispetto alle politiche sul tema, garantito dal Dipartimento per le Politiche della famiglia e dall'IRCCS INRCA.

**Tabella 1. Conferenze regionali finalizzate alla promozione dell'invecchiamento attivo**

| Nr. | Conferenza        | Regione               |
|-----|-------------------|-----------------------|
| 1   | 27 marzo 2023     | Sardegna              |
| 2   | 20 aprile 2023    | Puglia                |
| 3   | 10 maggio 2023    | Liguria               |
| 4   | 22 maggio 2023    | Calabria              |
| 5   | 24 maggio 2023    | Sicilia               |
| 6   | 30 maggio 2023    | Friuli-Venezia Giulia |
| 7   | 6 giugno 2023     | Basilicata            |
| 8   | 6 giugno 2023     | Campania              |
| 9   | 21 giugno 2023    | Toscana               |
| 10  | 23 giugno 2023    | Marche                |
| 11  | 3 luglio 2023     | Umbria                |
| 12  | 22 settembre 2023 | PA Bolzano            |
| 13  | 27 settembre 2023 | Abruzzo               |
| 14  | 16 ottobre 2023   | Emilia-Romagna        |
| 15  | 24 ottobre 2023   | Piemonte              |
| 16  | 9 novembre 2023   | Veneto                |
| 17  | 14 dicembre 2023  | Molise                |
| 18  | 5 marzo 2024      | Lazio                 |
| 19  | 10 luglio 2024    | Lombardia             |
| 20  | 22 novembre 2024  | Valle d'Aosta         |
| 21  | 17 dicembre 2024  | PA Trento             |

*Fonte:* elaborazione degli autori.

In seguito alle conferenze regionali, la realizzazione dei *workshop* (Tabella 2) (svolti in 13 Regioni/Province Autonome) ha avuto lo scopo di consolidare il dialogo tra rappresentanti delle amministrazioni regionali e le parti sociali, stimolando l'avvio di un *iter* possibilmente formale per costruire o consolidare (dove esistente) uno strumento partecipato e co-decisionale finalizzato alla co-programmazione delle politiche regionali per l'invecchiamento attivo. Inoltre, i *workshop* hanno anche previsto momenti di discussione circa l'attività di co-programmazione delle politiche e degli interventi in materia di invecchiamento attivo da implementare nel breve-medio termine sul territorio regionale, partendo dagli obiettivi identificati nelle precedenti fasi progettuali.

**Tabella 2. Workshop regionali finalizzati alla creazione di uno strumento partecipato di co-programmazione di politiche a favore dell'invecchiamento attivo**

| Nr. | Workshop         | Regione               |
|-----|------------------|-----------------------|
| 1   | 6 novembre 2023  | Basilicata            |
| 2   | 9 novembre 2023  | Veneto                |
| 3   | 11 dicembre 2023 | Sicilia               |
| 4   | 26 gennaio 2024  | Valle d'Aosta         |
| 5   | 14 marzo 2024    | Molise                |
| 6   | 21 marzo 2024    | Umbria                |
| 7   | 19 aprile 2024   | Sardegna              |
| 8   | 8 maggio 2024    | Friuli-Venezia Giulia |
| 9   | 21 maggio 2024   | Campania              |
| 10  | 9 ottobre 2024   | Puglia                |
| 11  | 11 novembre 2024 | Emilia-Romagna        |
| 12  | 17 dicembre 2024 | Piemonte              |
| 13  | 19 dicembre 2024 | Abruzzo               |

Fonte: elaborazione degli autori.

I risultati delle discussioni sono confluiti in 21 rapporti di sintesi del percorso intrapreso da ciascuna Regione e Provincia Autonoma durante il triennio progettuale (Fase 3)<sup>37</sup>. Al netto delle differenze che hanno caratterizzato tali percorsi, dai rapporti regionali è emerso come al 2024 15 su 21 Regioni e Province Autonome fossero dotate di una legge specifica (o un simile apparato normativo) dedicata alla promozione dell'invecchiamento attivo. Queste leggi forniscono solitamente disposizioni per la redazione di piani strategici (annuali o pluriennali) in cui l'amministrazione regionale deve stabilire gli obiettivi e i destinatari degli interventi, nonché le risorse da allocare per iniziative e progetti proposti da Enti Locali, Aziende Sanitarie Locali (ASL), Ambiti Sociali Territoriali (AST), organizzazioni del Terzo settore e altri *stakeholder* (ad es. Regioni Veneto, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria). Infatti, tali leggi includono nella maggior parte dei casi la costituzione di nuove forme iterative di co-decisione o consultazione, sia interne alla Regione (tramite tavoli di lavoro con rappresentanti di varie direzioni e assessorati, in linea con l'impegno n. 1 del MIPAA "*Mainstreaming ageing*"), sia esterne (tramite

<sup>37</sup> I 21 rapporti regionali prodotti per ciascuna Regione e Provincia Autonoma sono consultabili alla pagina dedicata del sito di progetto: <https://www.famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/accordo-con-lirccs-inrca-di-ancona/pubblicazioni-e-documenti/la-costruzione-partecipata-delle-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-nelle-regioni-italiane-rapporti-relativi-ad-ogni-singola-amministrazione/>.

consulte con rappresentanti degli *stakeholder*, in linea con l'obiettivo di sviluppo sostenibile – SDG n. 17 “*Partnership*”) <sup>38</sup> (Tabella 3).

**Tabella 3. Strumenti di governance presenti nelle Regioni e Province Autonome per la creazione partecipata di politiche a favore dell'invecchiamento attivo**

| Regioni               | Legge regionale sul tema                | Strumenti di <i>governance</i> adottati (ad es. Tavolo, Consulta ecc.)    | Anno di costituzione dello strumento di <i>governance</i> |
|-----------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Abruzzo               | legge reg. n. 16/2016                   | Non presente                                                              | Non presente                                              |
| Basilicata            | legge reg. n. 29/2017                   | Consulta Regionale per l'invecchiamento attivo                            | 2023                                                      |
| Calabria              | legge reg. n. 12/2018                   | Conferenza permanente sui problemi degli anziani                          | 2022                                                      |
| Campania              | legge reg. n. 2/2018                    | Non presente                                                              | Non presente                                              |
| Emilia-Romagna        | delibera di giunta regionale 2299/2004* | Tavolo di confronto politico interassessorile                             | 2004                                                      |
| Friuli Venezia Giulia | legge reg. n. 22/2014                   | Tavolo tecnico inter-direzionale sull'invecchiamento attivo               | 2014                                                      |
| Lazio                 | legge reg. n. 16/2021                   | Tavolo regionale per l'invecchiamento attivo                              | 2021                                                      |
| Liguria               | legge reg. n. 48/2009                   | Tavolo per la costruzione del Piano regolatore sull'invecchiamento attivo | 2025                                                      |
| Lombardia             | Non presente                            | Non presente                                                              | Non presente                                              |
| Marche                | legge reg. n. 1/2019                    | Tavolo regionale permanente per l'invecchiamento attivo                   | 2022                                                      |
| Molise                | Non presente                            | Non presente                                                              | Non presente                                              |
| Piemonte              | legge reg. n. 17/2019                   | <b>Tavolo di confronto permanente sul tema dell'invecchiamento attivo</b> | <b>2022</b>                                               |
| Puglia                | legge reg. n. 16/2019                   | Gruppo di lavoro sull'invecchiamento attivo                               | 2019                                                      |
| Sardegna              | Non presente                            | Tavolo regionale per l'invecchiamento attivo                              | 2024                                                      |
| Sicilia               | Non presente                            | Comitato tecnico per la Terza età                                         | 2019                                                      |
| Toscana               | Non presente                            | Non presente                                                              | Non presente                                              |

<sup>38</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, M. SOCCI, D. LUCANTONI, M. ZANNELLA, A. PRINCIPI, *Active Ageing in Italy: A Systematic Review of National and Regional Policies*, cit., 600.

| Regioni       | Legge regionale sul tema | Strumenti di <i>governance</i> adottati (ad es. Tavolo, Consulta ecc.)                                | Anno di costituzione dello strumento di <i>governance</i> |
|---------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Umbria        | legge reg. n. 11/2015*   | Tavolo permanente per le politiche di promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo          | 2024                                                      |
| Valle d'Aosta | legge reg. n. 14/2025    | Tavolo interistituzionale sul tema dell'invecchiamento attivo                                         | 2024                                                      |
| Veneto        | legge reg. n. 23/2017    | Tavolo di lavoro permanente per l'invecchiamento attivo                                               | 2017                                                      |
| PA di Bolzano | legge prov. n. 12/2022   | Consulta provinciale 2024-28                                                                          | Non presente                                              |
| PA di Trento  | Non presente             | Tavolo di regia provinciale per il coordinamento in materia di age management e invecchiamento attivo | 2024                                                      |

Fonte: Elaborazione degli autori. \*Nei casi di Emilia-Romagna e Umbria sono stati adottati impianti normativi alternativi a una legge sull'invecchiamento attivo.

Tuttavia, in molti casi la creazione di uno strumento di *governance* è avvenuta con un certo ritardo rispetto all'approvazione della legge regionale sull'invecchiamento attivo (ad es. nelle Regioni Piemonte e Liguria), e il raggiungimento di tale obiettivo è stato positivamente influenzato dalla realizzazione delle attività progettuali. Ad esempio, nelle Regioni Umbria e Basilicata, il *workshop* è stato propedeutico alla costituzione, rispettivamente, del "Tavolo regionale permanente per le politiche di promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo" e della "Consulta regionale per l'invecchiamento attivo", come strumenti di concertazione e dialogo tra referenti dell'Amministrazione regionale e parti sociali in tema di politiche per l'invecchiamento attivo. Nella Regione Umbria, l'approvazione del Tavolo avviene in un contesto in cui l'invecchiamento attivo viene da tempo promosso in maniera sistematica e organica tramite legge regionale n. 11/2015 "Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali"<sup>39</sup>. Nella Regione Basilicata, pur essendo la Consulta inizialmente prevista dalla legge regionale n. 29/2017 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra generazioni", la sua costituzione non era mai stata perfezionata prima, limitando lo sviluppo e l'efficacia delle politiche per l'invecchiamento attivo, rispetto ai bisogni emergenti della popolazione anziana sul territorio regionale<sup>40</sup>.

<sup>39</sup> M. SOCCI, *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Umbria*, 2025. Disponibile online: <https://www.famiglia.governo.it/media/cwhk25xd/rapporto-regione-umbria.pdf>.

<sup>40</sup> D. LUCANTONI, *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Basilicata*, 2025. Disponibile online: <https://www.famiglia.governo.it/media/bcyp2rfl/rapporto-regione-basilicata-gennaio-2025.pdf>.

In altri casi, l'adozione di strumenti per la *governance* partecipata delle politiche sull'invecchiamento attivo è avvenuta in assenza di una specifica legge in materia (ad es. Regioni Sicilia, Sardegna e PA di Trento), o in anticipo rispetto alla sua approvazione. È questo il caso della Regione Valle d'Aosta, dove la legge regionale sull'invecchiamento attivo è stata approvata a maggio 2025, mentre il *workshop* si è tenuto a gennaio 2024, proprio in occasione della riunione di insediamento del Tavolo interistituzionale sul tema dell'invecchiamento attivo. Con ciò, contribuendo a delineare, per la prima volta in materia di politiche sul tema, un quadro degli interventi e delle attività da sviluppare nell'ambito del Tavolo in un'ottica di medio-lungo periodo<sup>41</sup>. Anche nella Regione Friuli-Venezia Giulia, dove l'implementazione della legge regionale dedicata all'invecchiamento attivo avviene in maniera sistematica e consolidata fin dalla sua approvazione, le attività progettuali hanno permesso di individuare alcuni importanti obiettivi e gli interventi prioritari da includere nel nuovo Piano triennale (2025-2027) per l'invecchiamento attivo. Ciò, coinvolgendo in maniera partecipata gli *stakeholder* della società civile regionale, non inclusi nel Tavolo tecnico inter-direzionale per il coordinamento e lo sviluppo di politiche sul tema<sup>42</sup>. Infine, in poche Regioni (Lombardia, Molise, Toscana), non sono presenti normative o meccanismi di *governance* per la creazione partecipata di politiche a favore dell'invecchiamento attivo e le politiche regionali sono rappresentate da iniziative isolate, in vari ambiti di invecchiamento attivo, e gestite prevalentemente in maniera settoriale. Ciò, sebbene durante le conferenze regionali e i *workshop* sia stato ribadito, da parte delle stesse Regioni, l'obiettivo di dotarsi di tali strumenti nel prossimo futuro. Nel caso della Regione Molise, i referenti dell'amministrazione regionale hanno infatti evidenziato come sia in fase di redazione una bozza di legge regionale che prevede la costituzione di un Tavolo regionale per il coordinamento delle politiche in materia<sup>43</sup>.

### 3. La promozione dell'invecchiamento attivo nel Decreto n. 29/2024: il ruolo della *governance* partecipata

L'approvazione della legge 15 marzo 2023, n. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane", è avvenuta durante il secondo

---

<sup>41</sup> D. LUCANTONI, *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Valle d'Aosta*, 2025. Disponibile online: <https://www.famiglia.governo.it/media/ki1pcin5/rapporto-regione-valle-daosta-febbraio-2025.pdf>.

<sup>42</sup> D. LUCANTONI, *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Friuli-Venezia Giulia*, 2025. Disponibile online: <https://www.famiglia.governo.it/media/4pebaecp/rapporto-friuli-venezgia-giulia-gennaio-2025.pdf>.

<sup>43</sup> D. LUCANTONI, *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Molise*, 2025. Disponibile online: <https://www.famiglia.governo.it/media/slvmkcs2/rapporto-regione-molise.pdf>.

triennio progettuale e rappresenta un importante sviluppo normativo per quanto riguarda la promozione dell'invecchiamento attivo a livello nazionale, a lungo invocato dalla rete di *stakeholder* del progetto<sup>44</sup>. Nello specifico, l'art. 2, legge 15 marzo 2023, n. 33 istituisce il Comitato Interministeriale per le Politiche in favore della persona Anziana (CIPA) che tra i suoi vari compiti ha anche quello di adottare, con cadenza triennale e aggiornamenti annuali, il "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana". L'art. 3, invece, esplicita per la prima volta nella storia della legislazione nazionale, la necessità di promuovere l'invecchiamento attivo. Questi due articoli hanno trovato una prima regolamentazione più estesa e dettagliata attraverso l'adozione del d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29<sup>45</sup>, emanato in attuazione della suddetta legge. Il decreto, considera l'invecchiamento attivo in maniera multidimensionale, risultando allineato con il *framework* e la definizione di invecchiamento attivo adottate nel "Progetto di coordinamento nazionale"<sup>46</sup>. Più nel dettaglio, all'invecchiamento attivo è dedicato il Titolo I del decreto (tolto il Capo I), vale a dire dall'art. 4 all'art. 20 (tolti gli artt. 10 e 17, che non hanno a che fare con l'invecchiamento attivo bensì con l'assistenza). In ottica di invecchiamento attivo, il decreto promuove ad esempio l'adattamento dei luoghi di lavoro per i dipendenti anziani (*age management*), la promozione del volontariato e della partecipazione sociale, l'adattamento dei trasporti pubblici alle esigenze della popolazione anziana, una maggiore sostenibilità delle città e delle comunità, il turismo del benessere e il turismo lento degli anziani (artt. 5-8). Inoltre, sono incentivati la promozione di attività educative e formative in ottica intergenerazionale (art. 11), e il *co-housing* (art. 15). Per quanto riguarda l'attività di *caregiving* familiare, il decreto crea inoltre un punto di contatto con la prospettiva di invecchiamento attivo (non trattando quindi l'argomento in chiave assistenziale), negli artt. 22 (comma, 2) e 39 (commi, 5 e 7).

Per quanto riguarda la *governance* partecipata delle politiche, il decreto considera vari soggetti pubblici, in linea con l'impegno MIPAA 1 (*Mainstreaming ageing* in tutte le politiche pubbliche), e provenienti dalla società civile, in linea con l'SDG 17 (*"Partnership"*) (Tabella 4), sia a livello centrale che periferico, con i relativi compiti e responsabilità.

---

<sup>44</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, C. DI MATTEO, M. SOCCI, G. LAMURA, P. CHECCUCCI, A. PRINCIPI, *New Multilevel Partnerships and Policy Perspectives on Active Ageing in Italy: A National Plan of Action*, cit., 9585.

<sup>45</sup> D.lgs. 15 marzo 2024, n. 29 «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».

<sup>46</sup> V. FRONTALINI, D. LUCANTONI, A. PRINCIPI, *La strada verso il d. Lgs. N. 29 del 2024: Il progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo*, in L. VAGNI, S. MARIANI (eds), *Persone, comunità e territori La promozione dell'invecchiamento attivo nel d. Lgs. N. 29 del 2024*, eum – Edizioni Università di Macerata, Macerata, 2025, 13-26.

**Tabella 4. La “governance” dell’invecchiamento attivo nel decreto legislativo n. 29/2024**

|                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MIPAA 1 –<br><i>Mainstreaming ageing</i> | <p>Livello centrale:</p> <p>Ministero della salute (articolo 4, commi 1 e 3; articolo 8, comma, 1, lett. f; articolo 8, comma 2; articolo 12, comma 3);</p> <p>Ministero del lavoro e delle politiche sociali (articolo 4, comma 3);</p> <p>Ministero per la famiglia, la natalità e le pari opportunità e per le disabilità (articolo 4, comma 3; articolo 8, comma 1, lett. f; articolo 8, comma 2; articolo 12, comma 3);</p> <p>Conferenza Unificata (articolo 4, comma 3; articolo 6, comma 1, lett. c; articolo 7; articolo 8, comma 1, lett. f);</p> <p>Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le Politiche della famiglia (articolo 6, comma 1, lett. a, e commi 3 e 4);</p> <p>Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le pari opportunità (articolo 6, comma 1, lett. b, e commi 3 e 4);</p> <p>Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche giovanili e il Servizio civile universale (articolo 6, comma 1, lett. c, e commi 3 e 4);</p> <p>Ministero delle infrastrutture e dei trasporti (articolo 7; articolo 15, comma 1; articolo 17, comma 2; articolo 18);</p> <p>Ministero dell’economia e delle finanze (articolo 7; articolo 8, comma 2; articolo 15, comma 1);</p> <p>Ministero del turismo (articolo 8);</p> <p>Ministero della cultura (articolo 8, comma 1, lett. f; articolo 8, comma 2; articolo 11, comma 6);</p> <p>Ministero per lo sport e i giovani (articolo 8, comma 2; articolo 12);</p> <p>Ministero dell’istruzione e del merito (articolo 11, comma 6);</p> <p>Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano (articolo 12, comma 3; articolo 15, comma 1);</p> <p>Presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per la trasformazione digitale (articolo 19).</p> <p>Livello regionale e locale:</p> <p>regioni (articolo 4, comma 4; articolo 6, commi 2, 3 e 4; articolo 13, commi 1 e 3; articolo 17, comma 1; articolo 19, comma 1; articolo 39, commi 5, 7 e 12);</p> <p>enti territoriali (articolo 6, comma 1, lett. c);</p> <p>istituzioni scolastiche (articolo 6, comma 1, lett. d, e commi 3 e 4; articolo 11);</p> <p>enti locali (articolo 6, comma 1, lett. d, e commi 2, 3 e 4);</p> <p>università (articolo 11);</p> <p>istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica (articolo 11, comma 4);</p> <p>Province Autonome di Trento e di Bolzano (articolo 13, comma 1; articolo 39, comma 7);</p> <p>comuni (articolo 17, comma 1);</p> <p>istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione (articolo 20, comma 1);</p> <p>ambiti territoriali sociali – ATS (articolo 22, comma 2).</p> |
| SDG 17 -<br><i>Partnership</i>           | <p>datori di lavoro (articolo 5);</p> <p>centri di promozione sociale (articolo 6, comma 1, lett. d);</p> <p>organizzazioni di volontariato (articolo 6, comma 1, lett. d; articolo 8, comma 1, lett. c);</p> <p>soggetti del Terzo settore (articolo 6, comma 1, lett. d; articolo 12, comma 1);</p> <p>centri per la famiglia (articolo 6, comma 2, lett. c);</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | medici di medicina generale (articolo 6, comma 2, lett. e);<br>associazioni di promozione sociale (articolo 8, comma 1, lett. c);<br>Società Sport e Salute SpA (articolo 12, comma 1);<br>soggetti iscritti all'Albo degli enti di servizio civile universale (articolo 14, comma 1);<br>enti, organismi o associazioni portatori di specifici interessi (articolo 15, comma 2);<br>associazioni rappresentative dei <i>caregiver</i> (articolo 39, comma 12). |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: elaborazione degli autori.

Gli attori pubblici del livello centrale (Ministeri e Dipartimenti – PCM) hanno responsabilità istituzionali generali in riferimento ai vari compiti, in relazione alle proprie specifiche competenze, mentre altri (specialmente quelli della società civile) sono consultati sui vari punti regolati dal decreto. Ad esempio, il Ministero della cultura è coinvolto nella promozione dell'invecchiamento attivo in vari ambiti, dalle iniziative per il turismo lento, insieme al Ministero per il turismo, a quelle per la formazione e l'istruzione, insieme al Ministero dell'istruzione e del merito. Il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti, invece, ha facoltà di avviare azioni volte a promuovere progetti pilota sperimentali a livello nazionale (art. 17), anche in ottica di invecchiamento attivo, attraverso modelli di partenariato pubblico-privato finalizzati a sperimentare programmi di rigenerazione o riuso associati al *co-housing* (con riferimento all'art. 15).

In aggiunta, riconoscendogli l'esperienza maturata in materia dal 2019, il decreto attribuisce un ruolo cruciale al Dipartimento per le Politiche della famiglia – PCM, in quanto istituzione politica delegata a (art. 6, commi 3 e 4):

- ricevere, entro il 30 aprile di ogni anno, relazioni (sulle attività in materia di invecchiamento attivo svolte nell'anno precedente, nonché sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo) da parte di:
  - tutte le Regioni e le Province Autonome;
  - tutti gli Enti Locali presenti sul territorio nazionale;
  - tutte le istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione;
  - I Dipartimenti PCM per le pari opportunità e per le politiche giovanili e il servizio civile universale;
- predisporre, anche sulla base delle informazioni acquisite attraverso le relazioni di cui sopra, una relazione entro il 31 dicembre di ogni anno, sulle misure intraprese dalle amministrazioni in materia di invecchiamento attivo, e sulle possibili iniziative da avviare per rafforzare la promozione dell'invecchiamento attivo.

Tale relazione, una volta sottoposta all'Autorità politica con delega alla famiglia, andrà presentata al CIPA, ai fini dell'adozione e dell'aggiornamento del "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana".

In considerazione della recente approvazione del decreto (marzo 2024), le



relazioni attese per il 30 aprile 2024 non sono state prodotte a causa della mancanza di tempo utile. È stata però prodotta una relazione da parte del Dipartimento per le politiche della famiglia, supportato dall'IRCCS INRCA e dall'INAPP, basata sulle attività svolte e i risultati ottenuti nell'ambito del progetto di "Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Per il 2025, invece, il Dipartimento per le politiche della famiglia ha sviluppato un sistema per la raccolta telematica e l'analisi delle relazioni annuali da parte dei numerosi soggetti individuati dal Decreto, con il supporto dell'IRCCS INRCA e dell'INAPP. Le relazioni sono state raccolte tra il 25 giugno e il 31 luglio 2025. Attualmente, è in via di definizione la relazione (prevista al comma 4 dell'articolo 6) da inviare al CIPA entro il 31 dicembre, contenente indicazioni sulle iniziative di invecchiamento attivo da includere nel Piano nazionale, basate sui risultati dell'analisi delle relazioni pervenute.

Dal punto di vista dei contenuti, le relazioni sono state strutturate in coerenza con il *framework* internazionale e la definizione di invecchiamento attivo adottate nel progetto di "Coordinamento nazionale", includendo quindi anche informazioni sulla eventuale presenza di una *governance* partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo.

## 4. Conclusione

Il progetto di "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo" e le normative recentemente approvate (legge 15 marzo 2023, n. 33 e d.lgs. n. 29/2024), rappresentano i più importanti sviluppi occorsi in Italia negli ultimi decenni per quanto riguarda la promozione dell'invecchiamento attivo. Il progetto di "Coordinamento nazionale" ha consentito, fin dal 2019, di gettare le basi per un approccio più sistematico e organico allo sviluppo di politiche sul tema, coinvolgendo tutti gli attori rilevanti a livello nazionale e regionale – inclusi gli *stakeholder* della società civile<sup>47</sup>. La legge n. 33/2023 e il relativo d.lgs. n. 29/2024, forniscono invece una cornice normativa e strumenti di programmazione condivisi a livello nazionale, necessari per proseguire il percorso di implementazione del *framework* internazionale adottato dal 2019 ad oggi. Come già menzionato, i contenuti degli articoli dedicati all'invecchiamento attivo risultano allineati con tale *framework*, per quanto riguarda gli aspetti legati alla *governance* delle politiche sull'invecchiamento attivo, e con la definizione adottata nel progetto, per quanto riguarda gli ambiti di invecchiamento attivo da considerare nello sviluppo delle misure sul tema<sup>48</sup>. Sul piano della *governance*, è emerso come nel

---

<sup>47</sup> V. FRONTALINI, D. LUCANTONI, A. PRINCIPI, *La strada verso il d. Lgs. N. 29 del 2024: Il progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo*, cit., 13-26.

<sup>48</sup> D. LUCANTONI, A. PRINCIPI, *Politiche a favore dell'invecchiamento attivo in Italia: Background*,

corso degli ultimi anni – con il supporto delle attività progettuali – la maggior parte delle Regioni si siano progressivamente dotate di leggi regionali *ad hoc* e strumenti di concertazione delle politiche che includono sia rappresentanti di diversi assessorati e servizi, sia gli *stakeholder* della società civile regionale. Ciò, in presenza di una certa disomogeneità nel grado di implementazione di tali strumenti e di conseguenza nello stato di avanzamento delle politiche regionali sul tema<sup>49</sup>. Infatti, il quadro emerso a livello regionale ha confermato come la presenza di adeguati meccanismi di *governance* faciliti l'adozione di un approccio sistematico e coordinato allo sviluppo di politiche per l'invecchiamento attivo, secondo una visione di lungo periodo. Se da un lato l'esperienza maturata nel progetto di "Coordinamento nazionale" ha supportato la promozione dell'invecchiamento attivo a livello nazionale e regionale, stimolando l'adozione di una *governance* partecipata per la co-programmazione delle politiche, apprezzabilmente, le nuove normative nazionali in materia stanno permettendo di ampliare la possibilità di prevedere strumenti di *governance* partecipata fino al livello inferiore, vale a dire quello degli Enti Locali, rafforzando ulteriormente l'approccio "multilivello"<sup>50</sup>. Nella speranza, che tutto ciò venga considerato nel "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana", atteso per il 2026.

---

*recenti sviluppi e prospettive future*, in V. BOFFO, M. BERTANI, D. BRAMANTI, R. CHATTAT, L. FORMENTI (eds.), *Accompagnare la longevità: Buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo*, Firenze University Press, Firenze, 2025, 99-110.

<sup>49</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, M. SOCCI, D. LUCANTONI, M. ZANNELLA, A. PRINCIPI, *Active Ageing in Italy: A Systematic Review of National and Regional Policies*, cit., 600.

D. LUCANTONI, G. LAMURA, M. SOCCI, F. BARBABELLA, V. INTRALIGI, A. PRINCIPI, *Identifying Active Aging Policy Objectives in Italian Regions*, cit., 180.

<sup>50</sup> V. FRONTALINI, D. LUCANTONI, A. PRINCIPI, *La strada verso il d. Lgs. N. 29 del 2024: Il progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo*, cit., 13-26.



Parte V

## **Interventi programmati**



# Ripensare le città per un invecchiamento attivo. Le raccomandazioni europee a misura di anziano

Anna Silvia Bruno\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Soluzioni normative per un’urbanizzazione integrata. – 2.1. Il divario digitale grigio. – 3. L’invecchiamento attivo. – 4. Alcune esperienze europee come best practices.

**ABSTRACT:** This paper focuses on the two broad themes of “Aging” and “Urbanization.” The first section is dedicated to national and European documentation on social cohesion, allowing for a comparison between the European Union’s objectives for active aging and the national tools of adaptation implemented by Member States. The analysis then focuses on the debate on the relationship between population aging and the protection of human rights, also in light of Resolution 65/182 (UN, 2010), which established the Open-Ended Working Group on Aging. This working group, open to all UN Member States and non-member observer States, is tasked with contributing to the strengthening of the human rights of older people and introducing further international legal instruments and measures. The establishment of the Independent Expert on the Enjoyment of all Human Rights by Older Persons has also provided further useful data to fuel the ongoing debate stemming from the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing. The Plan, back in 2002, recognized older people as social actors who contribute to community improvement, calling on governments to include ageing in all social and economic development policies for sustainable, integrated, and inclusive urban transformation.

## 1. Introduzione

L’invecchiamento della popolazione e l’urbanizzazione sono due delle più grandi trasformazioni sociali del XXI secolo. Le città svolgono oggi un ruolo fondamentale nel raggiungimento degli obiettivi previsti dall’Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile in quanto metà della popolazione mondiale e tre quarti della popolazione europea vivono in aree urbane e, pertanto, questo spiega il motivo per cui l’Obiettivo 11 si propone di “rendere le città e gli insediamenti umani inclusivi, sicuri, duraturi e sostenibili”<sup>1</sup>. Una città giusta offre a tutti l’opportunità

---

\* Ricercatrice in Diritto pubblico comparato, Università telematica “Pegaso”.

<sup>1</sup> Il tema degli investimenti in contesti a misura di anziano che contribuiscono, nell’ambito dell’Agenda 2030, a rendere le città più inclusive, sicure, resilienti e sostenibili (in linea con gli Obiettivi 11 e 17), è stato affrontato dal Forum Regionale UNECE sullo Sviluppo Sostenibile “Verso città e comunità sostenibili a misura di anziano” in collaborazione con il Gruppo di lavoro permanente UNECE

di integrarsi nella società e tutti i gruppi sociali dovrebbero avere pari accesso ai servizi di interesse generale, tra cui istruzione, servizi sociali, assistenza sanitaria e cultura<sup>2</sup>. Dal momento che la presenza degli anziani nel contesto urbano sembra essere sempre più crescente<sup>3</sup>, essa è considerata da tempo una questione da affrontare con rigore per gestire gli effetti sociali ed economici che condizionano il sistema previdenziale, la sanità, il sistema produttivo, l'invecchiamento della forza lavoro e la rete familiare<sup>4</sup>. Il Pilastro europeo dei diritti sociali e l'Agenda 2030 dell'ONU affermano che nessuno dovrebbe essere lasciato indietro con il progresso della società, tuttavia, vi è il rischio che la digitalizzazione dei servizi pubblici non sia accompagnata da misure e garanzie che garantiscano adeguatamente la parità di godimento dei diritti fondamentali alle persone anziane e agli altri gruppi vulnerabili<sup>5</sup>. L'invecchiamento non è più soltanto un processo universale, biologico e naturale perché termini come "vecchiaia" o "anziano" non sono semplicemente un concetto naturale e, pertanto, non sono né neutrali, né oggettivi, ma il risultato di un processo socio-culturale che ha favorito lo sviluppo, nel contesto urbano, di un ruolo "attivo" dell'anziano<sup>6</sup>. Attraverso la risoluzione 46/91, l'Assemblea generale

---

sull'Invecchiamento e la Rete Globale dell'OMS per Città e Comunità a Misura di Anziano, *Towards age-friendly sustainable cities and communities*, disponibile su <https://unece.org>, 2023.

<sup>2</sup> Il fondamento giuridico di questa impostazione si rinviene nella Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, a sua volta basata sulla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 16 dicembre 1966 ed entrata in vigore il 3 gennaio 1976. Il tema è stato ripreso da M. ROSPI, *L'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della coesione sociale tra generazioni: gli strumenti della multilevel governance per nuovi sistemi di welfare*, in *Rivista AIC.it*, 3, 2018; S. ARU, M. PUTILLI, M. SANTANGELO, *Città intelligente, città giusta? Tecnologia e giustizia socio-spaziale*, in *Rivista Geografica Italiana*, 4, 2014; F.J. WEISS, *A global map of travel time to cities to assess inequalities in accessibility in 2015*, in *Nature*, 2018, 333 ss.

<sup>3</sup> Secondo il Report "Ageing Europe — looking at the lives of older people in the EU" di Eurostat del 2019, disponibile su <https://ec.europa.eu>, l'anziano è una persona di età pari o superiore a 65 anni.

<sup>4</sup> A. PRINCIPI, F. LATTANZIO, *Invecchiamento attivo: trasformare l'invecchiamento della popolazione in una ricchezza*, Presentazione al Workshop "Invecchiamento Attivo tra crisi demografica e crescita inclusiva", Forum PA, Maggio 2019; A. STENNER, T. MCFARQUHAR, A. BOWLING, *Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively*, in *Journal of Health Psychology*, 16, 2011; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, *World population ageing*, (ST/ESA/SER.A/430), 2019, disponibile su <https://www.un.org>.

<sup>5</sup> <https://easyAgreen.it>; <https://www.agenziacoesione.gov.it>; U.N. — Habitat. *World cities report 2016, Urbanization and Development: Emerging Futures*, New York: Pub. United Nations. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization, 2017, <https://www.who.int>.

<sup>6</sup> Della nozione di invecchiamento attivo (per i fragili, i disabili e le persone bisognose di cure) all'interno del processo di ottimizzazione delle opportunità di salute, di partecipazione e sicurezza sia degli individui che dei gruppi di popolazione si discute con l'obiettivo di offrire l'opportunità di realizzare il proprio benessere fisico, sociale e mentale e di partecipare alla vita sociale secondo i propri bisogni, in un'ottica di protezione, sicurezza e assistenza adeguate. Così specificato in World Health Organization, *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva, 2002; sul punto, A. WALKER, A. ZAIDI, *New Evidence on Active Ageing in Europe*, su <https://www.intereconomics.eu>, 3, 2016; P. BOERIO, E. GARAVAGLIA, A. GAIA, *Active ageing in Europe: are changes in social capital associated with engagement, initiation and maintenance of activity in later life?*, in *Ageing and Society*, 2023.

delle Nazioni Unite ha evidenziato l'eterogeneità che caratterizza la popolazione anziana a livello globale e locale, per cui, in considerazione dell'estrema variabilità delle condizioni individuali, ha ribadito la necessità di adottare politiche pubbliche differenziate e specifiche<sup>7</sup>.

Muovendo da questi presupposti, la prima parte del lavoro è dedicata alla documentazione nazionale ed europea in materia di coesione sociale per operare un confronto tra gli obiettivi auspicati dall'Unione europea per un invecchiamento "sano" e gli strumenti di adeguamento apprestati dagli Stati membri<sup>8</sup>. L'analisi guarderà al contesto urbano e al dibattito sul rapporto tra invecchiamento della popolazione e tutela dei diritti umani, anche alla luce della risoluzione 65/182 che ha visto la nascita dell'*Open-Ended Working Group on Ageing*, un gruppo di lavoro aperto a tutti gli Stati membri dell'ONU e agli Stati osservatori non membri, con il compito di contribuire al rafforzamento dei diritti umani degli anziani e di introdurre ulteriori strumenti e misure giuridiche di tutela<sup>9</sup>. L'istituzione dell'"Esperto indipendente" sul godimento di tutti i diritti umani da parte delle persone anziane ha consentito di studiare le strategie di attuazione del Piano di azione internazionale di Madrid per l'invecchiamento (MIPAA) che, nel 2002, ha riconosciuto gli anziani come attori sociali che contribuiscono allo sviluppo della comunità, richiedendo ai governi nazionali e locali di includere l'invecchiamento in tutte le politiche di sviluppo sociale ed economico, compresi i programmi di riduzione della povertà<sup>10</sup>. L'ultima parte, infine, intende fornire degli spunti di riflessione su eventuali soluzioni già sperimentate in Europa per promuovere una trasformazione urbana sostenibile, integrata ed inclusiva attraverso processi di coinvolgimento per coloro che si trovano in situazioni di maggiore vulnerabilità, facendo tesoro delle buone pratiche promosse da Stati, istituzioni e organizzazioni della società civile.

## 2. Soluzioni normative per un'urbanizzazione integrata

L'invecchiamento della popolazione e l'urbanizzazione sono due fenomeni che stanno trasformando profondamente il panorama sociale, economico e urbanistico

---

<sup>7</sup> UN Economic and Social Council, *Implementation of the International Plan of Action on Ageing and related activities*, 16 dicembre 1991, disponibile su <https://docs.un.org>.

<sup>8</sup> European Commission, *Active ageing – Special Eurobarometer*, Brussels, 2012; UNDESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs), *World population ageing 2015 e World Population Ageing 2023 – Challenges and opportunities of population ageing in the least developed countries*, disponibili su <https://www.un.org>; European Commission, *Green Paper on Ageing Fostering solidarity and responsibility between generations*, su <https://commission.europa.eu>, 2021.

<sup>9</sup> Il rapporto fra invecchiamento della popolazione e affermazione dei diritti umani è stato oggetto di dibattito all'indomani della risol. 65/182 (UN, 2010) con cui l'Assemblea Generale dell'ONU ha istituito il Gruppo di lavoro permanente sull'invecchiamento (*Open Ended Working Group on Ageing* – OEWSGA).

<sup>10</sup> Second World Assembly on Ageing, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, 2002, consultabile su <https://www.un.org>.



dell'Europa e dei suoi Stati membri. La crescente aspettativa di vita e il calo delle nascite hanno portato a una popolazione sempre più anziana, mentre l'urbanizzazione continua a creare nuove sfide e opportunità per le politiche pubbliche<sup>11</sup>. A livello europeo, numerosi documenti e strategie sono stati adottati per affrontare queste tematiche in modo integrato. Nel corso degli anni, l'Unione europea ha esercitato un'influenza significativa sull'evoluzione della connessione tra diritti umani e invecchiamento demografico, operando sia come attore geopolitico che come formante sovranazionale (spesso non vincolante) per gli Stati membri<sup>12</sup>. Gli anziani sono da sempre inquadrati come soggetti che necessitano di una particolare attenzione e tutela in termini di sicurezza sociale e di diritti economici e sociali: gli strumenti legislativi precedenti alla Carta dei diritti fondamentali dell'UE (tra cui la Carta comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori del 1989 e la Carta sociale europea riveduta del Consiglio d'Europa del 1996) riconoscevano i diritti sociali solo durante la fase della vecchiaia, trascurando gli aspetti legati alla parità di trattamento. Tale stato di cose non consentiva lo sviluppo di una visione di uguaglianza, alimentando non solo un discorso di tipo discriminatorio ma consolidando anche una serie di stereotipi secondo cui, soprattutto nel contesto urbano, gli anziani erano «beneficiari di assistenza sociale e individui con bisogni anziché diritti»<sup>13</sup>.

La Carta dei diritti fondamentali dell'UE prevede all'art. 25 "il diritto degli anziani a condurre una vita dignitosa e indipendente e a partecipare alla vita sociale e culturale". A differenza degli strumenti precedenti, questa disposizione è stata introdotta nel capitolo sulla parità con l'obiettivo di rappresentare uno strumento di interpretazione ed effettività del concetto stesso di parità nella terza età. L'Unione europea, infatti, ha da sempre inteso la nozione di uguaglianza sostanziale come *un obbligo* non solo di astenersi da azioni che discriminano in base all'età, ma anche di tenere conto delle esigenze specifiche degli anziani attraverso azioni positive<sup>14</sup>. Un contesto urbano fondato sui pilastri europei per un invecchiamento sano, ossia *dignità, indipendenza e partecipazione*, si pone in linea con i parametri di coesione sociale, territoriale ed economica voluti dall'Unione europea, nel rispetto di una nozione di uguaglianza sostanziale che si declina su dignità, libertà e possibilità di scelta, autonomia, democrazia partecipativa e inclusione sociale<sup>15</sup>.

---

<sup>11</sup> F. BARBABELLA, E. CELA, C. DI MATTEO, M. SOCCI, G. LAMURA, P. CHECCUCCI, A. PRINCIPI, *New multilevel partnerships and policy perspectives on active ageing in Italy: a national Plan of Action*, in *Int J Environ Res Public Health*, 2020.

<sup>12</sup> FRA-Fundamental Rights Agency, *Coronavirus Pandemic in the EU – Fundamental Rights Implications: With a Focus on Older People*, 2020 e *Fundamental rights of older people: ensuring access to public services in digital societies*, 2023 disponibili su <https://fra.europa.eu>.

<sup>13</sup> N. GEORGANTZI, *The European Union's Approach towards Ageism*, in L. Ayalon, C. Tesch-Römer (eds.), *Contemporary Perspectives on Ageism*, Springer, Singapore, 2018.

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> *Ibidem*; F. JUMA, A. FERNÁNDEZ-SAINZ, *Social Exclusion Among Older Adults: A Multilevel Analysis for 10 European Countries*, in *Soc. Indic. Res.*, 174, 2024; sul punto, v. report consultabili sulla piattaforma europea <https://www.age-platform.eu>.

Nel 2018, l'Agenzia dell'Unione europea per i diritti fondamentali (FRA) ha pubblicato un rapporto sullo stato dell'arte della legislazione e delle *policies* in materia di invecchiamento<sup>16</sup>. Il documento ha attestato il passaggio da un approccio *welfare care-oriented*, che tendeva a rappresentare gli anziani principalmente come soggetti portatori di bisogni e bisognosi di protezione, a una prospettiva incentrata sui diritti e sul concetto di invecchiamento "attivo" e in salute. L'Agenzia ha evidenziato, inoltre, l'integrazione dell'IA quale elemento cardine nell'ambito della Strategia europea 2020, richiamando l'attenzione sulla necessità di sviluppare tecnologie assistenziali finalizzate a consentire agli anziani di vivere in autonomia e come membri attivi della comunità locale. Questo mutamento di paradigma strategico era già stato recepito all'interno della costituzione del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in salute (EIPAH), un'iniziativa avviata nel 2011 dalla Commissione europea per sostenere la trasformazione digitale in favore dell'IA, al fine di modificare la percezione dell'invecchiamento da "onere" a risorsa (opportunità) e ad assicurare il passaggio da un modello "ospedale-centrico" verso un approccio proattivo e *community-based*, con erogazione delle cure nel contesto familiare e sociale dell'individuo<sup>17</sup>.

A questo scopo, uno degli strumenti più efficaci dell'Unione è stata la *Strategia europea per l'invecchiamento attivo* che mirava, già nel 2012, a promuovere la partecipazione attiva degli anziani nella società, a migliorare la loro salute e a garantire un invecchiamento dignitoso. Questa strategia ha sottolineato l'importanza di creare ambienti urbani accessibili e di sviluppare servizi sociali e sanitari adeguati alle esigenze di una popolazione in rapido invecchiamento<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> FRA-Fundamental Rights Agency, *Shifting perceptions: towards a rights-based approach to ageing*, 2018, disponibile su <https://fra.europa.eu>.

<sup>17</sup> *European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, disponibile su <https://digital-strategy.ec.europa.eu>. L'Agenzia ha inoltre rilevato come la regolamentazione del periodo di programmazione 2014-2020 dei Fondi strutturali e di investimento europei includesse almeno due condizionalità *ex ante* esplicitamente ispirate a queste tematiche: la condizionalità 8.4, che prescriveva lo sviluppo di politiche di IA finalizzate al mantenimento dei lavoratori maturi nel mercato del lavoro e alla riduzione del pensionamento anticipato, e la condizionalità 9.1, che esortava allo sviluppo di servizi socio-assistenziali basati sulla comunità. L. FOSTER, A. WALKER, *Gender and active ageing in Europe*, in *European Journal of Ageing*, 10, 2013; L. FOSTER, A. WALKER, *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*, in *The Gerontologist*, 55, 2014; FRA-European Union Agency for Fundamental Rights, *Fundamental Rights Report 2018*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, disponibile su <http://fra.europa.eu>; N. GEORGANTZI, *op. cit.*

<sup>18</sup> L'iniziativa globale per il decennio dell'invecchiamento attivo, estesa dal 2020 al 2030, rappresenta l'evoluzione naturale delle strategie internazionali avviate nel quinquennio precedente. Questo progetto mira a creare una rete sinergica tra governi, organizzazioni e cittadini per sviluppare programmi che aumentino il benessere degli anziani, offrendo benefici diretti anche alle loro famiglie e all'intera collettività. In linea con questo impegno, la risol. 2018/6 del Consiglio Economico e Sociale ha confermato l'importanza di difendere le libertà fondamentali delle persone in età avanzata. Il documento pone l'accento sulla necessità di costruire una società inclusiva che abbatta le barriere della discriminazione generazionale, basandosi sulle evidenze emerse dal monitoraggio del piano d'azione di Madrid sulla longevità. Sul punto, si può consultare la piattaforma <https://www.decadeofhealthyageing.org>.

Negli anni successivi, il *Piano d'azione europeo sulla salute 2021-2027* si è concentrato sul miglioramento della qualità della vita degli anziani, promuovendo l'uso di tecnologie digitali e *smart city* per facilitare l'accesso ai servizi e favorire l'inclusione sociale, per rispondere alle esigenze di tutte le età, integrando infrastrutture digitali e servizi innovativi<sup>19</sup>. Le sfide principali riguardano ancora l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, la promozione di ambienti urbani accessibili e sicuri e l'uso di tecnologie innovative per migliorare la qualità della vita al fine di rendere le città più resilienti e inclusive e di favorire la partecipazione attiva degli anziani garantendo loro un ambiente di vita dignitoso<sup>20</sup>. Di conseguenza, gli Stati membri hanno sviluppato politiche specifiche per fare fronte a queste sfide: se la Germania ha adottato strategie che hanno puntato sulla digitalizzazione delle città e sulla promozione di servizi per anziani, la Francia si è concentrata soprattutto su politiche di *social housing* e sulla creazione di reti di supporto nelle aree urbane<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Istituito dal Regolamento (UE) 2021/522, il Piano persegue quattro obiettivi generali (che a loro volta si declinano su dieci obiettivi specifici): migliorare e promuovere la salute, proteggere le persone, garantire l'accesso a medicinali, dispositivi medici e prodotti rilevanti in caso di crisi, rafforzare i sistemi sanitari, <https://health.ec.europa.eu>.

<sup>20</sup> Ricordiamo a tale proposito che il programma nazionale "Equità nella Salute 2021-2027", previsto nell'Accordo di Partenariato dell'Italia sulla Programmazione della politica di coesione 2021-2027, è stato approvato con Decisione di esecuzione della Commissione europea C (2022) 8051 del 4 novembre 2022. Il Programma interviene a supporto dei servizi sanitari, per renderne più equo l'accesso, anche al fine di sviluppare un'azione di sistema, coinvolgendo i sistemi sanitari regionali in sette Regioni del Paese (<https://pnes.inmp.it>). Le azioni chiave proposte dalla Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022, relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili (2022/C 476/01), riguardano vari ambiti: migliorare l'accesso e la disponibilità, anche affrontando le disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare nelle aree rurali e remote, ampliando l'assistenza domiciliare e basata sul supporto della comunità; garantire l'accessibilità economica riducendo le spese e prevenendo le difficoltà finanziarie dovute ai costi dell'assistenza; supportare il lavoro e le necessità dei *caregiver*; migliorare la *governance* coinvolgendo le parti interessate, tra cui parti sociali, organizzazioni della società civile e beneficiari dell'assistenza. La Raccomandazione è disponibile sul sito dell'Unione europea, <https://eur-lex.europa.eu>.

<sup>21</sup> Il governo federale tedesco si distingue per una politica particolarmente produttiva nel settore dell'invecchiamento attivo, con diverse iniziative che si configurano come *best practices* consolidate. A tal fine, sono state implementate piattaforme di comunicazione strutturate, con iniziative a tema come la "Giornata tedesca degli anziani" (*Deutscher Seniorentag*), una manifestazione che si svolge nei *Länder* federali, sotto forma di forum, alla presenza del Presidente federale e/o del Cancelliere, di enti di ricerca, organizzazioni non governative, della società civile, di organizzazioni assistenziali e sindacali, del settore sociale, ecclesiastico e politico. La funzione del forum è quella di consentire un dibattito approfondito sulle questioni relative alle politiche e al lavoro in ambito geriatrico. La 14ª "Giornata tedesca degli anziani" si è svolta in aprile 2025 presso il "Congress Centre Rosengarten", Monaco (<https://www.deutscher-seniorentag.de>). In Germania, inoltre, sono numerosi i servizi per la digitalizzazione e formazione degli anziani, come il "Digitalisierung und Bildung für ältere Menschen" del Ministero Federale per la Famiglia, gli Anziani, le Donne e la Gioventù o i programmi e i progetti del governo tedesco su "Wohnen im Alter" (Vivere nella terza età), v. C. PONZ, R. SCHOEN-MAECKERS, *Ageing policies – access to services in different Member States*, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies Directorate-General for Internal Policies, su <https://www.europarl.europa.eu>, 2021. In Francia, tra le novità delle politiche adottate in materia di

L'Italia sta affrontando una crescente sfida demografica caratterizzata da un invecchiamento della popolazione e da un'urbanizzazione che richiederebbero una serie di previsioni legislative finalizzate a promuovere l'invecchiamento attivo, l'autonomia degli anziani e la rigenerazione urbana<sup>22</sup>.

La legge n. 33 del 23 marzo 2023 ha delegato il Governo ad intervenire in materia di politiche per l'invecchiamento attivo, la promozione dell'autonomia, la prevenzione della fragilità e l'assistenza alle persone anziane non autosufficienti, articolando gli obiettivi principali intorno alla definizione di un Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA), alla programmazione integrata e alla realizzazione congiunta delle misure e delle prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali<sup>23</sup>. Sono stati sviluppati strumenti volti a garantire la semplificazione delle procedure di accertamento e la valutazione della condizione di persona anziana non autosufficiente attraverso l'istituzione di punti unici di accesso (PUA) e la creazione di un progetto assistenziale individualizzato (PAI)<sup>24</sup>. Il d.p.c.m. 5 giugno 2023 ha dato ufficialmente il via alle operazioni del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), istituito presso la Presidenza del consiglio dei ministri con lo scopo di predisporre con cadenza triennale ed aggiornamento annuale, un "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana", oltre ad un "Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana" per incentivare azioni di promozione della dignità e dell'autonomia, dell'inclusione sociale, dell'invecchiamento attivo e della

---

invecchiamento, invece, ricordiamo un aggiornamento relativo all'assicurazione previdenziale che, dal 2021 si articola in cinque rami, in quanto l'autonomia rappresenta, già da quattro anni, un parametro che si è aggiunto a malattia, famiglia, infortuni sul lavoro e pensione. L'obiettivo è quello di consentire una migliore gestione delle politiche pubbliche, v. A. MAKINDU, *Ageing policies – access to services in different Member States Annex II – Country study on France*, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies Directorate-General for Internal Policies, su <https://www.europarl.europa.eu>, 2021.

<sup>22</sup> F. BARBABELLA et al., *Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia Rapporto sullo stato dell'arte* – Dipartimento per le politiche della famiglia, Novembre 2020, disponibile su <https://famiglia.governo.it>.

<sup>23</sup> Sul punto, v. [www.anci.it](http://www.anci.it); per quanto riguarda la legge n. 33/2023, si tratta di deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane. Nello specifico, il Parlamento ha approvato una legge delega in materia di politiche integrate a favore delle persone anziane anche non-autosufficienti in attuazione delle Missioni n. 5 "Inclusione e coesione" e n. 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Nell'art. 1, la legge specifica chiaramente che "I principi di delega sono la riaffermazione del valore umano, sociale, culturale ed economico di ogni stagione della vita delle persone, la promozione di attività di solidarietà a favore degli anziani, di contrasto alla solitudine sociale e alla privazione relazionale, il miglioramento dell'organizzazione e della gestione dei servizi pubblici e il rafforzamento dell'integrazione e dell'interoperabilità dei sistemi informativi".

<sup>24</sup> C.V. DE TOMMASO, F. MAINO, *La Legge 33/2023 di riforma dell'assistenza a lungo termine in Italia tra policy e politics: oltre l'immobilismo, un'opportunità di riforma?*, in L. GUI, A. SALVATI (a cura di), *Sfide del welfare: sostenibilità co-progettazione innovazione*, Franco Angeli, Milano, 2024.

prevenzione della fragilità della popolazione anziana (d.lgs. n. 29/2024)<sup>25</sup>. Il d.lgs. n. 29 del 15 marzo 2024 ha introdotto misure concrete per promuovere la dignità e l'autonomia degli anziani, l'inclusione sociale e la prevenzione della fragilità, in attuazione della delega di cui agli artt. 3, 4 e 5, legge 23 marzo 2023, n. 33<sup>26</sup>. Si tratta di novità legislative che lavorano in sinergia con i fondi destinati al sistema sanitario, in particolare per quanto riguarda la creazione dei nuovi centri medici territoriali, con l'obiettivo finale di trasformare l'assistenza agli anziani in ambito urbano, fino a renderla usufruibile dal proprio domicilio attraverso la tecnologia e potenziando le strutture intermedie, assicurando così un monitoraggio costante e una cura più efficace della salute dei soggetti più vulnerabili.

## 2.1. Il divario digitale grigio

Le soluzioni italiane hanno ripreso il percorso già avviato in Europa nell'aprile 2002, quando la Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento ha adottato il Piano d'azione internazionale di Madrid e la relativa dichiarazione politica. Il piano d'azione offriva un nuovo e audace programma per affrontare la questione dell'invecchiamento nel XXI secolo, concentrandosi su tre aree prioritarie: anziani e sviluppo; promozione della salute e del benessere nella terza età; la garanzia di ambienti

---

<sup>25</sup> L. VAGNI, S. MARIANI (a cura di), *Persone, comunità e territori. La promozione dell'invecchiamento attivo nel d.lgs. n. 29 del 2024*, Edizioni Università di Macerata, Macerata, 2024.

<sup>26</sup> Tra le principali finalità del decreto, l'art. 1 ha sancito la promozione della dignità, dell'autonomia, dell'inclusione sociale e dell'invecchiamento attivo della popolazione anziana; l'art. 2 ha fornito una serie di definizioni utili a comprendere il testo normativo, identificando la "persona anziana" con chi ha compiuto 65 anni, la "persona grande anziana" con quella che ha compiuto 80 anni e la "persona anziana non autosufficiente" con colei che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o la perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate. L'art. 3 ha attribuito poi al Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA) compiti di coordinamento e programmazione integrata in materia. Le misure attuative previste dal d.lgs. riguardano la prevenzione della fragilità e la promozione della salute, l'invecchiamento attivo, la sanità preventiva e la telemedicina delle persone anziane e si concretizzano nel loro coinvolgimento in attività di utilità sociale e di volontariato (art. 6), ma anche nella promozione dell'esercizio fisico (artt. 7 e 12) e del turismo lento (art. 8). I capi IV (artt. 15-18) e V (artt. 19-20) del Titolo I disciplinano rispettivamente la coabitazione solidale domiciliare, la coabitazione intergenerazionale e l'alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale. In una prospettiva di scambio intergenerazionale, si promuovono la valorizzazione delle attività di incontro e di dialogo intergenerazionale nelle istituzioni scolastiche e nelle università anche mediante il riconoscimento di crediti universitari (art. 11), i progetti di servizio civile universale (art. 14) e la coabitazione intergenerazionale (art. 15). Il Decreto si preoccupa di ipotizzare la necessità anche di una serie di servizi per la facilitazione digitale (art. 19) e per ridurre il divario digitale (art. 20). Il Titolo II contiene, tra l'altro, le disposizioni in materia di Prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e caregiver familiari (Capo II, artt. 34-42). Sul punto, P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei Caregiver, su federalismi.it*, 5, 2024.

abilitanti e di supporto<sup>27</sup>. L'obiettivo era che i governi garantissero i benefici delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, affinché fossero accessibili a tutti e fossero sviluppate e diffuse informazioni di facile utilizzo per aiutare le persone anziane a rispondere efficacemente alle esigenze della vita quotidiana. Nel dicembre 2010, la risoluzione 65/182 dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite istituì l'*Open-Ended Working Group on Ageing*, incaricato di valutare il quadro internazionale esistente sui diritti umani delle persone anziane e di individuare possibili lacune e l'utilizzo di nuovi strumenti e misure per fronteggiarle<sup>28</sup>.

Dagli anni Cinquanta, gli Stati membri dell'UE hanno registrato un continuo invecchiamento della loro popolazione: nel 2001, il 16% delle persone nell'UE-27 aveva 65 anni o più; nel 2020, questa quota è salita al 21% e si prevede che raggiungerà quasi il 30% nel 2050<sup>29</sup>. Il "Decennio digitale europeo (2020-2030)" ha fornito una visione per un'Europa digitale declinata sugli obiettivi monitorati dal *Digital Economy and Society Index* (DESI) per garantire la tutela dei diritti fondamentali anche per coloro che non fossero nella condizione di usufruire dei servizi online<sup>30</sup>.

La disuguaglianza digitale che interessa gli anziani è stata definita "divario digitale grigio" e analogamente al gap di genere, esso potrebbe non essere una mera conseguenza dell'età, ma determinato da differenze tra i gruppi di età in termini di rapporto tra i sessi, istruzione e reddito. Questo effetto rischia di tradursi in un doppio rischio poiché le possibilità delle persone di avere accesso a Internet potrebbero essere influenzate non solo dall'età avanzata, ma anche da altre variabili socio-demografiche<sup>31</sup>. Pertanto, tenendo conto dei cambiamenti demografici che si traducono in una crescita accelerata della popolazione anziana, è altrettanto importante

---

<sup>27</sup> United Nations Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8-12 April 2002, disponibile su <https://unece.org>. Nel giugno 2022, al termine del quarto ciclo di verifica del Piano, si è tenuta a Roma la Conferenza interministeriale UNECE sull'invecchiamento (<https://www.inapp.gov.it>) MIPAA+20, alla quale avevano partecipato anche rappresentanti dell'Inapp, conclusasi con la Dichiarazione ministeriale "Un mondo sostenibile per tutte le età" che orientava l'aggiornamento del MIPAA in linea con l'Agenda 2030 per lo Sviluppo sostenibile. In questo contesto, la consultazione ha preso spunto dal "Rapporto per l'Italia sul Quarto ciclo di monitoraggio e valutazione dell'attuazione del Piano di azione internazionale di Madrid per l'invecchiamento e la sua Strategia Regionale (MIPAA/RIS) 2018-2022".

<sup>28</sup> Risol. dell'Assemblea generale (21 dicembre 2010), A/65/448, *Follow-up to the Second World Assembly on Ageing*, disponibile su <https://docs.un.org>.

<sup>29</sup> European Parliament, *Promoting healthy ageing in the EU Unravelling the interplay between health and socio-demographic factors*, EPRS European Parliamentary Research Service, 2025, disponibile su <https://www.europarl.europa.eu>.

<sup>30</sup> European Commission, *The Digital Economy and Society Index (DESI)*, su <https://digital-strategy.ec.europa.eu> e <https://ec.europa.eu>; M. D'AMBROSIO, D. BORIATI, *Digital Literacy, Technology Education and Lifelong Learning for Elderly: Towards Policies for a Digital Social Innovation Welfare*, in *Italian Journal of Sociology of Education*, 15, 2023.

<sup>31</sup> H.G. ALIN, *An analysis of social inclusion in EU*, Annals-Economy Series, Constantin Brancusi University, Faculty of Economics, 2017; AGE Platform Europe, *Towards a Society for All Ages Strategy 2026-2030*, December 2025, disponibile su <https://www.age-platform.eu>.

identificare i fattori sottostanti che limitano specificamente l'utilizzo di internet in età avanzata. Queste informazioni possono contribuire a sviluppare politiche e interventi mirati per contrastare le diffuse disuguaglianze sociali nell'accesso e nell'utilizzo delle tecnologie.

Attualmente non esiste una specifica Convenzione internazionale che tuteli i diritti delle persone anziane. Esistono differenti Convenzioni internazionali e regionali che contemplano vari standard di tutela, come la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (CRPD) che rappresenta una priorità assoluta all'interno dell'UE e delle sue istituzioni, fondamentale a riconoscere dei livelli minimi di protezione per le persone anziane con disabilità in relazione al diritto alla salute e al diritto a un adeguato tenore di vita<sup>32</sup>. La questione della salvaguardia dei diritti delle persone anziane nel panorama giuridico internazionale, specificamente in relazione all'integrazione delle tecnologie basate sull'intelligenza artificiale, presenta una complessità intrinseca, riconducibile a due ordini di fattori: in primo luogo, si osserva un rapido sviluppo delle tecnologie di IA che procede a una velocità superiore rispetto all'adeguamento del correlato quadro normativo; al contempo, si assiste a un invecchiamento demografico globale altrettanto celere<sup>33</sup>.

Pertanto, in assenza di uno strumento convenzionale internazionale vincolante dedicato specificamente alla tutela dei diritti della popolazione anziana e al rapporto con la tecnologia, sarà difficile un intervento efficace. Di conseguenza, il sistema delle Nazioni Unite ha prodotto una serie di documenti di *soft law* volti a orientare le politiche nazionali: i "Principi delle Nazioni Unite per gli anziani", adottati nel 1991, sebbene antecedenti all'era digitale, contengono direttive pertinenti al contesto attuale; il Piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento del 2002 fornisce un quadro essenziale per l'integrazione degli anziani nello sviluppo tecnologico, esortando gli Stati a garantire l'accesso alle nuove tecnologie, promuovendo l'acquisizione di competenze digitali e lo sviluppo di soluzioni tecnologiche adatte alle esigenze specifiche di questa fascia demografica, prevenendo così l'emarginazione digitale. In parallelo, la "Road Map for Digital Cooperation" del Segretario Generale delle Nazioni Unite ha sottolineato la necessità di ottimizzare l'uso delle tecnologie digitali garantendo un'adeguata attenzione in materia di diritti umani, riconoscendo sia le opportunità che i rischi inerenti all'innovazione tecnologica<sup>34</sup>.

---

<sup>32</sup> In molti paesi, più della metà delle persone con disabilità è anziana. La percezione di essere anziani può quindi essere associata alla percezione della disabilità. Ciò può comportare una discriminazione basata sulla percezione della disabilità. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), United Nations – Department of Economic and Social Affairs Social Inclusion, su <https://social.desa.un.org>.

<sup>33</sup> M. TEKAVČIČ VEBER, M. KOVAČIČ (eds.), *Artificial Intelligence and the Rights of Older Persons*, International Research Centre on Artificial Intelligence – IRCAI, Ljubljana, 2023 disponibile su <https://ircai.org>.

<sup>34</sup> *Road map for digital cooperation: implementation of the recommendation of the High-level Panel on Digital Cooperation*, A/74/821, parr. 1 e 2.

Dal 2017 in poi, anche grazie al lavoro dell'“Esperto indipendente” sui diritti umani degli anziani, si è posto l'accento sull'autonomia, sul consenso informato e sul diritto al rifiuto delle tecnologie di supporto, nonché sulla crucialità della privacy, della protezione dei dati e della non discriminazione nell'accesso a tali innovazioni<sup>35</sup>. Queste considerazioni sono state ulteriormente sviluppate in un documento dell'Ufficio dell'Alto commissario per i diritti umani, che ha ribadito l'assenza di un trattato internazionale specifico sull'IA e i diritti degli anziani<sup>36</sup>.

Dietro queste sollecitazioni, il Congresso dei poteri locali e regionali del Consiglio d'Europa, attraverso la risoluzione n. 504/2024<sup>37</sup>, ha esortato le autorità a costruire contesti sociali che favoriscano un invecchiamento sereno, tutelando il benessere e i diritti fondamentali della popolazione anziana. Tale obiettivo richiederà la trasformazione dei centri urbani in luoghi accoglienti secondo i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, intervenendo su infrastrutture, trasporti, abitazioni e opportunità lavorative per eliminare ogni barriera alla partecipazione pubblica. Al contempo, diventerà fondamentale garantire un'assistenza di lungo periodo che possa spaziare dalle cure domiciliari a quelle residenziali, con l'obiettivo di preservare l'indipendenza individuale e il coinvolgimento attivo dei cittadini nella vita politica ed economica locale<sup>38</sup>.

Il c.d. divario tecnologico generazionale costituisce oggi una disparità sociale critica, determinata dalle diverse capacità di accesso e impiego degli strumenti informatici tra le varie fasce d'età. Affrontare questa tematica è diventato un imperativo etico e politico, poiché l'innovazione digitale rappresenta un volano fondamentale per innalzare il tenore di vita delle persone anziane, specialmente qualora debbano convivere con malattie o limitazioni fisiche. Senza programmi specifici di inclusione, il rischio concreto è quello di spingere ai margini della società individui già fragili e per tale ragione, le strategie europee puntano a una riqualificazione degli spazi urbani attraverso tecnologie di assistenza per favorire una longevità in salute<sup>39</sup>.

Le criticità emerse durante la crisi pandemica hanno confermato quanto sia vitale per tutti ricevere una formazione costante che permetta di interagire con il territorio e con i nuovi strumenti di comunicazione, ormai indispensabili per sentirsi parte della comunità. Si rende quindi necessario ripensare l'educazione in età avanzata come una forma di innovazione sociale, capace di generare soluzioni inedite

---

<sup>35</sup> *Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons*, A/HRC/36/48, 2017, par. 1, disponibile su <https://docs.un.org>.

<sup>36</sup> *Working paper prepared by the Office of the High Commissioner for Human Rights*, 2021, 50 consultabile su <https://www.ohchr.org>.

<sup>37</sup> Congresso dei poteri locali e regionali del Consiglio d'Europa, 47ª Sessione – *Invecchiamento delle comunità – garantire l'accesso ad un'assistenza sociale di qualità per gli anziani*, risol. 504, 2024, testo disponibile su <https://rm.coe.int>.

<sup>38</sup> Congresso dei poteri locali e regionali del Consiglio d'Europa, *op.cit.*, punto 1, lett. d).

<sup>39</sup> Sul punto, J. VAN HOOF, J.K. KAZAK, J.M. PEREK-BIALAS, S. PEEK, *The Challenges of Urban Ageing: Making Cities Age-Friendly in Europe*, in *Int. J. Environ. Res Public Health*, 2018.



per bisogni emergenti. In questo scenario, saper usare il web non è più una semplice competenza tecnica, ma diventa un'esperienza relazionale e critica che consente di mantenere i contatti umani e di partecipare attivamente alla società <sup>40</sup>.

Nonostante molti anziani utilizzino già quotidianamente dispositivi moderni, è fondamentale promuovere un'educazione mediale specifica che valorizzi il loro bagaglio di esperienze. La creazione di percorsi di affiancamento per potenziare le abilità digitali funge da strumento sociologico per semplificare le complessità burocratiche dei sistemi informatici. In linea con le disposizioni della risoluzione e per rispondere alle sfide demografiche odierne, gli enti territoriali sono stati chiamati a investire in strategie innovative e programmi di prevenzione, rafforzando la collaborazione tra le diverse istituzioni e assicurando standard qualitativi elevati e omogenei in ogni regione. Un punto centrale del processo riguarderà il coinvolgimento diretto degli anziani nella progettazione delle politiche pubbliche, così che le soluzioni adottate rispecchino fedelmente le necessità reali, da monitorare attraverso rigorosi meccanismi di controllo e trasparenza.

La risoluzione ha posto, inoltre, l'accento sulla necessità di inquadrare le azioni intraprese a livello locale in un contesto *multilevel* affinché non rimangano isolate, ma inserite in quadri strategici nazionali coerenti e all'interno di reti internazionali utili a garantire un progresso costante e uniforme attraverso la condivisione di *best practices* <sup>41</sup>.

### 3. L'invecchiamento attivo

Alla fine del XX secolo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ampliato la propria prospettiva sull'invecchiamento in salute introducendo il concetto di "invecchiamento attivo" e quindi superando un'idea di salute legata esclusivamente all'assistenza medica per coglierla invece in una prospettiva più ampia e complessa che include tutti i vari fattori che incidono sulla quotidianità delle persone anziane (OMS, 2002) <sup>42</sup>.

Senza dubbio la ratifica del Piano d'azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento (MIPAA) da parte dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (risoluzione 57/167; ONU, 2002) e l'adozione, da parte dell'Assemblea, della *road map*

---

<sup>40</sup> Sul punto, v. F. BARBABELLA et al., *Active ageing policies in Italy Report on the state of the art* – "National multilevel co-managed coordination of active ageing policies in Italy" project, 2022, consultabile su <https://famiglia.governo.it>.

<sup>41</sup> Risol. n. 504/2024, testo disponibile su <https://rm.coe.int>; G.M. NAPOLITANO, *L'assistenza sociale da materia a politica multilevel*, in *Italian Papers of Federalism*, 2, 2020 e *Le politiche socio assistenziali tra Stato e Regioni a venti anni dalla riforma costituzionale*, in *federalismi.it*, 20, 2022.

<sup>42</sup> World Health Organization, *Active ageing. A policy frame work*, disponibile su <https://iris.who.int>, 2002; sul punto, C. CLEMENTE, D. MUNNO, A. NAPPI, *Invecchiamento sano e attivo: politiche, prospettive, esperienze*, FrancoAngeli, Milano, 2020.

per la sua attuazione (risoluzione 58/134; ONU, 2004) hanno costituito il momento storico in cui l'invecchiamento ha smesso di delinearci come una politica a sé stante<sup>43</sup>. La strategia proposta dal MIPAA ha rappresentato uno strumento per fornire assistenza pratica nell'affrontare i cambiamenti demografici nelle società e invitare tutte le parti interessate a integrare l'invecchiamento nelle politiche nazionali e nei programmi di sviluppo. Pur non rappresentando uno strumento giuridicamente vincolante a livello internazionale, il MIPAA ha offerto agli Stati che lo hanno sottoscritto una nuova prospettiva per guardare al progressivo ripensamento dell'invecchiamento, reinterpretando le politiche nazionali in un'ottica di sviluppo e con l'obiettivo di includere tutte le generazioni nella società<sup>44</sup>. Il principio cardine della metodologia operativa del Piano d'Azione Internazionale di Madrid è stata l'introduzione dell'approccio *bottom up*, ovvero una sua attuazione capillare a livello locale e poi nazionale in cui il contesto socio-culturale ha costituito il parametro cardine nell'articolazione di politiche e programmi dedicati alla popolazione anziana. Il MIPAA ha promosso inoltre la partecipazione attiva di diversi portatori di interesse, compresi gli anziani stessi, per sviluppare soluzioni personalizzate che rispecchiassero i contesti culturali e le usanze locali<sup>45</sup>. Il processo ha previsto la supervisione internazionale da parte della Commissione per lo sviluppo sociale (CSS) delle Nazioni Unite, che ha condotto ad una revisione e una valutazione quinquennale con la collaborazione di governi, agenzie ONU e società civile organizzata, contribuendo allo sviluppo di un metodo partecipativo e ascendente (*bottom-up*) utile a misurare i progressi e individuare problemi nell'applicazione del piano<sup>46</sup>.

L'*Open-Ended Working Group on Ageing* (OEWGA) ha preso avvio come organismo sussidiario delle Nazioni Unite, fondato tramite una delibera dell'Assemblea generale nel 2010 e ha completato il suo mandato attraverso quattordici distinti incontri tenutisi fino al 2024. L'obiettivo primario del Gruppo era quello di analizzare l'attuale impianto normativo internazionale relativo ai diritti delle persone anziane, identificare eventuali carenze nel sistema di tutela e determinare le strategie ottimali per superarle, prendendo in considerazione anche l'opportunità di introdurre nuovi strumenti giuridici dedicati<sup>47</sup>. Nel corso di queste quattordici sessioni,

---

<sup>43</sup> Second World Assembly on Ageing, *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*, Madrid, Spain 8-12 April 2002, disponibile su <https://social.un.org>.

<sup>44</sup> K. SCHMID, *Madrid International Plan of Action on Ageing and the 2030 Agenda for Sustainable Development*, in *Int. J. Public Health*, 69, 2024.

<sup>45</sup> A oltre vent'anni dalla sua istituzione, il Piano d'azione di Madrid permane come base solida di riferimento per esortare gli esecutivi nazionali a implementare le riforme strutturali socio-economiche, ambientali e politico-istituzionali di vasta portata, indispensabili per gestire efficacemente le implicazioni demografiche dell'invecchiamento della popolazione a livello globale. Sul punto, v. M. FORMOSA, M. KAPUR SHANKARDASS, *The United Nations Madrid International Plan of Action on Ageing: Global Perspectives*, Springer, New York, 2023.

<sup>46</sup> K. SCHMID, *op.cit.*, 2.

<sup>47</sup> A/RES/65/182, *undocs.org*. Un'analisi degli strumenti internazionali esistenti, utili a colmare

i partecipanti hanno dibattuto sulle lacune esistenti nella salvaguardia dei diritti degli anziani, condividendo prospettive e riflessioni cruciali fornite dagli Stati membri, dalle Organizzazioni non governative (ONG) e dalle Istituzioni nazionali per i diritti umani (NHRI)<sup>48</sup>.

Successivamente, il 13 febbraio 2013, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite è tornata sul tema con la risoluzione 67/139, evidenziando che, nonostante i vari obblighi previsti dai Trattati sui diritti umani esistenti, questi contenevano solo rari e limitati riferimenti espliciti alla popolazione anziana. L'anno seguente, nel 2014, un ulteriore impulso al dibattito in corso è stato fornito dall'istituzione, per volontà del Consiglio per i diritti umani delle Nazioni Unite, della figura dell'"Esperto indipendente" sul godimento di tutti i diritti umani da parte delle persone anziane<sup>49</sup>. Il ruolo di questa figura professionale è consistito nell'analizzare l'impatto del MIPAA in termini di diritti umani, raccogliendo anche le *best practice* segnalate da governi, istituzioni e attori della società civile. Negli anni a seguire, le raccomandazioni contenute nei rapporti periodici dell'"Esperto indipendente" sono state armonizzate con quelle prodotte dall'OEWSA, in un'azione sinergica volta a sensibilizzare gli Stati membri sulla necessità impellente di elaborare uno strumento giuridico internazionale vincolante, sulla tutela dei diritti degli anziani<sup>50</sup>.

Tuttavia, non sembra che gli strumenti internazionali e la loro interpretazione abbiano potuto offrire un adeguato livello di dettaglio e chiarezza nell'esaminare l'ampia gamma di componenti del diritto al godimento del più elevato standard di salute raggiungibile e all'accesso ai servizi sanitari, come emerso dal questionario per la quattordicesima sessione del Gruppo di lavoro sull'invecchiamento<sup>51</sup>. Inoltre, il quadro internazionale esistente non prevede disposizioni riguardanti l'eliminazione dell'età e l'impatto delle disuguaglianze intersezionali lungo tutto l'arco della vita, le

---

le lacune presenti nel diritto internazionale e obbligare gli Stati a impegnarsi nella eliminazione della discriminazione basata sull'età con specifico riferimento all'accesso all'assistenza sanitaria e alle varie barriere per il godimento del diritto alla salute da parte degli anziani è fornita da B. MIKOLAJCZYK, *Older persons' right to health – a challenge to international law*, in *Ageing & Society*, 8, 2019.

<sup>48</sup> Il gruppo, aperto a tutti gli Stati membri dell'ONU e agli Stati non Membri osservatori, supportato dal Segretario Generale, aveva il mandato di incentivare il rafforzamento dei diritti umani delle persone anziane, muovendosi all'interno della cornice normativa internazionale in vigore, identificando eventuali criticità in tale cornice e formulando proposte per il loro superamento. In tale contesto, l'OEWSA ha avuto anche il compito di esaminare la fattibilità della messa in opera di ulteriori strumenti e misure giuridiche internazionali. Il gruppo è rimasto operativo fino al 2024, come indicato sul sito: *The Open-Ended Working Group on Ageing*, su <https://social.un.org>.

<sup>49</sup> <https://www.ohchr.org>.

<sup>50</sup> Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons – Human Rights Council Forty-eighth session, 2021, disponibile sulla piattaforma <https://www.age-platform.eu>; A/HRC/57/36: Expert meeting on the human rights obligations of States regarding violence against and abuse and neglect of older persons in all settings – Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, report disponibile su <https://www.ohchr.org>.

<sup>51</sup> United Nations, General Assembly, *Open-ended Working Group on Ageing* – Fourteenth session, 20-22 and 24 May 2024.

azioni positive, la promozione della salute e le misure per garantire la disponibilità, l'accessibilità, l'accettabilità, la qualità e il rispetto del consenso informato delle persone anziane<sup>52</sup>. Di conseguenza, è emersa la necessità di inserire nuovi standard di tutela e di rivedere leggi, politiche e programmi per affrontare le lacune presenti nelle disposizioni sulla parità di accesso a strutture, beni e servizi sanitari, in particolare quelli legati all'età.

#### 4. Alcune esperienze europee come best practices

Il “divario digitale grigio” non è certamente l'unica causa di esclusione digitale ma è accentuato da altre variabili socio-demografiche concomitanti come genere, istruzione e reddito. Il principale ostacolo per colmare tale tipo di divario può essere individuato nella difficoltà di acquisire e gestire le relative competenze digitali, come dimostrato nel *Digital Education Plan* voluto dalla Commissione europea per promuovere le competenze digitali<sup>53</sup>. I margini di miglioramento dovranno, tuttavia, necessariamente realizzarsi in considerazione del ritmo veloce del cambiamento tecnologico cui dovrà seguire un coinvolgimento delle comunità locali e un percorso di digitalizzazione che preveda nuove opportunità di sviluppo anche per le aree più fragili, supportando azioni di intervento specifiche per promuovere la coesione sociale ed economico-territoriale.

Il fenomeno del divario digitale è, dunque, multidimensionale, pertanto richiede che si tenga conto non solo delle forme di accesso alle tecnologie ma anche di quelle di fruizione da parte degli anziani, con l'obiettivo di ottenere risultati sufficientemente inclusivi: è senza dubbio un divario digitale che interseca quello socio-economico, condizionando il benessere del cittadino che ha libero accesso o meno ai dispositivi. Si comprende allora perché oggi si discuta di divario “socio-digitale” per indicare un concetto più ampio di divario digitale, ossia un'altra forma di disuguaglianza socioeconomica che incide maggiormente sulla popolazione anziana che, soprattutto all'indomani della pandemia, è risultata particolarmente danneggiata dall'accelerazione digitale<sup>54</sup>: visite mediche, operazioni bancarie, rapporti con la pubblica amministrazione, solo per fare pochi esempi e il rischio della esclusione digitale è diventato quello di una esclusione sociale.

---

<sup>52</sup> We have the same rights – European Network of National Human Rights Institutions, consultabile su [www.enhri.org](http://www.enhri.org), 2017.

<sup>53</sup> European Commission, Digital Education Action Plan 2021-2027 – Unlocking Europe's digital potential, consultabile su <https://education.ec.europa.eu>.

<sup>54</sup> Il divario digitale ha tre livelli: quello di primo livello si riferisce alle disuguaglianze nell'accesso per la qualità della connessione Internet, la tipologia e la diversità dei dispositivi utilizzati. Il divario digitale di secondo livello riguarda le competenze digitali e il modo in cui viene utilizzato Internet, richiedendo competenze minime nell'utilizzo autonomo di Internet. Infine, il divario digitale di terzo livello si riferisce ai risultati-benefici che si ottengono dall'uso delle tecnologie.

Il divario digitale legato all'età rappresenta una sfida significativa per molti Stati membri che hanno risposto con politiche pubbliche mirate. Questo fenomeno, che vede una disparità nell'accesso e nell'uso di tecnologie digitali tra le diverse fasce d'età, incide sul contesto urbano richiamando l'attenzione su una serie di problematiche e su interventi che spaziano dai corsi e dai programmi di formazione digitale specificamente pensati per le persone anziane, fino agli interventi (digitali) infrastrutturali nelle aree più disagiate coinvolgendo organizzazioni no-profit e associazioni di categoria<sup>55</sup>. Ad esempio, la digitalizzazione in Germania sta avanzando a Berlino, Amburgo, Monaco ma anche nelle aree rurali, in vari ambiti, come mobilità, energia, economia e partecipazione sociale. Come equivalente delle città intelligenti, stanno emergendo i c.d. "villaggi digitali" che collegano i residenti tra loro, forniscono informazioni sugli eventi in corso, digitalizzano l'amministrazione e rafforzano l'economia locale<sup>56</sup>: nel distretto di Altenkirchen della Renania-Palatinato al confine tra le regioni di Siegerland e Westerwald, il Comune di Betzdorf-Gebhardshain rientra in questi programmi a misura di anziano<sup>57</sup>.

Il progetto dei villaggi digitali si struttura intorno all'uso quotidiano di applicazioni per i residenti di Betzdorf-Gebhardshain che, ad esempio, sono informati dal Comune su eventi culturali e sportivi, resoconti, comunicazioni di servizio; il sito web *DorfNews* e *DorfFunk* rappresenta il centro di comunicazione per la regione, dove i cittadini possono offrire il proprio aiuto, inviare richieste, informare sugli eventi o segnalare carenze nei servizi<sup>58</sup>. *BestellBar* è, invece, un mercato online in cui i commercianti locali possono presentare i propri prodotti e accettare ordini, mentre con *DeliveryBar*, i parrochiani possono monitorare gli ordini effettuati su *OrderBar* e accertarsi che siano consegnati al destinatario. In altre parole, il comune diventa digitale grazie all'alta velocità e le persone anziane, in particolare, fanno affidamento sulle nuove possibilità di comunicazione offerte dalle applicazioni digitali. Nella città di Betzdorf, agli anziani viene insegnato l'uso dei tablet e della piattaforma centrale per creare una maggiore coesione sociale all'interno della comunità, consentendo a più comuni e distretti l'uso delle applicazioni affinché possano beneficiare di programmi federali a disposizione delle aree periferiche e rurali<sup>59</sup>.

In Spagna, la città di Barcellona ha affrontato una sfida demografica senza precedenti, caratterizzata da un rapido invecchiamento dei suoi abitanti e da una ridotta

---

<sup>55</sup> Sul punto, v. indice DESI già citato, report consultabile su <https://ec.europa.eu> (*How digital is your country? Europe improves but still needs to close digital gap*), 2017.

<sup>56</sup> Si rinvia, a questo proposito, alla piattaforma europea, <https://eu-cap-network.ec.europa.eu>.

<sup>57</sup> Fraunhofer Institute for Experimental Software Engineering IESE, *A digital platform for rural areas*, su <https://www.iese.fraunhofer.de>.

<sup>58</sup> Nello specifico, si rinvia a *Eine digitale Plattform für ländliche Regionen*, sempre su <https://www.iese.fraunhofer.de> e su <https://www.vg-bg.de>.

<sup>59</sup> Digital Villages – Germany, *Working document*, consultabile su <https://eu-cap-network.ec.europa.eu>, 2018.

disponibilità all'assistenza privata che ha reso necessario il ricorso a strategie pubbliche mirate all'inclusione tecnologica <sup>60</sup>.

Di conseguenza, a partire dal 2022 è stato dato un forte impulso alla modernizzazione del sistema di assistenza domiciliare che si è allineato alle direttive europee sulla digitalizzazione dei servizi ai cittadini. Un esempio concreto di questa evoluzione è il progetto "All in one sensor", che sfrutta le potenzialità dell'intelligenza artificiale per monitorare preventivamente le necessità di chi vive in condizioni di fragilità o solitudine e garantisce una maggiore protezione tra le mura domestiche, migliorando sensibilmente la quotidianità delle persone vulnerabili senza risultare invasivi e fornendo al contempo un supporto prezioso agli operatori sociali nel loro compito di vigilanza <sup>61</sup>.

Il sistema, introdotto recentemente, integra una vasta gamma di sensori capaci di rilevare parametri ambientali come temperatura, luce e umidità, oltre a monitorare i movimenti e la presenza fisica all'interno delle stanze, consentendo anche di personalizzare l'intervento tecnologico in base alle specifiche fragilità dell'utente, potenziando il controllo sia attraverso il contatto umano sia tramite dispositivi di sicurezza specializzati e sistemi di teleassistenza mobile dei più vulnerabili <sup>62</sup>.

Pertanto, la sfida principale per il prossimo futuro sarà quella di promuovere le competenze digitali sotto forma di un processo di apprendimento permanente ed una responsabilità di tipo "allargato": «sul piano istituzionale, il riconoscimento del "diritto alla città" delle persone anziane impone di procedere a quella riforma complessiva del welfare di cui nel contesto italiano si discute ormai da decenni, nonché di uscire dal piano retorico e formale, per garantire l'effettività di tale diritto anche a questi individui. Sul fronte giuridico, questo riconoscimento rivela inoltre la necessità di interrogarsi su quali conseguenze produca, sul piano pratico (e non unicamente teorico), considerare le persone anziane quali soggetti titolari di diritti a livello di eguaglianza con gli altri consociati ... Dalle risposte che daremo, dipenderanno le scelte politico-istituzionali e anche quelle urbanistiche» <sup>63</sup>.

---

<sup>60</sup> Congress of Local and Regional Authorities of the Council of Europe, *Ageing communities – ensuring access to quality social care for older persons* – Report CG(2024)47-17, 2024, disponibile su <https://rm.coe.int>.

<sup>61</sup> European Social Network, *Home Care Technologies: Prediction and Prevention All-in-One Sensor Project*, 2022, progetto consultabile su <https://www.esn-eu.org>.

<sup>62</sup> Attraverso il progetto viene installato un terminale in casa collegato in modo permanente al centro di assistenza e con copertura in tutta la casa; la persona deve sempre indossare il ciondolo o il braccialetto per comunicare con il servizio premendo il pulsante rosso. La persona potrà comunicare con il servizio premendo il pulsante rosso su entrambi i dispositivi e prevede l'installazione, in caso di soggetti vulnerabili (persone che vivono sole con isolamento e mancanza di supporto familiare o sociale) di un sensore unico che incorpora diverse funzionalità (temperatura, umidità, presenza, luce, infrarossi e controllo dell'accelerazione). Si tratta di sensori non invasivi per il monitoraggio intelligente di abitudini o modelli di comportamento, <https://www.esn-eu.org>.

<sup>63</sup> E. DORATO, M.G. BERNARDINI, *Il diritto alla città della cura. La condizione anziana in tempi di pandemia*, su [iris.unife.it](https://iris.unife.it), 2021.



# Contributo alla definizione dello *status* costituzionale della persona anziana all'interno dell'ordinamento repubblicano\*

Chiara Bertoldi\*\* e Massimiliano Malvicini\*\*\*

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. Il processo di invecchiamento... E il suo rilievo costituzionale. – 3 La tutela dell'anziano (e i suoi limiti) nell'ambito familiare.

**ABSTRACT:** In contemporary societies, advances in biomedical technologies have led to an increase in life expectancy, which is, however, accompanied by a growing prevalence of chronic and degenerative diseases. In turn, the rising number of older individuals – within a social context characterized by increasing individualism and the fragmentation of traditional family structures – gives rise to new challenges for state legal systems. Alongside the economic and social issues involved, ageing calls into question the autonomy of the individual within the broader republican community, directly engaging constitutional and public law. Building on this premise, and in the light of recent legislative developments, this contribution aims to explore the possibility of defining a constitutional status of the elderly person. In particular, the analysis focuses, on the one hand, on the condition of vulnerability of the elderly as an emerging legal category, assessing the risks and limitations of an approach that may reduce the person to a mere recipient of protection, and, on the other hand, on the fundamental role of the family as a primary social formation, within which the principle of solidarity and public intervention intertwine to ensure the protection of rights and the social inclusion of the elderly.

## 1. Premessa

Interrogarsi sulla condizione giuridica degli anziani – soffermandosi non solo sul fondamento assiologico della legittimità della domanda (e dell'offerta) di assistenza nei loro confronti e sulle situazioni giuridiche soggettive a essi riferibili, ma anche sulla maggiore/minore idoneità degli istituti vigenti rispetto ai loro bisogni e

---

\* Gli autori hanno condiviso le proprie riflessioni così che riesce arduo attribuire le considerazioni che seguono all'uno o all'altro. Per altro, per le sole finalità per cui ha senso distinguere, il par. 2 si deve a Massimiliano Malvicini; il par. 3 a Chiara Bertoldi; il par. 1 è stato scritto congiuntamente.

Pubblicazione supportata dal Progetto AGE-IT finanziato dall'Unione europea – Next Generation EU, Missione 4 Componente 2, CUP: C13C22000660001.

\*\* Assegnista di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi del Piemonte Orientale.

\*\*\* Ricercatore in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli Studi del Piemonte Orientale.



interessi – consente di approfondire alcune delle traiettorie evolutive del diritto costituzionale<sup>1</sup>, ponendo questioni di grande interesse riguardanti la sistematica dei diritti e dei doveri che, al contempo, presentano ampi – e inevitabili – rilievi sulla dinamica dei poteri e su quella delle fonti del diritto.

Dal punto di vista diacronico, la riflessione giuridica avente a oggetto le persone anziane si è caratterizzata, almeno per quanto riguarda gli ultimi duecento anni, per alcuni profili specifici (dei quali tuttora si sente l'eco). Tra questi vanno menzionati l'iniziale marginalità del tema *de quo* dal punto di vista disciplinare e la difficoltà a inquadrarlo all'interno di sicure coordinate teoriche concernenti, ad esempio, la condizione di salute, benessere e autosufficienza dell'individuo (e i suoi rapporti con il più ampio contesto sociale e istituzionale).

Per quanto riguarda il primo profilo, esso trae le sue origini dalla marginalità demografica (e sociale) della senescenza, ma è anche una conseguenza dell'impostazione della scienza del diritto privato nel corso del primo Ottocento che, in quanto erede delle dottrine razionalistiche e utilitaristiche di matrice liberale, aveva relegato l'intera riflessione concernente la tutela materiale della persona alla sfera del normativamente "irrilevante" ovvero, al più, l'aveva ricondotta "nell'orizzonte sociale della povertà", considerandola un problema di ordine pubblico<sup>2</sup>.

Questa impostazione subì alcune alterazioni a partire dagli ultimi decenni dell'Ottocento, a seguito dell'entrata in vigore della prima legislazione giuslavoristica, tramite la quale l'età (insieme al sesso) divenne uno dei criteri distintivi sulla base del quale individuare specifiche categorie di soggetti accomunati da particolari bisogni e/o interessi meritevoli di tutela.

Ciò nonostante, la disciplina giuslavoristica tutelava solo parzialmente i soggetti più vulnerabili della società: ciò soprattutto a causa di ragioni "strutturali", ossia la particolarità del suo oggetto – il rapporto di lavoro –, così che i problemi della senescenza erano percepiti «esclusivamente sotto il profilo del pensionamento del lavoratore e del proseguimento in suo favore dell'assicurazione contro le malattie»<sup>3</sup> e, di converso, dei suoi destinatari – i lavoratori – talché le sue direttive non riuscivano a superare la cerchia degli occupati «se non con istituti, quali il collocamento e l'assicurazione contro la disoccupazione, destinati a favorire il reinserimento nella vita professionale»<sup>4</sup>.

Si badi bene, questa impostazione contraddistinse anche il dibattito in Assemblée costituente in materia di diritti sociali, incentrato quasi esclusivamente sulla

---

<sup>1</sup> Inteso in questa sede sia quale movimento di pensiero volto alla limitazione dei poteri e all'affermazione di sfere di autonomia normativamente garantite, sia quale espressione dell'ordine deontico contenuto nelle norme racchiuse nell'atto supremo della Repubblica. Cfr. M. FIORAVANTI, *Costituzionalismo. Percorsi della storia e vicende attuali*, Laterza, Roma-Bari, 2009.

<sup>2</sup> L. MENGONI, *La tutela giuridica della vita materiale nelle varie età dell'uomo*, in *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, 1982, 1120.

<sup>3</sup> L. MENGONI, *La tutela giuridica della vita materiale nelle varie età dell'uomo*, cit., 1125.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

figura del cittadino-lavoratore<sup>5</sup>. In effetti, per assistere a un cambio di passo si dovettero attendere gli anni Ottanta: risalgono a quel periodo non solo la prima legislazione attuativa dei precetti di cui all'art. 32 Cost. e l'ampia (ed eterogenea) normativa regionale in materia di assistenza socio-sanitaria<sup>6</sup>, ma anche il rinnovato interesse verso la condizione giuridica della persona anziana da parte della scienza del diritto privato (che, per prima, si è interrogata sull'opportunità o meno di riformare e/o introdurre norme e istituti specifici)<sup>7</sup> e, infine, l'avvio del percorso di matrice internazionale verso la sua qualificazione come soggetto titolare di specifici

---

<sup>5</sup> Nell'ambito dei lavori dell'Assemblea costituente i riferimenti alla condizione della persona anziana furono assai limitati e del tutto insufficienti per sostenere l'emersione di un dibattito volto a identificare interessi ed esigenze particolari ad essa riferibili (tutto ciò a fronte di un quadro dominato dalla figura del cittadino-lavoratore a cui, non casualmente, in continuità con l'art. 4 Cost., guarda l'art. 38 Cost. nell'attribuire il diritto a che siano "preveduti ed assicurati mezzi adeguati" alle sue esigenze di vita, tra l'altro, in caso di vecchiaia). Ciò nondimeno, non mancarono tuttavia alcuni tentativi di sottolineare la necessità di volgere lo sguardo verso questo tema (anche alla luce di alcune esperienze straniere, come quella francese o sovietica). Sul punto, può essere ricordato, ad esempio, l'intervento dell'on. Aldo Spallicci (PRI, futuro Alto commissario aggiunto per l'igiene e la sanità pubblica) del 21 aprile 1947 il quale prese la parola nell'ambito della discussione in Assemblea su quell'art. 26 del Progetto (il futuro art. 32 Cost.). In quell'occasione, intervenendo anche in qualità di medico, egli sottolineò la portata della salvaguardia disposta dalle norme costituzionali, senz'altro utile argine contro le epidemie, ma altrettanto necessarie per fare fronte alla più generale assistenza sociale «di cui sono segno tangibile gli istituti per la invalidità e la vecchiaia». In tal guisa, dinanzi alla «desolata umanità degli invalidi e dei vecchi che si raccolgono nelle corsie di quegli istituti», a sua volta evocativa di una «sensazione di una rassegnata vecchiaia che, nell'affievolimento degli affetti della famiglia» («una carenza affettiva che anticipa nei congiunti la rituale rassegnazione per il previsto giorno del lutto»), il costituente avanzava una proposta di grande interesse: prevedere un obbligo dei figli a sostenere i genitori che siano incapaci al lavoro per vecchiaia o per invalidità. Una proposta, quella avanzata dall'on. Aldo Spallicci, che trovò spazio qualche giorno dopo (23 aprile) sotto forma di emendamento all'art. 24 del Progetto (il futuro art. 30 Cost.) a nome degli on. Tullio Tomba (PSI) e Alcide Malagugini (PSI) i quali proposero di inserire un comma aggiuntivo volto a sancire il dovere dei figli maggiorenni a provvedere «proporzionalmente alle loro possibilità economiche, al nutrimento ed all'assistenza decorosi dei propri genitori, quando questi per invalidità o vecchiaia non ne abbiano i mezzi necessari».

<sup>6</sup> Sul punto v. LABOS dell'IRS – Ministero dell'Interno, *La politica per gli anziani nella legislazione regionale*, Roma, 1988; AA.VV., *Eutanasia da abbandono. Anziani cronici non autosufficienti. Nuovi orientamenti culturali e operativi*, Rosenberg & Seller, Torino, 1988; P. STANZIONE (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, Jovene, Napoli, 1991, 173 ss.

<sup>7</sup> V. tra i primi contributi S. SAETTA, *La condizione degli anziani alla luce dei principi costituzionali*, in *Rivista diritto del lavoro*, 1, 1978, 162 ss.; G. NAPOLITANO, *Anziani (assistenza agli)*, in *Novissimo Digesto Italiano, Appendice I*, Utet, Torino, 1980, 314-319; L. MENGONI, *La tutela giuridica della vite materiale nelle varie età dell'uomo*, cit.; M. DOGLIOTTI, *I diritti dell'anziano*, in *Rivista trimestrale di diritto e procedura civile*, 1987, 708-719; P. STANZIONE, *Le età dell'uomo e la tutela della persona: gli anziani*, in *Rivista di diritto civile*, 1, 1989, 439 ss. (ma anche in ID. (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, cit., 27 ss., sede in cui sono accolti alcuni dei principali contributi elaborati nell'ambito del diritto privato tra gli anni Ottanta e Novanta, alcuni dei quali già menzionati, e la cui lettura può essere affiancata dall'analisi delle riflessioni contenute nella voce ID., *Anziani (assistenza agli)*, in *Enc. dir., Agg. III*, Giuffrè, Milano, 1999, 112-122); P. PERLINGIERI, *Diritti della persona anziana, diritto civile e stato sociale*, in *Rass. dir. civ.*, 1990, 80 ss.

diritti e non più unicamente come destinataria di misure assistenziali<sup>8</sup>.

Con riferimento a quest'ultimo profilo, un primo intervento organico è quello dell'Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento promossa nel 1982 dalle Nazioni Unite, la quale portò all'approvazione di un Piano d'Azione Internazionale volto a salvaguardare i diritti degli anziani alla luce dei principi contenuti nelle convenzioni sui diritti umani (e.g. la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo e la Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo). Successivamente, con l'obiettivo di promuovere politiche volte a garantire la sicurezza sociale ed economica delle persone senescenti, nel 1991 vennero adottati i Principi dell'ONU per le persone anziane, i quali hanno rappresentato una fonte di traino, sia a livello internazionale che nazionale, per l'impegno degli Stati nel perseguimento di standard condivisi per garantire un invecchiamento sano. Si deve attendere il 2002 per l'adozione, da parte dell'OMS, del concetto di "invecchiamento attivo" quale cardine delle politiche e degli strumenti che necessitano di essere predisposti per favorire «il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, per la partecipazione e la sicurezza, al fine di accrescere e intensificare la qualità della vita nel corso dell'invecchiamento». Più di recente, merita menzione l'istituzione, nel 2010, a opera dell'Assemblea Generale dell'ONU, dell'*Open-Ended Working Group on Ageing*, un gruppo di lavoro volto a monitorare la condizione di anzianità a livello globale, promuovendo il rispetto dei diritti umani e, a cinque anni di distanza, a cura dell'OMS, del primo report globale sull'invecchiamento, funzionale all'adozione, nell'anno successivo, sempre a cura dell'organizzazione internazionale, del *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health*, volto all'integrazione della tutela della condizione di senilità con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030.

Parallelamente, e anche di riflesso, l'invecchiamento della popolazione ha assunto crescente rilevanza in ambito europeo, favorendo il ripensamento delle politiche sociali nell'ottica di garantire una maggiore considerazione delle specificità delle persone anziane. In particolare, a partire dal Consiglio europeo di Lisbona del 2000, le istituzioni dell'Unione hanno avviato un processo di integrazione del fenomeno dell'invecchiamento all'interno dell'agenda politico-normativa, individuando linee di intervento strategiche (e.g. la sostenibilità dei sistemi pensionistici, la garanzia di accessibilità ai servizi essenziali e la promozione dell'invecchiamento attivo).

Ciò nonostante, ad oggi, il quadro giuridico europeo in materia risulta frammentato in quanto manca una normativa specificatamente dedicata alla condizione di senilità. Conseguentemente, a svolgere un ruolo rilevante è l'interpretazione estensiva delle disposizioni della Carta dei diritti fondamentali dell'UE. In particolare, degno di nota è l'art. 25 della Carta, il quale dispone che l'Unione riconosce e

---

<sup>8</sup> Per una sintesi dei primi interventi di rango internazionale v. L. ROSSI CARLEO, M.R. SAULLE, L. SINISCALCHI (a cura di), *La terza età nel diritto interno e internazionale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1997, 249 ss.

rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente, che consenta una partecipazione sociale e culturale attiva. Significativo è inoltre l'art. 34 in quanto riconosce il diritto di accesso a prestazioni di sicurezza sociale e a servizi assistenziali che tutelano i soggetti in situazioni di bisogno legate alla vecchiaia o alla perdita dell'autonomia. La disposizione impone agli Stati membri l'obbligo di garantire, secondo i propri ordinamenti e nel rispetto del diritto dell'Unione, misure idonee a salvaguardare la dignità degli anziani, assicurando loro un'esistenza decorosa anche in assenza di risorse sufficienti, attraverso forme di assistenza economica, sanitaria e abitativa.

## 2. Il processo di invecchiamento... E il suo rilievo costituzionale

Chiarita la parabola che ha portato al superamento della marginalità del tema della senescenza nell'ambito della riflessione giuridica (e, per certi aspetti, dell'agenda politico-istituzionale), residua una certa difficoltà ad inquadrare il tema in sicure coordinate teorico-dogmatiche e ciò a causa delle sue peculiarità.

In termini generali, infatti, l'invecchiamento è un processo biologico caratterizzato dal deterioramento progressivo, correlato al trascorrere del tempo, delle funzioni fisiologiche dell'essere umano, necessarie per la sua sopravvivenza e la sua fertilità. Evidentemente, l'invecchiamento incide su una delle fondamentali componenti della salute (così come intesa in ottica multidimensionale dall'OMS) ma può manifestarsi a vari livelli (da quello molecolare e cellulare fino all'intero organismo) e secondo dinamiche difficilmente generalizzabili. Inoltre, la modalità più efficace per misurare l'effettivo tasso di invecchiamento di una persona in termini di funzionalità e stato di salute non è quella di considerare il periodo di tempo trascorso dalla nascita (l'età anagrafica)<sup>9</sup>, ma corrisponde all'analisi di una serie eterogenea di fattori (ambientali, genetici e relativi allo stile di vita) la cui convergenza è all'origine della nozione di età biologica (che, al contrario dell'età anagrafica, oltre a essere multifattoriale, è suscettibile di evolversi nel tempo).

Ad ogni buon conto, e nel complesso, l'invecchiamento determina uno iato tra le effettive capacità di autodeterminazione degli individui e le performance che, invece, sono necessarie per assicurare loro una buona salute funzionale, coinvolgendo non solo le funzioni e le strutture corporee, ma influenzando la capacità di eseguire un compito o un'azione di particolare rilevanza per l'individuo, così come la sua capacità di interagire in contesti sociali (componenti che, a loro volta, possono essere interessate dall'intervento, in senso migliorativo, peggiorativo o

---

<sup>9</sup> Che, d'altra parte, in quanto dato oggettivo e facilmente misurabile, conserva una particolarmente utilità solo in ambito informativo (demografico, sanitario e assistenziale; tra le più utilizzate, la soglia dei sessantacinque anni, utilizzata da diversi paesi e dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità nelle statistiche e le politiche relative all'invecchiamento, alla quale se ne affiancano altre, come la soglia dei settantacinque e quella degli ottantacinque anni).

neutrale di fattori ambientali o personali, come la condizione sociale o economica della persona).

In definitiva, in quanto processo multifattoriale ed eterogeneo, l'invecchiamento può generare nell'individuo una serie molto diversificata di bisogni che ne esaltano la condizione di vulnerabilità, da intendersi come «tratto peculiare, essenziale dell'essere umano e, insieme, come condizione accidentale, variabile, in quanto legata ai momenti della vita individuale e alle diverse modalità in cui si articolano le relazioni intersoggettive»<sup>10</sup>; condizione che, sviluppandosi entro lo spettro in cui si radicano tanto le esperienze dell'anziano autosufficiente quanto quelle dell'anziano non autosufficiente, non consente di riferirsi agli anziani come un gruppo omogeneo, dando luogo a forme differenziate di bisogni.

In quest'ottica, non può che essere vista con favore la scelta del legislatore di legare – grazie all'art. 27, d.lgs. n. 29/2024 – la definizione di persona anziana non autosufficiente alla valutazione della sua condizione «da effettuare mediante metodologie standardizzate, tenendo anche conto delle indicazioni fornite dalla Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'OMS».

Tra l'altro, operando in tal senso, la norma in oggetto effettua una sorta di “parallelismo” tra condizione di anzianità in ipotesi di non autosufficienza e condizione di disabilità, che risulta calzante proprio in considerazione del modello impiegato dall'OMS dal 2001.

Nonostante vi siano differenze significative tra le due – essendo la disabilità una condizione permanente, legata a menomazioni fisiche o psichiche che, in relazione alle barriere ambientali e sociali, ostacolano la piena partecipazione dell'individuo alla vita sociale, mentre l'anzianità costituisce una fase del ciclo di vita in cui può manifestarsi un progressivo declino funzionale non necessariamente patologico – il richiamo operato dal legislatore consente di superare, anche rispetto alla condizione di senilità, una visione esclusivamente medico-patologica dallo stato bisogno verso un paradigma multifattoriale, in cui giocano un ruolo di primo piano non solo la capacità del contesto sociale di assicurare una piena inclusione nella vita collettiva<sup>11</sup>, anche mediante l'abbattimento di eventuali barriere sociali, ambientali e culturali<sup>12</sup>, ma anche lo stesso inquadramento della

<sup>10</sup> B. PASTORE, *Semantica della vulnerabilità. Soggetto, cultura giuridica*, Giappichelli, Torino, 2021, 5. Sul concetto di vulnerabilità v. altresì i saggi raccolti in O. GIOLO, B. PASTORE (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Carocci, Roma, 2018; M.G. BERNARDINI, B. CASALINI, O. GIOLO, L. RE (a cura di), *Vulnerabilità: etica, politica e diritto*, IF-Press, Roma, 2018. Sul concetto di vulnerabilità e il suo utilizzo rispetto alla condizione della persona anziana cfr. E. PARIOTTI, *Invecchiare: diritti e vulnerabilità*, in A. FUSARO, M. PICCINI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana, Atti del Convegno del 3 e 4 novembre 2023*, Pacini, Pisa, 2024, 9 ss., spec. 14 ss.

<sup>11</sup> F. SANCHINI, *I diritti delle persone con disabilità tra dimensione costituzionale, tutela multilivello e prospettive di riforma*, in *federalismi.it*, 24, 2021, 170.

<sup>12</sup> C. REDÌ, *L'accessibilità nelle politiche per i soggetti disabili*, in E. ROSSI, V. CASAMASSIMA (a cura di), *La politica sociale europea tra armonizzazione normativa e nuova governance*, Pisa University Press, Pisa, 2013, 315 ss.

condizione di senescenza all'interno del più ampio contesto politico-normativo e di giustizia sociale<sup>13</sup>.

In definitiva, a seguito dell'approvazione del d.lgs. n. 29/2024, sembrano essere state poste le premesse per estendere il paradigma valevole per la condizione di disabilità a quella dell'anzianità, determinando da un lato, sul piano delle politiche, la sostituzione (o, quantomeno, l'affiancamento) dell'iniziale logica assistenzialistica con un orientamento che si focalizza sull'inclusione sociale e sulla partecipazione attiva degli anziani; dall'altro, sul piano dell'interpretazione giuridica, anche in virtù della circostanza che il bisogno di tutela del singolo non è più imputabile al solo soggetto, ma coinvolge la collettività nel suo complesso<sup>14</sup>, confermando il nesso tra la condizione senescenza e i principi costituzionali<sup>15</sup>.

Disposizione chiave, in questo senso, è senz'altro l'art. 2 Cost., tramite il quale si riconoscono il principio personalista, pluralista e solidarista. Come è stato opportunamente sottolineato, ponendo non l'uomo in funzione dello Stato ma quest'ultimo in funzione dell'uomo «nel senso che suo fine è di assicurare lo svolgimento della persona umana e di garantirne i diritti»<sup>16</sup>, la disposizione racchiude, idealmente, l'intero progetto costituzionale<sup>17</sup>, orientato alla salvaguardia dell'essere umano considerando la sua (naturale) collocazione all'interno dell'ambito sociale, economico e politico (di qui, il rilievo alle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, *située*), indipendentemente dalle sue condizioni fisiche, psichiche o cognitive<sup>18</sup> e che, quindi, per essere resa effettiva, chiama tutte le articolazioni della Repubblica a uno sforzo egualitario e solidaristico.

In questa prospettiva, anche considerando come lo sviluppo della personalità sia un fenomeno dinamico, suscettibile di articolarsi anche in età avanzata secondo traiettorie diverse, più o meno funzionali (e, come tale, meritevole deve essere salvaguardato rimuovendo le cause che ostano al suo pieno dispiegarsi), accanto all'art. 2 Cost. deve essere collocato l'art. 3, il quale, sin dal richiamo alla "pari dignità sociale", presuppone «una parificazione dei valori riconosciuti ai singoli membri

---

<sup>13</sup> G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità. Profili costituzionali*, FrancoAngeli, Milano, 2020, 56. Sia consentito, sul punto, il rimando a C. BERTOLDI, *Disabilità, tutela costituzionale e cambiamento climatico*, in *BioLaw Journal*, 1, 2024, 111 ss.

<sup>14</sup> C. LEVORATO, *Aspetti giuridici della dignità umana nell'orizzonte della disabilità*, in *Consulta online*, 3, 2019, 669.

<sup>15</sup> L. BUSATTA, *L'universo delle disabilità: per una definizione unitaria di diritto diseguale*, in F. CORTESE, M. TOMASI (a cura di), *La definizione nel diritto. Atti delle giornate di studio 30-31 ottobre 2015*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2016, 339.

<sup>16</sup> C. MORTATI, *Istituzioni di Diritto Pubblico*, I, Cedam, Padova, 1975, 155.

<sup>17</sup> M. FIORAVANTI, *Art. 2*, Carocci, Roma, 2018, 15 ss. Sul dibattito costituyente avente ad oggetto la disposizione v. E. LAMARQUE, *Il Principio personalista*, in M. BENVENUTI, R. BIFULCO (a cura di), *Trattato di diritto costituzionale italiano. I principi fondamentali*, II, Giappichelli, Torino, 2024, 107 ss.; L. CONTE, *I diritti fondamentali*, in M. CAVINO, L. IMARISIO (diretto da), *Trattato di Diritto costituzionale italiano*, VIII, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, 123 ss.

<sup>18</sup> G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità*, cit., 141.

della comunità», finalizzata, per l'appunto, alla continua realizzazione della loro personalità<sup>19</sup>.

Del resto, oltre a imporre all'autorità pubblica di «operare contro situazioni economiche, culturali e morali degradanti, e che giustificerebbero che alcuni cittadini siano considerati indegni del trattamento sociale riservato alla generalità degli altri cittadini»<sup>20</sup>, il principio espresso dall'art. 3 Cost. impone alla Repubblica di disporre e provvedere nei confronti dei cittadini, considerandone la specifica collocazione sociale, facendo sorgere, anzitutto in capo al potere pubblico (*in primis*, il legislatore), l'obbligo di disciplinare ogni singola situazione soggettiva valutandone l'"autentica specificità"<sup>21</sup>.

A sua volta, come accennato, ciò si traduce nell'eguale diritto di tutti gli appartenenti alla comunità repubblicana di richiedere che il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili (e dei doveri inderogabili) sia resa effettiva mediante un controbilanciamento tra la logica dell'*uguaglianza formale*, ossia l'eguale trattamento giuridico-politico<sup>22</sup>, e quella *sostanziale*, che si realizza mediante il perfezionamento della rimozione di tutte quelle barriere (formali e materiali) che impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori

<sup>19</sup> Sul punto cfr. M. CAVINO, *Dignità e costituzione. La centralità del lavoro per il pieno sviluppo della persona umana*, in G.P. DOLSO (a cura di), *Dignità, eguaglianza e Costituzione*, EUT, Trieste, 2019, 11-12.

<sup>20</sup> C. ESPOSITO, *Eguaglianza e giustizia nell'art. 3 della Costituzione*, in ID., *La Costituzione italiana. Saggi*, Cedam, Padova, 1954, 62.

In questa cornice, il riferimento al parametro della dignità sociale contribuisce a orientare il processo costituzionalmente necessario di "liberazione" dai bisogni (su cui v. E. ROSSI, *Bisogni, diritti e Costituzione*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2024, 305 ss.), garantendo la creazione di una sfera di "libertà da", come "non impedimento") e "promozione" dell'essere umano (creando i presupposti per l'edificazione di una sfera di autodeterminazione volitiva) mediante la garanzia dell'effettivo esercizio delle libertà riconosciute imponendo al potere pubblico di valutare la concretezza delle condizioni di vita di ciascuno (su questo profilo cfr. N. OCCHIOUPO, *Liberazione e promozione umana*, Giuffrè, Milano, 1984, 59; B. CARAVITA, *Oltre l'uguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3 comma 2 della Costituzione*, Cedam, Padova, 1984, 64; P. RIDOLA, *Libertà e diritti nello sviluppo storico del costituzionalismo*, in R. NANIA, P. RIDOLA (a cura di), *I diritti costituzionali*, I, Giappichelli, Torino, 2006, 128 ss.). Pertanto, non stupisce che questo parametro sia stato evocato proprio dai più recenti studi costituzionalistici sulla disabilità per legittimare la tutela di quei soggetti una volta definiti "più deboli" (S. PANUNZIO, *Il cittadino handicappato psichico nel quadro costituzionale*, in *Rassegna di diritto civile*, 2, 1986, 359), richiamando, tra l'altro, necessità di soffermarsi sull'opportunità di leggere la concezione antropologica che fa da sfondo al disegno costituzionale alla luce del paradigma della vulnerabilità (sul punto v. G. ARCONZO, *I diritti delle persone con disabilità*, cit., 141; E. VIVALDI, *Disabilità mentali e vita indipendente. Percorsi di attuazione del principio personalista*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2023, 40-41).

<sup>21</sup> E. DI CARPEGNA BRIVIO, *Pari dignità sociale e Reputation scoring. Per una lettura costituzionale della società digitale*, Giappichelli, Torino, 2024, 44 ss.

<sup>22</sup> Sotto questo profilo, l'art. 3 Cost. nega la legittimità di tutte quelle forme di discriminazione che si basano sull'età (e che sono ricomprese all'interno del termine di "ageismo", sulla cui portata concettuale v. L. SAVARINO, M. NOFISS, voce *Ageismo*, in *Enciclopedia Italiana di Scienze, Lettere ed Arti – Undicesima Appendice*, Istituto della Enciclopedia Italiana Treccani, Roma, 2024, 44 ss.).

all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese<sup>23</sup>.

Ciò posto, accanto agli artt. 2 e 3 Cost., anche l'art. 4 Cost. rappresenta un principio che contribuisce a "illuminare" la condizione dell'anziano all'interno del nostro ordinamento.

Infatti, nell'ottica costituzionale, la promozione dell'essere umano deve passare attraverso la partecipazione alla vita economica, politica e sociale, esigendo tanto l'inserimento sociale<sup>24</sup> quanto il suo mantenimento attraverso i diversi vettori a disposizione, tra cui, in *primis*, il lavoro.

In questo senso, il lavoro è una manifestazione della personalità – «ogni esplicamento dello spirito, in quanto attività, siano i suoi fini meramente teoretici o altrimenti pratici. L'atto dello spirito che comunque intenda sé o le cose, che le cose ponga o trasformi, è lavoro»<sup>25</sup> – nonché atto di adesione alla comunità repubblicana, alla quale tutti i lavoratori sono chiamati a concorrere, contribuendo al progresso materiale o spirituale della società, secondo le proprie possibilità e la propria scelta.

Ciò posto, tra i lavoratori devono essere considerati anche i pensionati ai quali viene comunque chiesto, nell'ambito delle loro possibilità e attitudini, di partecipare allo sviluppo materiale e spirituale della società, almeno fino a quando questa loro partecipazione non va a detrimento della loro stessa persona, risultando in qualche modo incompatibile con le conseguenze del processo di invecchiamento. Fino a quel momento, il lavoratore ha il diritto e il dovere di partecipare al progresso della società: attività che egli può realizzare in forme e modi diversi, secondo le proprie (e mutevoli) attitudini e condizioni, ben potendo passare dalla sfera materiale a quella spirituale (e viceversa), agendo anche al di fuori delle logiche proprie del mercato del lavoro (ad esempio, svolgendo attività a titolo gratuito).

Contribuiscono alla realizzazione di questo principio alcune norme del nostro ordinamento, tra le quali si ricorda, in ambito previdenziale, l'art. 19, d.l. n. 112/2008, con il quale si è sancita l'integrale cumulabilità, dal 1° gennaio 2009, delle pensioni di anzianità (a carico di tutte le forme di assicurazione obbligatoria) con i redditi da lavoro autonomo e dipendente (principio che, come noto, sopporta una serie di eccezioni, a seconda della condizione soggettiva del soggetto).

Alla stessa prospettiva fanno riferimento gli artt. 6 e 11, d.lgs. n. 29/2024 laddove si prevede una serie di attività volte a favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, promuovendo, altresì in tale contesto, lo

---

<sup>23</sup> Sulle diverse dimensioni che compongono il paradigma dell'"uguaglianza delle condizioni" v. G. SARTORI, *Democrazia. Che cos'è*, Rizzoli, Milano, 2007, 178 ss.

<sup>24</sup> F. PIZZOLATO, *Il minimo vitale. Profili costituzionali e processi attuativi*, Giuffrè, Milano, 2004, 82.

<sup>25</sup> F. BATTAGLIA, *Filosofia del lavoro*, Zuffi, Bologna, 1951, 173, lavoro che – come noto – viene accostato (per *differentiam*) al concetto di gioco: «[il gioco] si distingue dal lavoro perché, mentre quest'ultimo è manifestazione della volontà di partecipare con pienezza alla vita della comunità, esso rappresenta l'esigenza di isolarsi da quella stessa comunità e dai vincoli doverosi che la partecipazione impone» (M. CAVINO, *Diritto costituzionale del lavoro*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025, 25-26, nt. 18).



scambio intergenerazionale, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana, coinvolgendo, anche sulla base di un'attività di programmazione da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri, non solo gli enti territoriali ma anche gli istituti del sistema nazionale di istruzione e le università e Enti del terzo settore<sup>26</sup>.

Si faccia attenzione. Anche nel momento in cui l'invecchiamento rende incompatibile la partecipazione alla vita economica, politica e sociale dell'essere umano non vengono meno i compiti della Repubblica. Infatti, benché il lavoro sia il primo vettore di cittadinanza sociale, esso non è l'unico strumento che può consentire al soggetto di essere parte della comunità repubblicana (e che, come tale, deve essere salvaguardato normativamente). Di questo elemento sembra essere consapevole il legislatore che, oltre alle misure già ricordate, ha posto le premesse per contrastare l'affievolirsi dei legami sociali della popolazione in corso di invecchiamento mediante progetti di alfabetizzazione informatica e digitale, oltre che promuovendo progetti di *cohousing* (artt. 11-20, d.lgs. n. 29/2024).

Incidentalmente, come suggeriscono le considerazioni concernenti il principio lavoristico, ad oggi, la caratteristica di quello che, in termini generali, siamo portati a considerare il "diritto degli anziani" (*elderly law*) è la sua trasversalità che, in virtù della centralità della persona nella Costituzione e, parallelamente, della costituzionalizzazione dell'ordinamento, è suscettibile di riguardare istituti e norme che afferiscono ad ambiti molto eterogenei dell'ordinamento – tributario, socio-sanitario e della sicurezza sociale, civile e familiare, oltre che quello europeo e internazionale – in teoria tutti quelli che rispondono alle (mutevoli) esigenze dei soggetti che, in forme e modi diversi, sono caratterizzati dal processo di invecchiamento<sup>27</sup>.

La conseguenza di questo "intreccio" intra-ordinamentale (oltre che inter-ordinamentale) è duplice: la condizione giuridica degli anziani è determinata dalle mutevoli dinamiche che caratterizzano i vari ambiti del nostro ordinamento; di contro,

---

<sup>26</sup> I quali, d'altra parte, come rilevato dalla Corte costituzionale, da ultimo, nelle sentenze n. 201/2024 e n. 72/2022, sono «rappresentativi della "società solidale"» (sentenze n. 52/2021 e n. 131/2020) e si radicano «in una dimensione che attiene ai principi fondamentali della nostra Costituzione, in quanto espressione di un pluralismo sociale rivolto a perseguire la solidarietà che l'art. 2 Cost. pone «tra i valori fondanti dell'ordinamento giuridico» (sentenza n. 75/1992) e a concorrere all'«eguaglianza sostanziale che consente lo sviluppo della personalità, cui si riferisce il secondo comma dell'art. 3 della Costituzione» (sentenza n. 500/1993).

<sup>27</sup> Di recente v. le riflessioni, oltre che nel già citato volume di A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., di B. GARDELLA TEDESCHI nel volume V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, il Mulino, Bologna, 2021, spec. 181 ss., oltre che C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto. Invecchiamento della popolazione e tutela degli anziani in prospettiva comparatistica*, Giappichelli, Torino, 2022; C. SANGALLI, M. TRABUCCHI (a cura di), *Età anziana: tempo di diritti e responsabilità*, il Mulino, Bologna, 2023; i contributi di FUSARO, GIROLAMI, CALABRESE, GIOVA, RONDONO, EPIFANIA e GORI nel volume C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme nella società anziana. Considerazioni multidisciplinari sulla domanda di assistenza degli anziani in Italia*, il Mulino, Bologna, 2024.

lo stesso insieme di ragionamenti che mediante la produzione, l'interpretazione e l'applicazione normativa recepiscono e istituzionalizzano eventuali e specifiche esigenze afferenti alla senescenza sono in grado di alterare, in virtù del loro fondamento costituzionale, l'interpretazione delle norme in altri rami dell'ordinamento, creando conseguenze anche nei rapporti tra privati.

### 3 La tutela dell'anziano (e i suoi limiti) nell'ambito familiare

Un contesto in cui questa dinamica è particolarmente evidente è quello della famiglia.

Quest'ultima, infatti, rappresentando il luogo primario in cui si realizza l'inclusione sociale della persona<sup>28</sup>, sembra essere una delle principali sedi ove è possibile fronteggiare le complessive esigenze del soggetto "vulnerabile", «connotando in senso affettivo e relazionale una prestazione di tipo assistenziale che chiunque in via astratta potrebbe adempiere, seppur in modo meno globalmente rispondente alle molteplici esigenze della persona»<sup>29</sup>.

La specificità del legame familiare nell'ambito della tutela degli anziani si rinviene nel principio di solidarietà, quale aspetto caratterizzante della natura stessa del rapporto<sup>30</sup>, dove la cura – e, pertanto, il supporto materiale e psicologico – assume rilevanza decisiva. La famiglia viene infatti riconosciuta dalla Costituzione come nucleo di individui con una qualificazione e una funzione peculiare rispetto alle altre formazioni sociali<sup>31</sup>, da esse distinguendosi per la natura dei rapporti che si creano tra i suoi componenti, i quali la rendono luogo primario di sviluppo della personalità dei membri che la compongono<sup>32</sup>. Il nesso fisiologico della famiglia con i principi racchiusi negli artt. 2 e 3 Cost.<sup>33</sup> ne evidenzia il ruolo chiave rispetto alla promozione dell'individuo<sup>34</sup>. Ed è proprio questa specificità a determinare la

---

<sup>28</sup> M. BESSONE, G. ALPA, A. D'ANGELO, G. FERRANDO, *La famiglia nel nuovo diritto. Dai principi della Costituzione alla riforma del codice civile*, Zanichelli, Bologna, 1980, 19, ove gli Autori osservano come «la famiglia appare innegabilmente come "formazione sociale" ove si svolge la personalità dei singoli, di cui la repubblica tutela i diritti inviolabili, e, ancora prima, cellula sociale nella quale debbono dissolversi le profonde contraddizioni della società italiana, ineguale e discriminatoria».

<sup>29</sup> M.N. BUGETTI, *Riflessioni sul ruolo della famiglia nella cura degli anziani (anche in riferimento a un recente intervento del legislatore cinese)*, in *Famiglia e Diritto*, 12, 2013, 1160.

<sup>30</sup> Cfr. M. CAFERRA, *Famiglia e assistenza. Il diritto della famiglia nel sistema della sicurezza sociale*, III ed., Zanichelli, Bologna, 2003, 18.

<sup>31</sup> Cfr. F. REMOTTI, *Famiglia, matrimonio e parentela in etnologia*, in *Digesto delle discipline privatistiche*, Utet, Torino, 1994, 211 ss.

<sup>32</sup> In quest'ottica la famiglia è stata qualificata come "comunità necessaria" (G. LOMBARDI, *Potere privato e diritti fondamentali*, Giuffrè, Milano, 1970, 121 ss.).

<sup>33</sup> L. CONTE, *La famiglia. Istituti e istituzione nella prospettiva costituzionale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2020, 71 ss.

<sup>34</sup> Nel richiedere che l'ordinamento dispieghi tutte le proprie potenzialità giuridiche e sociali a

creazione di un canale privilegiato in cui i diritti e i bisogni dei singoli trovano, a fronte dell'impegno del nucleo familiare, concreta soddisfazione. In altre parole, l'assistenza e la cura della persona vulnerabile – tra cui si annovera, in via generalizzata, la categoria degli anziani – appaiono rientrare tra i bisogni di cui la famiglia si fa carico in via preferenziale<sup>35</sup>.

Ciò nonostante, manca, all'interno dell'ordinamento giuridico, un puntuale riferimento normativo rispetto al bisogno dell'anziano di ricevere assistenza in questo contesto e, in particolare, nell'ambito del rapporto di filiazione, non potendosi ricondurre a specifiche disposizioni il dovere di cura dei figli nei confronti dei genitori. Alla prole non è infatti attribuibile alcun dovere in questo senso, se non quello, di carattere puramente patrimoniale, di cui all'art. 433 c.c., il quale pone in capo agli stessi – qualora non conviventi – un'obbligazione alimentare nell'ipotesi in cui al genitore, versando in uno stato di bisogno, manchino i mezzi sufficienti a soddisfare i propri bisogni primari<sup>36</sup>.

Contrariamente a quanto previsto per il coniuge dall'art. 143 c.c., il figlio non è onerato dall'obbligo di assistenza morale e materiale dei propri genitori. Sebbene vi sia stato un tentativo di ricavare un generale diritto del genitore anziano di ricevere assistenza da parte della prole dal quarto comma dell'art. 315-*bis* c.c., il quale prevede che quest'ultima debba contribuire al mantenimento della famiglia finché con essa conviva, la dottrina maggioritaria ritiene che la norma non sia in grado di prefigurare un obbligo giuridico in senso stretto sulla scorta dell'inesistenza di una sanzione in caso di inadempimento, qualificando il dovere in esame unicamente sul piano morale<sup>37</sup>. Pertanto, nonostante la norma «superi le anguste strettoie delle prestazioni di carattere patrimoniale, essa difficilmente può costituire fondamento per la individuazione di un generale obbligo di assistenza dei figli nei confronti dei genitori»<sup>38</sup>, configurando piuttosto una forma di «solidarietà spontanea»<sup>39</sup>.

Dinanzi ai limiti della normativa di matrice privatistica, sono le previsioni

---

tutela dei diritti inviolabili dell'uomo – tanto come individuo quanto come parte di una formazione sociale – l'art. 2 della Carta conferisce ulteriore fondamento alla funzione promozionale della famiglia, tanto da essere definito da autorevole dottrina quale «matrice di tutte le libertà civili» (P. BARILE, *Diritti dell'Uomo e libertà fondamentali*, il Mulino, Bologna, 1984, 56).

<sup>35</sup> M.N. BUGETTI, *Riflessioni sul ruolo della famiglia nella cura degli anziani*, cit., 1158-1159.

<sup>36</sup> S. GIOVA, V. ROTONDO, M. EPIFANIA, *La protezione legale nelle relazioni di cura degli anziani*, in C. TOMASSINI, M. ALBERTINI, C. LALLO (a cura di), *Avanzare insieme nella società anziana. Considerazioni multidisciplinari sulla domanda di assistenza agli anziani in Italia*, il Mulino, Bologna, 2024, 172.

<sup>37</sup> M. FINOCCHIARO, *Diritto di famiglia*, II, Giuffrè, Milano, 1984; L. FERRI, *Della potestà dei genitori*, in A. SCIALOJA, G. BRANCA (a cura di), *Commentario al Codice Civile*, Zanichelli, Bologna-Roma, 1988, 24 ss.; P. VERCELLONE, *La potestà dei genitori*, in G. COLLURA, L. LENTI, M. MANTOVANI (a cura di), *Trattato di diritto di famiglia. Filiazione*, II ed., Giuffrè, Milano, 2012, 950 ss.

<sup>38</sup> M.N. BUGETTI, *Riflessioni sul ruolo della famiglia nella cura degli anziani*, cit., 1156.

<sup>39</sup> M.N. BUGETTI, *La solidarietà tra genitori e figli e tra figli e genitori anziani*, in *Famiglia*, 3, 2017, 319 ss.

costituzionali a tornare a ricoprire un ruolo chiave<sup>40</sup>. In particolare, il principio di solidarietà riveste una funzione di primo piano nel legittimare un obbligo di cura in ambito familiare.

Da un lato, l'art. 2 della Carta, quale criterio ordinante dell'agire sociale, funge da strumento idoneo a valorizzare il ruolo affettivo e relazionale della famiglia come nucleo primario di protezione e promozione della persona. L'assenza di previsioni normative specifiche non esclude, dunque, la sussistenza di un obbligo sostanziale che trova anche in questo rapporto – e, più precisamente, nel vissuto di reciprocità che connota il legame genitori-figli – un luogo di attuazione spontanea, ma non per questo meno rilevante, delle istanze solidaristiche. Come osservato, la famiglia si configura infatti come sede privilegiata per l'estrinsecazione dei doveri di cura, i quali, seppur non codificati in disposizioni di dettaglio, si radicano nei principi fondamentali dell'ordinamento.

Dall'altro, la rilettura del diritto civile alla luce del riconoscimento, fatto proprio dal testo costituzionale, dell'inscindibilità della dimensione solidaristica dalla natura umana consente di attestare, anche in ambiti tradizionalmente ritenuti impermeabili ai valori costituzionali per il loro elevato tecnicismo – come appunto quello del diritto civile –, la ragionevole esistenza di una logica intrinsecamente relazionale, riconducibile proprio alla matrice assiologica della solidarietà costituzionale<sup>41</sup>.

L'impostazione suggerita permette inoltre di superare il nodo critico relativo al rischio che l'attribuzione di rilevanza pubblicistica alla famiglia si possa tradurre in una sua strumentalizzazione, quale pretesa del suo operare come ammortizzatore sociale o, peggio, come sostituto delle – mancate – risposte istituzionali ai bisogni degli individui vulnerabili<sup>42</sup>. Tale pericolo, che si manifesta nella prospettiva di una sussidiarietà meramente residuale e funzionale, in cui alla famiglia verrebbe imposto un carico eccessivo di compiti in modo unilaterale e passivo, può essere efficacemente scongiurato riconoscendo alla stessa un ruolo attivo nella definizione degli obiettivi e delle priorità della programmazione pubblica<sup>43</sup>. In quest'ottica, la

---

<sup>40</sup> Per un puntuale approfondimento del rapporto tra diritto costituzionale e diritto civile in ambito familiare è possibile fare riferimento a L. CONTE, *La famiglia. Istituti e istituzione nella prospettiva costituzionale*, cit., 79 ss. Più in generale, sul nesso tra diritto pubblico e diritto privato, cfr. P. PERLINGIERI, *Norme costituzionali e rapporti di diritto civile*, in *Rassegna di diritto civile*, 1, 1980, 95 ss.; P. SIRENA, *Diritto privato e diritto pubblico in una società basata sulle libertà individuali*, in *Riv. dir. civ.*, 1, 2017, 104 ss., nonché, secondo un angolo visuale diverso, v. N. BOBBIO, *Pubblico/privato*, in *Enciclopedia*, XIII, Einaudi, Torino, 1981, ora in *Id.*, *Stato, governo, società. Per una teoria generale della politica*, Einaudi, Torino, 1985, 3 ss.; B. SORDI, *Diritto pubblico e diritto privato. Una genealogia storica*, il Mulino, Bologna, 2020.

<sup>41</sup> M. PENNASILICO, *Legalità costituzionale e diritto civile*, in *Rassegna di diritto civile*, 3, 2011, 848 ss.

<sup>42</sup> T. VECCHIATO, *La famiglia soggetto di politica sociale*, in *Servizi sociali*, 4, 1999, 17.

<sup>43</sup> P. DURET, *Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Giuffrè, Milano, 2007, 381.

sussidiarietà si configura dunque come condivisione di funzioni e responsabilità, in una logica collaborativa che valorizza il contributo della famiglia senza deresponsabilizzare l'intervento pubblico.

Come acutamente osservato, pare dunque «più corretto, mutando angolo visuale, non limitarsi a registrare in che termini la famiglia si configuri come *provider* di assistenza alla persona non autonoma, e considerare invece quale sia il fondamento e la ragione ultima della *peculiarità* del ruolo che le è – non già attribuito, ma – *riconosciuto*»<sup>44</sup>.

In quanto “società naturale”, la famiglia preesiste all'ordinamento statale e gode del riconoscimento di una sfera di autonomia propria, intesa come ambito intangibile e non suscettibile di ingerenze arbitrarie da parte del potere pubblico, nell'ambito della quale è certamente riconducibile la cura dei propri membri in condizione di fragilità, come nel caso della popolazione anziana. Tuttavia, l'ampiezza di questa sfera di autonomia non è assoluta, ma va ricostruita alla luce dell'intero dettato costituzionale, trovando un limite endogeno nei casi di manifesta inadeguatezza della famiglia stessa a garantire la tutela degli interessi dei suoi componenti. È in tali ipotesi – e solo in via integrativa o suppletiva – che l'intervento pubblico può legittimamente estendersi anche all'organizzazione interna dei rapporti famigliari, senza tuttavia snaturarne la funzione originaria<sup>45</sup>.

Nel caso specifico della cura degli anziani, questo implica che il principio di solidarietà, oltre a fungere da fondamento dell'impegno del nucleo familiare, debba altresì orientare l'azione pubblica verso un modello integrato e rispettoso delle prerogative di quest'ultimo, intervenendo laddove esse risultino insufficienti o eccessivamente onerose, sia in termini morali che materiali, ma senza sostituirsi in modo sistemico o deresponsabilizzante. In tale equilibrio tra autonomia familiare – la quale necessariamente racchiude, allo stesso tempo, l'autonomia del singolo di condurre liberamente la propria esistenza senza patire un *vulnus* tale da compromettere lo sviluppo della sua personalità – e responsabilità collettiva si manifesta, in ultima analisi, la vera portata costituzionale del ruolo della famiglia nella protezione della persona vulnerabile: non semplice strumento delegato, ma co-protagonista del sistema di *welfare*.

---

<sup>44</sup> M.N. BUGETTI, *Riflessioni sul ruolo della famiglia nella cura degli anziani*, cit., p. 1159. Corsivo nel testo della citazione. Sul riconoscimento delle formazioni sociali nel testo costituzionale non può essere omissa il riferimento a E. CROSA, *Diritto costituzionale*, Unione Tipografica-Editrice Torinese, Torino, 1955 e a E. ROSSI, *Le formazioni sociali nella Costituzione italiana*, Cedam, Padova, 1989.

<sup>45</sup> V. TONDI DELLA MURA, *Famiglia e sussidiarietà, ovvero: dei diritti (sociali) della famiglia*, in *Diritto e Società*, 4, 2005, 519-560.

# Il diritto alla vita indipendente delle persone anziane: un “nuovo pianeta”? \*

Paolo Addis e Maria Giulia Bernardini\*\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Soggetti (vulnerabili) di diritto. – 3. Il diritto alla vita indipendente: profili generali. – 4. Il diritto alla vita indipendente per le persone anziane. – 5. Un “nuovo pianeta” giuridico?

**ABSTRACT:** The transformation of the social and urban framework is bringing to the fore new needs and interests that call for recognition and protection, as well as forms of subjectivity hitherto “unexpected”, which had been relegated to the margins of public discourse and the law. Among them are older persons. Nowadays old age is the object of a profound rethinking. Whereas, in the past, invisibility of older persons was the rule and the private sphere was their natural and almost exclusive “space of presence”, today there is an increasingly understanding that they are fully capable of participating in society. Older persons thus claim their rights, including the right to independent living. Our reflections, conducted from the perspective of the philosophy of law and comparative public law, aim to highlight certain aspects that appear to be particularly important in this regard. After a brief overview of the “spaces” thus far recognized for older persons within the legal sphere, we focus on the implications arising from the consideration of such individuals as subjects in situations of vulnerability. Then, we recall the genesis and the constituent elements of the right to independent living, which may be understood as a legal technique through which to recognize and give effect to the “right to inhabit”. Finally, we seek to outline certain contextual changes that we consider necessary in order to ensure the effective realization of this right.

## 1. Introduzione

Il tempo presente è attraversato da molte “sfide”, tra le quali spiccano l’invecchiamento della popolazione e l’urbanizzazione<sup>1</sup>. Il mutamento del quadro sociale

---

\* Il lavoro è frutto del lavoro congiunto dell’autore e dell’autrice. Tuttavia, i parr. 1, 2 e 5 sono da attribuire a Maria Giulia Bernardini, mentre i parr. 3 e 4 a Paolo Addis. Si riconosce il sostegno finanziario nell’ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNR), Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1, Bando di gara n. 1409 pubblicato il 14.9. 2022 del Ministero dell’Università e della Ricerca (MUR), finanziato dall’Unione Europea – NextGenerationEU – *Il diritto alla vita indipendente come nuova frontiera della giustizia: anziani, spazi urbani e diritto* – P20228MERB – CUP F53D23011960001 – Decreto di assegnazione del contributo n. 1375 adottato il 01/09/2023 dal Ministero dell’Università e della Ricerca (MUR).

\*\* Dottore di ricerca in Diritto pubblico e dell’economia, Università di Pisa, Professoressa Associata in Filosofia del diritto, Università degli Studi di Ferrara.

<sup>1</sup> Non a caso, il XXI secolo è noto come “secolo delle città” o finanche, come ha osservato Zevi,

e urbano sta facendo emergere nuovi bisogni e interessi che chiedono riconoscimento e protezione, nonché soggettività finora “impreviste”<sup>2</sup>, prima collocate ai margini del discorso e del diritto. Tra queste ultime figurano anche le persone anziane, sempre più al centro dei dibattiti pubblici e destinatarie dell’attenzione delle istituzioni, come rivela il tentativo, finora incompiuto, di costruire un sistema di *welfare* che sia in grado di rispondere anche alle esigenze di coloro che sono qualificati come “non autosufficienti”, riconoscendone il diritto di essere assistiti in modo adeguato e integrato<sup>3</sup>.

In questo periodo di cambiamento, l’età senile – unitamente ai concetti ad essa collegati, a partire dalla nozione di vulnerabilità – è oggetto di un profondo ripensamento. Nonostante non possano ancora ritenersi del tutto superate, le rappresentazioni della vecchiaia imperniate sul naturale declino psicofisico dell’anziano e sul suo conseguente disimpegno appaiono fortemente in crisi, mentre i “nuovi paradigmi” dell’invecchiamento, tra i quali si distinguono l’*active* e l’*healthy ageing*<sup>4</sup>, stanno portando al consolidamento dell’idea che l’ultimo tempo della vita possa e debba essere oggetto di un protagonismo forse finora inedito.

Così, mentre in passato l’invisibilità (o, forse più propriamente, l’invisibilizzazione) delle persone anziane era la regola e la sfera privata ne costituiva il naturale e pressoché unico “luogo di presenza”, data la sua profonda connessione con la *care* – il che comportava la sostanziale esclusione di chi fosse anziano dall’ordine sociale e dalla dimensione pubblica, ossia l’ambito in cui i soggetti acquistano visibilità, possono avere parola e ambire a un pieno riconoscimento –, oggi per tali individui si dischiudono molteplici spazi di presenza e di partecipazione.

È sempre più diffusa, infatti, l’idea che questi soggetti siano pienamente in grado di partecipare alla società e di fornirvi il proprio contributo, soprattutto nell’ambito del *welfare* informale. Affrancati dalla connessione necessaria con la passività e con l’inevitabile dipendenza, tali individui – o, più precisamente, la coorte di coloro che sono considerati attivi<sup>5</sup> – appaiono arendtianamente nello spazio pubblico,

---

“delle città globali”. Sulla città come spazio politico, cfr. G.M. LABRIOLA (a cura di), *La città come spazio politico, tessuto urbano e corpo politico: crisi di una metafora*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2016; sul secolo delle città globali, A.T. ZEVI (a cura di), *The Century of global cities. How urbanisation is changing the world and shaping our future*, Ledizioni, Milano, 2019.

<sup>2</sup> L’espressione è notoriamente da attribuirsi a C. LONZI, *Sputiamo su Hegel*, et al. Edizioni, Roma, 1970.

<sup>3</sup> Il riferimento è alla legge n. 33/2023.

<sup>4</sup> Sui paradigmi dell’invecchiamento, si veda A. SERPE, *Active Ageing tra scienza e diritto. Trionfo o sfida?*, in D. VELO DALBRENTA (a cura di), *Invecchiamento della popolazione e passaggi generazionali. I: Questioni critiche*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 179-211.

<sup>5</sup> All’atto pratico, infatti, la presenza di modelli euristiche dell’età senile tra loro radicalmente diversi produce un effetto selettivo proprio in relazione al riconoscimento dei soggetti e dei loro diritti. Favorendo la polarizzazione tra coorti di anziani – quelli ritenuti in grado di affrancarsi da passività, dipendenza e cura (gli anziani attivi) e quelli considerati incapaci di farlo (perlopiù considerati “non autosufficienti”) – la compresenza dei diversi paradigmi dell’invecchiamento si riverbera anche sulla

rivendicano i propri diritti e si appropriano di spazi finora loro preclusi, come quello urbano.

Questo rilevante mutamento di prospettiva induce a considerare l'invecchiamento una questione politica, che interroga da vicino anche il diritto, data l'intima connessione che notoriamente sussiste tra i due<sup>6</sup>; invero, l'invecchiamento può essere considerato una “funzione condivisa, dialettica, plurale, democratica, di orientamento del diritto [...] verso un disegno di società, che [...] sia la più giusta possibile”<sup>7</sup>. La sfera dell'*abitare* delle persone anziane – un ambito attraversato da tensioni interne, dovute alla compresenza tra spinta emancipazionista e residui segregazionisti – permette di soffermarsi proprio su questa irrinunciabile funzione dell'invecchiamento.

Le nostre riflessioni, condotte nella duplice prospettiva della filosofia del diritto e del diritto pubblico comparato, mirano a mettere in rilievo alcuni aspetti che ci appaiono salienti. Dopo un breve inquadramento relativo agli *spazi* finora riconosciuti alle persone anziane nella sfera giuridica, ci soffermeremo sulle implicazioni – parimenti *spaziali* – che conseguono al fatto di considerare le persone anziane quali soggetti vulnerabili. In seguito, richiameremo la genesi e gli elementi costitutivi del diritto alla vita indipendente, che può essere considerato una tecnica attraverso la quale riconoscere rilievo propriamente giuridico all'evocativo *diritto all'abitare*, argomentando sulla sua applicabilità anche alle persone anziane. Infine, proveremo a individuare alcune delle principali implicazioni di questo diritto, mettendo in rilievo gli elementi che ci paiono più significativi per la garanzia del loro *libero abitare*.

## 2. Soggetti (vulnerabili) di diritto

Oggigiorno è sempre più diffusa la tendenza a considerare le persone anziane come titolari dei diritti in condizioni di eguaglianza rispetto agli altri consociati, tanto che, dopo un periodo di quiescenza, le Nazioni Unite hanno dato nuovo impulso all'iter diretto all'elaborazione di una convenzione internazionale che ne tuteli specificamente i diritti umani<sup>8</sup>.

Questa tendenza può essere considerata una novità. Nel recente passato, infatti, l'attenzione all'età senile era sostanzialmente confluita all'interno di norme settoriali,

---

possibilità di ambire all'inclusione sociale. Sui rischi sottesi ai “nuovi modelli” di invecchiamento, cfr. A. WALKER, *The new ageism*, in *Political Quarterly*, 83 (4), 2012, 812-819.

<sup>6</sup> Per un'introduzione al tema, B. PASTORE, *Decisioni, argomenti, controlli*, Giappichelli, Torino, 2025.

<sup>7</sup> Cfr., M. CAMPEDELLI, *Invecchiamento tra capacità e disuguaglianze. Spunti di riflessione*, in *Questione Giustizia*, 3-4, 2011, 105-124, 109.

<sup>8</sup> Cfr. Open-Ended Working Group on Ageing, *Report of the Open-ended Working Group on Ageing on its Fourteenth Session*, doc. A/AC.278/2024/2, maggio 2024.



relative alla sfera previdenziale, all'assistenza sociosanitaria o alla tutela dei "gruppi vulnerabili", probabilmente come riflesso della concezione medica e incapacitante relativa all'ultimo stadio della vita che era (e in parte è ancora) socialmente diffusa. Su questa base, il diritto moderno ha contribuito a forgiare l'immagine della persona anziana come improduttiva, fragile, bisognosa di cura, assistenza e protezione.

È difficile essere sorpresi da questa circostanza. Gli studi sulla genealogia del soggetto di diritto e le teorie critiche del diritto hanno ampiamente messo in luce come, dietro la sua apparente astrattezza, sin dalle origini tale costruito giuridico presentasse precise caratteristiche antropologiche, tra le quali figurano la piena razionalità e un'autonomia che era strettamente collegata all'indipendenza, quando non ad essa equiparata<sup>9</sup>. Se il soggetto di diritto *in senso proprio* – quello di norma indicato come "liberale" – era razionale, autonomo e indipendente, era diffusa la convinzione che coloro che venivano qualificati come vulnerabili non fossero pienamente razionali, né tantomeno autonomi o capaci. Le implicazioni di questa mancanza sul piano del diritto positivo erano considerate necessarie: più i (gruppi di) soggetti vulnerabili non esibivano le caratteristiche del soggetto liberale, più risultava giustificata l'apposizione di rilevanti limiti all'esercizio dei loro diritti, quando non il loro totale diniego<sup>10</sup>. In una prospettiva critica, questo regime giuridico diversificato si traduceva pertanto in una vera e propria "gerarchizzazione" delle soggettività, che si estendeva anche agli spazi di "legittima presenza": l'unica dimensione accessibile e vivibile per chi fosse vulnerabile era quella privata, tradizionalmente connessa alla *care* e all'invisibilità sociale.

Grazie alla riflessione delle teorie critiche, alle quali si deve anche l'affermazione del *vulnerability turn*<sup>11</sup>, nella seconda metà del Novecento il quadro comincia a cambiare sotto molteplici profili. Due di questi assumono particolare rilievo per il nostro discorso. Il primo attiene alla riformulazione dei concetti giuridici e, in particolare, di nozioni quali "soggetto di diritto" e "capacità". L'approccio tradizionale alla vulnerabilità aveva indotto a considerare quest'ultima sostanzialmente incompatibile con il concetto teorico di autonomia e, per tale via, anche con la nozione di capacità, che ne costituisce il precipitato giuridico. Non a caso, l'iscrizione al novero dei soggetti vulnerabili ha storicamente giustificato la predisposizione di

---

<sup>9</sup> Sulla genealogia del soggetto di diritto, *ex multis*, F. BILOTTA, F. RAIMONDI (a cura di), *Il soggetto di diritto: storia ed evoluzione di un concetto nel diritto privato*, Jovene, Napoli, 2020. Sulla teorizzazione dei diritti umani, cfr. A. FACCHI, *Breve storia dei diritti umani*, il Mulino, Bologna, 2013. Infine, sia permesso rimandare a M.G. BERNARDINI, O. GIOLO (a cura di), *Le teorie critiche del diritto*, Pacini, Pisa, 2017, a cui è possibile fare riferimento anche per la distinzione tra soggetto paradigmatico da un lato, e soggetti non paradigmatici dall'altro.

<sup>10</sup> Emblematica, in questo senso, la storia dei diritti delle donne, dove il mancato riconoscimento dei diritti era giustificato proprio dal difetto delle caratteristiche maschili; un difetto, questo, assunto in via stipulativa, che non richiedeva pertanto di essere provato. Nell'ampia letteratura, si veda A. FACCHI, O. GIOLO, *Una storia dei diritti delle donne*, il Mulino, Bologna, 2023.

<sup>11</sup> L. BURGORGUE-LARSEN, *La vulnérabilité saisie par les juges en Europe*, Éditions Pedone, Paris, 2014.

misure di protezione che hanno privato la persona della possibilità di esercitare la propria capacità, o quantomeno l’hanno limitata in modo anche molto marcato.

A seguito della *svolta* già richiamata, tuttavia, il quadro muta sensibilmente. Ripartire dalla vulnerabilità ontologica – senza negare l’esistenza di una vulnerabilità differenziale, ossia di contesto, che espone l’individuo a un maggiore rischio di discriminazione – permette infatti di riformulare la nozione di soggetto di diritto in chiave inclusiva, nonché di superare l’idea per la quale chi sia vulnerabile difetti di un attributo qualificante per vedersi riconosciuta la piena soggettività giuridica. Inoltre, consente anche di recidere il legame tra autonomia e indipendenza, aprendo la strada al conseguente riconoscimento del fatto che anche la persona vulnerabile può essere autonoma. In questo rovesciamento di prospettiva, la circostanza – da dimostrare in concreto e non da presumere – che un individuo abbia bisogno di sostegni per esercitare il proprio diritto di autodeterminazione e la sua libertà non va più interpretata come una spia della sua capacità dimidiata. Al contrario, il sostegno diviene una *componente necessaria* tanto dell’autodeterminazione quanto della libertà, in ragione del fatto che, nella nuova visione, il presupposto teorico di entrambe è l’autonomia *relazionale*, la quale richiede la presenza di supporti fisici e relazionali per potersi dispiegare<sup>12</sup>.

La visione in oggetto, che trova traduzione normativa nella *Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità* (CRPD), assume particolare rilievo anche per le persone anziane, specialmente ove siano considerate “non autosufficienti”. Spesso, infatti, la loro capacità di autodeterminazione e di scelta, così come la loro libertà, sono messe in dubbio proprio a causa della condizione di vulnerabilità, che induce ad azionare meccanismi di protezione che possono assumere connotati fortemente paternalistici e incapacitanti. Al contrario, nella prospettiva accolta all’interno della CRPD, la capacità è presunta, e un individuo non può *mai* esserne privato completamente: le misure che si rendessero necessarie al suo esercizio non rispondono alla logica del “contenimento”, ma a quella della promozione dell’autonomia, tanto che non possono mai spingersi fino a portare a negare la capacità della persona interessata, legittimando forme di sostituzione della sua volontà. La nozione di capacità accolta nella CRPD consente insomma di includere tutti coloro ai quali si applica la convenzione in oggetto nel novero dei “soggetti capaci”.

Tale circostanza ha effetti rilevanti anche in relazione alla vita indipendente all’interno della comunità, riconosciuta come diritto dall’art. 19 CRPD, in quanto la scelta della persona a cui sia applicabile la Convenzione può vertere pure sul luogo in cui vivere. Il riconoscimento di un simile diritto non è affatto scontato, ma è stato possibile solo grazie alle teorie critiche, che con la loro opera di decostruzione della dicotomia pubblico/privato hanno permesso l’emersione di “questioni di giustizia” prima neglette, in quanto relative a soggetti vulnerabili e alla sfera privata, come quella che appunto concerne l’abitare delle persone anziane.

---

<sup>12</sup> Su tutti questi aspetti, che per ragioni di spazio non possono essere approfonditi adeguatamente, sia permesso rimandare a M.G. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Jovene, Napoli, 2021.

### 3. Il diritto alla vita indipendente: profili generali

Una volta chiariti i profili teorici relativi alla decostruzione del pregiudizio inerente alla (mancata) soggettivizzazione delle persone anziane, occorre passare all'altro piano di analisi rilevante ai nostri fini. Ripercorreremo l'evoluzione del diritto alla vita indipendente, ne sottolineeremo i tratti peculiari e ne evidenzieremo la rilevanza per le persone in età anziana.

L'aspirazione alla vita indipendente – o *Independent Living* (IL) – ha conosciuto una notevole evoluzione nel corso dei decenni. In primo luogo, va rimarcato come si tratti di una locuzione che ha visto la luce in un contesto politico e culturale particolare, quello delle università statunitensi degli anni Sessanta del XX secolo<sup>13</sup>.

L'espressione acquisì un suo significato pieno, sovrapponibile a quello attuale, nel corso del decennio successivo, con l'apertura del primo *Center for Independent Living* (CIL), a Berkeley; quest'ultimo, in sostanza, era un gruppo di auto-aiuto, nel quale le persone con disabilità grave avevano modo di mettere a punto, *esse stesse e per sé stesse*, delle soluzioni concrete che consentissero di porre rimedio alla mancanza di autonomia nella propria vita quotidiana<sup>14</sup>.

Nel volgere di qualche tempo, il CIL iniziò a offrire servizi di diverso tipo, che andavano dal *peer counseling* all'assistenza legale, dalla riparazione degli ausili per la mobilità alle attività di adattamento per l'accessibilità degli ambienti di vita. L'obiettivo degli attivisti del CIL, guidati da Ed Roberts e dal suo gruppo, le *Rolling Quads*<sup>15</sup>, era spingere le persone con disabilità grave a “osare l'indipendenza”, incoraggiandole a compiere autonomamente le proprie scelte quotidiane. Gli attivisti incoraggiavano le persone con disabilità a costruire e vivere la propria autodeterminazione senza seguire percorsi ideati da persone senza disabilità, pur professionalmente qualificate, ma tracciando esse stesse i propri sentieri.

Nel suo cristallizzarsi, l'ideale della vita indipendente ricomprende la massimizzazione dell'autonomia e dell'autodeterminazione della persona con disabilità grave. Nata come reazione all'esclusione da ampie aree della vita sociale delle

---

<sup>13</sup> Le radici del concetto di vita indipendente vanno collocate all'interno di un periodo storico più complesso e articolato, segnato da aspre lotte per i diritti civili. Per una ricostruzione complessiva, v. *ex plurimis*, B. ACKERMAN, *We, the People. Volume 3*, Harvard University Press, Cambridge, 2014. Sulla nascita del concetto di IL, cfr. almeno G. DEJONG, *Independent Living: From Social Movement to Analytical Paradigm*, in *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, vol. 60, 1979, 436 ss. Sulla rilevanza del movimento per la vita indipendente all'interno del più ampio movimento statunitense per i diritti delle persone con disabilità, cfr. A.I. BATAVIA, *Disability Rights in the Third Stage of the Independent Living Movement: Disability Community Consensus, Dissention and the Future of Disability Policy*, in *Stan. L. & Pol'y Rev.*, Vol. 14, 2003, 347-350.

<sup>14</sup> Per approfondire l'analisi della vocazione e delle attività attuali del CIL di Berkeley, è oggi possibile consultare il sito web istituzionale del Centro stesso: <https://thecil.org/>.

<sup>15</sup> Una puntuale ricostruzione delle vicende che riguardano le *Rolling Quads* si rimanda a S. DANFORTH, *Becoming the Rolling Quads: Disability Politics at the University of California. Berkely, in the 1960s*, in *History of Education Quarterly*, 58 (4), November 2018, 506-536.

persone con disabilità e dalla mancanza di garanzie circa il godimento dei diritti, la vita indipendente può quindi essere definita come il controllo di ciascuno sulla propria vita, attraverso la disponibilità di un'accettabile varietà di opzioni concrete che riducano la dipendenza dagli altri nell'assumere decisioni e nel compiere le attività quotidiane.

È da questo germe che – dopo un percorso né facile, né lineare – scaturisce il diritto alla vita indipendente, che ha trovato riconoscimento all'interno di vari ordinamenti nazionali, nell'ambito del diritto dell'Unione europea nonché nell'art. 19 della CRPD, ratificata e resa esecutiva dall'Italia con la legge 3 marzo 2009, n. 18.

La disposizione in questione afferma che “Gli Stati Parti alla presente Convenzione riconoscono il diritto di tutte le persone con disabilità a vivere nella società, con la stessa libertà di scelta delle altre persone, e adottano misure efficaci ed adeguate al fine di facilitare il pieno godimento da parte delle persone con disabilità di tale diritto e la loro piena integrazione e partecipazione nella società”, anche assicurando che “le persone con disabilità abbiano la possibilità di scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza e dove e con chi vivere e non siano obbligate a vivere in una particolare sistemazione”, che “le persone con disabilità abbiano accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirvisi e impedire che siano isolate o vittime di segregazione” e che “i servizi e le strutture sociali destinate a tutta la popolazione siano messe a disposizione, su base di uguaglianza con gli altri, delle persone con disabilità e siano adattate ai loro bisogni”<sup>16</sup>.

La lettura dell'art. 19 CRPD permette di cogliere immediatamente la complessità del diritto alla vita indipendente, il quale da un lato (ossia in relazione alla possibilità di scegliere dove e con chi vivere) presenta dei tratti propri dei diritti di libertà, e dall'altro (in riferimento all'accesso a servizi domiciliari e di sostegno) sembra affine ai diritti sociali<sup>17</sup>. Seguendo altra classificazione, si potrebbe anche ritenere che il diritto alla vita indipendente delineato dall'art. 19 CRPD presenti tratti propri dei diritti di difesa (*Abwehrrechte*), dei diritti a prestazione (*Leistungsrechte*), dei diritti

---

<sup>16</sup> Fra i commenti alla disposizione in questione, si rimanda, in particolar modo, a V. ZAMBRANO, *Articolo 19. Vita indipendente e inclusione nella società*, in S. MARCHISIO, V. DELLA FINA, R. CERA (a cura di), *La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, Aracne, Roma, 2010, 239-251; G. PALMISANO, *Art. 19*, in V. DELLA FINA, R. CERA, G. PALMISANO (edited by), *The United Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A Commentary*, Springer, Cham, 2017, 354-355; J. FIALA-BUTORA, A. RIMMERMANN, A. Gur, *Article 19*, in I. BANTEKAS, M.A. STEIN, D.S. ANASTASIOU (edited by), *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A Commentary*, OUP, Oxford, 2018, 530-558.

<sup>17</sup> Sotto questo profilo, la formulazione dell'art. 19 sembra riprodurre, in un certo senso, l'approccio che informa, in termini complessivi, la Convenzione ONU; il fatto che i diritti umani siano indivisibili – è stato osservato – avrebbe, quale portato, una sfumatura nelle distinzioni fra le diverse categorie di diritti. È questa una delle osservazioni di G. DE BECO, *The Indivisibility of Human Rights and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, in *ICQL*, vol. 68, 2019, 141-160.

di partecipazione (*Teilhaberechte*) e del diritto a percepire una parte di un utile sociale (*Teilnahmerechte*)<sup>18</sup>.

Non è possibile analizzare compiutamente la posizione dell'art. 19 all'interno dell'ordito convenzionale, né la relazione sussistente fra l'impostazione adottata dalla disposizione in questione e l'evolversi dell'interpretazione delle disposizioni relative al medesimo diritto che sono presenti all'interno delle altre fonti di carattere sovranazionale, come la *Carta europea dei diritti sociali*, nell'ambito del Consiglio d'Europa, o la *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*. Parimenti, ragioni di economia del lavoro impediscono di soffermarsi sull'impatto dell'art. 19 sul formante giurisprudenziale, se non in via cursoria. Di recente, ad esempio, la Corte di giustizia dell'Unione europea ha fatto leva proprio sulla disposizione in parola per interpretare la direttiva 2000/78/CE nel senso che “ess[a] non osta a che l'assunzione di una persona che fornisce assistenza personale sia soggetta a un requisito di età, in applicazione di una normativa nazionale la quale prevede che siano presi in considerazione i desideri individuali delle persone che, a causa della loro disabilità, hanno diritto a prestazioni di servizi di assistenza personale, qualora tale misura sia necessaria alla tutela dei diritti e delle libertà altrui”<sup>19</sup>. Allo stesso tempo, l'art. 19 è andato arricchendosi ermeneuticamente, grazie a quanto affermato dal Comitato ONU dei diritti delle persone con disabilità all'interno del *General comment* n. 5/2017 e delle *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies*, adottate nel 2022<sup>20</sup>.

Con specifico riferimento al contesto italiano, l'art. 19 ha costituito il punto di riferimento per la redazione della legge delega n. 227/2021 e dei successivi decreti legislativi di attuazione<sup>21</sup>, così come – in precedenza – della legge n. 112/2016 (nota come “legge sul dopo di noi”). Per quanto l'impatto concreto dell'art. 19 CRPD non sia stato tale da produrre un completo riallineamento delle politiche per la disabilità, al fine di garantire l'effettività dei diritti delle persone con disabilità, è indubbia la sua utilità quale perno attorno al quale far ruotare concettualmente l'analisi della condizione giuridica di tali individui, proprio in quanto si presenta come un diritto a fattispecie complessa e, per certi versi, quale presupposto per il godimento di altri diritti. Come si tenterà di argomentare nelle pagine che seguono,

<sup>18</sup> Cfr. M. LUCIANI, *Nuovi diritti fondamentali e nuovi rapporti fra cittadino e pubblica Amministrazione*, in *Rivista critica del diritto privato*, III, 1, 1985, 61-79 (ma v. in particolare 71).

<sup>19</sup> Cfr. CGUE, 7 dicembre 2023, C-518/22; per un commento, cfr. E. PASQUALETTO, *Discriminazione per età del lavoratore e diritto all'autodeterminazione e alla socializzazione della persona disabile all'attenzione della Corte di Giustizia*, in *Il Lavoro nella giurisprudenza*, 5, 2024, 475-486.

<sup>20</sup> L'impatto della pandemia da Covid-19 sulle condizioni di vita delle persone con disabilità è stato oggetto di rilevanti studi scientifici. In riferimento all'impatto sul diritto alla vita indipendente, si rimanda a M. KNAPP, E. CYHLAROVA, A. COMAS-HERRERA, K. LORENZ-DANT, *Crystallising the Case for Deinstitutionalization. COVID-19 and the Experiences of Persons with Disabilities*, pubblicato dal *Care Policy and Evaluation Centre*, LSE, maggio 2021.

<sup>21</sup> In particolare, del d.lgs. n. 62 del 3 maggio 2024.

il diritto alla vita indipendente, nella sua multidimensionalità, si prospetta quale strumento utile per la salvaguardia della soggettività delle persone anziane e la garanzia dei loro diritti fondamentali, di rango costituzionale<sup>22</sup>.

#### 4. Il diritto alla vita indipendente per le persone anziane

Il possibile effetto virtuoso dell'estensione del diritto alla vita indipendente di cui all'art. 19 CRPD alle persone anziane venne sottolineato, in letteratura, nell'immediatezza dell'entrata in vigore della Convenzione di New York, sulla base del fatto che la Convenzione stessa aveva evidenziato che l'istituzionalizzazione è un fenomeno che priva le persone della dignità, dell'autonomia e, potenzialmente, anche della loro vita. In un certo senso, questa impostazione può essere corroborata anche dalla lettura di altre fonti, sia a livello europeo, sia a livello nazionale.

Per quel che concerne l'Unione europea, l'art. 25 della *Carta dei diritti fondamentali dell'UE*, ove si statuisce che “L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale” pare poter essere agevolmente letto in armonia con l'art. 19 CRPD<sup>23</sup>. Le assonanze, immediatamente percepibili, meritano nondimeno di essere rimarcate. In primo luogo, va sottolineato come secondo il testo dell'art. 25 sia necessario garantire alle persone anziane una vita dignitosa e indipendente. Si tratta di un punto che merita alcune considerazioni di carattere puntuale. Va infatti osservato come l'art. 1 della Carta si apra con l'affermazione secondo cui “La dignità è inviolabile” e “deve essere rispettata e tutelata”. Nel testo dell'art. 25, la dignità della vita delle persone anziane è immediatamente associata all'indipendenza; e ciò al punto che rendere difficile immaginare che possa esserci una vita degna in condizioni in cui ne venga compressa l'indipendenza. Pare di poter sostenere, insomma, che l'indipendenza sia un presupposto per la salvaguardia della dignità.

Per ricostruire quale possa essere il contenuto dell'indipendenza richiamata dall'art. 25, è utile ritornare al contenuto dell'art. 19 CRPD: in primo luogo, l'indipendenza delle persone anziane può essere declinata nel senso che debba essere loro garantito il diritto a scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, dove e con chi vivere, cui deve accompagnarsi la disponibilità di condizioni atte a garantire tali margini di scelta. Al riguardo, è importante sottolineare la portata deistituzionalizzante dell'aggettivo “indipendente” utilizzato nella stesura della *Carta dei diritti fondamentali*. Si tratta di un aspetto che – come si vedrà nella parte conclusiva – ha

---

<sup>22</sup> Cfr. R. MORRISON-DAYAN, *Protecting the Right to Social Participation of Older Persons in Long-Term Care under Article 19 of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, in *Human Rights Law Review*, 2023, 23, 1-21.

<sup>23</sup> Il termine “independence”, presente tanto nell'art. 25 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea*, dedicato alle persone con disabilità, quanto nell'art. 26, relativo a quelle anziane, nella traduzione italiana diviene rispettivamente “autonomia” e “indipendenza”.

sicuramente un rilievo spaziale (e attiene pertanto a questioni inerenti all'abitare delle persone anziane), ma che deve essere arricchito anche da ulteriori valutazioni di natura organizzativa, inerenti alle modalità e ai tempi con i quali sono progettati ed erogati determinati servizi. Alla luce di quanto appena osservato, ad esempio, sarebbe difficile postulare l'esistenza di una vita anziana indipendente in cui le norme relative alla gestione dei servizi funzionali alla garanzia della domiciliarità non contemplino alcun apprezzamento per le preferenze e i desideri di coloro che ne beneficino. Per quanto concerne il diritto a partecipare alla vita sociale e culturale, va osservato come esso, oltre a completare il senso di ciò che debba intendersi per "vita dignitosa e indipendente" dotandola di una dimensione relazionale, possa a sua volta essere arricchito dalla lettura della Convenzione di New York, sotto diversi profili, a partire da quanto delineato dall'art. 9 a proposito del concetto di accessibilità.

L'art. 25 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* non è l'unica disposizione che pare poter acquisire un significato più pieno alla luce del diritto alla vita indipendente e dei suoi corollari<sup>24</sup>, all'interno della Carta dei diritti fondamentali: va sempre tenuto presente, infatti, quanto statuito dall'art. 1 CDFUE, il cui riferimento alla dignità umana informa il resto del testo in questione. A livello nazionale, una volta ravvisato come nella Costituzione del 1948 non figuri il lemma "anziano", si deve, per colmare tale lacuna, far ricorso alla "formidabile *vis qualificatoria*" dei principi fondamentali e – in particolare – "della *coppia assiologica fondamentale* dell'ordinamento", rappresentata da libertà ed eguaglianza. È alla luce di questi valori, quindi, che occorre leggere il diritto alla vita indipendente e – a cascata – quanto previsto dal legislatore<sup>25</sup>: si pensi, ad esempio, a quanto statuito dalla legge delega n. 33 del 23 marzo 2023 (*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*) e al successivo d.lgs. n. 29 del 15 marzo 2024 (*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*).

Nel testo della legge delega sono indicati vari i principi e criteri generali della delega. Tra questi, figurano innanzitutto "[la] promozione del valore umano, psicologico, sociale, culturale ed economico di ogni fase della vita delle persone, indipendentemente dall'età anagrafica e dalla presenza di menomazioni, limitazioni e restrizioni della loro autonomia", nonché "[la] promozione di ogni intervento idoneo a contrastare i fenomeni della solitudine sociale e della deprivazione relazionale delle persone anziane, indipendentemente dal luogo ove si trovino a vivere,

---

<sup>24</sup> Per un commento alla disposizione in parola, cfr. C. O'CINNEIDE, *Article 25 – The Rights of the Elderly*, in S. PEERS, T. HERVEY, J. KENNER, A. WARD (eds.), *The EU Charter of Fundamental Rights: A Commentary*, II ed., Hart, Beck, Nomos, 2021, 725-742.

<sup>25</sup> Cfr. A. RUGGERI, *Appunti per uno studio su anziani e Costituzione*, in *Diritti fondamentali*, 3, 2025, 69-84 (ma cfr. in particolare 69-73); va sottolineato come l'A. evidenzi l'importanza del diritto internazionale e sovranazionale per ottimizzare l'impatto della disciplina nazionale inerente alla condizione giuridica delle persone anziane.

mediante la previsione di apposite attività di ascolto e di supporto psicologico e alla socializzazione, anche con il coinvolgimento attivo delle formazioni sociali, del volontariato, del servizio civile universale e degli enti del Terzo settore”. Inoltre, si prevede come necessario il “riconoscimento del diritto delle persone anziane a determinarsi in maniera indipendente, libera, informata e consapevole con riferimento alle decisioni che riguardano la loro assistenza, nonché alla continuità di vita e di cure presso il proprio domicilio entro i limiti e i termini definiti, ai sensi della presente legge, dalla programmazione integrata socio-assistenziale, anche con il contributo del servizio civile universale, e sociosanitaria statale e regionale, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi sociosanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge” e “[il] riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza delle persone anziane con pregresse condizioni di disabilità, al fine di promuoverne l’inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità”.

In sede attuativa, questi principi sono stati declinati in misure puntuali, riferite – fra l’altro – a campagne di sensibilizzazione e comunicazione (art. 4), alla promozione della mobilità (art. 7), al varo di Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane (art. 9), alla messa a punto di nuove forme di coabitazione e di cohousing (artt. 15 e 16).

Non è qui possibile analizzare in maniera puntuale la complessa disciplina dettata dal legislatore delegato, la cui sperimentazione è stata peraltro differita al 1° gennaio 2027. Tuttavia, dalla lettura sistematica del testo della legge delega e del d.lgs. n. 29/2024 è possibile rinvenire un filo conduttore, dato dalla tensione verso la massimizzazione della garanzia dell’autodeterminazione delle persone anziane. La funzione del diritto alla vita indipendente, traslato nell’ambito soggettivo dell’età anziana, sembra allora innanzitutto quella di conferire organicità agli spunti offerti dal diritto positivo, finora decisamente frammentari. Inoltre, il diritto alla vita indipendente fornisce un angolo prospettico che consente di condurre un’analisi critica unitaria in merito alla capacità dell’attuale disciplina normativa di garantire tutte e quattro le tipologie di diritti evocate in precedenza (*Abwehrrechte*, *Leistungsrechte*, *Teilhaberechte*, *Teilnahmerechte*), ossia di verificare se siano garantite la tutela della dignità delle persone anziane, il loro diritto di scegliere dove e con chi vivere, quello di disporre di prestazioni e servizi adeguati, nonché di partecipare alla vita sociale, politica e culturale di una data comunità percependo il proprio rilievo sociale.

## 5. Un “nuovo pianeta” giuridico?

Assumendo come rilevante il contesto (ambientale e relazionale), il diritto alla vita indipendente assegna alla questione abitativa una centralità *giuridica* finora pressoché inedita. Questo riconoscimento si inserisce in un processo di più lungo corso. È noto, infatti, come l’influenza degli studi urbani e della geografia critica



sulle scienze sociali (dunque anche sul diritto), nota come *spatial turn*<sup>26</sup>, abbia prodotto conseguenze di notevole rilievo. Da un lato, ha permesso di riconoscere che il diritto ha necessariamente bisogno di un *dove* applicativo, sia esso un luogo concreto o uno spazio dematerializzato. Dall'altro, ha consentito di riconoscere come il diritto e lo spazio, interagendo, includano o escludano le persone<sup>27</sup>.

Si deve proprio al maturare di questa consapevolezza l'attuale attenzione all'abitare, che è una delle principali modalità di organizzazione delle relazioni sociali intersoggettive. Nel discorso pubblico, l'abitare è perfino richiamato quale vero e proprio diritto, nonostante sul piano normativo sia contemplato unicamente quello all'abitazione, diritto umano previsto da molteplici fonti multilivello, a partire dall'art. 25 della *Dichiarazione Universale dei diritti umani* del 1948. Non è, questo, l'unico caso di riconoscimento di un diritto attuato principalmente sul piano retorico: nemmeno il lefebvriano *diritto alla città*<sup>28</sup> o quello di *invecchiare a casa propria*<sup>29</sup> (a cui ci si appella proprio in relazione alla soggettività anziana), tradizionalmente connessi all'abitare, sono davvero diritti soggettivi. La questione non è secondaria, perché il diritto alla vita indipendente è realmente un diritto soggettivo. Un diritto che, stante il suo attuale elevato tasso di ineffettività, richiede di intervenire sullo spazio (sia esso naturale o costruito) in un'ottica inclusiva, al fine di garantire il *libero abitare* delle persone con disabilità e di quelle anziane.

A tal proposito, per quanto rileva in questa sede è importante rimarcare come siano titolari del diritto alla vita indipendente *tutte* le persone anziane; sottolineare questo aspetto non è di poco conto, perché la garanzia del diritto alla vita indipendente, per essere davvero piena, richiede un mutamento di prospettiva (sui soggetti, sul diritto, sui servizi, sugli spazi) che, senza timore di smentita, può essere considerato "radicale"<sup>30</sup>.

In relazione alle persone anziane considerate "non autosufficienti", finora sono state adottate soluzioni progettuali mirate, con l'obiettivo di rispondere alla loro accresciuta vulnerabilità, da intendersi come *precarietà* individuale<sup>31</sup>. In presenza di un contesto caratterizzato dalla mancanza di soluzioni abitative accessibili e di servizi territoriali di assistenza che consentano di vivere nella comunità, alle

<sup>26</sup> Sullo *spatial turn* D. HARVEY, *Social Justice and the City*, University of Georgia Press, Athens-London, 1973; E.W. SOJA, *Seeking Spatial Justice*, University of Minnesota Press, Minneapolis, 2010.

<sup>27</sup> *Ex multis*, sia permesso rimandare a M.G. BERNARDINI, O. GIOLO (a cura di), *Abitare i diritti*, Pacini, Pisa, 2021.

<sup>28</sup> H. LEFEBVRE, *Il diritto alla città*, ombre corte, Verona, 2013.

<sup>29</sup> C. FALASCA (a cura di), *Il diritto di invecchiare a casa propria*, Edizioni LiberEtà, Roma, 2018.

<sup>30</sup> "Radicale" nel senso caro alla prospettiva femminista, ossia quale trasformazione dell'ordine sociale (e giuridico) al fine di garantire l'eguale riconoscimento e valorizzazione delle specificità, anche attraverso il diritto.

<sup>31</sup> Sulla distinzione tra *precariousness* e *precarity* (rapportabile a quella tra vulnerabilità ontologica e relazionale), cfr. J. BUTLER, *Vite precarie. I poteri del lutto e della violenza*, Postmedia Books, Milano, 2013.

strutture di *long term care* – i pilastri dei sistemi di *welfare* contemporanei – è stata attribuita la funzione di fornire una (speciale) protezione, a fronte della perdita di autonomia e del deterioramento cognitivo, nonché di contrastare l’isolamento sociale e la solitudine.

Eppure, la scelta in oggetto appare controversa sotto numerosi profili. In primo luogo, è ormai acclarato che questi spazi abitativi *possono* presentare numerose affinità con le “istituzioni totali” di basagliana memoria. Al loro interno, le persone appaiono infatti “confinare” in uno spazio che le allontana fisicamente e simbolicamente dalla norma, e che può perfino rivelarsi segregante. Ancorché il discorso in questione non riguardi chiaramente tutte le *long term care facilities*, è però vero che l’adozione di rigide *routine* organizzative e di tecniche limitative della libertà personale, la standardizzazione delle cure, nonché il mancato rispetto della volontà e delle preferenze delle persone ospitate non costituiscono una sparuta eccezione. Al contrario, la loro diffusione è attestata anche da numerose istituzioni di garanzia. Per quanto concerne l’ordinamento italiano, si pensi al Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, che nelle sue relazioni annuali, almeno a partire dal 2017, si è ampiamente soffermato sulla questione. Sul piano internazionale, non si possono non richiamare le linee guida dirette a prevenire l’istituzionalizzazione non volontaria e a promuovere la deistituzionalizzazione, ove il Comitato Onu che si occupa di monitorare l’attuazione della CRPD ha individuato veri e propri *indici* di segregazione<sup>32</sup>.

Sussistono poi altre ragioni che inducono ad interrogarsi capacità delle strutture residenziali di garantire appieno i diritti di chi vi sia ospitato, compreso dunque quello all’abitare. Innanzitutto, non si può ignorare che tali contesti costituiscono forme di investimento particolarmente redditizi, in quanto – a fronte dell’invecchiamento della popolazione – sono anticiclici rispetto all’andamento dell’economia. A fronte della conclamata crisi dello stato sociale, attraggono sempre di più investitori privati e assumono un ruolo di primo piano nella *silver economy*. In tal modo, però, si espongono a un concreto rischio di “appropriazione neoliberale”, il quale può portare a far sì che, nella loro gestione, l’interesse economico privato finisca per prevalere sul benessere di chi vi è ospitato<sup>33</sup>. Se questo è vero, la possibilità che i diritti individuali, nei fatti, siano degradati a meri interessi che possono essere ignorati, quando non conculcati, risulta davvero reale.

Inoltre, si possono avanzare dubbi anche sulla capacità di questi luoghi di garantire davvero il benessere della persona. Con il ricovero, infatti, si disconosce l’importanza terapeutica della dimensione abitativa, del radicamento e della relazionalità, che sono invece essenziali per la garanzia del benessere psico-fisico

---

<sup>32</sup> Cfr. CRPD Committee, *Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies*, 9 sept. 2022. Ulteriori analisi sono contenute in C. TARANTINO (a cura di), *Il soggiorno obbligato*, il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>33</sup> *Ex multis*, C. CORLET WALKER, A. DRUCKMAN, T. JACKSON, *A critique of the marketisation of long-term residential and nursing home care*, in *The Lancet*, 3(4), 2022, E298-E306.

individuale, soprattutto per chi è particolarmente esposto al rischio di isolamento, come le persone anziane<sup>34</sup>.

Infine, non si può negare che le strutture residenziali sono solo la tappa finale di un articolato processo di segregazione e confinamento, che inizia già nella comunità, attraverso la progressiva deprivazione delle risorse, dei supporti e dei servizi che consentono di vivere in modo autonomo e dignitoso. In questa prospettiva, la scelta delle persone anziane di varcarne la soglia, quando non imposta da altri, lo è dalle circostanze. Tuttavia, è noto come una scelta possa dirsi libera unicamente qualora siano presenti le condizioni di contesto che ne rendano possibile l'esercizio effettivo<sup>35</sup>. Se questo è vero, pare ragionevole porre in dubbio che la scelta di vivere all'interno delle strutture, in molti casi, sia davvero libera, proprio per la diffusa carenza delle condizioni di contesto che permettono di compiere una scelta differente. Il diritto alla vita indipendente, ossia al libero abitare, non fa altro che rimarcare come sia anche *giuridicamente* necessario evitare che la scelta in questione sia resa necessaria dalle circostanze.

Per quanto riguarda la coorte delle persone anziane attive, l'abitare libero e autodeterminato sembra una meta più raggiungibile. Riconoscendo nell'anziano un soggetto autonomo e capace di scegliere, la *svolta* della vulnerabilità e i modelli di invecchiamento più recenti sollecitano, infatti, a promuovere quei cambiamenti di contesto che permettano di abitare *a casa propria*. Quest'attenzione si inserisce nell'ambito della tendenza a riconfigurare lo spazio (in particolare urbano) in termini inclusivi, realizzando contesti accessibili non più solo al soggetto liberale, ma al maggior numero possibile di persone, ottimizzando le diverse opportunità di benessere, partecipazione e sicurezza<sup>36</sup>.

Le soluzioni progettuali finora proposte a tal fine presentano alcune caratteristiche ricorrenti, come la collocazione delle abitazioni in aree sicure, la prossimità ai servizi primari, l'accessibilità dei servizi sanitari essenziali e degli ausili alla mobilità, la presenza di opportunità di partecipazione sociale, economica e civica. Si muovono in questa direzione, per esempio, alcuni progetti di rigenerazione urbana, i tentativi di riqualificazione degli spazi urbani e del patrimonio pubblico abitativo in chiave inclusiva, nonché gli accordi solidali tra anziani, il cui presupposto è dato dall'idea che le persone anziane siano in grado di scegliere come e con chi vivere e – soprattutto – abbiano il pieno *diritto* di farlo.

Per le persone anziane attive, il profilo problematico della vita indipendente non si gioca pertanto sul piano del riconoscimento della titolarità (come nel caso di

---

<sup>34</sup> In quest'ottica, in modo solo apparentemente controintuitivo, ci si potrebbe chiedere se la presenza di tali strutture sia pienamente compatibile con l'art. 32 Cost.

<sup>35</sup> Sul punto, cfr. almeno A. FACCHI, O. GIOLO, *Libera scelta e libera condizione*, il Mulino, Bologna, 2020.

<sup>36</sup> Si veda M.G. BERNARDINI, O. GIOLO (a cura di), *La seconda città*, Mimesis, Milano-Udine, 2025, nonché M.G. BERNARDINI (a cura di), *Il diritto alla vita indipendente delle persone anziane. Una questione di giustizia spaziale*, Franco Angeli, Milano, 2026.

coloro che sono considerati non autosufficienti), ma dell’effettività. È di tutta evidenza, infatti, che è necessario costruire le circostanze del libero abitare: per assicurare la vita indipendente è fondamentale coinvolgere le istituzioni pubbliche, chiamate a quella *responsiveness* nei confronti della vulnerabilità che si sostanzia (anche) nella garanzia dell’accesso a servizi di supporto domiciliari e alla predisposizione dei servizi<sup>37</sup>, attuabile ad esempio con la transizione al *welfare* territoriale e di prossimità.

La strada da percorrere è certamente ancora lunga. Tuttavia, il diritto alla vita indipendente consente di scorgere un “nuovo pianeta”, che appare sempre di più “eticamente, tecnicamente e giuridicamente indispensabile”<sup>38</sup>: quello in cui i percorsi di emancipazione sono reali e accessibili, e tutte le persone possono essere davvero libere di scegliere dove, come e con chi vivere.

---

<sup>37</sup> Sulla *responsiveness*, cfr. M. FINEMAN, *The Vulnerable Subject and the Responsive State*, in *Emory Law Journal*, 60, 2010, 251-275. (2010). Si vedano inoltre le preziose considerazioni di A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione*, il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>38</sup> B. SARACENO, *Istituzioni totali e de-istituzionalizzazione*, in C. TARANTINO (a cura di), *Il soggiorno obbligato*, cit., 305-320, 316.



# Gli interventi pubblici per l'alfabetizzazione digitale degli anziani

Isabella Alberti\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione al tema. – 2. L'obbligo di utilizzo delle tecnologie da parte della pubblica amministrazione. – 3. Il diritto all'uso delle tecnologie e l'utente medio digitalizzato. – 4. Le iniziative della Repubblica per l'alfabetizzazione digitale. – 5. Considerazioni conclusive.

**ABSTRACT:** The lack of digital skills among older people in the face of the digitalisation of public administrations is a matter of general concern and is primarily framed within the Republic's duty to remove the obstacles that hinder the full development of the human person (Article 3, paragraph 2, of the Constitution). The effective exercise of the right to use digital technologies in relations with public administration presupposes the acquisition of digital skills, which emerges as a need that must be met in order to enable non-digital natives to exercise their digital rights as well. The Republic's response to this need has been characterised by the provision of measures implemented throughout the national territory, including the establishment of a network of digital facilitation services and the Digital Civil Service, as well as the activation of laboratory-based learning pathways in upper secondary educational institutions.

## 1. Introduzione al tema

A fronte dell'introduzione dell'obbligo di utilizzo delle tecnologie da parte delle amministrazioni pubbliche (art. 3-*bis*, legge 7 agosto 1990, n. 241, art. 12, d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82, §2), l'assenza di competenze digitali da parte degli anziani si inquadra anzitutto nel dovere della Repubblica di rimuovere gli ostacoli che non consentono il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, comma II, Cost.)<sup>1</sup>, laddove la mancanza di competenze informatiche di base delinea forme di

---

\* Ricercatrice di tipo A in Diritto amministrativo e pubblico, Università degli Studi di Torino.

<sup>1</sup> Cfr. Corte cost., sent. 13 dicembre 1988, n. 1088 laddove emerge un'interpretazione orientata a prevenire forme di discriminazioni idonee ad escludere dalla socialità dell'ordinamento-comunità poiché "tutti i cittadini hanno diritto di concorrere all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese"; anche cfr. Cass. civ., sent. 19 giugno 2009, n. 14343 ove il principio solidaristico manifesta una funzione emancipatoria dell'individuo; sul tema di ordine generale del principio di uguaglianza, senza pretesa di esaustività, almeno, L. PALADIN, *Il principio costituzionale d'uguaglianza*, Giuffrè, Milano, 1965, 320; B. CARAVITA, *Oltre l'uguaglianza formale. Un'analisi dell'art. 3 comma 2 della Costituzione*, Cedam, Padova, 1984.

discriminazione nell'esercizio dei diritti civili, politici e sociali dei c.d. non nativi digitali<sup>2</sup>.

Recenti analisi<sup>3</sup> evidenziano una minor presenza di strumenti tecnologici nelle famiglie dove vivono anziani (93,4 di diffusione di internet dove vi siano componenti compresi tra 16 e 74 anni)<sup>4</sup>, mentre solo il 60,6 % delle famiglie composte da membri di età superiore a 65 anni possiede internet, con tassi ancora differenti che riguardano l'accesso alla stessa rete (68,1% tra le persone di 65-74 anni, per arrivare al 31,4% tra la popolazione oltre i 75 anni)<sup>5</sup>.

Ad oggi, tale problema è affrontato attraverso un intervento pubblico che poggia sull'inclusione sociale e l'invecchiamento attivo inteso come misura di "prevenzione della fragilità della popolazione anziana", che più in generale tende a evitare il "contrasto all'isolamento e alla privazione relazionale e affettiva" (art. 1, d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29).

Come si avrà modo di vedere (§3), si delinea un approccio anche intergenerazionale, ove appartenenti a gruppi differenti (giovani e anziani), ognuno con le proprie competenze, collabora alla realizzazione dell'obiettivo ritenuto rilevante dall'ordinamento, attraverso una forma di interazione che presuppone una qualificazione dell'anziano come depositario "del patrimonio storico e culturale, ... delle

<sup>2</sup> Cfr. *Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese*, rilasciato dall'ISTAT aggiornato al 26 maggio 2025 e disponibile qui (<https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/>), spec. p. 140 che identifica i non nativi digitali nei soggetti nati anteriormente 1980, per i quali l'adozione delle nuove tecnologie si è sviluppata in modo graduale, pur con differenze generazionali interne, risultando più limitata per i nati negli anni Quaranta e Cinquanta e più stabile e sistematica per coloro che sono nati dopo gli anni Sessanta, anche in ragione di un maggior utilizzo delle tecnologie nell'attività lavorativa.

<sup>3</sup> Il rapporto pubblicato dall'ISTAT il 28 aprile 2025 rende nota l'analisi statistica condotta sulla popolazione italiana, che evidenzia le modalità di utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione nella vita quotidiana nel corso del 2024; anche il rapporto dal titolo "*Bridging the Grey Digital Divide: Enhancing ICT Learning for Older Adults*" realizzato dall'UNESCO Institute for Lifelong Learning (UIL) di Amburgo e dall'Institute for the Future of Education (IFE) di Monterey esplora come le organizzazioni in sei Paesi (Bahrein, Cile, Cina, Polonia, Sudafrica e Stati Uniti d'America) stiano promuovendo l'apprendimento digitale per gli adulti più anziani.

<sup>4</sup> Non agevole è l'identificazione di chi sia il soggetto anziano perché non vi è concordanza tra le diverse fonti internazionali che si occupano della tutela: così l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce anziani gli individui di età pari o superiore ai 60 anni, mentre le soglie di età pensionabile nei Paesi OCSE si attestano in media intorno ai 64 anni (OCSE, 2021). In alternativa, le prospettive sociologiche distinguono tra la "terza età", che indica una fase di vita attiva dopo il pensionamento, e la "quarta età", associata a un aumento della dipendenza e della fragilità, cfr. C. GILLEARD, P. HIGGS, *Key social and cultural drivers of changes affecting trends in attitudes and behaviour throughout the ageing process and what they mean for policymaking*, Government office of Science, 2015.

<sup>5</sup> Queste condizioni contribuiscono a consolidare un atteggiamento di rifiuto dello strumento tecnologico da una parte degli anziani che influenza e del pari è influenzato dal basso livello di alfabetizzazione digitale; sul fenomeno della c.d. "tecnofobia", cfr. D. GRIGNOLI, D. BORIATI, *Anziani, assistenti digitali e nuove politiche sociali*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2019, spec. 216.

competenze e dei saperi” (art. 6, comma I, lett. c, d.lgs. n. 29/2024) e del giovane come colui che può offrire supporto *informatico*, secondo un approccio che si caratterizza per la sua bidirezionalità<sup>6</sup>.

Il tema dell'assenza di competenze digitali da parte degli anziani è, perciò, trattato dalla Repubblica con un metodo che non ricorre al supporto dei tradizionali enti che istituzionalmente prestano cura e assistenza agli anziani e ai *caregivers*, ma piuttosto con iniziative *reticolari* che intersecano ordinamenti (scolastico, sociale, assistenziale) e soggetti (anziani e giovani), su prestazioni che sono ritenute livelli essenziali (art. 117, comma I, lett. m, Cost.). Tra le misure che maggiormente esprimono la natura reticolare che l'inclusione sociale digitale degli anziani richiede vi è la previsione di reti di servizi di facilitazione digitale (art. 19, d.lgs. n. 29/2024) che si interseca con il servizio civile universale (art. 14, d.lgs. n. 29/2024) e le attività laboratoriali proposte dalle istituzioni scolastiche (art. 20, d.lgs. n. 29/2024) (§4).

## 2. L'obbligo di utilizzo delle tecnologie da parte della pubblica amministrazione

L'introduzione dell'obbligo di utilizzo delle tecnologie da parte della pubblica amministrazione per lo svolgimento delle attività interne<sup>7</sup> ed esterne<sup>8</sup> (art. 3-*bis*, legge 7 agosto 1990, n. 241; art. 2, d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82)<sup>9</sup> è parte di un più ampio processo di riforme amministrative<sup>10</sup> (c.d. *e-government*)<sup>11</sup> e produce effetti nei confronti dei terzi.

---

<sup>6</sup> Cfr. E. SALVATI, *La digitalizzazione del welfare locale tra potenzialità e criticità strutturali. L'esperienza del welfare sociale lombardo*, in *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2, 2023, spec. 240; T. MANNA, *Lo scambio intergenerazionale come prassi formativa nei processi di empowerment tecnologico: una literature review*, in *Formazione, lavoro, persona*, 2021, ove l'attività di alfabetizzazione digitale è intesa proprio come “terreno in cui si possono sperimentare forme di ingaggio comunitarie e di solidarietà intergenerazionale nella risposta al bisogno”.

<sup>7</sup> Per i primi studi in tema, cfr. almeno A. MASUCCI, *La “telematizzazione” del procedimento amministrativo. Primi lineamenti*, in *Le riforme della l. 7 agosto 1990, n. 241 tra garanzia della legalità ed amministrazione di risultato*, a cura di L.R. PERFETTI, Cedam, Padova, 2008, spec. 232-233; F. MERLONI, *Introduzione all'e-government: pubbliche amministrazioni e società dell'informazione*, Giappichelli, Torino, 2005.

<sup>8</sup> Cfr. almeno di recente: G. CARULLO, *L'amministrazione quale piattaforma di servizi digitali*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2022; A. MASUCCI, *Digitalizzazione dell'amministrazione e servizi pubblici on line. Lineamenti del disegno normativo*, in *Dir. pubbl.*, 1, 2019, spec. 134 s.

<sup>9</sup> Cfr. per tutti di recente: B. MARCHETTI, *Amministrazione digitale*, in *Enc. dir., Funzioni amministrative*, Giuffrè, Milano, 2022, spec. 77-79.

<sup>10</sup> Cfr. di recente: R. CAVALLO PERIN, *Dalle riforme astratte dell'amministrazione pubblica alla necessità di amministrare le riforme*, in *Dir. pubbl.*, 1, 2021, 73-82.

<sup>11</sup> Cfr. *ex multis* già F. MERLONI, *Introduzione all'e-government. Pubbliche amministrazioni e società dell'informazione*, Giappichelli, Torino, 2005.



Di più immediata evidenza sono gli effetti conformativi che gravano sull'amministrazione pubblica: adozione di sistemi informativi interoperabili (art. 73, d.lgs. n. 82/2005, cit.), utilizzo di software c.d. libero, ovvero privo di licenze proprietarie (artt. 68, 69 d.lgs. n. 82/2005), apertura dei dati (artt. 50 ss., d.lgs. n. 82/2005, cit.), obbligo di utilizzo di siti web accessibili (artt. 53-54, d.lgs. n. 82/2005, cit.).

L'obbligo di utilizzo delle tecnologie ha viepiù inciso sull'attività di comunicazione verso i terzi individuando nel sito web lo strumento privilegiato per la reperibilità delle informazioni pubbliche su attività e funzioni attribuite (artt. 53, 54, d.lgs. n. 82/2005)<sup>12</sup>, sulle modalità per avviare un procedimento amministrativo con invio digitale di istanze (art. 65, d.lgs. n. 82/2005)<sup>13</sup>, o per parteciparvi (art. 10 e art. 8, comma II, lett. d, legge n. 241/1990), del pari tramite questo i terzi possono accedere alle informazioni e all'erogazione di un servizio pubblico – sanitario (come la prenotazione di visite mediche), sociale e previdenziale (richiesta di benefici, come l'assegno di inclusione, l'assegno unico, i congedi parentali, solo per citarne alcuni); per l'istruzione (l'iscrizione alle scuole)<sup>14</sup> – (es. art. 7, d.lgs. n. 82/2005). La finalità informativa e di trasparenza (*opengovernment*) sottesa alla *ratio* che ne ha introdotto la regolamentazione è spesso stata disattesa dal non facile reperimento (artt. 7, 53, 54, d.lgs. n. 82/2005)<sup>15</sup> delle informazioni ivi raccolte, a esempio, per l'assenza di una coordinata strategia pubblica che consenta per

<sup>12</sup> Le informazioni ivi raccolte riguardano le funzioni attribuite e i servizi erogati che ciascuno si può attendere da una certa amministrazione pubblica (d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33); i procedimenti e la modulistica necessaria per avanzare un'istanza alla stessa o per assolvere agli obblighi documentali che sono richiesti in quel procedimento (art. 15, comma II, d.lgs. n. 82/2005); gli atti relativi ad attività, organizzazione e gestione delle risorse pubbliche (d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33). Cfr. F. COSTANTINO, *Open government*, in *Dig. disc. pubb.*, Agg., Utet, Torino, 2015, spec. 279-280 ove la pubblicazione dei dati come nuova attività di "informazione e comunicazione nelle pubbliche amministrazioni".

<sup>13</sup> Ciò presuppone la capacità di scaricare il modulo o il formulario messo a disposizione dall'amministrazione pubblica, di compilarlo online e di inviarlo. L'esemplificazione di queste attività preliminari alla relazione digitale del cittadino suppone la divisione in "livelli" di complessità, per il dettaglio delle attività corrispondenti ai livelli da uno a quattro, cfr. G. CAMMAROTA, *Servizi in rete della pubblica amministrazione*, in *Dig. disc. pubb.*, Agg., 2012, 616 s., spec. 620.

<sup>14</sup> Si è utilizzato efficacemente il termine *welfare digitale* che raccoglie esperienze seppur diversificate di applicazioni di AI e nuove tecnologie nell'erogazione o nella gestione dei servizi sociali, cfr. in tema S. DEL GATTO, *Potere algoritmico, digital welfare state e garanzie per gli amministratori. I nodi ancora da sciogliere*, in *Riv. it. dir. pubb. comunitario*, 6, 2020, 170 s.; proprio le iscrizioni agli asili nido sono state oggetto di sperimentazioni di applicazioni di tecnologie come la *blockchain*. Cfr. E. SALVATI, *La digitalizzazione del welfare locale tra potenzialità e criticità strutturali. L'esperienza del welfare sociale lombardo*, cit., spec. 239 ove emerge la correlazione esistente tra modello di welfare e grado di inclusione digitale.

<sup>15</sup> Ci si riferisce perlopiù a informazioni rese sui procedimenti amministrativi di ogni amministrazione, sulle modalità di avvio e sugli oneri documentali richiesti, perché, a contrario, le informazioni su organizzazioni e attività di vario tipo (incarichi di collaborazioni, bandi di gara) seguono un'organizzazione definita nel testo unico sulla trasparenza che impone la raccolta di queste informazioni in una specifica sezione del sito che si chiama "Amministrazione trasparente".

ciascuna amministrazione pubblica la medesima collocazione di informazioni pubbliche comuni.

Solo parzialmente l'attuale riorganizzazione dei servizi attraverso un unico punto di accesso (art. 64-*bis*, d.lgs. n. 82/2005) facilita l'accesso ai servizi pubblici erogati digitalmente: ciò poiché l'applicazione (app IO) raccoglie e rende disponibili perlopiù servizi erogati dalle amministrazioni nazionali. Diversamente, per i servizi erogati dalle amministrazioni locali si assiste a una significativa frammentazione, non solo delle tipologie di servizi ivi accessibili, ma delle stesse modalità di accesso. A esempio, sull'app IO, il servizio di accesso agli alloggi sociali in alcuni Comuni è accessibile attraverso lo scaricamento di una ulteriore applicazione, mentre altri Comuni, per lo stesso servizio, prevedono l'accesso tramite il rimando ad altro sito. Se poi, da un lato, le differenze nell'accesso digitale ai servizi pubblici con credenziali di volta in volta create son state superate dalla previsione dell'identificazione informatica con strumenti come SPID, CIE, CNS, persiste il rischio di esclusione da parte di chi non possiede tale strumento<sup>16</sup>. Infatti, la previsione di una delega digitale dell'identità (art. 64-*ter*, d.lgs. n. 82/2005) non riceve oggi una regolamentazione di dettaglio da parte di ogni amministrazione pubblica, limitando di fatto l'utilizzabilità dello strumento<sup>17</sup>.

In assenza di una "coordinata strategia" per la "riorganizzazione strutturale e gestionale" (art. 15, d.lgs. n. 82/2005)<sup>18</sup> la fruizione digitale delle informazioni e dei servizi risente tuttora di come le informazioni sono state collocate nel sito web, non solo con ricadute in termini di accessibilità alle stesse (art. 3-*bis*, comma II, punto 1, legge 9 gennaio 2004, n. 4)<sup>19</sup>. La digitalizzazione della relazione tra amministrazione pubblica e terzo induce infatti a ragionare sulla configurazione e sull'effettività del "diritto all'uso delle tecnologie" (art. 3, d.lgs. n. 82/2005)<sup>20</sup>

---

<sup>16</sup> La carta di identità elettronica diventerà per tutti obbligatoria dal 3 agosto del 2026, ma in questo periodo di transizione non tutti possiedono uno strumento gratuito come la CIE per accedere ai servizi della pubblica amministrazione.

<sup>17</sup> Ad oggi l'INPS ha introdotto una regolamentazione di dettaglio della delega di identità digitale a favore di persone di fiducia dell'utente, di amministratori di sostegno, tutori e curatori (circolare INPS n. 127/2021).

<sup>18</sup> Pur nell'esistenza di linee guida adottate dall'Agid, così come del Piano triennale, molti sono gli spazi di autonomia lasciati alle amministrazioni pubbliche di organizzare le proprie attività (art. 12, comma I, d.lgs. n. 82/2005); da ciò deriva la differenziazione di cui trattasi. Sull'opportunità, in generale, di ridurre gli spazi di autonomia nel processo di digitalizzazione, cfr. G. GARDINI, *Le regole dell'informazione. Pluralismo e libertà nell'era dell'intelligenza artificiale*, cit., spec. 389.

<sup>19</sup> Cfr. D. GALLIANI, *L'accessibilità dei siti Internet delle pubbliche amministrazioni e la c.d. legge Stanca*, in *federalismi*, 12, 2008, spec. 2 che ne individua una prima correlazione tra barriere architettoniche e barriere digitali, anche laddove distingue tra "una cosa è il contenuto e un'altra cosa è la possibilità che il contenuto possa essere fruito dalla generalità degli utenti senza discriminazione", così individuando i limiti di questa legge.

<sup>20</sup> Cfr. E. CARLONI, *Digitalizzazione e riforma dell'amministrazione: la nuova agenda*, in *L'amministrazione che cambia. Fonti, regole e percorsi di una nuova stagione di riforme*, a cura di F. MASTRAGOSTINO, G. PIPERATA, C. TUBERTINI, Bononia University Press, Bologna, 2016, spec. 295

da parte di chi sia involontariamente privo di conoscenze informatiche di base<sup>21</sup>.

### 3. Il diritto all'uso delle tecnologie e l'utente medio digitalizzato

La digitalizzazione dell'amministrazione pubblica è un obbligo che grava sull'amministrazione pubblica (art. 3-*bis*, legge n. 241/1990, art. 12, d.lgs. n. 82/2005), non invece sull'utente, eppure la trasformazione digitale dell'amministrazione pubblica è avvenuta sul presupposto di una concezione dei terzi, che con essa si relazionano, quali utenti mediamente informati<sup>22</sup> e alfabetizzati digitalmente<sup>23</sup>.

Il contenuto del diritto all'uso delle tecnologie non è ancora consolidato<sup>24</sup>, seppur ne sia riconosciuta la tutela anzitutto affidata al giudice amministrativo, in giurisdizione esclusiva (art. 3, comma I-*ter*, d.lgs. n. 82/2005; art. 133, comma I, lett. d), d.lgs. n. 104/2010)<sup>25</sup>.

---

ove evidenzia come tale profilo attenga al rapporto tra amministrazione e cittadino, quale “spartito per interpretare le nuove relazioni con l'amministrazione”. Cfr. B. PONTI, *Artt. 3-11*, in *Codice dell'amministrazione digitale. Commento al d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82*, a cura di E. CARLONI, Dogana, RSM, 2005, 63; G. COZZOLINO, voce *Codice dell'amministrazione digitale*, in *Dig. disc. pubbl.*, agg., 2012, Utet, Torino, spec. 158.

<sup>21</sup> Per un approfondimento in tema, sia consentito il rinvio a I. ALBERTI, *La rete dei servizi di facilitazione digitale e il servizio civile digitale come interventi pubblici per l'alfabetizzazione digitale*, in *Amministrativamente*, 3, 2025, 1060-1086.

<sup>22</sup> Di recente, sulla *AI literacy* da intendersi come “AI literacy spans from tracing duties of humans dealing with a meaningful control of AI models and systems to the interpretative skills and capabilities of people interacting with the latest version of Chat GPT”, cfr. L. PASERI, M. DURANTE, U. PAGALLO, *The Legal Challenges of AI Literacy Between Enforcement and Compliance*, in *Medialaws*, 1, 2025, spec. 327.

<sup>23</sup> Per una definizione condivisa, cfr. UNESCO, *Program for the International Assessment of Adult Competencies (PIAAC)* ove l'alfabetizzazione digitale è Intesa come “confident and critical use of a full range of digital technologies for information, communication and basic problem-solving in all aspects of life. It is underpinned by basic skills in ICT: the use of computers to retrieve, assess, store, produce, present and exchange information, and to communicate and participate in collaborative networks via the Internet.”.

<sup>24</sup> Ciò tuttavia pare non rilevare ai fini dell'affermazione della sua esistenza, poiché “sembra che l'Amministrazione intenda attribuire al “diritto” (di richiedere ed ottenere l'uso delle tecnologie telematiche nelle comunicazioni con le amministrazioni) la consistenza di una posizione giuridica soggettiva tutelata in sé, ancorché priva di immediati contenuti sostanziali e ciò al commendevole fine di incentivare – con il supporto giurisdizionale – tali modalità di comunicazione”, cfr. Cons. St., sez. consultiva per gli atti normativi, adunanza del 30 gennaio 2006. Cfr. F. COSTANTINO, *La c.d. cittadinanza digitale*, in *Dir. pubbl.*, 1, 2023, 143-178, ove ricostruisce la cittadinanza digitale come una relazione che riguarda i cittadini e il potere pubblico attraverso l'uso della tecnologia.

<sup>25</sup> È prevista altresì una tutela nella forma di *class action* degli utenti per violazione delle disposizioni in tema di servizi pubblici digitali (art. 7, comma IV, d.lgs. n. 82/2005; cfr. d.lgs. 20 dicembre 2009, n. 198) oltre alla previsione di una tutela che si affida al difensore civile per il digitale per l'attivazione dei poteri sanzionatori dell'Agenzia per l'Italia Digitale (art. 17, comma I-*quater*, art. 18-*bis*, d.lgs. n. 82/2005), cfr. F. RUSSO, *Il ruolo dell'AgID nella digitalizzazione della Pubblica Amministrazione: considerazioni intorno al Piano Triennale per l'informatica 2024-2026*, in *Amministrativamente*, 3, 2025, 3 s.; Cfr. N. POSTERARO, *Contributo allo studio della difesa civica quale strumento di risoluzione*

A ben vedere non si tratta di una nuova situazione giuridica soggettiva<sup>26</sup> poiché piuttosto si delinea come modalità di esercizio delle situazioni giuridiche soggettive di cui è già titolare il terzo nei confronti dell'amministrazione pubblica, come dimostra il riferimento all'esercizio "dei diritti di accesso e di partecipazione procedimentale" (art. 3, d.lgs. n. 82/2005)<sup>27</sup>.

Non è tuttavia agevole l'identificazione del contenuto di tale situazione giuridica anzitutto perché manca una definizione del diritto stesso, ma anche delle *soluzioni* e degli *strumenti* che lo compongono (art. 1, d.lgs. n. 82/2005).

Trovano maggiore facilità definitoria gli *strumenti* che consentono l'attuazione del diritto all'uso delle tecnologie e che, sinteticamente, sono il domicilio digitale (artt. 3-bis, 6-6 quater, d.lgs. n. 82/2005), l'identità digitale attraverso SPID, carta di identità elettronica, carta nazionale dei servizi (art. 3-bis, artt. 64, 66, d.lgs. n. 82/2005), il documento informatico, la firma digitale, elettronica ed elettronica qualificata (capo II, d.lgs. n. 82/2005)<sup>28</sup>.

Differentemente, le *soluzioni* si riferiscono perlopiù a una dimensione organizzativa che è richiesta all'amministrazione pubblica e che consentono la fruizione digitale di servizi e attività amministrative da parte dei terzi: si possono dunque menzionare le soluzioni che consentono il pagamento digitale (art. 5, d.lgs. n. 82/2005), ossia per il tramite di una piattaforma all'uopo predisposta; quelle che consentono l'avvio o la partecipazione al procedimento amministrativo attraverso l'indicazione delle modalità che consentono l'invio di un'istanza o di una dichiarazione (art. 65, d.lgs. n. 82/2005).

Se ne ricava che il diritto all'uso delle tecnologie è anzitutto una *pretesa* a utilizzare "in modo accessibile ed efficace, le *soluzioni* e gli *strumenti*" e perciò il contenuto si definisce nei confronti delle amministrazioni pubbliche (art. 2, comma II, d.lgs. n. 82/2005).

---

*alternativa delle controversie*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2023.

<sup>26</sup> Cfr. Cons. Stato, sez. consultiva per gli atti normativi, adunanza del 30 gennaio 2006 ove qualifica il diritto all'uso delle tecnologie come interesse legittimo anzitutto perché la digitalizzazione dell'amministrazione pubblica si pone come questione afferente al potere organizzativo, oltreché subordinata alla disponibilità di risorse economiche e finanziarie.

<sup>27</sup> E. CARLONI *Digitalizzazione e riforma dell'amministrazione: la nuova agenda*, cit., spec. 295 ove afferma che questi c.d. diritti digitali sono legati ai "diversi procedimenti della pubblica amministrazione".

<sup>28</sup> Cfr. S. D'ANCONA, P. PROVENZANO, *Gli strumenti della carta della cittadinanza digitale*, in *Il Diritto dell'Amministrazione Pubblica digitale*, a cura di R. CAVALLO PERIN, D.-U. GALETTA, Giapichelli, Torino, 190-230.

#### 4. Le iniziative della Repubblica per l'alfabetizzazione digitale

L'obbligo di utilizzo delle nuove tecnologie da parte dell'amministrazione pubblica interroga su quali siano le "iniziative volte a favorire la diffusione della cultura digitale tra i cittadini con particolare riguardo ai minori e alle categorie a rischio di esclusione" con lo scopo di far acquisire le competenze informatiche necessarie per l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni (art. 8, d.lgs. n. 82/2005).

Si tratta di un obbligo che grava sulla Repubblica per evitare che "un rilevante numero di cittadini possa risultare escluso dal passaggio ad un'amministrazione esclusivamente digitale"<sup>29</sup>, perché la mancanza involontaria delle competenze informatiche di base<sup>30</sup> realizza una condizione di vulnerabilità digitale dell'individuo che ne sia privo<sup>31</sup>.

Il tema così inquadrato rimanda al dovere della Repubblica di rimuovere gli ostacoli che limitano in via di fatto il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, comma II, Cost.)<sup>32</sup>, laddove la mancanza di competenze informatiche di base delinea forme di discriminazione nell'esercizio dei diritti civili, politici e sociali dei c.d. non nativi digitali.

Coerentemente con la politica europea, l'ordinamento nazionale, pur in assenza di una competenza legislativa esclusiva o concorrente in tema di digitale, affronta l'alfabetizzazione informatica in discipline specifiche (art. 8, d.lgs. n. 82/2005; art. 4, Regolamento UE 2024/1689, art. 24, comma II, lett. e), legge n. 132/2025) e in atti come la *Strategia nazionale per le competenze digitali*, il *Piano triennale per l'informatica della Pubblica amministrazione 2024-2026*, nonché il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Il "contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva" (art. 1, d.lgs. n. 29/2024) si inserisce in questo contesto ed è perseguito attraverso la previsione di interventi pubblici dedicati all'acquisizione di competenze digitali da parte degli anziani. A tale scopo mirano alcuni progetti adottati dalle istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione, che, entro lo spazio di loro autonomia, prevedono percorsi per le competenze trasversali e

---

<sup>29</sup> Cfr. Cons. Stato, sez. consultiva per gli atti normativi, adunanza del 30 gennaio 2006.

<sup>30</sup> Si delimita dunque il campo di analisi, escludendo coloro che non ritengono di voler introdurre strumenti di tecnologia nelle proprie relazioni.

<sup>31</sup> Di recente in tema: S. RANCHORDAS, *Diritto amministrativo e disuguaglianze strutturali*, Giapichelli, Torino, 2025.

<sup>32</sup> Sull'intervento pubblico a superamento degli ostacoli di fatto che impediscono il pieno sviluppo della persona umana, cfr. almeno R. CAVALLO PERIN, *Comuni e province nella gestione dei servizi pubblici*, Jovene, Napoli, 1993, 77-78, poiché si ritrova nel principio di uguaglianza sostanziale «un dovere di porre in essere non solo attività giuridica (leggi, regolamenti, ecc.), ma anche veri e propri comportamenti positivi volti al superamento delle disuguaglianze sociali», sicché l'art. 3, comma 2, Cost. è «tutt'ora riferimento giuridico forte ed attuale che involge quell'attività della pubblica amministrazione che nel nostro ordinamento è da tempo volta ad una organizzazione degli assetti sociali in cui abbiano minor peso le disuguaglianze storicamente prodotte dal «libero mercato».

per l'orientamento (PCTO)<sup>33</sup>. In particolare, questi progetti tendono a far acquisire le competenze digitali e trasversali attraverso percorsi formativi laboratoriali volti ad introdurre le persone anziane all'utilizzo delle nuove tecnologie digitali (art. 20, d.lgs. n. 29/2024)<sup>34</sup>.

Si delineano altresì due altri servizi di assistenza alla persona<sup>35</sup>: l'istituzione della Rete di facilitazione digitale e il Servizio civile digitale<sup>36</sup>; per entrambe si tratta di attività amministrative prestazionali<sup>37</sup> definite entro una dimensione programmatica<sup>38</sup>, e come "attività amministrativa di durata"<sup>39</sup> volta a soddisfare un bisogno pubblico specificatamente individuato<sup>40</sup>.

La rete dei servizi di facilitazione digitale in ogni Regione prevede il coinvolgimento di c.d. punti di facilitazione digitale, esistenti o di nuova istituzione, prevedendo

---

<sup>33</sup> Si aggiungono iniziative di volontariato che le Istituzioni scolastiche possono prevedere nella propria offerta formativa triennale come attuazione dell'obiettivo di promuovere la solidarietà intergenerazionale, di cui le attività di alfabetizzazione digitale citate, sono solo una delle possibili attività previste. Cfr. nota del Ministero dell'istruzione e del merito adottata il 15 settembre 2025.

<sup>34</sup> A tal proposito è stata avviata dal Ministero dell'istruzione e del merito un monitoraggio sulle iniziative avviate dalle Istituzioni scolastiche, su cui, ogni anno entro il 31 dicembre, il Dipartimento per le politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri deve elaborare una relazione annuale.

<sup>35</sup> Si tratta di "servizio alla persona", infatti emerge l'attenzione a prestare servizi mirati alle specifiche esigenze dell'individuo che ne fruisce, così distinguendosi dall'erogazione standardizzata di una prestazione che è perlopiù attesa quando ci si riferisce ai servizi industriali. Cfr. V. CAPUTI JAMBRENGHI, *I servizi sociali*, in *diritto amministrativo*, I, a cura di L. MAZZAROLLI, G. PERICU, A. ROMANO, F.A. ROVERSI MONACO, F.G. SCOCA, Monduzzi, Bologna, 2001, spec. 1023-1024 per l'individuazione di un nucleo minimo della definizione di servizio sociale, laddove emerge che quasi tutti i servizi pubblici sono finalizzati alla "promozione del benessere di base della persona".

<sup>36</sup> Cfr. D. SINISCALCO, S. VITALINI, *Comunità digitali*, in *Rivista trimestrale di cultura e di politica*, I, 1999, spec. 126 s. in specie per il confronto che mette in luce come l'approccio politico verso le tecnologie in USA ed Europa sia inscindibilmente connesso con il tasso di utilizzo e di alfabetizzazione informatica delle persone.

<sup>37</sup> Cfr. F.G. SCOCA, *Attività amministrativa*, in *Enc. dir.* (agg.), VI, Giuffrè, Milano, 2002, 100-101; M.S. GIANNINI, *Attività amministrativa*, in *Enc. dir.*, III, Giuffrè, Milano, 1958, spec. 990 che qualifica altresì questa attività come *unilaterale* mancando la dimensione di adempimento correlata ad un'obbligazione. Cfr. E. CASETTA, *Attività amministrativa*, in *Dig. disc. pubb.*, I, Utet, Torino, 1987, spec. 523 per il quale non v'è dubbio che si possa parlare di attività amministrativa anche quando questa non sfoci in un atto amministrativo, purché sia riconducibile al concetto di "amministrare".

<sup>38</sup> Cfr. I.M. MARINO, *Aspetti giuridici della programmazione e mete sociali (Parte Prima)*, in *Scritti giuridici*, I, Napoli, 2015, 697; M.S. GIANNINI, *Pianificazione*, in *Enc. dir.*, XXXIII, 1983, 629; sull'utilizzo di pianificazione e programmazione come termini affini, cfr. A. PREDIERI, *Pianificazione e costituzione*, Edizioni di Comunità, Milano, 1963, 100 s.

<sup>39</sup> Per la stretta correlazione che esiste tra pianificazione e attività amministrativa di durata, cfr. M.S. GIANNINI, *Il potere pubblico. Stati e amministrazioni pubbliche*, il Mulino, Bologna, 1986, spec. 134.

<sup>40</sup> Cfr. E. CASETTA, *Attività amministrativa*, cit., spec. 523 ove i bisogni pubblici sarebbero soddisfatti anzitutto dalle attività anziché dagli atti, sicché ciò varrebbe a riconoscerne una rilevanza giuridica. Individua la dimensione di proattività dei cittadini per individuare i bisogni che realizzerebbero, così caratterizzando una differenza dello Stato di benessere che faceva riposare nei vertici dello Stato l'individuazione dei bisogni che avrebbero definito le condizioni per far raggiungere ai sudditi il "benessere", cfr. M.S. GIANNINI, *Il potere pubblico. Stati e amministrazioni pubbliche*, cit., spec. 99-100.

una “attività di formazione delle competenze digitali delle persone anziane e di supporto delle stesse nell’utilizzo dei servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni” (art. 19, d.lgs. n. 29/2024)<sup>41</sup>. Tale attività di formazione non è libera, perché deve articolarsi in modo tale da rispettare lo standard minimo inderogabile che consiste in un numero minimo di 24 ore settimanali erogate come attività di formazione individuale o come attività destinata a gruppi di individui<sup>42</sup>. Si tratta di una formazione che segue la metodologia dell’autoapprendimento (o del *learning by doing*), ove la modalità sincrona o asincrona ne consente una modulazione in ragione del reale bisogno di formazione di ciascuno.

È proprio la qualificazione del servizio come servizio pubblico a giustificare la preferenza per la collocazione dei punti di erogazione presso luoghi anzitutto di proprietà pubblica oppure in spazi aperti al pubblico, come le sedi del Comune, gli sportelli di assistenza ai servizi digitali come l’Ufficio per le Relazioni con il pubblico, i centri per l’impiego, i centri unici di prenotazione, i musei, le biblioteche, le scuole; non mancano tuttavia collocazioni in luoghi privati come le sedi di associazioni, i centri anziani, i centri giovanili e culturali, ma anche le parrocchie<sup>43</sup>.

In un modo non molto dissimile<sup>44</sup>, il servizio civile digitale tende a raggiungere tutti coloro che sono privi o quasi di competenze informatiche di base, a prescindere

<sup>41</sup> Iniziative di alfabetizzazione digitale sono avviate da parte di fornitori di servizi media audiovisivi, cfr. la *Relazione di monitoraggio in materia di alfabetizzazione mediatica e digitale*, 2024 rilasciata dall’Autorità per le garanzie nelle telecomunicazioni il 2 luglio 2025, spec. 42 s.; iniziative formative di tale natura sono altresì censite nell’ *Electronic Platform for Adult Learning in Europe*, ossia un portale dedicato al long life learning, nel quale sono valorizzate attività fondate sulla logica della gamification finalizzate a favorire l’apprendimento informale delle persone anziane anche mediante la simulazione di casi concreti idonei a facilitarne la famigliarizzazione con le tecnologie (parte del progetto *Gamification Activities and Methods for the Elderly’s Support*, G.A.M.E.S.). Si assiste più in generale a un interesse alla promozione di iniziative a favore della formazione lungo tutta la vita, specialmente a favore di anziani sul tema del digitale (così l’Unesco Institute for Lifelong Learning coerentemente con il raggiungimento del Sustainable Development Goal 4).

<sup>42</sup> A prescindere da questa distinzione, per il servizio in esame emerge una qualificazione come servizio a fruizione individuale, idoneo a soddisfare non solo l’interesse del singolo, ma anche quello della collettività, potendosi estendere le medesime considerazioni già formulate in materia di istruzione, laddove “è anche interesse della collettività a che ciascun [giovane] riceva almeno una buona istruzione di base”; cfr. D. SORACE, *Diritto delle amministrazioni pubbliche*, VIII ed., il Mulino, Bologna, 2014, spec. 171.

<sup>43</sup> In punto sia consentito il rinvio a I. ALBERTI, *La rete dei servizi di facilitazione digitale e il servizio civile digitale come interventi pubblici per l’alfabetizzazione digitale*, in *Amministrativamente*, 2025, 1060 s.

<sup>44</sup> Alcuni Piani operativi regionali prevedono forme di coordinamento tra i due servizi, a esempio anche con erogazione nel medesimo luogo o con coordinamento delle attività dei facilitatori digitali e degli operatori volontari, cfr. Deliberazione della Giunta regionale n. 62-6055 del 25 novembre 2022 della Regione Piemonte; occorre tuttavia considerare la netta separazione tra i due progetti quanto alla rendicontazione delle attività svolte e segnatamente dal numero di destinatari raggiunti, perché i due progetti mantengono autonomia rispetto alle azioni raggiunte dal PNRR.

da reddito, livello di istruzione, residenza anagrafica, a ben vedere, ponendosi come “services to accompany citizens in the use of digital tools”<sup>45</sup>.

Il servizio civile digitale è specificazione del servizio civile universale (art. 2, d.lgs. 6 marzo 2017, n. 40)<sup>46</sup>, perciò è influenzato dagli obiettivi definiti nella programmazione pubblica dell'attività, dettagliati nel Piano triennale 2023-2025 per la programmazione del servizio civile universale (art. 4, d.lgs. n. 40/2017). Attraverso questo atto, si ha programmazione pubblica del servizio civile digitale<sup>47</sup> che individua gli interventi che sono ritenuti prioritari e perciò doverosi, del pari le infrastrutture fisiche e le risorse umane<sup>48</sup> necessarie per il suo raggiungimento che, a ben vedere, sono ritenuti indispensabili a garantire la difesa non armata della Repubblica. In questo contesto si inquadra “la riduzione significativa dell'attuale quota di popolazione a rischio di esclusione digitale”<sup>49</sup> che è obiettivo di coesione sociale e di benessere collettivo, poiché gli interventi di cui trattasi sono volti a costruire quelle infrastrutture immateriali (le competenze informatiche)<sup>50</sup> necessarie per superare i divari (digitali) tra territori<sup>51</sup>.

Il servizio civile digitale si differenzia dalla rete di facilitazione digitale quantomeno per i soggetti coinvolti: non tutti gli individui possono prenderne parte, ma soltanto i giovani italiani e stranieri regolarmente soggiornanti in Italia<sup>52</sup> che hanno

---

<sup>45</sup> Si tratta di una raccomandazione rivolta all'Italia, nel Report dedicato al monitoraggio sulle politiche adottate in coerenza con il *Decennio digitale 2030*. A ben vedere, lo *human support* è riconosciuto come rilevante per la formazione e l'uso delle nuove tecnologie dall'88% dei cittadini europei, con percentuali pari al 50% proprio in Italia (seguita soltanto da Ungheria e Polonia ove la percentuale sale al 53%, cfr. p. 35 del Report).

<sup>46</sup> In tema, di recente, cfr. F. POLACCHINI, *Il servizio civile nazionale: verso un nuovo concetto di patria e cittadinanza*, in *www.aic.it.*, 3, 2017, 3 s.

<sup>47</sup> Nel sistema nazionale corrente, sono due gli atti di pianificazione adottati: l'uno per gli anni 2020-2022, immediatamente successivo al termine del periodo di transizione tra i due sistemi normativi, l'altro per il periodo 2023-2025.

<sup>48</sup> Si intende accogliere qui la dimensione servente delle infrastrutture attraverso le quali è possibile realizzare lo scopo individuato, cfr. in punto A. MARI, *Infrastrutture*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, IV, Milano, 2006, 3134; G. PIPERATA, *Infrastrutture, strade e mobilità*, in *Enc. dir., I Tematici*, III, Milano, 2022, 693.

<sup>49</sup> Così cfr. Piano triennale 2023-2025 per la programmazione del servizio civile universale, p. 33. Tale previsione pare configurare il superamento di un approccio monolitico degli interventi di cura dedicati agli anziani, tradizionalmente erogati dalle sole istituzioni deputate all'assistenza socio sanitaria.

<sup>50</sup> Sulla progressiva rilevanza dell'immaterialità delle infrastrutture, cfr. A. SANDULLI, *Servizi per l'innovazione sociale in veste di infrastrutture*, in *Munus*, 2, 2024, spec. 699, laddove individua le infrastrutture pubbliche digitali come volte ad attuare il valore sociale e perseguendo il bene comune, perché attraverso queste si erogano servizi per la collettività, sicché sarebbero al “crocevia tra il bene e il servizio pubblico”.

<sup>51</sup> Sulla dimensione servente delle infrastrutture volte allo scopo della coesione sociale, cfr. F. LIGUORI, *Infrastrutture e periferie*, in *Munus*, I, 2017, 122.

<sup>52</sup> Il richiamo è anzitutto alla sentenza Corte cost. 25 giugno 2015, n. 119, con nota di A. RAUTI, *Il diritto di avere doveri. riflessioni sul servizio civile degli stranieri a partire dalla sent. cost. n.*



un'età compresa tra i 18 e i 28 anni<sup>53</sup>. Questa scelta è ragionevole se si guarda all'obiettivo del servizio civile universale, che promuove un coinvolgimento attivo dei giovani<sup>54</sup> e una forma civile di difesa non armata della Patria (art. 52 Cost.; art. 11 Cost., art. 1, d.lgs. n. 40/2017)<sup>55</sup>, attraverso l'adempimento dei doveri di solidarietà civile, politica ed economica (art. 2 Cost.)<sup>56</sup>, contribuendo allo sviluppo della persona<sup>57</sup>. La prestazione è perciò erogata da individui che volontariamente decidono di assolvere al dovere di difesa della Patria (art. 52, comma I, Cost.)<sup>58</sup> e, così facendo, sono parte dell'erogazione di un servizio pubblico alla persona<sup>59</sup>.

Ciò non esclude tuttavia che gli interventi proposti differiscano l'uno dall'altro, perché i servizi erogati sono lasciati alla preferenza che ogni ente di servizio civile universale (art. 1, comma II, lett. g, d.lgs. n. 40/2017) ritenga conforme agli obiettivi

---

119/2015, in *Rivista AIC*, 4, 2015, 1 s.; E. GROSSO, *Sovranità, cittadinanza, nazionalità*, in *Dir. cost.*, 1, 2018, 35-69.

<sup>53</sup> Sul servizio civile come forma spontanea di adempimento del dovere di difesa della Patria, cfr. F. POLACCHINI, *Doveri costituzionali e principio di solidarietà*, Bologna University Press, Bologna, 2016, spec. 28; Corte cost., 8-16 luglio 2004, n. 228.

<sup>54</sup> In generale sui doveri individuali, cfr. C. CARBONE, *I doveri pubblici individuali nella Costituzione*, Giuffrè, Milano, 1968, 119 s.; sull'adempimento del dovere di solidarietà per le ricadute anche nei rapporti interprivati anche a seguito dell'affermarsi di istanze solidaristiche, cfr. F. POLACCHINI, *Doveri costituzionali e principio di solidarietà*, cit., spec. 87 s.

<sup>55</sup> Cfr. in tema almeno: R. BERTOLINO, *L'obiezione di coscienza negli ordinamenti giuridici contemporanei*, Giappichelli, Torino, 1967; A. GUARINO, *Obiezione di coscienza e valori costituzionali*, Jovene, Napoli, 1992; A. PUGIOTTO, *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, in *Dig. disc. pub.*, IV ed., Utet, Torino, 1995, X, 247 s.

<sup>56</sup> Sulla correlazione esistente tra dovere di difesa della Patria e doveri di solidarietà, cfr. di recente Corte cost. 17 dicembre 2013, n. 309; Corte cost. 25 giugno 2015, n. 119.

<sup>57</sup> Ciò poiché il Servizio civile presenta profili di sviluppo della persona, sia come forma di apprendimento non formale, sia per il riconoscimento dell'attività svolta come titolo preferenziale all'accesso al pubblico impiego (art. 18, comma IV, d.lgs. n. 40/2017), così come l'attività svolta è oggetto di certificazione delle competenze (art. 18, commi I e II, d.lgs. n. 40/2017), anche per il tramite dell'accordo concluso tra il Dipartimento per le politiche giovanili e la Conferenza dei Rettori delle Università Italiane (più in generale in tema cfr. d.lgs. 16 gennaio 2013, n. 13 che reca disposizioni in tema di norme generali e dei livelli essenziali delle prestazioni per l'individuazione e validazione degli apprendimenti non formali e informali e degli standard minimi di servizio del sistema nazionale di certificazione delle competenze), ciò perché nel servizio civile coesiste la doppia anima di formazione del giovane e di concezione del giovane come *al servizio della collettività*.

<sup>58</sup> Cfr. J. LUTHER, *Art. 52*, in *Commentario alla Costituzione*, vol. I, a cura di R. BIFULCO, A. CELOTTO e M. OLIVETTI, Utet, Torino, 2006, 1035 s., anche E. BETTINELLI, *Art. 52, co. I e II*, in *Commentario della Costituzione*, a cura di G. BRANCA, A. PIZZORUSSO, Zanichelli, Bologna, 1992, 76 s.; F. DAL CANTO, *Difesa della Patria*, in *Dizionario di diritto pubblico*, Vol. III, diretto da S. CASSESE, Milano, Giuffrè, 2006, 1848. Per la difesa della Patria come "dovere collocato al di sopra di tutti gli altri, e che nessuna legge potrebbe fare venir meno".

<sup>59</sup> Si tratta di scorgere la correlazione tra il servizio civile digitale e con la struttura di un servizio pubblico, poiché si scorge una similarità con la programmazione dei bisogni attraverso il Piano nazionale che definisce gli obiettivi da raggiungere, con la *quantità* delle prestazioni attese, nonché dei destinatari dell'intervento unitamente al programma che, invece, ne definisce i mezzi necessari e gli interventi puntualmente individuati da raggiungere entro un determinato tempo.

definiti in legge, purché rispondano agli specifici bisogni “di conoscenza digitale” emergenti dal destinatario anziano.

## 5. Considerazioni conclusive

L'effettività del diritto all'uso delle tecnologie nei rapporti con la pubblica amministrazione presuppone l'acquisizione di competenze informatiche che si mostra come bisogno che richiede soddisfacimento<sup>60</sup>, per consentire a tutti – in condizioni uguali – di esercitare i propri diritti digitali e per garantire “la piena partecipazione civile e sociale anche attraverso l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni” (art. 19, d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29). Il possesso delle competenze informatiche non è solo presupposto per lo sviluppo della persona “secondo le proprie possibilità e la propria scelta” in un modo “che concorra al progresso materiale o spirituale della società” (art. 4 Cost.), perché si accompagna altresì ad una dimensione collettiva, correlata alla partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese (art. 3, comma II, Cost.). A contrario, perciò, il mancato possesso di competenze informatiche di base, in specie, da parte degli anziani è stato riconosciuto – dagli interventi normativi citati – come ostacolo che deve essere rimosso dalla Repubblica per consentire eguali condizioni nella fruizione *digitale* dei servizi e delle attività dell'amministrazione pubblica. Da ciò discende tale risposta della Repubblica volta a offrire tutela uniforme su tutto il territorio nazionale, proprio attraverso l'istituzione della rete dei servizi di facilitazione e il servizio civile digitale, nonché attraverso l'attivazione di percorsi laboratoriali nelle istituzioni scolastiche di secondo grado.

Queste soluzioni sembrano, in definitiva, porsi come espressione di servizi di comunità che operano secondo logiche di rete e di sussidiarietà orizzontale che consentono di contrastare l'isolamento relazionale e la marginalizzazione delle persone anziane, attraverso iniziative che promuovono la continuità di vita e delle relazioni personali, familiari e di comunità (art. 25, d.lgs. n. 29/2024).

---

<sup>60</sup> Cfr. M. CINELLI, *Sicurezza sociale*, in *Enc. dir.*, vol. XLII, 1990, spec. 503, ove afferma “la garanzia di libertà dal bisogno, nella quale si sostanzia il concetto di sicurezza sociale, idealmente sostenga e giustifichi tutta una serie di diritti di libertà riconosciuti dall'ordinamento, tra i quali spiccano, per quanto qui specificamente rileva, il diritto alla salute, il diritto all'assistenza, il diritto alla previdenza, la libertà dell'iniziativa assistenziale e previdenziale privata.”



# Is Continuity Enough to Safeguard Equality? A Critique of the New Italian Age-based System of Long-term Care

Teresa Andreani\*

**SUMMARY:** 1. Introduction. – 2. Long-term Care as a Social Problem. – 3. Long-term Care as a Legal Problem. – 4. The First National Legal Reform of LTC in Italy. – 5. A Three-steps Critique of the New Italian Age-based LTC System. – 6. The Constitutionalization of Healthcare Universalism. – 7. The Construction of Old Age as a Legal Criterion to Access Welfare Provisions. – 8. The Constitutional Shortfalls of the Age-based Dualization of the Italian LTC System. – 9. Conclusions.

**ABSTRACT:** After having conceptualized Long-term Care (LTC) as a social and legal problem, the specificities of the Italian public action in this rising welfare area are highlighted. The paper offers a critique of the new age-based nature of the Italian LTC system. At its core, the analysis critically examines the principle of continuity as legal principle of the new Italian age-based system of LTC (Law 33/2023; D. 29/2024). By discussing the dualization of the legal reforms on disability and LTC for older people, the legal construction of old age as a legal criterion to access public welfare provision is interrogated through constitutional lenses. The paper argues that the legislative design of the principle of continuity is inconsistent with the constitutional principle of equality, as its protective function reveals to be nominalistic, and it discloses the risk of structural discrimination of people with disability who age prematurely.

## 1. Introduction

After many years of institutional inertia, the Italian legislator has planned and approved the first national legal framework on Long-term Care during the Covid-19 pandemic emergency. Long-term Care (LTC) can be generally understood as a set of integrated health and social care services and measures oriented to meet the numerous and complex needs of people who cannot perform autonomously activities of daily living (ADLs), such as personal care, eating and bathing, due to disabilities or old age-based impairments<sup>1</sup>. Traditionally, the family has played a major role in providing care, as the welfare states has implicitly overlooked the long-term

---

\* Dottoranda di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

<sup>1</sup> B. GREVE, *Long-term Care. What is it about?*, in B. GREVE (ed), *Long-term Care for the Elderly in Europe. Developments and Prospects*, Routledge, London, 2017, 1-7.

care needs of fragile family members satisfied informally by female caregiving<sup>2</sup>. However, due to the ageing population and the transformations in family structures, the response to rising and complex long-term care needs is now a growing as a political concern all over Europe, and LTC is the most rapidly developing policy area in the EU<sup>3</sup>.

The institutional changes of LTC systems across European countries have been traditionally studied and compared by social scientists through the lenses of social policy analysis<sup>4</sup>. Particularly, feminist scholars have problematized the gender assumptions underlying mainstream policy categories, while illuminating how the welfare state relies on informal and unpaid reproductive labour that is legally constructed through care obligations within the family<sup>5</sup>. However, the constitutional and legal implications of policy shifts have only recently begun to be examined by legal scholars<sup>6</sup>. As of today, the juridical analysis of the legal issues arising from the recognition of LTC as a new social risk is yet anchored to doctrinal legal analysis<sup>7</sup>. Critical approaches to the evolving legal condition of older people with long-term care needs are only slightly cultivated under the umbrella of Elder Law or Ageing and the Law in several European scientific venues<sup>8</sup>. However, despite a growing interest is being registered, today a dedicated research environment is still missing in the Italian legal scholarship<sup>9</sup>.

As the objective of the ELVIS Project is to investigate the interplay between the law and the vulnerabilities of older people in society, this research paper is to be framed in a wider exploration of the new Italian legal reform of LTC that I carry my doctoral research study. First, LTC is preliminary understood as a rising social change in contemporary Europe (p. 2). Secondly, the satisfaction of long-term care needs is conceptualised as a legal problem (p. 3). I then outline the specific traits of the Italian system of LTC in the European scenario (p. 4). At its core, the analysis

---

<sup>2</sup> C. SARACENO, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna, 2022, 28-51.

<sup>3</sup> F. MAINO, M. BETTI, *Ageing and Long-Term Care problems During the Covid-19 Pandemic*, in C. ASPALTER (ed), *Covid-19 Pandemic: Problems Arising in Health and Social Policy*, Springer, London, 2023, 73-95.

<sup>4</sup> For an overview of policy issues and changes in the field: E. PAVOLINI, H. THEOBALD, *Long-Term Care Policies*, in E. KUHLMANN, R.H. BLANK, I.L. BOURGEAULT, C. WENDTTP, *The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance*, Palgrave Macmillan, London, 2015, 462-478.

<sup>5</sup> J. LEWIS, *Gender and the Development of Welfare Regimes*, in *Journal of European Social Policy*, 2 (3), 1992, 159-173.

<sup>6</sup> See K. SCHEIWE, *Caring, law, and solidarity – on the need for reorientation*, in *International Journal of Law, Policy and The Family*, 2024, 38, 1-18.

<sup>7</sup> U. BECKER, H. REINHARD (eds), *Long-Term Care in Europe. A Juridical Approach*, Springer, London, 2018.

<sup>8</sup> A. NUMHAUSER-HENNING (ed), *Elder Law: Evolving European Perspectives*, Edward Elgar, Cheltenham, 2017.

<sup>9</sup> See V. CAPPELLATO, B. GARDELLA TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni e prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, Il Mulino, Bologna, 2021, 187-190.

discusses the following research question: does the principle of continuity safeguard equal treatment in accessing the new LTC system among people in need of Long-term Care to perform activities of daily living due to disabilities or age-related limitations of autonomy? To answer this question, the paper discusses the principle of continuity through a three-step critique of old age categorization in welfare laws (pp. 5-8). Finally, the supported arguments and my provisional answer are collected in the conclusions.

## 2. Long-term Care as a Social Problem

As the European population is rapidly ageing, the number of people in need of LTC due to age-based limitations is rising<sup>10</sup>. Due to the spread of neurodegenerative diseases, longevity often does not come with good quality of life. Despite geographical differences, the dependency ratio in older people is fastly growing in all European countries<sup>11</sup>. However, care needs are not only rising in quantity but also in complexity: therefore, the response to meet them is supposed to be not only durable in time but also structurally integrated, as the combination of clinical frailty and social vulnerability mutually affect the health status of people with disabilities and older people with impairments<sup>12</sup>. Therefore, LTC services are to operate at the intersection of health and social care ones, as they are specifically oriented to maintain their functional abilities and to support their quality of life over time, rather than being oriented to cure diseases through medical treatments<sup>13</sup>.

In this context, the re-organization of the household around the care needs of fragile relatives is being reduced due to family transformations<sup>14</sup>. Indeed, European countries are vastly experiencing the nuclearization of the traditional family and the pluralization of family forms: being their legal recognition fragmented, non-conjugal family care practices are spreading in Europe<sup>15</sup>. A significant example is that of the unipersonal families, mostly common among older people, that are

---

<sup>10</sup> G. NEYER, A.H. KULL, L. BERNARDI, C. BUHLER, *The Demography of Europe*, Springer, London, 2013.

<sup>11</sup> See EUROSTAT, *Old-age dependency ratio*, 2025.

<sup>12</sup> S. ASANT, G. KARIKARI, *Social Relationships and the Health of Older Adults: An Examination of Social Connectedness and Perceived Social Support*, in *Journal of Ageing and Longevity*, 2(1), 2022, 49-62.

<sup>13</sup> H. NIES, K. LEICHSENRING, S. MAK, *The Emerging Identity of Long-Term Care Systems in Europe*, in K. LEICHSENRING, J. BILLINGS (eds) *Long-Term Care in Europe*, Palgrave Macmillan, London, 2013, 19-41.

<sup>14</sup> C. RANCI, *Social Vulnerability in Europe*, in C. RANCI (ed), *Social Vulnerability in Europe. The new configuration of social risks*, Palgrave Macmillan, New York, 2010, 3-24.

<sup>15</sup> N. PALAZZO, *Legal Recognition of Non-Conjugal Families: New Frontiers in Family Law in the US, Canada and Europe*, Hart Publishing, Oxford, 2021.

usually associated with non-parental affective relations. These social transformations are also driven by the changing gender roles in caring responsibilities<sup>16</sup> due to the progressive, but still largely unequal, entry of women into the waged labour market<sup>17</sup>. In this moving scenario, everywhere in Europe, public action in LTC is urgently called into question.

### 3. Long-term Care as a Legal Problem

Since the Covid-19 pandemic outbreak, the role of public action in addressing the rising and complex long-term care needs of people who cannot perform autonomously activities of daily living is emerging as a burning political concern, as it structurally implies gender power relationships<sup>18</sup>. A common trend is detectable: while the role of public action in the field is intensifying, new institutional changes are reshaping LTC as a new social risk across European welfare systems<sup>19</sup>. The role of the State is evolving at least towards two directions: on the one hand, the accessibility to the LTC services and measures by the person in need is being re-configured and, on the other, the role of family carers is being formalized within the welfare system. Therefore, the evolution of the legal condition of the person in need of care, and that of the family carer, are being newly structured by the law.

Following the context-specific trajectories of welfare models, in the last three decades new legal reforms across European countries have been approved to reconfigure existing or introduce new legal entitlement to access LTC measures and services. Aside from Nordic countries, where LTC was traditionally conceptualized as a public responsibility, legal developments have also occurred in countries traditionally marked by a considerable degree of familization of care. This is the case of Spain that, since 2006, has adopted new public policy oriented to the realization of a social right to receive care for all dependent people<sup>20</sup>. Differently, other Mediterranean countries have rather focused on the configuration of new legal entitlements to provide care: as a way of example, Portugal has introduced a restricted set

---

<sup>16</sup> J.W. DWYER, R.T. COWARD, *Gender, Family and Long-Term Care of the Elderly*, in J.W. DWYER, R.T. COWARD (eds), *Gender, Families and Elder Care*, Sage, London, 1992, 3-17.

<sup>17</sup> C. MUSSIDA, R. PATIMO, *Women's Family Care Responsibilities, Employment and Health*, in *Journal of Family Economics*, Issue 42, 2021, 489-507.

<sup>18</sup> A. DOHOTARIU, *Care for older people through politicising and gendering processes: An introduction*, in A. DOHOTARIU, A.P. GIL, L. VOLANSKA (eds), *Politicising and Gendering Care for Older People*, Bristol University Press, Bristol, 2024, 8-14.

<sup>19</sup> C. RANCI, E. PAVOLINI (eds), *Reforms in long-term care policies in Europe: Investigating institutional changes and social impacts*, New York, Springer, 2015 and C. GORI, J. FERNANDEZ, R. WITTENBERG (eds), *Long-term Care Reforms in OECD Countries*, Policy Press, Bristol, 2016.

<sup>20</sup> J. COSTA-FONT, S. JIMENEZ-MARTIN, P. VILAPLANA, C. PRIETO, A. VIOLA, *Universalizing the Access to Long-Term Care: Evidence from Spain*, in J. GRUBER, K. MACGARRY, *Long-Term Care around the World*, University of Chicago Press, Chicago, 2025, 323-352.

of legal entitlements of the family carer under the Caregiver Statute in 2019<sup>21</sup>. As the pandemic has unveiled the extreme health and social vulnerabilities of people in need of LTC and that of their families, legal developments of this kind are currently debated in Italy, too.

#### 4. The First National Legal Reform of LTC in Italy

Whit its long-lasting history of familization, Italy marks a solitary exception in the European scenario. Comparatively, the Italian welfare regime is familistic, as public intervention was initially blind on the role of the family in providing care, has then configured legal obligations to provide care within the family, while contextually promoting the satisfaction of individual care needs in the market<sup>22</sup>. However, the construction of family as the main provider of care on the intergenerational and gender axis is not an exclusive feature of the Italian experience<sup>23</sup>. What makes it remarkably unique is rather the institutional inertia that occurred during the Nineties when, due to demographic transformations, a wave of national LTC reforms has emerged in Europe<sup>24</sup>. In that span of time, despite the urgency for public action being acknowledged, any comprehensive legal reform of LTC has conversely occurred in Italy.

Since the Seventies until our days, the Italian LTC system relies on the prevalence of family care, as public financial support to the individual demand of care is limited and the accessibility to public or publicly regulated LTC services is weak<sup>25</sup>. An incremental growth of public expense for the only national cash-for-care scheme (*indennità di accompagnamento*) is consequently registered: indeed, such measure was introduced in 1980 as a monetary transfer and, ever since, it is the only enforceable individual legal entitlement of all people who cannot perform autonomously the activities of daily living guaranteed under national law<sup>26</sup>. In a context of its constant undervaluation in the political arena, this welfare area has further

---

<sup>21</sup> A.P. GIL, *Itineraries and contradictions of a family policy: The Informal Caregiver Statute in Portugal*, in *International Journal of Care and Caring*, 2023, 653-674, spec. 659.

<sup>22</sup> C. SARACENO, *Constructing Families, Shaping Women's Lives: The Making of Italian Families between Market Economy and State Interventions*, in J. GILLIS, L. TILLY, D. LEVINE, (eds), *The European Experience of Declining Infertility: 1850-1970*, Blackwell, Cambridge, 1992, 251-289.

<sup>23</sup> M. NALDINI, *The Family in Mediterranean Welfare States*, Frank Cass, London, 2004.

<sup>24</sup> P. TAYLOR-GOUBY, *New Risks and Social Change*, in P. TAYLOR-GOUBY (ed) *New Risks, New Welfare. The Transformation of the European Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2004, 1-27.

<sup>25</sup> G. COSTA, *Long-Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change*, in C. RANCI, E. PAVOLINI, *Reforms in Long-Term Care in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, Springer, New York, 2013, 221-241.

<sup>26</sup> M. ARLOTTI, A. PARMA, C. RANCI, *Riformare diritti sociali iniqui con uno sguardo all'Europa? La sfida dell'indennità di accompagnamento*, in *Journal of Social Policy*, 3, 2017, 63-77.



evolved fragmentally across Italian Regions: indeed, despite the absence of a national legislation, regional actions have evolved across time, and experimental innovations in health and social service integration have widely occurred <sup>27</sup>.

Contextually, the contrast between such public policy crisis and the social *ethos* of the Italian Constitution is striking. As the role of public action to promote personal realization by protecting positive rights towards the State is a pillar of post-WWII social constitutionalism, fundamental constitutional principles of personalism, solidarity and substantive equality demand the public intervention when equality is *de facto* compromised, standing against the legal invisibility of vulnerable subjects. This is the very case of people in need of LTC and their family carers whose vulnerability is obscured by the law and neglected by public action. The shortfalls of the Italian legislator towards the protection of the legal subjectivity of the person in need and that of family carers have been recently tackled by the CRPD Monitoring Committee <sup>28</sup>. Indeed, international disability law standards play a major role in challenging the limits of the Italian LTC systems, while the introduction of an *hoc* international legal instrument to protect and promote the rights of older people is still debated <sup>29</sup>.

After three decades of institutional inertia, the Italian national legal framework of LTC has finally evolved during the pandemic. Thanks to the active role played by civil society organizations in claiming new and principled public interventions, two legal reforms were finally planned by the national legislator within the National Recovery and Resilience Plan (NRRP): while the first concerns the rights of people with disability in multiple life-settings under the impulse of the UNCRP (Law 227/2021) <sup>30</sup>, the second specifically addresses Long-term Care for dependent older people (Law 33/2023) <sup>31</sup>. A new set of norms (Decrees 62/2024 and 29/2024) have further implemented this dual evolution <sup>32</sup>. Currently, the Italian LTC system is moving towards at least two major legal trends: as old age ( $\Rightarrow$ 70 years-old) becomes a legal condition to access the new LTC system, the legal definition of dependency is predominantly based on age-related health conditions. Against this

---

<sup>27</sup> C. GORI, *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma, 2008.

<sup>28</sup> The reference is to the *Bellini case* addressed by CRPD Committee in the views adopted on the 3rd of October 2022 (CRPD/CJ27/D/51/2018).

<sup>29</sup> B. LEWIS, K. PURSER, K. MACKIE, *The Human Rights of Older Persons. A Human Rights-Based Approach to Elder Law*, Springer, London, 2020, 52-54 and 60-62.

<sup>30</sup> See E. VIVALDI (a cura di), *Il progetto di vita della persona con disabilità. Dal PNRR al decreto legislativo n. 62/2024*, Pisa University Press, Pisa, 2025.

<sup>31</sup> C. GORI, *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *Social Policies*, 3/2023, 511-516 and T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti supreme e salute*, fascicolo 1, 2024, 130.

<sup>32</sup> T. ANDREANI, E. VIVALDI, *Una lettura unitaria delle riforme della disabilità e della non autosufficienza: verso un sistema di assistenza fondato sull'età anagrafica*, in corso di pubblicazione.

backdrop, the protection of the rights people with disabilities explicitly relies on a new foundational legal principle introduced by the ongoing legal reform of LTC: the principle of continuity.

## 5. A Three-steps Critique of the New Italian Age-based LTC System

Enucleated as a founding legal principle of the reform of LTC for older people (Law 33/23, art. 2, p. 2, letter h), the principle of continuity is designed as a legal clause to protect people with disabilities who are ageing. Within the ongoing dualistic evolution, according to the law this principle serves a unifying function between the two ongoing legal reforms. Indeed, article 33 of the Decree 29/2024 explicitly configures a right of people with disabilities who meet the age threshold to:

- (1) enjoying already accessed services and benefits provided by disability laws;
- (2) accessing old-age specific set of Long-term Care services and benefits.

Due to its centrality in the legislative design of the ongoing reforms, the structure, scope and functioning of this principle can be investigated through constitutional lenses. Particularly, the following question is crucial: does the principle of continuity safeguard equal treatment in accessing the new LTC system among people in need of long-term care to perform activities of daily living due to disabilities or age-related limitations of autonomy? As my research is still unfinished, I try to offer a provisional answer by building a three-steps critique of the new age-based nature of the Italian LTC system that combines different methods and arguments:

1. historic argument = firstly, I discuss that the universalistic transformation of the Italian welfare State in healthcare (Law 883/1978) was achieved through legal mobilization of the constitutional principle of substantive equality to show that the professional categorization of people in need of healthcare, that marked the insurance-based system, was replaced through the principle of health universalism that rather adopts a needs-based paradigm;

2. critical legal argument = secondly, I discuss the construction of old age through critical legal approaches to show that, despite ageing being a complex and dynamic concept, the law can ambivalently express a protective function of older people or excluding function with regards to people with disabilities who age prematurely;

3. constitutional assessment = thirdly, I discuss the interplay between the constitutional principles of personalism and substantive equality (articles 2 and 3) and the legal construction of old age as a legal criterion to access welfare provisions; I try to show that, when balancing its political discretion, the legislator should be rather oriented to a needs-based paradigm, as it can effectively safeguard the equal access to LTC measures and services for all people with care needs regardless of their age.

## 6. The Constitutionalization of Healthcare Universalism

Approved in the aftermath of World War II, the Italian Constitution is both rigid in its democratic structure and open to the emergence of new solidarity instances<sup>33</sup>. Possessing an inherent forward-looking nature, the Constitution embodies the social conflict within the constitutional project through constitutional principles, particularly that of substantive equality (art. 3, co. 2)<sup>34</sup>. Indeed, the Constituent Mothers and Fathers have enshrined a more equal and just society, that is to be achieved by functionalizing public action towards the transformations of social reality. Precisely, public action is constitutionally oriented to tackle *de facto* existing inequalities in society<sup>35</sup>, thus promoting the development for each person. This idea of the substantive dimension of equality is intertwined with the principles of solidarity, that is enucleated in conjunction with the very idea of the relational person as subject of duties and rights between the individual and towards the State (art. 2), and social dignity, that rather qualifies the significance of equality itself<sup>36</sup>.

Despite such constitutional normativity, the institutional continuity with the liberal and fascist eras, that also operated through the continuity with the previous legal culture and administrative structure, hampered legal proposal to reform the Italian welfare regime<sup>37</sup>. For the three initial decades of the constitutional experience, the health and social care system remained highly fragmented and primarily oriented to the inter-categorical protection of formal workers, thus ensuring structural discrimination of peoples labelled as unproductive, such a women providing care within the family, people with disabilities and older people. The political trajectory of welfare universalism only begun to be discussed during the Sixties and the Seventies when social movements begun to claim the realization of constitutional social rights<sup>38</sup>. In this span of time, the constitutionalization of welfare policies towards the transformation of social reality occurred through national legislation (*disgelo costituzionale*)<sup>39</sup>.

A leading example of the constitutionalization of welfare universalism is that of universal healthcare (Law n. 883/1978). The legal principle of healthcare universalism,

<sup>33</sup> L. PALADIN, *Per una storia costituzionale dell'Italia repubblicana*, Il Mulino, Bologna, 2004, 240-258.

<sup>34</sup> U. ROMAGNOLI, *Il principio di uguaglianza sostanziale*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione. Principi fondamentali*, Zanichelli, Bologna, 1975, 162-198.

<sup>35</sup> V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Giuffrè, Milano, 1952.

<sup>36</sup> G. FERRARA, *La pari dignità sociale (appunti per una ricostruzione)*, in *Studi in onore di Giuseppe Chiarelli*, Vol. I, Giuffrè, Milano, 1974, 1090-1105.

<sup>37</sup> M. FERRERA, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Il Mulino, Bologna, 1993, 201-272.

<sup>38</sup> C. GIORGI, *Salute per tutti. Storia della sanità italiana dal dopoguerra a oggi*, Laterza, Roma, 2024, 25-40.

<sup>39</sup> S. RODOTÀ, *Diritti e libertà nella storia d'Italia*, Donzelli, Roma, 2011, 85-122.

that implies the global response to health needs and implied equal access to healthcare services, was grounded on a progressive and expansive interpretation of article 32 of the Constitution, that literally states health as a fundamental individual right and public interest, through the lenses of the substantive equality principle<sup>40</sup>. Through the institution of the National Health Service (NHS), the legislator has fundamentally restructured the legal relationship between the person and the State as a personal right to access public or publicly regulated healthcare services on the sole ground of health needs<sup>41</sup>. Previously, the individual could only access existing healthcare facilities on the ground of professional categorization: indeed, this was the general legal rule underpinning the insurance-based model, with the only exception of residual public assistance provided by municipalities to low-income residents<sup>42</sup>. Despite health being constitutionally protected as a fundamental right of each individual, the professional status was legally constructed as the condition to access healthcare services: consequently, wide inter-professional inequalities in access to service of quality were legally legitimized.

## 7. The Construction of Old Age as a Legal Criterion to Access Welfare Provisions

In the context of the growing tension between ageing population and welfare sustainability<sup>43</sup>, the construction of old age as a legal criterion that structures individual accessibility to welfare provisions is detectable as a legal trend at the comparative level: aside from new Italian laws on disability and elder care, the Swedish legal system, mostly renown for having inspired welfare service universalism, has yet adopted old age as an organizing principle in social welfare laws with the aim to draw a line between the legal measures pertaining to disability laws and that of elder care<sup>44</sup>. Similarly, the French legal system structures old age to differentiate the legal protection of people with disabilities and that of older people with age-based impairments<sup>45</sup>.

---

<sup>40</sup> D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2021, 96-97.

<sup>41</sup> L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Giappichelli, Torino, 2019.

<sup>42</sup> See C. GIORGI, I. PAVAN, *Storia dello Stato Sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2021, 223-224.

<sup>43</sup> V. GALASSO, P. PROFETA, *Population ageing and the size of the welfare state*, in S. HARPER, K. HAMBLIN (eds.), *International Handbook on Ageing and Public Policy*, Elgar Publishing, Cheltenham, 2014, 74-83.

<sup>44</sup> T. MATTSSON, *Age, vulnerability and disability*, in I. DORON, N. GEORGANTZI (eds.), *Ageing, Ageism and the Law. European Perspectives on the Rights of Older Persons*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2018, 86-112.

<sup>45</sup> P. MARTIN, *New social risks and new social rights in the French welfare system*, in T. KOTKAS, K. VEITCH (eds.), *Social Rights in the Welfare State*, Routledge, New York, 2017, 99-116.

Generally, the construction of age through the law is not a new trend across European legal traditions. Indeed, age already works generally as a legal fiction in multiple legal domains to classify rights and duties, such as legal capacity for minors in civil and criminal law. In this case, the protection of minor is the interest underpinning an extensive, specific and tailored protection in multiple legal spheres<sup>46</sup>. Differently, old age has vastly deployed as a discrimination factor in labour law, particularly with regards to mandatory retirement<sup>47</sup>, thus problematically working in favour of other public interests, rather than protecting older workers<sup>48</sup>. Today, ageing is challenging the role of law in recognizing and protecting specific and complex needs that older people experience<sup>49</sup>, and this is occurring in the health and social welfare sphere, too. While this perspective can justify the adoption of old-age specific legal principles and rules, the legal construction of old age itself possesses an ambivalent nature.

As the feminist and disability critical legal theories have stressed<sup>50</sup>, the nature of law is artificial, as it is a product of prevailing social norms<sup>51</sup>. Indeed, the law can be deconstructed as a social tool that reflects and perpetuates inequalities<sup>52</sup>. Ageing is rather a continuous, dynamic and relational process that affect each person: like disability<sup>53</sup>, it can significantly differ according to social factors. By structuring old age as a legal criterion to access welfare provisions, the law structures the collective identity of older people, thus ambivalently expressing a protective or excluding function<sup>54</sup>. The legal condition of the people with disabilities who age prematurely in welfare laws is particularly illustrative of this ambivalence. On the one hand, when the legal construction of old age serves the scope of limiting older people's access to care services, as occurs in the Swedish legal system, they are better protected; on the other, when it serves the enlargement of public support for older people in the care sector, the law excludes them on the ground of age.

---

<sup>46</sup> J. BARNETT, *Children's Rights and the Law. An Introduction*, Routledge, London, 2021.

<sup>47</sup> A. NUMHAUSER-HENNING, M. RONMMAR (eds), *Age Discrimination and Labour Law*, Kluwer, London, 2015.

<sup>48</sup> A. BLACKHAM, *Reforming Age Discrimination Law*, Oxford University Press, Oxford, 2022.

<sup>49</sup> O. BEN-SHAHAR, *Personalized Elder Law*, in *The Elder Law Journal*, Vol. 28, 2020, 282-312.

<sup>50</sup> See for all M.A. FINEMAN, N.S. THOMADSEN (eds), *At the Boundaries of Law. Feminism and Legal Theory*, Routledge, New York, 1991 and A. BOTTOMLEY (ed), *Feminist Perspectives on the Foundational Subjects of Law*, Cavendish, London, 1996.

<sup>51</sup> M.G. BERNARDINI, *Il soggetto tra cura e diritti*, in T. CASADEI (a cura di), *Donne, diritto, diritti. Prospettive di Giusfemminismo*, Giappichelli, Torino, 2015, 193-212.

<sup>52</sup> D. BARAK-EREZ, *Her-meneutics. Feminism and Interpretation*, in B. BAINES, D. BARAK-EREZ, T. KAHANA (eds), *Feminist Constitutionalism. Global Perspectives*, Cambridge University Press, New York, 2012, 85-97.

<sup>53</sup> A. LEAHY, *Ageing and Disability*, Bristol University Press, Bristol, 2021.

<sup>54</sup> D. BEDFORD, *Embracing Vulnerability in Ageing*, in B. CLOUGH, J. HERRING (eds.), *Ageing, Gender and Family Law*, London, Routledge, 2018, 15-33.

## 8. The Constitutional Shortfalls of the Age-based Dualization of the Italian LTC System

As the new Italian national legal framework for LTC stands, the declared scope of the continuity principle to protect people with disabilities that turn older is hampered by a structural old age categorization and segmentation. Indeed, although the Law 33/2023 had prescribed the adoption of a legal definition of older people that was supposed to include multidimensional factors along with chronological age, the Decree 29/2024 has conversely structured old age as a rigid threshold to access new LTC measures and services. A significant example of this problematic legal trend relates to the new monetary benefit (art. 34) that considerably extends the financial support provided to all people with long-term care need: indeed, the access to such welfare provision is restricted only to  $\Rightarrow$  85 years-old people who possess the highest care needs and the lowest family income<sup>55</sup>.

In the Italian constitutional order, the principle of substantive equality ensures that people are treated differently by the law according to different factual conditions<sup>56</sup>. In this sense, the substantive dimension of equality is further complemented by the constitutional principle of personalism (art. 2) that promotes the idea of a relational person who is to be recognised, protected and empowered by the law. When applied to Long-term Care, the constitutional *ethos* supports the centrality of the person towards the State, namely in the field of health and social care services that are to support vital needs<sup>57</sup>. This is the constitutional reasoning that underpins a needs-based paradigm that was adopted by the law with regards to healthcare universalism. As the law is to express an equalizing constitutional function<sup>58</sup>, when balancing political discretion, the legislator should ensure the equal condition before public welfare provisions for all people with the same care needs, as old age cannot operate as a rigid legal fiction to limit the access to LTC without breaching the constitutional principle of equality<sup>59</sup>.

---

<sup>55</sup> For a critical account see F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Si restringe ulteriormente la coorte degli anziani non autosufficienti che potranno accedere alla prestazione universale*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, 929-940.

<sup>56</sup> A. D'ALOIA, *Eguaglianza sostanziale e diritto disuguale. Contributo allo studio delle azioni positive nella prospettiva costituzionale*, Cedam, Padova, 2002.

<sup>57</sup> P. STANZIONE, *L'età dell'uomo e la tutela della persona: gli anziani*, in P. STANZIONE (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, Editoriale Scientifica, Napoli, 1991, 27-46.

<sup>58</sup> P. PERLINGERI, *Diritti della persona anziana, diritto civile e stato sociale*, in P. STANZIONE (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, Editoriale Scientifica, Napoli, 1991, 91-110.

<sup>59</sup> G. LISELLA, *La rilevanza della condizione di anziano nell'ordinamento giuridico*, in P. STANZIONE (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, Editoriale Scientifica, Napoli, 1991, 29-30.

## 9. Conclusions

Building on an historical argument, a critical approach and a constitutional assessment, I finally argue that, as the legal reform of the Italian LTC system has shifted from the person-centered paradigm (Law 33 of 2023) to a rigid old age categorization and segmentation (Decree 29 of 2024), the legislative design of the principle of continuity does not sufficiently mitigate the risk of discrimination of people with disabilities who are ageing. Despite possessing the same long-term care needs of older people, they are legally excluded from accessing the new LTC system when they do not meet the age threshold, thus potentially breaching the constitutional principle of equality. Precisely, as the Italian welfare is systemically moving to an old age-based evolution in Long-term Care, I have tried to support the following reasoning: as it stands, the current legislative design of the principle of continuity provides only a nominalistic protection because it does not effectively counterbalance the rigidity of the systemic old age categorization and segmentation. Despite possessing the very same needs, people with disabilities, who are generally to age prematurely, cannot access the new and wider legal protection provided reserved for older people ( $\Rightarrow$  70 years-old).

In my view, this principle offers a weak legal protection clause, as it is rather crafted to support the legal division of two welfare areas and to limit the respective welfare expenditures. In this sense, Italy is following other legal systems that, driven by economic rationales, have already introduced old age as a legal criterion to access different set of welfare provisions. However, differently to other constitutional orders, the function of law is constitutionally oriented to safeguard substantive equality among people in the Italian legal system. In my critique, a principle-oriented constitutional assessment shows that old age categorization is potentially in breach of the principle of equality, as it works as a legal factor of structural exclusion of younger people with disability despite them having the very same long-term care needs. As of today, constitutional litigation over the access to the new LTC systems is still missing, and this hypothesis is yet to be confirmed. Contextually, age categorization is spreading in other LTC-related welfare area, such as the one concerning the legal condition of family carers of people with disabilities and older people. In this moving scenario, the constitutional legitimacy of the legal construction of old age as a criterion to access welfare provisions, that implies old age categorization and segmentation in welfare laws, is likely to stay as a burning constitutional question in Italy.

# Implicazioni costituzionali dell'uso dell'Intelligenza Artificiale sulla tutela della salute della persona anziana

Francesco Giuseppe Campodonico\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. Breve inquadramento dello statuto costituzionale della persona anziana. – 3. Su alcune possibili criticità, rispetto ai principi costituzionali, dell'uso dell'IA per la tutela della salute della persona anziana. – 4. Sul tasso di implementazione dell'“approccio globale alla persona” sul piano delle politiche pubbliche. – 5. In conclusione.

**ABSTRACT:** The contribution aims to focus on some applications of Artificial Intelligence in the protection of the health of elderly people, analyzing their advantages and possible critical issues, and highlighting the need for this phenomenon—more generally, for the entire process of technological innovation currently underway in the healthcare sector—to be interpreted and guided in light of the categories typical of constitutional law. In particular, it emphasizes the implementation of a so-called “global approach to the person,” which represents both the immanent principle and the underlying method of our Constitution.

## 1. Introduzione

In un suo scritto di ormai qualche anno fa, il Prof. Spadaro scriveva che “in realtà ogni Costituzione (non solo la nostra) è sempre – nello stesso tempo – un atto puntuale e «statico», perché legato al preciso e decisivo momento storico in cui il potere costituente si è tradotto in potere costituito, ma anche e inevitabilmente, col passare del tempo, un processo storico/«dinamico», perché contemporaneamente ricettivo di nuovi interessi (che assurgono a valori costituzionali) [...]”<sup>1</sup>.

Senza con ciò volerci addentrare in tematiche ancestrali di diritto costituzionale, da cui non si può spesso prescindere, ma sulle quali non è possibile soffermarsi in questo contesto, tale affermazione ci introduce, cionondimeno, alla corrispondenza biunivoca che sussiste tra dettato costituzionale e realtà.

Sotto un primo punto di vista, infatti, la realtà, ossia il contesto sociale nel quale la Carta costituzionale dispiega i suoi effetti, incide in misura significativa sul diritto costituzionale in genere, secondo la nota affermazione per la quale “in realtà, più che un

---

\* Dottorando di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Università di Pisa.

<sup>1</sup> Cfr. A. SPADARO, *Dalla Costituzione come “atto” (puntuale nel tempo) alla Costituzione come “processo” (storico). Ovvero dalla continua “evoluzione” del parametro costituzionale attraverso i giudizi di costituzionalità*, in *Quaderni Costituzionali*, 3, 1998, 343 ss., 418.



elemento del diritto, la positività è il suo intrinseco modo di essere: la norma è, esiste, solo in quanto è positiva, in quanto risponde cioè alla convinzione collettiva che ne garantisce l'osservanza: «quel che decide della vita del diritto è la realtà sociale»<sup>2</sup>.

Tale assunto, valido per tutta la Costituzione, è applicabile anche al diritto alla salute. A quest'ultimo proposito, infatti, la crisi della salute quale diritto sociale<sup>3</sup>, per lungo tempo presa in considerazione sotto un profilo essenzialmente economico, ha visto il progressivo affermarsi, specie negli ultimi anni, di (almeno) due ulteriori fattori degni di nota.

Tali elementi sono suscettibili di assumere rilevanza sia come variabile indipendente che come variabile dipendente delle risorse economiche disponibili.

Essi, cioè, si configurano sia come elementi in grado di per sé stessi di alimentare una situazione di forte instabilità ed incertezza, sia come componenti i cui profili di negatività promanano da una lettura effettuata con una lente esclusivamente economico-prestazionale.

Il primo di questi fattori è il progressivo invecchiamento demografico, che rappresenta una cifra sempre più distintiva non solo del nostro ordinamento<sup>4</sup>, ma della generalità dei Paesi europei, e che incide nell'ambito della tutela della salute sia sul versante del paziente che su quello del personale medico<sup>5</sup>.

Il secondo elemento è invece rappresentato dal processo di innovazione tecnologica, che ha subito una significativa accelerazione in conseguenza della pandemia da virus Sars-cov2, e che vede un ruolo di primo piano in capo all'Intelligenza Artificiale (d'ora in avanti, IA), la quale trova già oggi applicazione in un novero sempre più ampio di branche della scienza medica<sup>6</sup>.

<sup>2</sup> La citazione è di P. BARILE, *La Costituzione come norma giuridica. Profili sistematici*, Barbera, Firenze, 1951, e viene ripresa in S. GRASSI, *La cultura dell'ambiente nell'evoluzione costituzionale*, in *Rivista AIC*, 3, 2023, 216 ss., 220; cfr. anche A. BARBERA, voce *Costituzione della Repubblica italiana*, in *Annali dell'Enciclopedia del diritto*, Giuffrè, Milano, 2015, 263 ss.

<sup>3</sup> A. POGGI, *Crisi economica e crisi dei diritti sociali nell'Unione Europea*, in *Rivista AIC*, 1, 2017; E. CATELANI, R. TARCHI (a cura di), *I diritti sociali nella pluralità degli ordinamenti*, Editoriale scientifica, Napoli, 2015; G. PITRUZZELLA, *La crisi e la rottura del l'equilibrio: il nuovo volto dei diritti sociali*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2013; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in *Studi Mazziotti*, Cedam, Padova, 1995, II.

<sup>4</sup> Cfr. Istat; Rapporto annuale 2025 *La situazione del Paese*, disponibile al seguente link: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/RA-2025-volume-integrale.pdf>, dove si rileva come, al 1° gennaio 2025, la popolazione anziana del Paese rappresenti ben il 24,7% del totale, con ben 4,6 milioni di persone che supera gli 80 anni e un indice di vecchiaia assai elevato (199,8 anziani ogni 100 giovani).

<sup>5</sup> Cfr. Corte dei conti, Sezioni Riunite in sede di controllo, *I quaderni del rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica*, Quaderno n. 4 *La Sanità in cammino per il cambiamento*, 2025, dove si rileva come il 41 per cento del personale infermieristico assunto a tempo indeterminato presso le strutture del SSN nel 2022 aveva un'età ricompresa tra i 50 ed i 59 anni, con tutte le intuibili conseguenze in tema di pensionamento ed incremento del fabbisogno di personale nei prossimi anni.

<sup>6</sup> Sul rapporto tra IA e tutela del diritto alla salute, cfr. V. SALVATORE (a cura di), *Digitalizzazione*,

A proposito di quest'ultima, tuttavia, se indubbiamente l'impiego di sistemi di IA nel campo medico può apportare benefici estremamente significativi, non possono, del pari, esserne trascurati i possibili effetti negativi sul versante sostanziale del diritto alla salute, specie degli individui maggiormente fragili e vulnerabili.

Non a caso, autorevole dottrina ha sottolineato il rischio di un possibile *vulnus*, in generale, dei diritti fondamentali dell'individuo<sup>7</sup>. Sempre in tal senso, è lo stesso Regolamento europeo sull'Intelligenza Artificiale (c.d. "IA Act") a qualificare le applicazioni dell'IA nell'ambito della salute come "sistemi ad alto rischio"<sup>8</sup>.

Allora, se è altrettanto vero che "il parametro «costituzionale» può essere [...] leso anche semplicemente pretendendo di innovare – s'intende: in senso eversivo o sovversivo – l'attuale ordine «costituzionale», aggiungendovi norme (e, quindi, costituzionalizzando interessi) che ne ledono lo «spirito»"<sup>9</sup> ecco che, allora, sotto un secondo punto di vista, proprio la capacità della Costituzione di orientarsi al futuro<sup>10</sup> rivela tutta l'attualità, l'utilità e la necessità di rileggere i citati fenomeni tramite le categorie del diritto costituzionale.

Pertanto, il presente contributo, dopo aver sommariamente ricostruito le coordinate costituzionali inerenti alla tutela del diritto alla salute in particolare della persona anziana, tenterà di fornire alcuni spunti di riflessione rispetto ad una declinazione dell'IA, in tal senso, auspicabile.

---

*intelligenza artificiale e tutela della salute nell'Unione europea*, Giappichelli, Torino, 2023; G. NATALE, *L'intelligenza artificiale in sanità. Il dialogo necessario tra medicina, etica e diritto*, Cedam, Padova, 2025; C. SARRA, A. ZILIO, G. DE BONA, *Diritto alla salute, protezione dei dati personali e Intelligenza Artificiale*, Franco Angeli, Milano, 2025.

<sup>7</sup> Sul tema, cfr. ad es. G. SARTOR, *Artificial Intelligence and Human Rights: Between Law and Ethics*, in *Maastricht Journal of European and Comparative Law*, 2020, 705 ss.; A. ADINOLFI, *L'Intelligenza Artificiale tra rischi di violazione dei diritti fondamentali e sostegno alla loro promozione: considerazioni sulla (difficile) costruzione di un quadro normativo dell'Unione*, in A. PAJNO, F. DONATI, A. PERRUCCI (a cura di), *Intelligenza Artificiale e diritto: una rivoluzione?*, Il Mulino, Bologna, 2022, 127 ss.; G. DE MINICO, *Fundamental rights, European digital regulation and algorithmic challenge*, in *Media Laws*, 1, 2021, 8 ss.; F. DONATI, *La protezione dei diritti fondamentali nel regolamento sull'Intelligenza Artificiale*, in *Rivista AIC*, 1, 2025, 1 ss.

<sup>8</sup> Cfr. A. ODENNINO, *Intelligenza Artificiale e tutela dei diritti fondamentali: alcune notazioni critiche sulla recente proposta di Regolamento della UE, con particolare riferimento all'approccio basato sul rischio e al pericolo di discriminazione algoritmica*, in A. PAJNO, F. DONATI, A. PERRUCCI (a cura di), *Intelligenza Artificiale e diritto*, cit., 165 ss.; C. CASONATO, B. MARCHETTI, *Prime osservazioni sulla proposta di regolamento dell'Unione Europea in materia di Intelligenza Artificiale*, in *BioLaw Journal*, 3, 2021, 415 ss.

<sup>9</sup> A. SPADARO, *op. cit.*, 388; ID., *Il problema del fondamento dei diritti "fondamentali"*, in *I diritti fondamentali oggi*, Atti del V Convegno dell'Associazione italiana dei Costituzionalisti, Cedam, Milano, 1995.

<sup>10</sup> Cfr. S. GRASSI, *La Costituzione siamo noi*, in *Nomos*, anticipazioni al n. 1, 2017, 1 ss.

## 2. Breve inquadramento dello statuto costituzionale della persona anziana

Il campo della presente indagine è indubbiamente caratterizzato da una significativa incertezza definitoria<sup>11</sup>. Infatti, non è affatto semplice delineare e perimetrare il contenuto di senso di concetti quali invalidità e anzianità.

Inoltre, in dottrina non è mancato chi ha sottolineato un rischio insito a tale operazione, ovvero quello di una eccessiva astrazione, per non dire stereotipizzazione della figura dell'anziano, con conseguente effetti negativi rispetto all'effettività della relativa tutela.

Detto ciò, numerose sono le fonti, sia a livello internazionale che comunitario, che contemplano espressamente o fanno riferimento all'età come fattore di possibile discriminazione e alla necessaria tutela dell'anziano<sup>12</sup>.

Il principio cardine ricavabile da questa complessa stratificazione normativa è quello per il quale la persona anziana non va considerata quale un mero destinatario passivo di prestazioni, ma quale soggetto attivo nella dinamica e nella relazione di cura<sup>13</sup>, la cui autonomia deve (per quanto possibile) essere riconosciuta ed incoraggiata<sup>14</sup>. L'età, pertanto, viene considerata non in termini "ablativi" dell'integrità dell'individuo, ma come indice di un diverso funzionamento<sup>15</sup>, che rende necessario un adattamento flessibile da parte dei pubblici poteri.

<sup>11</sup> Sulla non configurabilità di un vero e proprio statuto giuridico della persona anziana, cfr. ad es. P. PERLINGERI, *Diritti della persona anziana, diritto civile e stato sociale*, in P. STANZIONE (a cura di), *Anziani e tutele giuridiche*, Esi, Napoli, 1991, 96 ss.; ID., voce *Anziani (assistenza agli anziani)*, in *Enc. Dir., agg.*, vol. III, 1999, 118 ss.; L. ROSSI CARLEO, *Il futuro degli anziani. Le ragioni di una ricerca*, in L. ROSSI CARLEO, M.R. SAULLE, L. SINISCALCHI (a cura di), *La terza età nel diritto interno ed internazionale*, Esi, Napoli, 1997, 5 ss.

<sup>12</sup> Per una panoramica delle varie fonti in materia, cfr. M. VIRGILIO, *La vulnerabilità nelle fonti normative italiane e dell'Unione Europea: definizioni e contesti*, in O. GIOLO, B. PASTORE (a cura di), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Carocci, Bari, 2018, 161 ss. C. IRTI, *La rilevanza giuridica della persona anziana*, in A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, Pacini, Pisa, 2024, 31 ss.;

<sup>13</sup> Sul punto, cfr. ad es. V. TONDI DELLA MURA, *I bisogni della disabilità, le omissioni della politica e le innovazioni dell'Amministrazione-sussidiaria (fra sanità e assistenza)*, in E. VIVALDI (a cura di), *Disabilità e sussidiarietà II «dopo di noi» tra regole e buone prassi*, Il Mulino, Bologna, 2012, 59 ss., 64.

<sup>14</sup> Sul punto, cfr. S. CORSO, *Alla frontiera del diritto privato. Nuove tecnologie e persona anziana*, in *La Nuova giuris. Civile commentata*, 5, 2024, 1253 ss.; T. VECCHIATO, *Non autosufficienza: un linguaggio negativo per cure positive*, in A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile*, cit., 43 ss.; M. TAMPONI, *L'età fragile: Autonomia vs protezione. Introduzione alla prima sessione*, *ibid.*, 4 ss.; M. FASCIGLIONE, *I diritti umani nell'era degli algoritmi e dell'Intelligenza Artificiale*, in I. GARACI, R. MONTINARO (a cura di), *La sostenibilità dell'innovazione digitale*, Unior Press, Napoli, 2023, 89 ss.

<sup>15</sup> Cfr. S. ROSSI, *Forme della vulnerabilità e attuazione del programma costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2, 2017, 1 ss.; cfr. inoltre, il pensiero di M.C. NUSSBAUM, ad es. in *Women and Human Development. The Capabilities Approach* (2000), trad. it. *Diventare persone. Donne e universalità dei diritti*, Il Mulino, Bologna, 2001.

Alla luce di tutto ciò, ancor più apprezzabile risulta l'impostazione costituzionale, dove, sebbene l'età non venga espressamente contemplata, viene tuttavia accolto il concetto di vulnerabilità<sup>16</sup>. Quest'ultima è stata opportunamente definita come "strumento euristico capace di completare efficacemente la direzione intrapresa dal paradigma dei diritti umani con la specificazione"<sup>17</sup>.

La vulnerabilità rappresenta, allora, insieme alla solidarietà<sup>18</sup>, la valvola che consente un approccio alla persona "globale", in quanto al contempo generale e specifico, astratto e concreto.

Proprio da tale approccio, che ha quale destinatario finale non un soggetto giuridico astratto, ma una persona in carne ed ossa<sup>19</sup>, deriva uno statuto costituzionale della persona che contempla tanto la sua dimensione individuale quanto quella relazionale<sup>20</sup>.

Tale disegno costituzionale vivifica di sé l'intero ordinamento, estendendosi dunque anche alla categoria dei diritti sociali, e segnatamente al diritto alla salute.

Sotto questo punto di vista, gli ultimi anni hanno visto una evoluzione della stessa nozione di salute che, distaccandosi da una dimensione meramente biologico-fisica<sup>21</sup>, ha dato adito ad una piena valorizzazione dei c.d. "determinanti sociali di salute". Nello specifico ambito della vulnerabilità, ciò si è tradotto nell'adozione di un'impostazione c.d. "bio-psico-sociale", nella quale, cioè, ogni aspetto della persona (culturale, sociale, ambientale, personale) è considerato e posto in relazione con il suo stato di salute<sup>22</sup>.

<sup>16</sup> Cfr. B. PASTORE, *Semantica della vulnerabilità, soggetto, cultura giuridica*, Giappichelli, Torino, 2021; M. FINEMAN, *The Vulnerable Subject: Anchoring Equality in the Human Condition*, in *Yale Journal of Law and Feminism*, 20, 2008, 1 ss.; ID., *Equality and Difference. The Restrained State*, in *Alabama Law Review*, 66, 3, 2015, 66, 609 ss.

<sup>17</sup> Cfr. E. PARIOTTI, *Invecchiare. Diritti e vulnerabilità*, in A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile*, cit., 21-22.

<sup>18</sup> Tra la sterminata dottrina, v. almeno G. LOMBARDI, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Giuffrè, Milano, 1967; S. GALEOTTI, *Il valore della solidarietà*, in *D&S*, 1996; F. GIUFFRÈ, *I doveri di solidarietà sociale*, in R. BALDUZZI, M. CAVINO, E. GROSSO, J. LUTHER (a cura di), *I doveri costituzionali: la prospettiva del giudice delle leggi*, Giappichelli, Torino, 2007; ID., *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Giuffrè, Milano, 2002.

<sup>19</sup> Cfr. E. LONGO, *Le persone come fattore costitutivo dei diritti sociali*, in *D&S*, 1, 2014, 71 ss., 76 dove l'A. afferma che: "Il rapporto tra i due commi dell'art. 3 Cost. [...] fa emergere la condizione delle persone concrete come punto di vista centrale dell'ordinamento. La persona non è il termine di un processo di astrazione ma il riferimento necessario al soggetto capace di cogliere la complessità dell'esistenza [...]".

<sup>20</sup> F. LUCHERINI, *La solidarietà come fondamento relazionale dei diritti sociali. L'esperienza italiana in prospettiva comparata*, in *Quaderni Costituzionali*, 4, 2023, 943 ss., 945; cfr. anche G. RAZZANO, *Il primato dell'essere umano nell'era dell'Intelligenza Artificiale*, in A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Bioetica, Diritti e Intelligenza Artificiale*, Mimesis, Napoli, 2023, 103 ss., 114.

<sup>21</sup> A. D'ALOIA, *Oltre la malattia: la metamorfosi del diritto alla salute*, in *BioLaw Journal*, 1, 2014, 91.

<sup>22</sup> Per un'analisi puntuale delle varie tappe che hanno segnato l'approccio a tale materia, cfr. C.

Ecco che viene configurandosi, dunque, un approccio globale anche alla salute delle persone, ed in particolare di quelle maggiormente fragili e vulnerabili, nella cui implementazione ha svolto un ruolo di assoluto rilievo la Corte costituzionale, per la quale la tutela di tali ultimi soggetti “va ben oltre le primarie esigenze materiali di sussistenza, per conseguire il risultato di una piena integrazione”<sup>23</sup> essendo pertanto il “diritto alla salute psico-fisica della persona con disabilità comprensivo dell’assistenza e della socializzazione”<sup>24</sup>.

Il riverbero dell’approccio globale alla persona nell’ambito di salute e vulnerabilità si traduce, altresì, nel riferimento alla specificità, nella misura in cui le “variabili soggettive” dell’individuo vanno tenute quanto più possibile in considerazione, tramite dinamiche improntate alla flessibilità, che offrano soluzioni su misura per la fattispecie concreta<sup>25</sup>.

Così brevemente ricostruite le coordinate costituzionali della materia considerata, si passerà ora a considerare la sua interazione con l’IA, ponendo in evidenza alcuni profili di possibile disfunzionalità.

### 3. Su alcune possibili criticità, rispetto ai principi costituzionali, dell’uso dell’IA per la tutela della salute della persona anziana

Per prendere in considerazione ed evidenziare le possibili derive insite in un certo uso dell’IA in relazione alla tutela della salute della persona anziana, si prenderanno brevemente in considerazione tre tipologie di sistemi caratterizzati dall’impiego di forme di IA: i dispositivi di c.d. “m health”<sup>26</sup>, i c.d. “social robot” e l’impiego dell’IA nei servizi socioassistenziali.

Con riferimento ai primi, molti sono i possibili vantaggi che sono stati posti in evidenza: una notevole facilitazione nell’implementazione di buone pratiche (per esempio, in tema di alimentazione ed esercizio fisico); monitoraggio continuativo ed in tempo reale di una serie di parametri vitali; contenimento dei costi, anche in virtù dell’attività di prevenzione; una maggiore diffusività delle prestazioni, con

---

SAGONE, *La tutela della disabilità secondo il modello bio-psico-sociale*, in *federalismi.it*, 1, 2023, 225 ss.; C. COLAPIETRO, *I diritti delle persone con disabilità nella giurisprudenza della Corte costituzionale: il “nuovo” diritto alla socializzazione*, in *dirittifondamentali.it*, 2, 2020, 121 ss.

<sup>23</sup> C. COLAPIETRO, *op. cit.*, 129, che richiama S. SCAGLIARINI, “*L’incessante dinamica della vita moderna*”. *I nuovi diritti sociali nella giurisprudenza costituzionale*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali*, cit., 235 ss.

<sup>24</sup> Cfr. Corte cost., sent. n. 213/2016.

<sup>25</sup> Su tali profili cfr. A. PIOGGIA, *Cura e Pubblica Amministrazione, come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre istituzioni*, Il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>26</sup> L’*m-health* consiste nell’uso di dispositivi mobili (smartphone, tablet, wearable) e tecnologie wireless per supportare la medicina e l’assistenza sanitaria pubblica, offrendo servizi come monitoraggio remoto dei pazienti, telemedicina, accesso a informazioni sulla salute, gestione di patologie croniche e supporto al benessere, con l’obiettivo di migliorare l’efficienza e l’accessibilità delle cure.

una sorta di “democratizzazione” della salute, consentendo quindi all’offerta terapeutica di raggiungere persone che altrimenti, per fattori economici o geografici, rischierebbero di rimanere escluse<sup>27</sup>.

Nonostante tutto ciò, occorre sottolineare alcuni elementi di possibile criticità, specie con riferimento alle persone anziane.

Un primo problema attiene al c.d. *digital divide*: secondo un’indagine Eurostat del 2023<sup>28</sup>, il 47% degli over 65 in UE non ha mai fatto uso di internet, mentre secondo i dati Istat del 2022<sup>29</sup>, il 68% degli over 65 in Italia non possiede competenze digitali di base. A ciò deve aggiungersi il sentimento nei confronti dell’IA da parte della fascia più anziana della popolazione, dove prevalgono paura, sospetto ed incertezza.

L’analisi complessiva dei predetti dati porta a dedurre la possibilità di un non utilizzo di tali strumenti da parte dell’anziano, con il rischio che la ricerca di una maggiore inclusività si tramuti paradossalmente in una fonte di ulteriore discriminazione.

Se si ipotizza, al contrario, un impiego di tali strumenti da parte della popolazione anziana, anche in questo caso la poca familiarità con i mezzi considerati potrebbe determinare una scarsa attendibilità dei dati raccolti, che a sua volta potrebbe tradursi in *bias* nella loro successiva valutazione da parte del professionista.

Il tutto, ovviamente, se si considera l’IA come uno strumento che si inserisce, facilitandolo, nel contesto del rapporto medico-paziente. Se, invece, la app medica o altro sistema di IA viene concepito in chiave sostitutiva, si assiste ad una sostanziale atomizzazione della relazione di cura, con evidenti ed intuibili contraccolpi sulla dimensione sostanziale della salute dell’individuo.

Per quanto attiene, invece, ai social robot (c.d. “carebots”), anche in questi casi i vantaggi derivanti dal loro utilizzo sarebbero molteplici: tra le loro funzionalità, infatti, vi sarebbe non solo quella di ausilio ai caregiver nell’espletamento di compiti “meccanici” implicanti un dispendio significativo di forza fisica, ma anche ulteriori forme di assistenza (come, ad esempio, ricordare al paziente l’assunzione della terapia farmacologica) che consentirebbero al soggetto anziano di conservare la propria autonomia e rimanere presso la propria dimora.

Addirittura, tali apparecchiature avrebbero sviluppato anche notevoli capacità

<sup>27</sup> Su tali profili, cfr. P. ZUDDAS, *Intelligenza artificiale in medicina: alcune risposte – significative, ma parziali – offerte dal codice di deontologia medica (in materia di non discriminazione, consenso informato e relazione di cura)*, in Riv. it. inf. dir., 2, 2024, 580 ss.

<sup>28</sup> Cfr. i dati reperibili al seguente link: [https://epale.ec.europa.eu/it/blog/il-divario-digitale-nei-senior#:~:text=Secondo%20un%20indagine%20di%20Eurostat,di%20esclusione%20digitale%20in%20Europa.&text=A%20livello%20nazionale%2C%20il%20rapporto,Il%20centro%20%C3%A8%20al%20centro](https://epale.ec.europa.eu/it/blog/il-divario-digitale-nei-senior#:~:text=Secondo%20un%20indagine%20di%20Eurostat,di%20esclusione%20digitale%20in%20Europa.&text=A%20livello%20nazionale%2C%20il%20rapporto,Il%20centro%20%C3%A8%20al%20centro.). Inoltre, cfr. i dati contenuti nel Report Digitalisation Europe-2025 edition, disponibile al link <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2025#digital-transformation>.

<sup>29</sup> Cfr. i dati disponibili al seguente link: <https://www.istat.it/it/files/2023/06/cs-competenzedigitali.pdf>.

relazionali, potendo porre in essere azioni volte alla conservazione delle funzioni cognitive, nonché alla promozione della socialità.

Proprio al fine di massimizzare siffatti vantaggi, tuttavia, è parimenti necessario porre l'accento sulle possibili deviazioni, nell'impiego di tali strumenti, dal tracciato costituzionale.

Infatti, il contesto di riferimento vede una cura della persona anziana ancora prevalentemente affidata alla dimensione familiare, e quindi ai c.d. "caregiver informali"<sup>30</sup>. D'altro canto, il nostro tempo vede un fenomeno di crescente frantumazione/liquefazione sociale, che incide pesantemente sul predetto ambito familiare. A tutto ciò deve, poi, aggiungersi una narrazione sociale dell'anziano come di un peso, in una prospettiva meramente assistenzialistica.

In un quadro siffatto, all'utilizzo dei social robot potrebbe conseguire una scissione ancor più corposa del paziente dal contesto, prima di tutto familiare (quando presente), ma più in generale dalla "rete sociale protettiva"<sup>31</sup> predisposta dalla Costituzione, conducendo all'isolamento sociale nonché al rischio di abbandono terapeutico.

In definitiva, nonostante parte della dottrina abbia ipotizzato, tramite la distinzione tra aspetti esterni ed aspetti interni delle emozioni, una possibile rilevanza emotiva dell'interazione uomo-macchina, con quest'ultima che sarebbe, dunque, in grado di porre in essere attività di cura<sup>32</sup>, il rapporto umano, e l'insieme di interazioni che da esso scaturiscono, non sono in alcun modo sostituibili, e ciò non solo nell'ottica della tutela della salute, ma più in generale nella prospettiva costituzionale del pieno inveramento della persona.

Non solo, ma una siffatta ipotesi sarebbe suscettibile di impattare, altresì, sulla dimensione individuale dell'anziano. I social robot, infatti, in conformità al noto test di Turing<sup>33</sup>, sono in grado di replicare, di imitare le emozioni tipicamente umane, ma non sono in grado di provare sentimenti *tout court*.

Pertanto, chi teorizza la fungibilità tra rapporto umano e interazione "ibrido-meccanizzata", lo fa nella consapevolezza di trovarsi in presenza, almeno allo stato

---

<sup>30</sup> Cfr., *ex multis*, G. RAZZANO, *Welfare familiare e Costituzione fra esperienze e riforme*, in *federalismi.it*, 7, 2016, 2 ss.; G. MARCHETTI, *La tutela "multilivello" dei diritti dei caregiver familiari anche nella prospettiva di rimuovere le asimmetrie di genere*, *ivi*, 4, 2022, 526 SS.; P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, *ivi*, 5, 2024, 202 ss.

<sup>31</sup> Cfr. F. PIZZOLATO, *Finalismo dello Stato e sistema dei diritti nella Costituzione italiana*, Vita e Pensiero, Milano, 1999; ID., *Gli argini costituzionali alla delimitazione della vulnerabilità*, in *Ars Interpretandi*, 2, 2019, 25 ss.

<sup>32</sup> Sul punto G. REDÌ, *RoboCare. Anziani più indipendenti o più invisibili?*, in *Filosofia Morale*, 2, 2024, 173 ss.

<sup>33</sup> A.M. TURING, *Macchine calcolatrici e intelligenza*, tr. it. a cura di D. MARCONI, Einaudi, Torino, 2025. Il Test di Turing, in sostanza, consiste in una prova, nel quale un "Giudice umano" viene coinvolto per determinare se una macchina possa esibire un comportamento intelligente indistinguibile da quello umano.

attuale delle conoscenze disponibili, di una *fiction iuris*, di una simulazione, in altri termini di una menzogna che, tuttavia, in una logica di mero risultato, diviene ammissibile e tollerabile<sup>34</sup>.

Tuttavia, tralasciando tutte le implicazioni in ordine all'ammissibilità etica di una siffatta impostazione, a ben vedere essa si incunea nella fragilità del paziente (sia essa fisica, psichica od emotiva) e, alterando la sua percezione del contesto, arriva a condizionare in misura significativa la sua realtà e la sua autonomia.

Ciò che verrebbe meno, in definitiva, sarebbe proprio quell'approccio globale alla persona di cui si parlava in premessa.

Infatti, l'impiego dei social robot in un'ottica sostitutiva dell'attività di cura dell'essere umano sarebbe ammissibile solo a patto di assumere una prospettiva di carattere puramente assistenzialistico-prestazionale, che concepisce la persona anziana come un peso da ripartire, i suoi bisogni come una sommatoria di prestazioni da erogare (col minor dispendio possibile di risorse economiche), la sua autonomia non come un obiettivo da implementare, ma come una soglia (se possibile) da non arretrare.

Con riguardo, infine, all'impiego dell'IA in ambito socioassistenziale, occorre specificare come, nel corso negli ultimi anni, siano stati sviluppati una serie di strumenti e metodologie atte, da un lato, a prendere in considerazione il paziente nella sua specificità, e dall'altro a soppesare la totalità dei suoi "formanti di salute", ivi inclusi quelli psichici, sociali, economici e contestuali.

Tra questi spicca la valutazione multidimensionale, la quale, nell'attuale panorama normativo italiano, dovrebbe culminare con la predisposizione di un "piano personalizzato di cura" o "progetto individuale"<sup>35</sup>. Gli antesignani di questo "strumentario" possono essere individuati, rispettivamente, nella legge n. 104/1992<sup>36</sup>, nella legge n. 328/2000<sup>37</sup> e nella legge n. 112/2016<sup>38</sup>.

Con specifico riferimento alla persona anziana, invece, viene in considerazione il d.lgs. n. 29/2024, recante "Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane", nel quale viene disciplinata la valutazione multidimensionale unificata<sup>39</sup>.

In generale, la valutazione multidimensionale è tradizionalmente definita come "un processo multidimensionale e multidisciplinare che identifica i bisogni di natura medica, sociale e funzionale di una persona e lo sviluppo di un piano di cura

<sup>34</sup> G. REDÌ, *op. cit.*, spec. 184 ss.; A. MATTHIAS, *Robot Lies in Health Care: When Is Deception Morally Permissible?*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 25 (2), 2015, 162 ss.

<sup>35</sup> Nel d.lgs. n. 29/2024, agli artt. 25 (e 29), 31 e 33 (e 39) si parla, rispettivamente, di "progetto di assistenza individuale", "progetto riabilitativo individuale" e "progetto di vita individuale". Anche nel d.lgs. n. 29/2024, ad es. all'art. 25, si definisce il Progetto di assistenza individuale integrato (PAI).

<sup>36</sup> Cfr. legge n. 104/1992, art. 39.

<sup>37</sup> Cfr. legge n. 328/2000, art. 14.

<sup>38</sup> legge sul c.d. "dopo di noi".

<sup>39</sup> Cfr. d.lgs. n. 29/2024, artt. 27 e 28.



integrato e coordinato per rispondere a questi bisogni”<sup>40</sup>. Anche le linee guida approvate da SIGOT (Società italiana di Geriatria ospedale e territorio) e SIGM (Società italiana di medicina generale e cure primarie)<sup>41</sup> identificano quattro principali ambiti di considerazione: salute fisica, stato funzionale, salute psicologica e parametri socio-ambientali.

La valutazione multidimensionale unificata è invece definita come una procedura “omogenea a livello nazionale, informatizzata e scientificamente validata, [...] svolta dagli UVM a seguito di accesso al PUA”<sup>42</sup>. L’UVM effettua la propria valutazione sulla base di una serie di documenti reperibili (*rectius*: che dovrebbero essere reperibili) essenzialmente dalla documentazione sanitaria presentata per l’accesso al PUA e dal fascicolo sanitario elettronico.

In ogni caso, nell’elaborazione dei predetti dati, l’UVM, e la generalità delle Pubbliche Amministrazioni coinvolte, fanno uso di una serie di algoritmi ed altri indicatori meccanizzati (ad es. il Multidimensional Prognostic Index, ovvero il Primary Care Frailty Index<sup>43</sup>) e programmi per il relativo inserimento e processazione dei dati.

All’esito del procedimento sopra descritto nei propri tratti essenziali, occorre specificare come il riconoscimento o meno dello status, della tipologia e del livello di vulnerabilità del paziente avviene, in maniera pressoché esclusiva, a seguito dell’eventuale integrazione di specifici punteggi/soglia predeterminati e standardizzati.

Pertanto, nonostante la successiva redazione del piano assistenziale veda il formale coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari<sup>44</sup>, anche tale procedimento pare in sostanza riprodurre le problematiche sottolineate in generale dalla dottrina rispetto al rapporto tra IA e Pubblica Amministrazione, ossia essenzialmente una eccessiva omogeneizzazione, e conseguente (ulteriore) spersonalizzazione del rapporto tra individuo e Pubblica Amministrazione sanitaria.

#### 4. Sul tasso di implementazione dell’“approccio globale alla persona” sul piano delle politiche pubbliche

Giunti a questo punto, pare necessario domandarsi se e con quali modalità l’approccio globale alla persona di cui si è discusso nei precedenti paragrafi abbia trovato concretamente attuazione sul piano delle politiche pubbliche.

---

<sup>40</sup> Cfr. S.G. PARKER et al., *What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review*, *Age Ageing*, 2018; 47, 149 ss.

<sup>41</sup> Reperibili al seguente link: [https://www.iss.it/documents/20126/8331678/LG-C009-SIGOT-SIMG\\_VMD\\_persona\\_anziana.pdf/d0dcbf86-0bed-ccb3-ab76-34b51d82cf38?t=1715171232471](https://www.iss.it/documents/20126/8331678/LG-C009-SIGOT-SIMG_VMD_persona_anziana.pdf/d0dcbf86-0bed-ccb3-ab76-34b51d82cf38?t=1715171232471).

<sup>42</sup> Cfr. d.lgs. n. 29/2024, art. 27, comma 7.

<sup>43</sup> Cfr. le linee guida di cui alla nota 37, ed inoltre G. BOCCUZZO, A. DONNO (a cura di), *Misurare la fragilità negli anziani Definizioni e strumenti a supporto delle politiche e della ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2025.

<sup>44</sup> Cfr., ad es., d.lgs. n. 29/2024, art. 25, comma 2.

Nelle pagine precedenti, abbiamo visto come l'approccio globale alla persona permei di sé l'intera trama costituzionale, riguardando pertanto anche la specifica categoria dei diritti sociali. Infatti, nonostante questi ultimi vedano, sotto certi aspetti, una tendenziale categorizzazione (necessaria, ad es., sotto il profilo della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>45</sup>), essi nondimeno non andrebbero considerati come rigidi compartimenti stagni, bensì come realtà in rapporto di fisiologica e reciproca interdipendenza e correlazione, proprio nella loro qualità di proiezione dei bisogni della persona umana nel suo complesso.

A riprova di ciò, è interessante notare come tanto il diritto alla salute quanto, in particolare, il diritto all'istruzione presentino una caratteristica comune, ossia la multidimensionalità: anche quello all'istruzione, infatti, può essere considerato "come diritto assistenziale, connesso all'esistenza ed alla mera protezione [...] oppure come diritto promozionale, che mira alla realizzazione delle persone consentendogli di assumere declinazioni diverse"<sup>46</sup>.

In altri termini, la multidimensionalità è indice rivelatore della portata complessiva dei diritti sociali, il che postula a sua volta una concezione di questi ultimi come vasi comunicanti.

Non è un caso che, sempre nell'ambito delle presenti riflessioni, si sia già evidenziato quanto il fenomeno del *digital divide* impatti nel trilatero digitalizzazione della sanità-vulnerabilità della persona anziana-dimensione sostanziale della sua salute. Alla luce di ciò, un approccio realmente globale alla materia considerata non può non prendere in considerazione tale problematica, prevedendo di conseguenza interventi finalizzati all'implementazione di una maggiore alfabetizzazione digitale, tanto sul versante del paziente, quanto su quello del personale medico-sanitario.

Mentre la prima categoria di iniziative parrebbe più riconducibile all'ambito costituzionale dell'educazione, intesa come "movimento perpetuo [...] attraverso il quale ci si prende cura del proprio sé [...] progettandosi liberamente attorno a determinati valori di riferimento"<sup>47</sup>, la seconda, invece, trova la sua indubbia collocazione nell'alveo della formazione professionale<sup>48</sup>. La qual cosa, tuttavia, non esclude affatto la dimensione trasformativa e progettuale della persona, considerato il significato costituzionale tradizionalmente attribuito al lavoro<sup>49</sup>.

---

<sup>45</sup> Cfr., sul punto, Corte cost., sent. n. 192/2024, punto 9.2 in dir.

<sup>46</sup> T. GROPPI, *Scuola e Costituzione in Italia. Una lettura nella prospettiva del "costituzionalismo trasformatore"*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 426 ss., 431.

<sup>47</sup> G. LANEVE, *Il volto costituzionale dell'educazione. Alcuni spunti di riflessione, in federalismi.it*, 19, 2025, 91 ss., 93-94.

<sup>48</sup> Sul punto, cfr. ad es. A. MORELLI, *Istruzione, formazione e sistema produttivo*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 498 ss.

<sup>49</sup> Per tutti, C. ESPOSITO, *Commento all'art.1 della Costituzione*, in *Rassegna di diritto pubblico*, 1948; C. MORTATI, *Commento all'articolo 1*, in G. BRANCA (a cura di) *Commentario alla Costituzione*, Artt. 1-12, Zanichelli, Bologna, 1975, 11 ss.; più recentemente, M. CAVINO, I. MASSA PINTO (a cura di), *Costituzione e lavoro oggi*, Il Mulino, Bologna, 2013.

Il minimo comun denominatore, in buona sostanza, è rappresentato dalla considerazione per la quale “i sistemi educativi e formativi entrano a comporre la forma di Stato, in quanto si dimostrano in grado di creare le condizioni che permettono alle persone di superare la condizione di illibertà”<sup>50</sup>. È, dunque, l’obiettivo finale della piena realizzazione della persona, nonché la natura fisiologicamente “aperta” e comunicativa che, in tal senso, caratterizza i diritti sociali, a giustificare e a rendere doverosa la considerazione di questi aspetti anche nello specifico ambito della tutela della salute dell’individuo, ed in particolare degli individui maggiormente fragili e vulnerabili.

Sempre in tal senso, ed anche in un’ottica di effettività, nell’azione dei pubblici poteri dovrebbe infine essere integrata un’ulteriore dimensione tipica dei diritti sociali, ossia quella relativa ai costi<sup>51</sup>, attraverso la previsione di una adeguata provvista finanziaria.

Sotto tutti questi molteplici aspetti, si deve evidenziare come la situazione del nostro ordinamento desti più di una preoccupazione.

In primo luogo, infatti, i già citati d.lgs. n. 29/2024 e d.lgs. n. 62/2024 si fondano ed implicano, quale presupposto necessario, l’integrazione sociosanitaria. Sotto quest’ultimo aspetto, tuttavia, nel secondo articolato normativo ci si limita ad affermare, in maniera abbastanza apodittica, che “l’integrazione sociosanitaria è conseguita in sede di valutazione multidimensionale di cui all’art. 25 attraverso la valutazione del profilo di funzionamento, dei bisogni e delle preferenze e la definizione congiunta e contestuale degli interventi da attivare”<sup>52</sup>.

Dal canto suo, il d.lgs. n. 29/2024, invece, prevede un vero e proprio “Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente” composto dalle Amministrazioni statali competenti, l’INPS, le Regioni e le Province autonome, le aziende sanitarie locali ed i Comuni, singoli o associati in ambiti territoriali sociali (ATS)<sup>53</sup>. Ancora successivamente, poi, si afferma che “al fine di garantire la realizzazione integrata dei LEPS e dei LEA” i predetti Enti “provvedono a regolare, attraverso accordi di collaborazione organizzativi, le funzioni di erogazione delle prestazioni, degli interventi e dei servizi per le persone anziane non autosufficienti, assicurando l’effettiva integrazione operativa dei processi”<sup>54</sup>.

Tuttavia, a fronte di tali indicazioni, manca la previsione di effettive modalità di coordinamento, prima di tutto finanziario, che definiscano in particolare le rispettive quote (o altro sistema) di compartecipazione alla erogazione dei servizi.

<sup>50</sup> A. POGGI, *L’istruzione come fattore di partecipazione: le nuove sfide della “complessità”*, in *Rivista AIC*, 1, 2024, 408 ss., 425. Cfr. anche ID., *Per un “diverso” Stato sociale La parabola del diritto all’istruzione nel nostro Paese*, Il Mulino, Bologna, 2019.

<sup>51</sup> Per tutti, cfr. E. CATELANI, *Profili costituzionali della limitazione dei diritti sociali garantiti dallo Stato e dalle Regioni di fronte alla crisi economica*, in E. CATELANI, R. TARCHI, (a cura di), *I diritti sociali*, cit. 17 ss.; R. BIN, *Critica della teoria dei diritti*, Franco Angeli, Milano, 2018.

<sup>52</sup> Cfr. d.lgs. n. 62/2024, art. 19.

<sup>53</sup> Cfr. d.lgs. n. 29/2024, art. 21.

<sup>54</sup> Cfr. d.lgs. n. 29/2024, art. 26.

Inoltre, l'effettività delle predette disposizioni è quantomeno posta in discussione da un quadro relativo ai Livelli essenziali (ed in particolare ai LIVEAS<sup>55</sup>) ancora alquanto nebuloso, nonché da un obiettivo di una piena interoperabilità dei sistemi operativi delle Amministrazioni coinvolte ancora *in itinere*.

Da ultimo, dubbi sorgono anche in riferimento all'adequatezza della provvista finanziaria, e dunque rispetto alla concreta realizzabilità delle prestazioni considerate, nella misura in cui in entrambi gli articolati normativi si trovano inserite a più riprese clausole di invarianza finanziaria<sup>56</sup>.

In definitiva, le misure analizzate denotano certamente una maggiore consapevolezza, e prevedono misure almeno formalmente volte ad implementare un approccio autenticamente globale alla persona anziana, alla sua salute ed alla sua vulnerabilità, anche con riferimento all'impatto determinato dall'IA e dall'innovazione digitale in genere<sup>57</sup>. Tuttavia, nonostante ciò, il cammino verso una sua effettiva implementazione appare ancora lungo e non privo di difficoltà.

## 5. In conclusione

Le presenti riflessioni non intendono sostenere l'assoluta nocività, e pertanto l'inopportunità dell'utilizzo dell'IA con riferimento alla tutela della salute della persona anziana.

Al contrario, tali applicazioni dell'IA sono sicuramente foriere di una serie di vantaggi e potenzialità che debbono senza alcun dubbio essere perseguite.

Si è cercato di spiegare come l'utilizzo dei social robot potrebbe portare ottimi risultati, sia sotto il profilo della salvaguardia e della promozione dell'autonomia

---

<sup>55</sup> Sul punto, cfr. P. TORRETTA, *La legge n. 328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale: dall'avvento del sistema integrato dei servizi sociali alla sua difficile attuazione*, in *federalismi.it*, 23, 2021, 191 ss. Nonostante il successivo tentativo di riordino operato con la legge n. 234/2021, ulteriormente proseguita con la legge di bilancio del 2023, tale situazione di sostanziale confusione ed incertezza non sembra aver subito mutamenti sostanziali.

<sup>56</sup> Cfr. d.lgs. n. 29/2024, artt. 19, 24, comma 1, 25, 34, comma 4 (che la prevede con riferimento alla "prestazione universale" subordinata allo specifico bisogno assistenziale al fine di promuovere il progressivo potenziamento delle prestazioni assistenziali per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti erogata da INPS) e 38, e d.lgs. n. 62/2024, art. 24 ("nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica"); cfr. anche l'art. 31, che istituisce il fondo per l'implementazione dei progetti di vita, in combinato disposto con il successivo art. 34, che dispone che ai relativi oneri si provveda "mediante corrispondente riduzione del Fondo per le politiche in favore delle persone con disabilità di cui all'articolo 1, comma 178, della legge 30 dicembre 2021, n. 234" e "Salvo quanto disposto dal comma 1, dall'attuazione del presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica".

<sup>57</sup> Cfr., sul punto, d.lgs. n. 29/2024, artt. 19 e 20, dove si prevedono istituti volti alla alfabetizzazione digitale ed alla riduzione del divario digitale, anche in questo caso, tuttavia, senza una adeguata provvista finanziaria.

del paziente, sia sotto quello dell'appropriatezza organizzativa, con una più piena implementazione del paradigma "la casa come primo luogo di cura" promosso dalla Missione Salute del PNRR<sup>58</sup>.

Lo stesso dicasi per i c.d. chatbot medici, i quali potrebbero inoltre risultare molto efficaci, come già accennato, sul piano della prevenzione e della medicina promozionale, con riferimento non soltanto alla adozione di buone pratiche di vita quotidiana, ma per esempio anche alla profilassi di alcune malattie neurodegenerative particolarmente invalidanti<sup>59</sup>. In questo modo, si determinerebbe non solo un impatto estremamente positivo sul piano della salute sostanziale, ma anche rispetto all'efficacia ed all'economicità dei servizi afferenti alla salute.

Inoltre, l'impiego dell'IA sul piano organizzativo, partendo da una pluralità di "connessioni" tra P.A. coinvolte ed Enti del Terzo Settore, potrebbe sicuramente rinsaldare e stimolare lo sviluppo di quella "rete relazionale" disegnata dalla Costituzione e comprendente anche la sfera familiare.

L'obiettivo del presente scritto, allora, è quello di sottolineare come il conseguimento di tali obiettivi non sia automatico, ma passi, al contrario, dall'implementazione di una concezione dell'IA umano-centrica e strumentale, non sostitutiva della relazione umana in ambito medico-assistenziale.

Non è, quindi, nella Costituzione a doversi determinare una sorta di "mutazione genetica", originata dall'IA, bensì è quest'ultima a dover essere armonizzata con i principi costituzionali, primi fra tutti quelli di centralità, globalità e relazionalità della persona umana, oltre alla salvaguardia della sua vulnerabilità.

In quest'ottica, si è visto come tali principi, affermati anche a più riprese ed in diversi contesti nella loro pregnanza e doverosità etica, e formalmente riconosciuti nelle diverse fonti che tentano di inquadrare normativamente il fenomeno dell'IA, necessitano tuttavia di concretizzazione, tanto ad un livello c.d. "macro", rappresentato dall'azione legislativa e dalle politiche pubbliche, quanto ad un livello "micro", costituito dalle applicazioni concrete che vengono fatte dell'IA dalle singole Pubbliche Amministrazioni coinvolte.

Tale concretizzazione altro non è, ed altro non può essere, se non un processo di attuazione costituzionale, in considerazione del fatto che solo i principi costituzionali perseguono in via esclusiva l'obiettivo della tutela e del pieno e continuo compimento della persona, senza porlo in bilanciamento od in concorrenza con ulteriori finalità. Tale opera di adempimento ai precetti costituzionali richiede, come già evidenziato, l'adozione in capo ai pubblici poteri di un approccio globale alla persona ed ai suoi bisogni.

Questo, dunque, rappresenta il *discrimen* tra un sistema sanitario autenticamente

---

<sup>58</sup> Cfr. G. RAZZANO (a cura di), *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Jovene, Napoli, 2024.

<sup>59</sup> Sul punto, cfr. O. ZANUTTO, *Sistemi intelligenti nella trasformazione digitale nella cura alle persone anziane*, in *I luoghi della cura*, 4, 2022.

improntato ai principi di universalità, uguaglianza, equità ed appropriatezza<sup>60</sup>, ed incentrato su una rete relazionale dove la vulnerabilità stessa diviene generativa di valore<sup>61</sup>, ed un'opposta impostazione economico-efficientista, dove la persona, nel suo intrinseco valore e dignità, diviene semplice comparsa in una rappresentazione che avrebbe, invece, come protagonisti null'altro se non indicatori, percentuali e freddi numeri.

---

<sup>60</sup> Di cui alla legge istitutiva del SSN, legge n. 833/1978.

<sup>61</sup> Cfr. E. ROSSI, *Prestazioni sociali con «corrispettivo»?», in Fondazione Emanuela Zancan, *Vincere la povertà con un welfare generativo, La lotta alla povertà, Rapporto 2012*, Il Mulino, Bologna, 2012, 103 ss.; ID., *La sostenibilità del welfare al tempo della crisi. Una proposta*, in *D&S*, 2014, 1 ss.*



# La riorganizzazione della sanità territoriale e la tutela delle persone anziane non autosufficienti nelle cure domiciliari

Francesco Merenda\*

**SOMMARIO:** 1. Diritto delle persone anziane e non autosufficienti: tra dettato Costituzionale e ruolo della pubblica amministrazione. – 2. La nuova sanità territoriale nel Piano nazionale di ripresa e resilienza. Quale approccio di cura per le persone over 65? – 3. Il *trait d'union* tra la Riforma della non autosufficienza e la nuova sanità territoriale. – 4. L'assistenza domiciliare integrata tra innovazioni e prime considerazioni. – 5. Il *redde rationem* del 2026.

**ABSTRACT:** The care of the elderly in long-term care dependency is a fundamental component of the territorial healthcare reform that is being promoted by Italy's National Recovery and Resilience Plan (NRRP). Mission 6 reconfigures the organisation and scope of integrated care provided at home, thus elevating it to the primary instrument for reducing cases of hospitalisation that are deemed to be avoidable. Moreover, the objective of Mission 6 is to establish a community-oriented model of care for individuals who are dependent on care. However, it is crucial to emphasise that a comprehensive evaluation of these reforms cannot be conducted in isolation from the national legal framework on long-term care dependency that was enacted in 2023 (Law no. 33/2023). When considered as a whole, the two reform strategies provide a comprehensive regulatory model for evaluating the Italian legal system's approach to the governance of vulnerability and long-term care. Furthermore, the interaction of these elements leads to both emerging opportunities and significant challenges, particularly in terms of the fragmentation of healthcare and social services across the regions. The capacity of multilevel governance systems to ensure effective coordination between regulatory frameworks, effective social and health integration, and the guarantee of uniform standards of care and protection for the elderly on a national scale is essential to ensure that the potential of the reforms leads to significant change.

## 1. Diritto delle persone anziane e non autosufficienti: tra dettato Costituzionale e ruolo della pubblica amministrazione

In una fase storica caratterizzata dall'adozione, a livello globale, di strategie orientate alla sostenibilità ambientale e alla transizione digitale, si assiste all'emergere di una parallela e crescente attenzione verso le politiche dedicate alla fragilità, con una specifica focalizzazione sull'invecchiamento della popolazione<sup>1</sup>. Tale

---

\* Assegnista di ricerca in Diritto amministrativo e pubblico, Università degli Studi di Perugia.

<sup>1</sup> Nell'Agenda ONU 2030 lo si deduce attraverso il collegamento tra l'obiettivo 3 sulla salute e l'obiettivo 10 sulla riduzione delle disuguaglianze.



evoluzione non rappresenta un semplice corollario alle politiche di sviluppo sostenibile, quest'ultimo assorto a rango di diritto umano vero e proprio<sup>2</sup>, ma costituisce un ambito autonomo e sempre più rilevante di intervento pubblico, volto a integrare nella programmazione istituzionale la tutela delle persone che, avendo già attraversato gran parte del proprio percorso di vita, necessitano di condizioni adeguate a vivere in modo dignitoso la fase finale della propria esistenza. Questo tema si colloca in una cornice in cui trova spazio il principio della c.d. "giustizia intergenerazionale"<sup>3</sup>, tradizionalmente evocato per garantire equità tra generazioni future e presenti, ma oggi reinterpretato in senso più ampio, includendo anche la responsabilità delle istituzioni verso chi richiede protezioni immediate ed effettive.

Questa prospettiva, nonostante la sua apparente novità, trova invero le sue radici in un pensiero espresso già oltre un secolo fa da Santi Romano, il quale in un suo autorevole discorso rifletteva sul ruolo dello Stato<sup>4</sup>. Tuttavia, in quel periodo storico, la persona veniva subordinata agli interessi dell'organismo statale. Il punto logico di partenza del diritto pubblico dell'epoca non era, pertanto, la libertà, bensì lo Stato. La prospettiva attuale, invece, si fonda sull'esatto contrario: la persona è al centro della Costituzione e quest'ultima si attiva per essa<sup>5</sup>.

Nel contesto odierno, le politiche rivolte alle persone anziane assumono un valore costituzionale particolarmente significativo, poiché riflettono l'impegno dello Stato a garantire pari dignità e tutela a tutte le generazioni<sup>6</sup>, riconoscendo la necessità di assicurare un equilibrio tra prospettive di sviluppo e protezione delle fragilità. Ne deriva un quadro in cui la sostenibilità non è più intesa esclusivamente come investimento sul futuro, ma come principio che impone di predisporre interventi capaci di sostenere, nell'immediato, il benessere di chi vive una condizione di vulnerabilità strutturale, riaffermando la centralità della persona in ogni fase della propria vita.

Il diritto delle persone anziane e non autosufficienti a ricevere cure domiciliari si radica nel principio costituzionale di dignità<sup>7</sup> della persona, desumibile attraverso il

<sup>2</sup> Di questo avviso E. FREDIANI, *Lo sviluppo sostenibile: da ossimoro a diritto umano*, in *Quaderni costituzionali*, 37, 3, 2017, 626-629.

<sup>3</sup> M. MALVICINI, *Costituzione, legge e interesse intergenerazionale: tutela dei diritti e vincoli legislativi*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2, 2022, 183-202.

<sup>4</sup> S. ROMANO, *Lo Stato moderno e la sua crisi*, Società editrice libraria, Milano, 1910.

<sup>5</sup> Cfr. A. ORSI BATTAGLINI, *'L'astratta e infeconda idea'. Disavventura dell'individuo nella cultura giuspubblicistica (A proposito di tre libri di storia del pensiero giuridico)*, in *Quaderni Fiorentini per la storia del pensiero giuridico moderno*, 1988, 569 ss.

<sup>6</sup> Sul tema, si veda M. INTERLANDI, *Protezione sociale ed equilibrio intergenerazionale*, in *Diritto e società*, 1, 2022, 73-111.

<sup>7</sup> M. BELLOCCI, P. PASSAGLIA (a cura di), *La tutela dei «soggetti deboli» come esplicazione dell'istanza solidaristica nella giurisprudenza costituzionale*, in *Corte costituzionale – Studi e ricerche*, 2006; M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Politica del diritto*, 30, 1, 1999, 25 ss.; C. PICIOCCHI, *La dignità come rappresentazione giuridica della condizione umana*, Cedam, Padova, 2013; S. RODOTÀ, *La rivoluzione della dignità*, La scuola di Pitagora, Napoli, 2013.

combinato disposto degli artt. 2, 3, 32 e 38 Cost., dal momento che questa categoria è stata segnata da una evidente lacuna costituzionale<sup>8</sup>. La dignità si configura come un parametro ineludibile che orienta l'ordinamento giuridico nel suo sforzo di garantire condizioni di vita che assicurino a ogni persona autonomia, integrità fisica e mentale, nonché partecipazione e inclusione sociale.

Le cure domiciliari rivestono un ruolo fondamentale nell'attuazione di tale principio, garantendo la continuità delle cure e la tutela della salute in una duplice prospettiva, sanitaria e sociale, prevenendo fenomeni di marginalizzazione della persona e la relativa perdita di autonomia. Tale approccio implica che la protezione della persona fragile non solo rappresenta un dovere di natura sanitaria, bensì si configura anche come una misura inderogabile per garantire la dignità costituzionalmente tutelata.

All'interno del sistema costituzionale italiano, la protezione delle persone anziane è disciplinata da un insieme di norme che, sebbene non dispongano di un quadro normativo organico, impongono alla Repubblica un dovere attivo di tutela e promozione della cura dei bisogni inerenti a tali fasce di popolazione.

Gli artt. 2 e 3 Cost. delineano l'obbligo di rimuovere gli ostacoli che limitano il pieno sviluppo della persona, mentre l'art. 32 attribuisce rilievo nel sistema giuridico al diritto alla salute come diritto fondamentale, comprendendo in esso non solo le cure sanitarie, ma anche gli interventi socio-assistenziali necessari a fronteggiare la fragilità tipica dell'età avanzata. Il quadro normativo e programmatico di riferimento, oltre a essere orientato ai principi di solidarietà e uguaglianza sostanziale, è altresì caratterizzato dai principi di buon andamento e imparzialità, come stabilito dall'art. 97 Cost. soprattutto in riferimento all'organizzazione<sup>9</sup>. Questi principi, applicabili a ogni attività che costituisca una manifestazione della funzione pubblica, assumono un valore particolarmente rilevante nell'ambito dell'erogazione di servizi di sanità pubblica, dove l'efficienza e l'efficacia degli interventi non possono condurre a discriminazioni nei confronti delle persone beneficiarie di tali prestazioni<sup>10</sup>. I principi suddetti fungono da orientamento per l'attività amministrativa, promuovendo modelli di intervento che garantiscano una presa in carico efficace e integrata dei bisogni complessi, assicurando al contempo un'azione efficiente e orientata al perseguimento del massimo livello di integrità. Inoltre, è opportuno sottolineare che, come ci ricorda il Giudice delle leggi nel 2013<sup>11</sup>, l'attività sanitaria e socio-assistenziale rivolta agli anziani non autosufficienti è stata qualificata come componente essenziale dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), che lo Stato è tenuto a garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

---

<sup>8</sup> Cfr. A. RUGGERI, *Appunti per uno studio su anziani e Costituzione*, in *Dirittifondamentali.it*, 3, 2025, 71.

<sup>9</sup> *Ex multis* F. MERLONI, *Organizzazione amministrativa e garanzie dell'imparzialità. Funzioni amministrative e funzionari alla luce del principio di distinzione tra politica e amministrazione*, 1, 2009, 60.

<sup>10</sup> Cfr. TAR Napoli, sez. VI, sent. 13 maggio 2025, n. 3739.

<sup>11</sup> Corte cost. 8 marzo 2013, n. 36.

Detto ciò, la pubblica amministrazione si pone come il fulcro del sistema di protezione, non solo per garantire l'erogazione di prestazioni essenziali, ma anche per promuovere una gestione amministrativa che sia in grado di identificare accuratamente i bisogni, valutare le condizioni di fragilità e attivare percorsi di cura personalizzati.

La funzione amministrativa non può infatti esaurirsi in un approccio prestazionale e frammentato: essa deve realizzarsi mediante una dimensione concreta e programmatica, fondata su strumenti di pianificazione integrata tra ambito sanitario e sociale, sul coordinamento multilivello tra Stato, regioni ed enti locali e sulla gestione unitaria dei servizi territoriali<sup>12</sup>. Nelle situazioni di non autosufficienza, in particolare, la pubblica amministrazione è tenuta a predisporre modelli di presa in carico continuativa che comprendano valutazioni multidimensionali, interventi domiciliari, sostegni economici mirati, servizi diurni e residenziali, oltre a misure di supporto per le famiglie e per i caregiver. La logica sottostante è quella di una responsabilità pubblica che opera per superare le disuguaglianze territoriali, prevenire la marginalità e garantire che l'invecchiamento sia una fase della vita protetta da un sistema amministrativo efficiente, attento e orientato alla qualità dell'esistenza.

Nel contesto delineato, il rapporto tra cura<sup>13</sup> e doverosità della funzione amministrativa<sup>14</sup> assume una valenza cruciale quando l'intervento dell'amministrazione sanitaria si rivolge alle persone anziane non autosufficienti. Per definizione, queste ultime si trovano in una condizione di vulnerabilità che richiede una particolare forma di responsabilità.

L'approccio di cura diviene qui espressione basilare della funzione amministrativa, poiché l'obbligo di garantire l'effettività dei diritti sociali si traduce nella necessità di predisporre un sistema di protezione capace di assicurare sostegni continuativi, calibrati sulla gravità del bisogno e fondati su una presa in carico globale. Gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a uno scrupoloso esercizio delle proprie competenze: essi devono attivare procedure di valutazione, coordinare interventi sanitari e sociali, garantire l'accesso ai livelli essenziali di assistenza e predisporre misure idonee. In questo modo, la doverosità amministrativa diviene una condizione di legittimazione e parametro di efficienza dell'intervento amministrativo, imponendo che il bisogno delle persone anziane non autosufficienti venga trattato come un obiettivo primario della funzione di sanità pubblica.

Questo quadro disegna una responsabilità che travalica la sola sfera della pubblica amministrazione, richiamando all'azione l'intera comunità. L'effettività dei diritti sociali e sanitari non può, in effetti, essere garantita esclusivamente a livello centrale, ma richiede una cooperazione sistemica tra Stato, regioni, enti locali e

---

<sup>12</sup> Si veda D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Giappichelli, Torino, 2025.

<sup>13</sup> Cfr. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione: come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, Il Mulino, Bologna, 2024.

<sup>14</sup> F. GOGGIAMANI, *La doverosità della pubblica amministrazione*, Giappichelli, Torino, 2005.

aziende sanitarie, ciascuno chiamato a operare nel rispetto delle proprie competenze, ma all'interno di un modello integrato di governance capace di assicurare continuità, equità e qualità delle prestazioni. A questa dimensione istituzionale si affianca il contributo imprescindibile del settore privato e del Terzo Settore, che intervengono attraverso servizi complementari, progetti partecipativi e forme di sostegno capaci di raggiungere ambiti e bisogni non sempre coperti dalla sola struttura pubblica. La sinergia tra pubblico, privato e comunità si configura come necessità organizzativa per fronteggiare la crescente complessità dei bisogni delle persone anziane e non autosufficienti, per ridurre le disuguaglianze territoriali, per sostenere la capacità operativa del Servizio sanitario nazionale e dei servizi sociali <sup>15</sup> e, infine, per promuovere un'assistenza capace di farsi carico della persona nel suo complesso <sup>16</sup>.

La gestione integrata di queste funzioni diventa, in tal senso, un banco di prova per l'efficienza della sanità pubblica e, più in generale, per la tenuta del sistema democratico, poiché la cura delle persone più fragili rappresenta un indicatore tangibile della qualità democratica, del grado di attenzione verso i bisogni sociali e, più in generale, della responsabilità istituzionale. L'attenzione verso queste categorie diviene così una misura della capacità della Repubblica e dell'intera società di tradurre i principi costituzionali di solidarietà, uguaglianza sostanziale e tutela della dignità della persona in azioni e misure concrete, efficaci e continuative, conferendo alla presa in carico un ruolo di centrale importanza nell'architettura complessiva dell'ordinamento democratico.

Detto ciò, negli ultimi decenni, l'analisi del rapporto tra persone anziane non autosufficienti e servizi offerti dalle pubbliche amministrazioni evidenzia come la maggiore efficienza percepita e la più incisiva risposta ai bisogni di questa categoria siano state registrate nell'ambito delle funzioni previdenziali e pensionistiche, anziché in quello socio-sanitario. Pur in presenza di interventi sanitari rilevanti, le riforme hanno considerato in modo solo parziale le esigenze delle persone non autosufficienti, introducendo misure assistenziali frammentate e non sempre idonee a garantire una tutela stabile e adeguata <sup>17</sup>.

La consapevolezza delle criticità connesse alla non autosufficienza costituisce un presupposto giuridico imprescindibile per l'esercizio delle funzioni di indirizzo e coordinamento delle amministrazioni sanitarie nella definizione di modelli integrati di assistenza domiciliare.

Nel contesto delineato, l'ADI si configura come strumento essenziale di attuazione del diritto alla salute delle persone anziane non autosufficienti, in quanto consente di dare concreta esecuzione all'obbligo costituzionale di rimuovere le situazioni

---

<sup>15</sup> Cfr. M. BOMBARDELLI, *Il rapporto con il terzo settore e le trasformazioni dell'organizzazione amministrativa*, in *Istituzioni del federalismo: rivista di studi giuridici e politici*, 3, 2022, 573-599.

<sup>16</sup> Si veda A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2024.

<sup>17</sup> C. GIORGI, *Riforme e controriforme della sanità italiana*, in *Democrazia e diritto*, 3, 2021, 74-88.

di bisogno incidenti sull'integrità fisica, psichica e relazionale. La sua centralità deriva dalla capacità di garantire una presa in carico unitaria, superando la frammentazione tra prestazioni sanitarie e interventi di sostegno.

L'approccio integrato consente di ricondurre anche condizioni quali l'isolamento e la fragilità nell'alveo della tutela sanitaria, qualificandole come fattori strutturali del benessere complessivo. Ne deriva un modello di intervento che, operando nel domicilio della persona assistita, rafforza la garanzia dei diritti fondamentali e previene l'aggravamento delle condizioni di vulnerabilità.

## **2. La nuova sanità territoriale nel Piano nazionale di ripresa e resilienza. Quale approccio di cura per le persone over 65?**

La sanità territoriale costituisce uno degli assi portanti della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (d'ora in poi PNRR) e si configura come un intervento strutturale destinato a incidere profondamente sull'assetto del Servizio sanitario nazionale, in particolare mediante il rafforzamento delle cure domiciliari quale modalità ordinaria e non più residuale di presa in carico del paziente, soprattutto cronico e non autosufficiente. Il PNRR, infatti, non si limita a prevedere un incremento delle risorse finanziarie, ma introduce un vero e proprio vincolo di risultato, imponendo alle amministrazioni competenti, in primis le regioni, titolari della funzione organizzativa e gestionale dei servizi sanitari, il raggiungimento di standard quantitativi e qualitativi precisi, come l'estensione dell'assistenza domiciliare a una quota significativa della popolazione anziana (10%) entro il 2026. Di conseguenza, le cure domiciliari assurgono a un valore giuridico di primo piano, costituendo un fondamentale fattore di attuazione dell'art. 32 Cost. Tale riconoscimento è motivato dall'intento di garantire la qualità e la continuità delle cure, l'appropriatezza delle prestazioni erogate e il contenimento della domanda di servizi ospedalieri, con un impatto diretto sull'effettività dei livelli essenziali di assistenza. Tuttavia, l'innovazione introdotta dall'intervento è accompagnata da significative sfide attuative, che si manifestano in modo particolarmente evidente a livello regionale: l'adeguamento ai nuovi modelli organizzativi delineati dalla normativa del PNRR richiede una profonda riorganizzazione dei servizi territoriali, la definizione di nuovi assetti di governance, l'integrazione tra sanità e servizi sociali e, soprattutto, il superamento delle consolidate disomogeneità territoriali in termini di capacità amministrativa, dotazione di personale e infrastrutture digitali.

La scadenza del 2026, individuata quale termine ultimo per il completamento degli interventi e per la rendicontazione delle spese, assume rilievo non solo temporale, ma anche giuridico. Eventuali ritardi ovvero attuazioni meramente formali possono determinare la perdita dei finanziamenti assegnati e compromettere l'obiettivo essenziale del processo riformatore, consistente nella costruzione di un sistema sanitario territoriale effettivamente orientato ai bisogni della popolazione.

Il potenziamento delle cure domiciliari si configura come uno snodo centrale e

una delle principali sfide attuative del PNRR, poiché l'efficacia degli interventi pubblici dipende dalla capacità delle regioni di tradurre obblighi e standard normativi in servizi concretamente accessibili. Ciò al fine di evitare che i vincoli temporali e procedurali imposti dal Piano si traducano in un'attuazione disomogenea e disarticolata sul territorio.

La Missione 6 del PNRR non può essere adeguatamente compresa se non letta in combinato disposto con la Missione 5<sup>18</sup>, poiché il disegno complessivo attribuisce all'integrazione socio-sanitaria una funzione strutturale e non ausiliaria, elevandola a criterio ordinante dell'intervento pubblico nei confronti delle persone anziane e non autosufficienti. Pertanto, risulta particolarmente significativo comprendere lo snodo funzionale che il Piano costruisce tra le Centrali Operative Territoriali (COT), le Case della Comunità (CdC) e l'ADI, inteso come meccanismo di raccordo operativo tra valutazione del bisogno, presa in carico e concreta erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali sul territorio della persona assistita.

Nel momento in cui una persona anziana viene dimessa da una struttura ospedaliera e rientra presso il proprio domicilio, si apre una fase particolarmente delicata del percorso di cura, nella quale la continuità assistenziale assume una rilevanza giuridica e organizzativa di fondamentale importanza. Tale passaggio, tradizionalmente caratterizzato da disallineamenti tra il livello ospedaliero e quello territoriale, è oggetto di specifica attenzione nel PNRR, che interviene proprio per ridurre il rischio di interruzioni assistenziali, ricoveri impropri e riacutizzazioni cliniche, soprattutto con riferimento alle persone anziane non autosufficienti. Il Piano prevede, in questo senso, un rafforzamento dei meccanismi di dimissione protetta e di presa in carico precoce, affidando alle strutture della sanità territoriale, in particolare alle Centrali Operative Territoriali, in raccordo funzionale con le Case della Comunità e con l'ADI, il compito di garantire la continuità del percorso assistenziale una volta conclusa la fase acuta. Ciò si traduce in un superamento della logica episodica dell'intervento sanitario, a favore di una presa in carico completa e programmata, nella quale la dimissione dall'ospedale non segna la cessazione della tutela pubblica della salute, ma ne ridefinisce le modalità di adempimento in coerenza con i livelli essenziali di assistenza e con i principi di appropriatezza e prossimità delle cure.

I benefici attesi di tale impostazione sono evidenti: una maggiore sicurezza del rientro a domicilio, una riduzione del rischio di eventi avversi e di ri-ospedalizzazioni, una migliore qualità della vita per la persona assistita e, più in generale, un uso più razionale delle risorse ospedaliere. Tuttavia, è importante notare che tale dinamica presenta anche aspetti di rischio, che assumono particolare rilevanza quando l'attivazione tempestiva e coordinata dei servizi territoriali non è efficacemente garantita. In assenza di una definizione precisa del percorso assistenziale e di una pianificazione dettagliata degli interventi domiciliari, il passaggio dall'ospedale

---

<sup>18</sup> Sul tema, si veda F. BIONDI, *Per un sistema integrato di interventi e servizi sociali. Sfide e prospettive nel quadro del PNRR e dopo vent'anni dall'approvazione della l. 328/2000*, in *Le Regioni*, 1, 2021, 779 ss.

al domicilio può comportare un sostanziale “abbandono” del ruolo assistenziale da parte delle famiglie, con conseguente impatto sulla qualità e sulla continuità delle cure.

Il PNRR, pur delineando un modello volto a prevenire tali criticità, rimette in larga misura la sua concreta efficacia alla capacità delle regioni e delle aziende sanitarie di rendere operative le azioni di coordinamento e di integrazione previsti, facendo di questa fase di transizione uno dei principali banchi di prova della riforma della sanità territoriale.

Le Case della Comunità, disciplinate dal d.m. 23 maggio 2022, n. 77, nell’ambito della Missione 6 del PNRR, si configurano come uno strumento potenzialmente idoneo<sup>19</sup> a rispondere ai bisogni delle persone anziane non autosufficienti, attraverso un modello di assistenza territoriale integrata e multidimensionale. Esse mirano a superare la frammentazione degli interventi mediante l’integrazione funzionale tra medicina generale, assistenza infermieristica di comunità, specialistica ambulatoriale e servizi sociali, assicurando la valutazione multidimensionale del bisogno e l’attivazione di percorsi assistenziali personalizzati.

Il ruolo delle Case della Comunità si inserisce nella rete dei servizi territoriali, in raccordo con il Punto Unico di Accesso (PUA) insieme agli strumenti di valutazione multidimensionale<sup>20</sup>. Tuttavia, permangono rilevanti criticità attuative, connesse all’adeguatezza delle condizioni strutturali, organizzative e professionali necessarie al pieno funzionamento del modello<sup>21</sup>, criticità che richiamano le esperienze disomogenee delle precedenti Case della salute<sup>22</sup> e impongono una valutazione prudente della sua effettiva capacità trasformativa<sup>23</sup>.

L’ambito finora delineato evidenzia come le persone anziane non autosufficienti siano inserite in un percorso assistenziale unico, nel quale la continuazione delle cure assume la connotazione di diritto soggettivo.

Tuttavia, è importante notare che tale sistema non si configura come un intervento che si realizza nell’immediato. Al contrario, è concepito come il risultato di un processo programmatico e organizzativo che presuppone la preventiva individuazione del percorso assistenziale e della pianificazione dettagliata dei relativi interventi.

È proprio in questo passaggio, dalla enunciazione astratta del principio di

<sup>19</sup> Camera dei deputati, XVIII legislatura, *Documentazione e ricerche*, n. 144, 1° marzo 2021, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 2021.

<sup>20</sup> Cfr. F. PIZZOLATO, *Le Case della Comunità e il rapporto tra città e salute*, in *Dirittifondamentali.it*, 1, 2022, 421-446.

<sup>21</sup> Cfr. L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 26, 2023, 18-39.

<sup>22</sup> Si consulti il rapporto Crea sanità, *Case della salute e presidi territoriali di assistenza. Lo stato dell’arte*, 2020.

<sup>23</sup> S. BUOSO, *La Casa della Comunità: un modello (per ora incompiuto) di professionalità collaborativa*, in *Lavoro e diritto*, 38, 3, 2024, 459-482.

continuità assistenziale alla sua concreta traduzione in percorsi di cura coordinati e personalizzati, che si misura la reale portata innovativa del PNRR e, al contempo, la sua maggiore complessità attuativa a livello regionale <sup>24</sup>.

### 3. Il *trait d'union* tra la Riforma della non autosufficienza e la nuova sanità territoriale

Il nuovo modello di sanità territoriale delineato dal PNRR si pone in rapporto di stretta complementarità con la riforma della non autosufficienza avviata con la legge del 23 marzo 2023, n. 33 <sup>25</sup> e dal successivo d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, che ha introdotto un quadro normativo organico volto a superare la frammentazione storica degli interventi a favore delle persone non autosufficienti.

La riforma della non autosufficienza (legge n. 33/2023) e l'assetto dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) del PNRR sono collegati per due motivi principali. Innanzitutto, l'art. 4 della legge stabilisce la necessità di coordinare gli interventi per le persone non autosufficienti con l'organizzazione dell'assistenza territoriale, promuovendo una presa in carico unitaria e continuativa, in coerenza con modelli integrati sociosanitari. In secondo luogo, se interpretata secondo la prospettiva dell'integrazione sociosanitaria, la riforma appare sbilanciata verso interventi di carattere sociale <sup>26</sup>, con conseguente marginalizzazione della componente sanitaria. Tale impostazione può compromettere l'efficacia dei percorsi di cura, soprattutto per le persone anziane non autosufficienti, per le quali l'assistenza sanitaria resta indispensabile.

In considerazione di quanto emerso, l'implementazione dei sistemi di ADI previsti dal PNRR secondo la nuova architettura organizzativa potrebbe svolgere una funzione riequilibratrice. Tale intervento concorrerebbe infatti alla costruzione di un modello di presa in carico più idoneo a garantire continuità assistenziale e una più compiuta collaborazione tra servizi sanitari e sociali.

La legge del 2023 definisce anche i criteri per la costruzione di un sistema organico per la popolazione anziana non autosufficiente, attribuendo un ruolo centrale al processo di valutazione multidimensionale e alla progettazione assistenziale personalizzata. È proprio su questo terreno che il disegno del PNRR trova un naturale punto di innesto con la riforma della non autosufficienza: le strutture della sanità territoriale, Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali e ADI, rappresentano

<sup>24</sup> C. GORI, *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*, in *Politiche sociali*, 3, 2023.

<sup>25</sup> Cfr. T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, 207-237.

<sup>26</sup> A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una "pericolosa" risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, in *Sistema Salute*, 68, 1, 2024, 53-64.



infatti l'infrastruttura organizzativa attraverso cui anche i principi della legge n. 33/2023 sono chiamati a tradursi in azioni e servizi concretamente esigibili.

Dal punto di vista normativo, ciò che emerge è una tendenza alla ridefinizione della non autosufficienza non più come un settore secondario dell'intervento assistenziale, quanto piuttosto come un'area di diritti sociali complessi, la cui concreta attuazione risulta condizionata dalla capacità delle amministrazioni di armonizzare discipline e strumenti operativi. Il collegamento tra PNRR e legge n. 33/2023 assume dunque un valore sistemico: da un lato, il PNRR fornisce le risorse e le competenze organizzative necessarie per il sistema sanitario territoriale; dall'altro, la riforma della non autosufficienza ne orienta l'utilizzo verso approcci di presa in carico unitaria e personalizzata, evidenziando come il successo dell'intero impianto dipenda dall'effettivo connubio tra programmazione, attuazione e tutela concreta dei diritti delle persone non autosufficienti.

A tal proposito, l'ADI si configura come un elemento fondamentale del nuovo modello di assistenza, assumendo un ruolo cruciale nella presa in carico delle persone anziane non autosufficienti.

La riforma della non autosufficienza e il nuovo modello ADI del PNRR trovano un altro punto di congiunzione nell'ottica della *Long-term care*<sup>27</sup> (d'ora in avanti LTC), concetto ormai centrale nelle politiche socio-sanitarie europee e internazionali. In ambito europeo, con il Principio 18 del Pilastro Europeo dei Diritti Sociali<sup>28</sup> e la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea del 2022<sup>29</sup>, la LTC è definita come l'insieme delle prestazioni socio-sanitarie erogate per quelle persone che, a causa di fragilità o disabilità persistenti, dipendono da aiuto per l'esecuzione delle attività quotidiane. Tali linee di indirizzo raccomandano agli Stati membri di assicurare accesso tempestivo e qualità elevata dei servizi di LTC, di ampliare l'offerta di servizi professionali comprensivi di assistenza domiciliare, comunitaria e residenziale e di colmare le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure, nonché di sostenere i/le caregiver formali e informali.

In coerenza con il quadro europeo della LTC in materia di integrazione socio-sanitaria, la riforma della non autosufficienza e il modello ADI perseguono l'obiettivo comune di garantire percorsi assistenziali strutturati e coordinati, che vanno oltre la semplice erogazione episodica delle prestazioni.

Infine, un altro elemento che, inevitabilmente, chiama in causa una lettura congiunta dei due ambiti è rappresentato dal Punto Unico d'Accesso e il Piano Assistenziale

---

<sup>27</sup> European Commission, *Long-term care report: trends, challenges and opportunities in an ageing society*, Volume I. Brussels, Publications Office of the European Union, 2021; WHO, *Long-term care for older people: package for universal health coverage*, Geneva, World Health Organization, 2024.

<sup>28</sup> Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni Istituzione di un pilastro europeo dei diritti sociali (COM/2017/0250 final).

<sup>29</sup> Raccomandazione del consiglio dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili (2022/C 476/01).

Individualizzato (PAI). Gli elementi in questione sono già stati valorizzati dalla riforma del 2023, che li ha riconosciuti come strumenti essenziali per la presa in carico unitaria e personalizzata. Essi vengono ora assunti dalla Missione 6 del PNRR, che li articola in due direttrici di intervento. Da un lato, si mira al rafforzamento e alla concreta operatività degli istituti formalmente introdotti dal d.m. 23 maggio 2022, n. 77, che tuttavia, sino a quel momento, erano caratterizzati da un'attuazione disomogenea e incompleta. Dall'altro lato, si riconosce, seppur in modo indiretto, la sostanziale inerzia attuativa del modello di cura della non autosufficienza delineato a livello normativo, il cui effettivo funzionamento risulta, ad oggi, pieno di criticità organizzative e di coordinamento tra i diversi livelli di assistenza. Pertanto, l'implementazione del PNRR, sebbene antecedente al 2023, potrebbe assolvere alla funzione di rendere il Punto Unico d'Accesso e il Piano Assistenziale Individualizzato due centri efficaci per l'integrazione sociosanitaria e come nodi operativi delle attività di assistenza e cura.

#### **4. L'assistenza domiciliare integrata tra innovazioni e prime considerazioni**

L'assistenza domiciliare integrata nel quadro del PNRR trova il proprio fondamento nella Missione 6, Componente 1, e in particolare nell'investimento denominato "Casa come primo luogo di cura".

L'intervento si prefigge di contribuire alla riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale, potenziando l'assistenza territoriale e domiciliare e riducendo il ruolo dell'ospedale come unico punto di riferimento per le risposte ai bisogni di salute. Questa nuova strategia non introduce ex novo le prestazioni domiciliari, già presenti nell'ordinamento sanitario prima del PNRR, ma ne ridefinisce la portata e il ruolo all'interno di una strategia di riorganizzazione strutturale. L'obiettivo è quello di orientare i servizi verso una maggiore prossimità, continuità delle cure e una presa in carico efficace delle condizioni di cronicità e fragilità. In virtù di ciò, l'assistenza domiciliare non è più considerata quale strumento complementare, ma piuttosto come un elemento ordinario per la gestione ottimale della domanda di prestazioni sanitarie domiciliari, contribuendo in maniera sostanziale al consolidamento della rete territoriale.

All'interno di tale impianto, le persone anziane non autosufficienti assumono una posizione centrale, in quanto destinatarie privilegiate di interventi caratterizzati da elevata intensità assistenziale<sup>30</sup> e da una forte integrazione tra dimensione sanitaria e sociosanitaria. Tuttavia, il nuovo modello non assorbe l'intero spettro delle risposte domiciliari, ma piuttosto coesiste con forme di assistenza domiciliare non incluse nel PNRR (Cure palliative) e con servizi di assistenza domiciliare di

---

<sup>30</sup> ADI di I, II e III livello, collegati a indicatori come il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), che misura quante volte e quanto a lungo le persone ricevono visite e trattamenti a casa durante il periodo di cura, inoltre sono usati per pianificare e controllare i servizi ADI.

competenza comunale, come il Servizio di assistenza domiciliare (SAD), che sono regolati da logiche e finanziamenti diversi.

L'ADI costituisce uno strumento centrale nel sistema di tutela della non autosufficienza, in quanto realizza l'integrazione funzionale tra prestazioni sanitarie e interventi sociali. Essa comprende l'assistenza infermieristica e riabilitativa domiciliare, il supporto socio-assistenziale, gli interventi socio-sanitari, i servizi di aiuto alla persona nelle attività della vita quotidiana, nonché l'impiego di tecnologie di telemedicina, teleassistenza e telemonitoraggio a sostegno della domiciliarità.

Il nuovo modello supera la tradizionale dicotomia tra bisogno clinico e bisogno sociale mediante un modello unitario di presa in carico, fondato su un approccio olistico alla continuità assistenziale. Tale modello si basa su una valutazione multidimensionale e sul coordinamento delle diverse professionalità coinvolte, assicurando la coerenza tra prestazioni erogate e obiettivi assistenziali, la permanenza al domicilio della persona assistita e la riduzione dei ricoveri impropri.

L'ADI rappresenta dunque un modello organizzativo caratterizzato da coerenza sistemica e piena rispondenza alle esigenze della persona anziana non autosufficiente. Il modello si estende a tutto l'ecosistema relazionale della persona assistita, riconosce il ruolo cruciale di familiari, caregiver<sup>31</sup> e medici di medicina generale (d'ora in avanti MMG). Questi ultimi, pur mantenendo un ruolo centrale nella presa in carico, come snodo fondamentale di attivazione della domanda assistenziale, svolgono altresì funzioni di coordinamento e di controllo informativo con il personale socio-assistenziale, ricevendo aggiornamenti continui sull'evoluzione del percorso di cura e garantendo il collegamento tra i diversi livelli di intervento.

Il modello presenta dunque una valenza duplice per i MMG: rafforza il loro ruolo fiduciario nei casi complessi, assicurando continuità assistenziale e qualificazione clinico-organizzativa, e, mediante l'uso della telemedicina, consente interventi tempestivi da remoto, evitando dispendio di risorse in spostamenti non necessari e incrementando l'efficienza gestionale. Insomma, se correttamente implementato, il processo di cura interviene anche su un più ampio problema della sanità pubblica, ovvero sulla condizione, spesso all'incrocio tra resilienza e burnout<sup>32</sup>, di queste figure nel contesto della sanità territoriale, favorendo quella che è stata definita come la «dimensione sociale del ruolo del medico di base<sup>33</sup>». Infatti, nel contesto dell'ADI, pur tra tante difficoltà di natura applicativa<sup>34</sup>, il ruolo di queste

---

<sup>31</sup> P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *Federalismi* it, 5, 2024, 202-219.

<sup>32</sup> Così A. VISCOMI, *Tra ambulatorio e territorio: lavoro e organizzazione del lavoro del medico di medicina generale*, in *Il lavoro nelle pubbliche amministrazioni*, 3, 2023, 507-525.

<sup>33</sup> F. GIGLIONI, *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 4, 2024, 885.

<sup>34</sup> C. TUBERTINI, *L'assistenza territoriale in trasformazione. Il ruolo delle comunità e delle istituzioni*, in *Lavoro e diritto*, 1, 2024, 404.

figure si inserisce in una più ampia collocazione che trova nelle suddette Case della Comunità il luogo di collegamento funzionale.

L'assetto operativo dell'ADI è coerente con i principi dell'attività amministrativa, in particolare con il buon andamento di cui all'art. 97 Cost., e con i criteri di efficienza, efficacia ed economicità. La sistematizzazione dei flussi informativi, la definizione dei ruoli e l'integrazione dei servizi riducono duplicazioni e inefficienze, potenziando l'efficacia delle prestazioni cliniche. Allo stesso tempo, la razionalizzazione degli accessi e l'uso della telemedicina riducono i costi e promuovono un impiego sostenibile delle risorse pubbliche. Pertanto, l'ADI costituisce un modello paradigmatico di organizzazione integrata, conciliando esigenze cliniche, gestionali ed economico-amministrative in un quadro coerente e costituzionalmente conforme.

Un ulteriore profilo riguarda l'erogazione delle prestazioni domiciliari, ambito in cui permane una significativa frammentazione tra i sistemi sanitari regionali<sup>35</sup>. In conformità alla normativa nazionale, che attribuisce alle regioni ampio margine di autonomia organizzativa, i modelli di erogazione variano sul territorio, comprendendo gestione pubblica diretta, affidamento a soggetti privati accreditati e coinvolgimento del Terzo settore.

L'osservazione delle prassi mostra che, allo stato attuale, il privato accreditato prevale come principale erogatore dell'assistenza domiciliare nell'ambito del PNRR, confermando una tendenza già consolidata nei servizi sanitari territoriali. Un'eccezione significativa è rappresentata dalla Regione Umbria<sup>36</sup>, che attribuisce un ruolo centrale al Terzo settore nell'erogazione delle prestazioni domiciliari.

Nei primi anni di monitoraggio dell'attuazione delle riforme riconducibili all'ADI a livello regionale si evidenziano una serie di elementi critici che richiedono una valutazione circa l'effettiva capacità trasformativa del nuovo modello<sup>37</sup>. In primo luogo, si registra un ritardo significativo nell'adozione dell'Intesa in Conferenza Stato-Regioni n. 151/2021 concernente i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari, con effetti negativi sulla tempestiva definizione di standard condivisi e di percorsi di assistenza uniforme<sup>38</sup>. A ciò si accompagna una marcata eterogeneità nelle forme di trasparenza e pubblicità delle tariffe applicate alle prestazioni di ADI, che varia da regione a regione e incide tanto sulla comparabilità dei modelli quanto sulla garanzia di uniformità dei livelli essenziali di assistenza.

---

<sup>35</sup> Sia consentito il rinvio a F. MERENDA, *Le regioni e le politiche sanitarie nell'attuazione del Pnrr: il caso dell'assistenza domiciliare integrata*, in *Italian papers on Federalism*, 3, 2025.

<sup>36</sup> Deliberazione della Giunta Regionale 5 giugno 2024, n. 537.

<sup>37</sup> Cfr. Salute equità, *Fact checking riforma assistenza territoriale, Focus Adi. Stato di avanzamento dei principali provvedimenti*, 2025.

<sup>38</sup> Agenas, *Relazione di sintesi sul monitoraggio degli obiettivi previsti dal decreto interministeriale 24 novembre 2023 "Modifiche al decreto 23 gennaio 2023, recante ripartizione delle risorse relative all'investimento M6.C1-1.2.1 Casa come primo luogo di cura (ADI) del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), anno 2023, 2024"*.

Sul piano quantitativo, i dati mostrano un aumento complessivo delle persone prese in carico nell'ambito dell'ADI, ma con differenze territoriali molto rilevanti: alcune regioni del Centro-Nord registrano incrementi consistenti, mentre in altre, in particolare nel Mezzogiorno, l'espansione risulta più contenuta o discontinua<sup>39</sup>, riproducendo divari strutturali già noti<sup>40</sup>. Tuttavia, a fronte dell'aumento dei soggetti assistiti, gli accessi domiciliari risultano frequentemente di breve durata e concentrati in poche ore complessive, configurandosi più come interventi puntuali che come percorsi continuativi. Questo dato appare palesemente in contrasto con l'obiettivo dichiarato del nuovo impianto. Le persone anziane non autosufficienti necessitano di cure costanti, integrate e protratte nel tempo, difficilmente compatibili con modelli assistenziali frammentati e a bassa intensità temporale.

Le analisi disponibili evidenziano inoltre una discrepanza tra l'espansione quantitativa dell'ADI e la qualità effettiva degli interventi, sollevando dubbi sulla capacità del sistema di tradurre gli investimenti in un concreto rafforzamento della sanità territoriale. I report di AGENAS<sup>41</sup> riconoscono progressi in termini di copertura, ma segnalano persistenti criticità strutturali.

Permane, inoltre, la percezione che l'ADI sia prevalentemente sanitaria, con limitato collegamento all'ambito sociale<sup>42</sup>, rafforzando i timori circa lo scivolamento dell'approccio ai bisogni delle persone non autosufficienti dalla sanità alla tutela sociale meno incisiva<sup>43</sup>.

La riforma del 2023 ha posticipato l'integrazione, mentre l'assenza di una strategia nazionale ha nuovamente delegato la responsabilità alle regioni. Pur circoscritta agli interventi previsti dal PNRR, l'ADI costituisce dunque uno strumento per superare l'inerzia legislativa nel più vasto contesto della presa in carico delle persone over 65.

## 5. Il *redde rationem* del 2026

Dalla prospettiva di chi studia la pubblica amministrazione, risulta evidente che, in questo ambito, le misure del Piano non risultano applicate al fine di incidere

---

<sup>39</sup> L'aumento è stato notevole in alcune regioni, come la PA Trento (235%), la Puglia (145%), la Toscana (144%) e l'Umbria (206%), mentre altre, come la Sardegna (77%), la Sicilia (1%), la Calabria (95%) e la Campania (62%), hanno registrato livelli più bassi.

<sup>40</sup> L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, 1, 2020.

<sup>41</sup> Agenas, *Report nazionale di sintesi dei risultati del monitoraggio del DM 77/2022. I Semestre 2025*, in *agenas.it*.

<sup>42</sup> Cfr. Crea Sanità, *20° Rapporto Sanità, Manutenzione o Trasformazione: l'intervento pubblico in sanità al bivio*, 2025.

<sup>43</sup> Così G.M. FLICK, *La tutela costituzionale del malato non autosufficiente: le garanzie sanitarie dei LEA, il "pericolo" dei LEP*, in *Rivista AIC*, 2, 2023.

significativamente tramite le azioni intraprese, ma piuttosto con l'unico scopo di raggiungere gli obiettivi prefissati. Tale approccio, puramente adempitivo, risulta particolarmente evidente nel contesto della sanità territoriale.

In ambito ADI, si pone, inoltre, la questione di individuare il modello ottimale per la realizzazione di tali prestazioni.

Oltre ai rischi e ai benefici derivanti dal tradizionale binomio pubblico-privato<sup>44</sup>, emerge con forza una terza opzione: la comunità. La simbiosi tra amministrazioni sanitarie e gli Enti del Terzo Settore, seppur auspicabile in termini di partecipazione nell'ottica dell'amministrazione condivisa<sup>45</sup>, desta non poche perplessità. La corretta gestione dell'assistenza alle persone non autosufficienti, così come quella di altre importanti fragilità, richiede necessariamente la presenza di personale con competenze solide e avanzate, ma anche e soprattutto la consapevolezza che tale intervento rappresenta non solo un'azione di natura socio-sanitaria, ma anche uno strumento attraverso il quale, come detto, la Repubblica contribuisce attivamente alla rimozione di un ostacolo e alla concreta promozione di un diritto fondamentale. Si evidenzia pertanto che la reale differenza tra comunità, privati e strutture pubbliche va oltre le questioni attinenti alla forma giuridica, essendo principalmente determinata dal diverso modo in cui si eroga il servizio e dal diverso grado di aderenza al dettato costituzionale, che non può essere considerato solo in termini formali. La qualità del servizio erogato risulta determinante, non solo in termini prestazionali, ma anche e soprattutto adottando quell'approccio misto menzionato in precedenza, che implica l'assunzione di responsabilità connesse all'esercizio delle funzioni e l'orientamento alla cura, al fine di garantire un approccio globale, capace di fornire risposte concrete ai bisogni delle persone anziane.

Alla luce di quanto emerso, si ritiene opportuno concludere richiamando alcuni contributi che possono fornire una chiave di lettura propositiva delle criticità emerse nella prima fase di implementazione dell'ADI.

In primo luogo, si può utilmente evocare il pensiero di Umberto Allegretti, secondo il quale i diritti sanciti nella Costituzione, e, in particolare quelli sociali quali la tutela della salute e l'assistenza sociale, concorrono a delineare la Carta fondamentale come una vera e propria "attività per un fine"<sup>46</sup>, ossia un progetto che impone a chi esercita le funzioni pubbliche di orientarsi verso risultati sostanziali e non meramente formali, in cui i diritti si affermano con azioni, strumenti e misure tangibili. In questa prospettiva, il nuovo assetto dell'ADI, pur nella variabilità dei contesti organizzativi regionali, deve garantire l'effettiva attuazione della missione costituzionale, traducendola in una presa in carico delle persone anziane non autosufficienti basata sulla qualità dell'intervento e sulla sua reale incidenza sulle condizioni di vita. Ciò richiede di superare la logica del mero incremento quantitativo

<sup>44</sup> Cfr. M. CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè, Milano, 2012.

<sup>45</sup> Cfr. F. GIGLIONI, *Il diritto dell'amministrazione condivisa*, FrancoAngeli, Milano, 2025.

<sup>46</sup> U. ALLEGRETTI, *Pubblica amministrazione e ordinamento democratico*, in *Foro it.*, 7-8, 1984, 208.

delle prese in carico, privilegiando un approccio integrato, in cui l'attività del personale si colloca all'interno di un progetto assistenziale coerente e continuativo, e non si esaurisce nella semplice erogazione della singola prestazione. I bisogni e, dunque, i diritti delle persone anziane non autosufficienti assumono, in tal senso, un valore paradigmatico della capacità effettiva degli enti del Servizio sanitario nazionale di dare piena attuazione al disegno costituzionale della pubblica amministrazione in ambito sanitario<sup>47</sup>. Le categorie suddette non devono pertanto essere intese come oggetti della cura<sup>48</sup>, ma piuttosto come soggetti della cura, che pertanto richiedono un vero e proprio cambiamento di paradigma: un diritto gentile per la persona anziana<sup>49</sup>.

La "teoria della continuità"<sup>50</sup> invita invece a ripensare l'approccio pubblico all'invecchiamento, concentrandosi non solo sulle prestazioni da erogare, ma sui bisogni e le aspettative delle persone che invecchiano. Una società democratica e rispettosa della dignità umana non può limitarsi a interventi episodici, frammentati e disorganici sul territorio. È necessario orientare l'assistenza domiciliare verso modelli caratterizzati da continuità, coerenza e integrazione, capaci di rispondere alla complessità dei bisogni della non autosufficienza e alle esigenze a lungo termine.

Le evidenze disponibili indicano che il raggiungimento degli obiettivi del PNRR entro il 2026 costituisce una sfida significativa<sup>51</sup>, come rilevato anche dal Giudice contabile italiano<sup>52</sup>. Tuttavia, la necessità di un cambiamento di rotta, anche oltre la scadenza del Piano, resta un imperativo categorico.

---

<sup>47</sup> A. PIOGGIA, *Cura e pubblica amministrazione: come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*, cit.

<sup>48</sup> Cfr. G. DEL GIUDICE, N. DIRINDIN, *Luoghi comuni e pregiudizi strumentali sulla condizione degli anziani*, in *Rivista delle Politiche Sociali*, 1, 2021, 14.

<sup>49</sup> Cfr. A. FUSARO, M. PICCINI, *Un diritto gentile per la persona anziana*, Pacini giuridica, Pisa, 2024.

<sup>50</sup> V. CAPPELLATO, B. GARDELLA, TEDESCHI, E. MERCURI, *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive. Un'indagine sociologica e giuridica*, Il Mulino, Bologna, 2021, 186.

<sup>51</sup> Ufficio parlamentare di bilancio, *Il PNRR e la riorganizzazione del Servizio sanitario nazionale*, 2025.

<sup>52</sup> Corte dei conti, *Relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, 2025.

# La formazione degli assistenti familiari a domicilio di persone anziane con demenza come forma di tutela della salute psicofisica e dell'uguaglianza sostanziale

Serena Cancellieri\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione. – 2. L'invecchiamento della popolazione e le conseguenze assistenziali. – 3. La frammentarietà della normativa nazionale sul lavoro domestico e l'assenza di una figura adeguata alle esigenze della persona affetta da patologia neurodegenerativa. – 4. La lacuna legislativa e l'importanza di una formazione specifica dell'assistente familiare di persona affetta da Alzheimer. – 5. Il Decreto Interministeriale 19 settembre 2025 – Adozione delle Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari. – 6. Conclusioni.

**ABSTRACT:** This study explores the strategic role of training for family caregivers providing home-based assistance as a key instrument for safeguarding psychophysical health and for fully realizing the principle of substantive equality for older adults living with dementia and, more broadly, for vulnerable individuals. The research adopts a human-centered approach, aimed at reinterpreting the existing legal framework through a dynamic, case-based perspective that places the person and their individual needs at the core of socio-legal and healthcare policies. Through a systematic analysis of the national regulatory framework, still marked by fragmentation and inconsistency, and in light of the most recent European and Italian reforms (Law No. 33/2023, Legislative Decree No. 29/2024, and the Interministerial Decree of 19 September 2025), the study highlights the urgent need to acknowledge home caregivers as an autonomous professional category, supported by standardized and certified national training pathways aimed at competence development. The findings demonstrate that professionalization of these workers significantly enhances the quality, safety, and humanization of home-based care, contributing to the establishment of an equitable and sustainable care system grounded in the fundamental constitutional principles of dignity, solidarity, and health protection. In conclusion, the article advocates for the implementation of a cohesive national framework inspired by European principles of vulnerability protection and care work valorization, as a prerequisite for an integrated, person-centered, and sustainable model of home-care assistance.

---

\* Dottore di ricerca in Diritto Civile nella Legalità Costituzionale, attualmente Collaboratore Amministrativo Professionale presso IRCCS INRCA, Ancona, Italia.

Ringrazio per aver dato il suo contributo la Dott.ssa Sara Santini (IRCCS INRCA – Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, Ancona, Italia) ai contenuti relativi alle condizioni socio-economiche delle assistenti familiari straniere e all'offerta formativa a loro destinata, in particolar modo all'interno del paragrafo 1 dell'Introduzione.



## 1. Introduzione

Il presente lavoro mira a evidenziare il valore della formazione degli assistenti familiari a domicilio quale strumento essenziale di tutela della salute psicofisica e la necessità di creare una fattispecie contrattuale ad hoc in particolare per coloro che si occupano a domicilio di persone affette da malattia neurodegenerativa.

Tale riflessione si fonda sulla convinzione che la professionalizzazione e il riconoscimento giuridico di queste figure rappresentino un passo necessario verso un sistema assistenziale più equo, efficiente e conforme ai principi costituzionali e sovranazionali di protezione della persona.

Ulteriore focus dell'indagine sarà quello di far luce sulla tutela della salute psicofisica della persona vulnerabile, sancita dall'art. 32 Cost., e di come questa si sia trasformata dando spazio ad una personalizzazione nella cura dell'individuo.

La metodologia applicata al lavoro segue una direzione umano-centrica che indirizza l'interpretazione della normativa e considera l'individuo in modo multidimensionale, facilitando la comprensione delle sue esigenze e fragilità.

Compito dell'interprete, infatti, è proprio quello di abbracciare l'evoluzione di tali esigenze ponendo al centro il valore fondamentale della persona<sup>1</sup> che costituisce principio di ordine pubblico.

L'interprete ha dinnanzi a sé più metodologie per poter attuare al meglio questo obiettivo. La ricerca giuridica, secondo parte della dottrina, dovrebbe fondarsi su un pluralismo metodologico che consenta di combinare diversi approcci interpretativi in maniera coerente e complementare<sup>2</sup>.

Appare quindi necessario abbandonare un approccio statico e formalistico all'assistenza per adottarne uno contestuale, che valorizzi il caso concreto e consenta di adattare le risposte sanitarie, sociali e contrattuali ai bisogni effettivi della persona nel corso della vita.

La centralità dell'essere umano impone di considerare il concetto di cura in senso dinamico, adattabile ai mutamenti sociali e demografici, per rispondere in modo adeguato alle nuove forme di vulnerabilità individuale. L'adozione di un approccio metodologico rispetto ad un altro è strettamente correlata all'esperienza e

---

<sup>1</sup> In questo senso e in più in generale sull'esigenza di un ragionevole bilanciamento: L. LONARDO, *Ordine pubblico e illiceità del contratto*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 1993, 11-44; P. PERLINGIERI, *Libertà religiosa, principio di differenziazione e ordine pubblico*, in *Dir. succ. fam.*, 2017, III, 166-167; V. BARBA, *L'ordine pubblico internazionale*, in *Rass. dir. civ.*, 2018, II, 403 ss.; G.B. FERRI, *Ordine pubblico*, in *Enc. dir.*, XXX, Giuffrè, Milano, 1980, 1038 ss.; G. PERLINGIERI, G. ZARRA, *Ordine pubblico interno ed internazionale tra caso concreto e sistema ordinamentale*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2019, 16-90; P. PERLINGIERI, *Il diritto civile nella legalità costituzionale*, III, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2020, 1 ss.

<sup>2</sup> P. PERLINGIERI, *Il diritto civile nella legalità costituzionale*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2006, 117; ID., *Produzione scientifica e realtà pratica: una frattura da evitare*, in ID., *Scuole tendenze e metodi*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 1989, 19; S. RODOTÀ, *Un metodo tra i metodi*, in Aa.Vv., *Il metodo della ricerca civilistica*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1990, 273 ss.

alla sensibilità dell'interprete rispetto a quella determinata ricerca<sup>3</sup>.

La metodologia adottata non si limita a un'interpretazione puramente applicativa della normativa, ma si configura come un percorso di analisi finalizzato ad individuare le esigenze di tutela della persona, con specifico riferimento alla salvaguardia della sua salute psicofisica, estendendo l'indagine alle diverse condizioni di vulnerabilità e fragilità, siano esse temporanee, permanenti o di natura degenerativa. La normativa a questo proposito verrà letta e collegata al caso concreto alla luce della Costituzione e dell'uguaglianza sostanziale, nonché delle fonti europee ed internazionali, necessarie anch'esse, per eseguire un ragionevole bilanciamento di principi in un'ottica comparatistica<sup>4</sup>.

È necessario che l'interprete superi ogni forma di formalismo applicativo della norma, orientando la propria attività verso una metodologia centrata sul caso concreto e capace di modellare il servizio sanitario sui bisogni specifici dell'individuo, accompagnandolo nelle diverse fasi della vita<sup>5</sup>.

Quindi sembra opportuno precisare che se l'attività interpretativa demandata all'operatore del diritto presuppone la centralità della persona, è importante soprattutto quando se ne analizza la dimensione assistenziale, operare in una direzione evolutiva che si allontana dalle ipotesi di tassatività, ma che include elasticamente le nuove esigenze sociali.

Adattare le ipotesi assistenziali al caso concreto significa aver contezza dell'esigenza di evoluzione nel concetto di cura e della realtà sociale che interessa l'individuo.

## 2. L'invecchiamento della popolazione e le conseguenze assistenziali

Quanto introdotto risulta fondamentale per comprendere l'iter metodologico del lavoro, che contraddistingue l'approccio alla tutela assistenziale della persona vulnerabile.

L'analisi del contesto socio-demografico costituisce un punto di partenza essenziale per comprendere l'evoluzione dei bisogni di cura e la trasformazione del sistema di assistenza alle persone anziane e vulnerabili. A partire dagli anni Ottanta si è registrato, sia in Europa che globalmente, un incremento costante della popolazione anziana, fenomeno che si è tradotto in un cambiamento strutturale della società contemporanea.

---

<sup>3</sup> P. PERLINGIERI, *Produzione scientifica*, in ID., *Scuole tendenze e metodi*, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 1 ss., in particolare 8.; ID., *Il diritto civile*, cit., 117 ss.

<sup>4</sup> P. PERLINGIERI, *Il diritto civile nella legalità costituzionale*, I, Edizioni scientifiche italiane, Napoli, 2020, 415-424.

<sup>5</sup> S. CANCELLIERI, *Tutela della persona ed essenzialità del servizio sanitario*, Unitesi, Camerino, 2024, 11.

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, negli ultimi decenni, sembra aver acquisito una portata preponderante al livello internazionale<sup>6</sup>. Tanto che, in tutto il mondo, sono stati intrapresi numerosi provvedimenti<sup>7</sup> e progetti internazionali per indirizzare le politiche mondiali verso soluzioni concrete che riescano non solo a promuovere l'invecchiamento attivo e in buona salute, ma anche a favorire una gestione delle vulnerabilità multi patologiche, a cui inevitabilmente si va incontro con l'avanzare dell'età, maggiormente e qualitativamente alta e soprattutto equa e garantita a tutti gli individui, così come sottolineato anche nell'Agenda 2030<sup>8</sup>.

Infatti l'aumento del numero di persone anziane ha interessato, per molto tempo, solamente alcuni Paesi e più specificamente quelli che vertevano in condizioni economiche e sanitarie più vantaggiose.

L'aumento globale della popolazione anziana, definito da Kofi Annan come una «rivoluzione silenziosa»<sup>9</sup>, rappresenta una trasformazione strutturale che incide profondamente sui sistemi di *welfare*.

Sicuramente una tra quelle più tangibili, dal punto di vista medico sanitario, è l'insorgenza di malattie neurodegenerative come la demenza che ha assunto i contorni di una vera e propria pandemia globale e il proliferare di situazioni di disabilità e vulnerabilità che interessano un numero sempre più importante di persone<sup>10</sup>.

In particolare sono le persone anziane con demenza e/o non autosufficienti a necessitare di un'assistenza domiciliare quotidiana e intensiva che prevede un alto livello di competenze professionali soprattutto alla luce del passaggio da un sistema di *welfare* principalmente familistico ad uno in cui la famiglia, pur avendo un ruolo centrale nella cura, assume dei contorni sempre più esigui a causa di una serie di fattori socio-economici come il progressivo ingresso delle donne nel mercato del lavoro, la differente struttura delle famiglie, la maggiore mobilità delle persone, e la crescente precarizzazione del lavoro<sup>11</sup>. Elementi che riducono inevitabilmente la capacità delle famiglie di offrire cura e, al contempo, incrementano i bisogni di cura ed assistenza da parte di persone che non appartengono alla cerchia familiare.

<sup>6</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/> (visitato in data 28 ottobre 2025).

<sup>7</sup> Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane, Risoluzione 46/91 dell'Assemblea generale del 1991; International Plan of Action on Ageing (Madrid Plan); art. 25 Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

<sup>8</sup> The UN Agenda 2030 for Sustainable Development.

<sup>9</sup> Fu la suggestiva definizione del crescente invecchiamento della popolazione mondiale, utilizzata da Kofi Annan, Premio Nobel per la Pace e già Segretario Generale delle Nazioni Unite (ONU) nel 2002 in C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società, Problematiche di diritto civile*, Pacini Giuridica, Pisa, 13, 2023, 5-124. S. SANTINI, A. GOLINO, D. GRIGNOLI, F. GALASSI, G. Casanova, S. CANCELLIERI, I. CHIRICO, S. TROLESE, V. MORETTI, R. PRONZATO, R. CHATTAT, *Educational needs and barriers to elder care training of migrant family care assistants of older people with dementia in Italy: A qualitative study*, in *BMC Nurs*, 24, 2025, 1357.

<sup>10</sup> Global status report on the public health response to dementia. Geneva: WHO, 2021, 2-5.

<sup>11</sup> T. TESAURO, *La sfida della non autosufficienza: i nodi irrisolti. Verso un invecchiamento attivo, in salute e sostenibile*, in *Quaderni IRCrES*, 23, 2025, 117-127.

Vi possono essere quindi tre tipologie di assistenza tra di loro strettamente legate che possono coesistere nell'ambito domiciliare: la prima svolta a titolo gratuito dai *caregiver* familiari; la seconda prestata da assistenti familiari a pagamento spesso senza una specifica formazione; la terza riguarda figure professionali del servizio sanitario come OSS e infermieri.

L'assistente familiare, svolge attualmente un importante ruolo di collegamento tra il contesto familiare e il servizio sanitario. Da una parte è una figura che collabora a stretto contatto con la famiglia dell'assistito riducendo il carico di stress psicofisico del *caregiver* informale e dall'altra, svolgendo le prestazioni di cura presso l'abitazione del paziente, concorre ad integrare la possibilità di quest'ultimo di rimanere il più tempo possibile nel proprio ambiente. Quest'ultima condizione è stata considerata essere un elemento di giovamento per la persona che presenta patologie degenerative e che risiede nel miglioramento della qualità della vita, garantendo comfort, autonomia e riduzione dello stress in un ambiente familiare, riducendo i rischi di infezioni ospedaliere e supportando la continuità assistenziale<sup>12</sup>.

La presenza dell'assistente familiare permette altresì di personalizzare le cure, coinvolgere la famiglia, rallentare il declino fisico e cognitivo della persona assistita, e spesso si dimostra clinicamente più efficace e sicura<sup>13</sup>, alleggerendo anche il carico sul servizio sanitario.

Quindi garantire questa possibilità è fondamentale per assicurare un'assistenza adeguata e adatta agli anziani vulnerabili e/o non autosufficienti.

Proprio per i motivi suddetti implementare la formazione professionale per gli assistenti familiari risulta fondamentale. Significherebbe inoltre attribuirne piena dignità lavorativa e funzionale in un contesto normativo deficitario di una figura di riferimento specifica.

In Italia la regolamentazione contrattuale che disciplina l'assistenza domiciliare a persone non autosufficienti è quella relativa al lavoro domestico.

### **3. La frammentarietà della normativa nazionale sul lavoro domestico e l'assenza di una figura adeguata alle esigenze della persona affetta da patologia neurodegenerativa**

La disciplina dell'assistente familiare, in Italia, è riconducibile al contratto collettivo nazionale sul lavoro domestico. Quest'ultimo è regolato da alcune disposizioni del codice civile (artt. 2240-2246 c.c.), dalla legge 2 aprile 1958, n. 339, dal d.P.R. 31 dicembre 1971, n. 1403 e da numerose altre normative che hanno introdotto negli

---

<sup>12</sup> A. ZENAROLLA, *Innovare la domiciliarità per gli anziani. Welfare, innovazione, sostenibilità sociale*, in *Franco Angeli Welfare Innovazione e sostenibilità sociale*, 2024, 245-257.

<sup>13</sup> World Health Organization. (2021). Global status report on the public health response to dementia.

anni diverse agevolazioni fiscali con l'obiettivo di contrastare il lavoro irregolare<sup>14</sup>.

Sebbene tale impianto normativo rappresenti un punto di riferimento strutturale, esso risulta oggi inadeguato rispetto all'evoluzione delle necessità assistenziali e alla crescente complessità dei bisogni legati all'età senile e alle patologie neurodegenerative.

Il CCNL previsto che disciplina attualmente il lavoro domestico è stato sottoscritto l'8 settembre 2020 da DOMINA e Fidaldo con le organizzazioni sindacali Filcams CGIL, Fisascat CISL, UilTucs e Federcolf, è entrato in vigore il 1° ottobre 2020<sup>15</sup>.

Interrogarsi su chi può essere considerato lavoratore domestico ha due profili di accezione ed è utile a comprendere se dalla legge si può dedurre l'effettiva esistenza dell'assistente familiare e come questa necessità, alla luce dei cambiamenti sociali, di un rinnovamento sostanziale per offrire un'assistenza più adeguata e tutelante.

La prima accezione è relativa alla disciplina contenuta nel contratto collettivo nazionale, che ne definisce diverse fattispecie, che saranno oggetto di trattazione; la seconda, invece, relativa all'accezione sociale di lavoratore domestico e della sua evoluzione assistenziale.

Viene definito «lavoratore domestico colui che presta la propria opera per il funzionamento della vita familiare<sup>16</sup>, ossia delle esigenze personali del datore di lavoro e della sua famiglia e per il soddisfacimento di bisogni di convivenze diverse dalla famiglia in senso convenzionale, ma comunque riconducibili alla suddetta nozione»<sup>17</sup>.

Sicuramente da quello che si evince anche dalla Giurisprudenza, la nozione di lavoro domestico alla quale è riconducibile, seppur informalmente, quella di assistente familiare è direttamente collegata alla famiglia e al funzionamento della vita familiare, ma va anche sottolineato che ben si discosta da una figura specificatamente

<sup>14</sup> Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Osservazioni e proposte del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro in materia di linee guida per la formazione degli assistenti familiari, Assemblea 18 dicembre 2024.

<sup>15</sup> <https://associazionedomina.it/ccnl-lavoro-domestico/> (visitato in data 25 novembre 2025).

<sup>16</sup> Cass., sez. lavoro, 14 dicembre 2005, n. 27578 del «Alla stregua dell'art. 1 della legge 2 aprile 1958, n. 339, l'elemento caratterizzante il rapporto di lavoro domestico è la prestazione finalizzata al funzionamento della vita familiare, e ciò trova conferma nell'art. 1 del d.P.R. 31 dicembre 1971, n. 1403, recante la disciplina dell'obbligo delle assicurazioni sociali nei confronti dei lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari, che, ai fini dell'individuazione dei lavoratori nei confronti dei quali è applicabile il suddetto decreto, fa riferimento allo svolgimento di mansioni finalizzate al funzionamento della vita familiare (nella specie la Corte Cass. ha confermato la decisione di merito che aveva escluso il nesso funzionale diretto con i servizi domestici e familiari nell'attività avente ad oggetto l'assistenza di minore portatore di handicap psicofisici svolta in ambito scolastico ed in collaborazione con l'insegnante di sostegno, sottolineando, altresì, che tale attività veniva svolta fuori dell'abitazione della datrice di lavoro e concludendo per l'esistenza di un rapporto di lavoro subordinato non domestico, sottratto al regime di cui all'art. 4 del d.P.R. 31 dicembre 1971, n. 1403)», in questo senso Cass., sez. lavoro, 1 aprile 2005, n. 6824.

<sup>17</sup> G. FROSECCHI, *Il lavoro domestico di cura*, in *Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali*, 187, 2025, 3.

adibita alla cura psicofisica della persona. Tant'è che la *ratio* su cui la disciplina attualmente si basa porta ancora con sé il retaggio storico del lavoratore domestico inteso come collaboratore nella gestione delle mansioni di natura pratica e cooperante al funzionamento della casa. Come ad esempio il riordino e la cura degli ambienti, la cucina e il giardinaggio che ben si discostano dalla natura specificatamente assistenziale del soggetto, in particolar modo di quello vulnerabile.

Dal punto di vista sostanziale, l'assistente familiare si colloca oggi in una zona «ibrida» del diritto del lavoro: è formalmente assimilato al collaboratore domestico, ma nella pratica svolge attività che sfiorano l'ambito socio-assistenziale e quello para-sanitario. Mancando una normativa specifica di riferimento, il lavoratore non dispone di standard formativi uniformi, né di un sistema di riconoscimento delle competenze che ne valorizzi il ruolo sociale.

Proprio a questo proposito sembrerebbe più opportuno parlare di «lavoratori domestici adibiti al lavoro di cura»<sup>18</sup>. Seppur costituendo un'etichetta lacunosa in quanto a) non si specifica in cosa consista la cura e rispetto a cosa; b) non vi è l'accento sulla cura della persona intesa come destinata alla salute psicofisica.

Tuttavia dal CCNL si evince in generale un andamento che sembra non essere discostante da quello appena citato, in quanto manca la figura dell'assistente familiare inteso come lavoratore atto all'assistenza della persona vulnerabile e/o non autosufficiente.

Secondo il CCNL, infatti, sono previste diverse fattispecie contrattuali nel lavoro domestico, ognuna delle quali prevede mansioni diverse a seconda dell'inquadramento.

Sono previste diverse categorie di lavoratori, di cui si accenna qui di seguito: A, B, C, D.

Questi livelli si riferiscono a collaboratori domestici che svolgono principalmente mansioni di gestione della casa, come pulizie, cucina, lavanderia; poi vi sono i livelli AS, BS, CS, DS (dove S sta per «Super») sono livelli specifici che si distinguono per la diversa assistenza richiesta: AS: assistenza di base a persone autosufficienti; BS: assistenza a persone autosufficienti con alcune esigenze aggiuntive; CS: assistenza a persone non autosufficienti che richiedono assistenza quotidiana; DS: assistenza a persone con gravi disabilità e che richiedono assistenza costante.

Alla luce delle citate fattispecie contrattuali, quindi, seppur previste figure assistenziali a persone autosufficienti e non autosufficienti innanzitutto a) non vi è alcuna menzione di cosa si intenda per l'oggetto dell'assistenza erogata, in quanto dovendolo interpretare in modo collegato ai livelli base, sembrerebbe che l'assistenza di cui si parla nei livelli specifici si riferisca alla collaborazione nelle attività di gestione della casa, pulizie, cucina, lavanderia; b) non c'è riferimento alla cura della salute psicofisica dell'individuo né ad eventuali rischi collegati da un compito così delicato e che presuppone competenze specifiche di tipo teorico, tecnico, relazionale ed empatico.

---

<sup>18</sup> *Idem*.

Da un'analisi interpretativa del frammentario quadro normativo si evince che la figura dell'assistente familiare alla persona vulnerabile, così come auspicabilmente concepito, trova difficoltà ad essere delineato. Il codice civile, infatti, ne accenna la disciplina agli artt. 2240 ss. c.c. disciplinando brevemente alcuni aspetti relativi al periodo di prova (2241 c.c.), al vitto alloggio e assistenza (2242 c.c.), al periodo di riposo (2243 c.c.), al recesso (2244 c.c.), all'indennità di anzianità (2245 c.c.) e al certificato di lavoro (2246 c.c.) demandando agli usi e alle leggi speciali per quanto concerne la disciplina residuale. La legge speciale a cui è stato fatto riferimento, legge 2 aprile 1958, n. 339, non integra gli aspetti relativi alle mansioni assistenziali, ma ne disciplina piuttosto gli aspetti regolatori concernenti i doveri e diritti del datore di lavoro e del lavoratore.

Infine, il CCNL, come si è brevemente analizzato non fa alcun riferimento agli aspetti assistenziali né ai livelli essenziali di assistenza né fa alcun accenno al ruolo di collaborazione nella gestione familiare di specifiche patologie e quindi di conseguenza nella mancanza di una formazione *ad hoc* e professionalizzante.

Le criticità nel ruolo dell'assistente familiare riguardano, quindi, la frammentazione normativa, la mancanza di un riconoscimento professionale unitario (nonostante l'inquadramento, si confonde spesso con l'OSS), difficoltà nella formazione (scarsa partecipazione dei datori, costi, scarsa attinenza mercato), problemi di irregolarità (lavoro in nero), gestione dei rapporti di lavoro complessi (privacy, orari, mansioni extra-CCNL), e la necessità di aggiornare la normativa per rispondere ai bisogni di una domanda crescente e di lavoratori invecchiati, spesso immigrati.

Le osservazioni (come quelle del CNEL) proposte richiedono attuazione per definire chiaramente il ruolo e le tutele dell'AF. La disciplina preposta risulta essere anacronistica con le esigenze di tutela ed assistenziali suddette.

Come intuitivamente si evince da una rapida analisi delle suddette, nessuna consiste in una singola ed autonoma fattispecie contrattuale che preveda l'assistente familiare e domiciliare alla persona vulnerabile. In buona sostanza spesso l'assistente familiare viene confuso con il ruolo di «badante» il quale non ha le medesime prerogative che dovrebbero essere incluse nell'assistenza a tutto tondo della persona anziana fragile e con patologia neurodegenerativa che richiederebbe delle competenze altamente qualificate, specifiche e personalizzabili sul singolo caso concreto.

La disciplina dell'assistente familiare domiciliare come fattispecie specifica è invece concepita e dedotta dal *framework* regolatorio e quindi «segmentata» in più fattispecie contrattuali causando conseguenze che rendono le complesse situazioni individuali ancora più difficili da gestire.

In primo luogo la non contestualizzazione contrattuale specifica dell'assistente familiare causa un trattamento lavorativo spesso non adeguato alle competenze e alle mansioni svolte da tali lavoratori; in secondo luogo quest'ultimi, non avendo un riconoscimento contrattuale, spesso non hanno un'adeguata formazione che invece dovrebbe essere erogata alla luce di un inquadramento contrattuale specifico, così come raccomandato anche dell'UE.

Gli operatori professionali nel settore dell'assistenza sono spesso soggetti a mancanza di formazione in materia di salute ed assistenziali, sicurezza sul lavoro, forme di lavoro atipico, orari di lavoro irregolari, lavoro a turni, lacune nei sistemi di protezione sociale, pressioni fisiche o mentali e salari bassi, strategie di comunicazione con il paziente inadeguata alla patologia e alla forma specifica di vulnerabilità<sup>19</sup>.

#### **4. La lacuna legislativa e l'importanza di una formazione specifica dell'assistente familiare di persona affetta da Alzheimer**

La progressiva diffusione delle patologie neurodegenerative, e in particolare della malattia di Alzheimer, impone un ripensamento profondo delle pratiche di assistenza domiciliare e del quadro normativo che le regola.

Il valore centrale dell'assistenza a lungo termine rappresenta infatti uno degli obiettivi delle politiche dell'Unione Europea, così come ribadito dalla Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso ad un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili (2022/C 476/01).

Tali patologie, per la loro natura cronico-progressiva, incidono non solo sullo stato fisico del malato, ma anche sulla sua integrità psicologica e relazionale, richiedendo un tipo di assistenza continua, qualificata e personalizzata. In questo contesto, la figura dell'assistente familiare assume un ruolo decisivo nel garantire la qualità della vita dell'assistito e nel supportare i familiari, spesso sottoposti a carichi emotivi e gestionali molto elevati.

A livello europeo, la Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea dell'8 dicembre 2022 sull'accesso a un'assistenza a lungo termine di qualità e a costi sostenibili (2022/C 476/01) individua chiaramente la necessità di promuovere sistemi di cura che assicurino alle persone non autosufficienti la possibilità di mantenere la propria autonomia e dignità il più a lungo possibile.

Il documento europeo sottolinea che la qualità dell'assistenza non può prescindere da una formazione adeguata del personale coinvolto, affinché i servizi forniti garantiscano rispetto dei diritti umani, inclusione sociale e valorizzazione del lavoro di cura.

Nel primo considerando è infatti riportato un principio cardine dell'assistenza sia domiciliare che professionale «un'assistenza a lungo termine di alta qualità, accessibile e a prezzi sostenibili permette alle persone bisognose di assistenza di mantenere la propria autonomia il più a lungo possibile e di vivere in modo dignitoso.

---

<sup>19</sup> S. SANTINI, V. FRONTALINI, G. CASANOVA, S. CANCELLIERI, D. GRIGNOLI, A. GOLINO, V. MORETTI, R. PRONZATO, I. CHIRICO, R. CHATTAT, *Educational offer in older adult home care for migrant family care assistants: results from a multiple qualitative case study*, in *Front. Public Health*, 2025, 13.



Concorre a tutelare i diritti umani, a promuovere il progresso sociale e la solidarietà intergenerazionale e a lottare contro l'esclusione sociale e la discriminazione e può contribuire a creare posti di lavoro». È proprio dall'interpretazione di quest'ultimo che si evincono due elementi indispensabili alla disamina della materia e tra di loro correlati. Il primo riguarda l'essenzialità della qualità nell'erogazione delle cure al fine della tutela della salute psicofisica e del concetto di «One Health»<sup>20</sup>, cioè «un approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi, intesi come astrattamente interconnessi e interdipendenti». Il secondo concerne la qualità nel porre in essere contratti di lavoro che tengano conto dell'importanza delle funzioni svolte e delle complesse situazioni familiari derivanti da situazioni di multimorbilità spesso causate da patologie neurodegenerative.

Entrambi svolgono sicuramente un importante ruolo nella tutela dei diritti umani degli individui che vertono in una condizione di vulnerabilità e nel rispetto della vita privata e familiare sancito dall'art. 8 della Convenzione europea dei diritti dell'uomo<sup>21</sup>.

L'erogazione di cure domiciliari di qualità agli anziani affetti da malattia neurodegenerativa non solo concorrerebbe a migliorare la qualità della vita dei destinatari e delle loro famiglie, ma svolgerebbe un ruolo fondamentale nella tutela dell'autodeterminazione dell'individuo fragile che potrebbe così beneficiare di cure nel pieno rispetto delle sue scelte.

Attuare la strategia europea in materia di assistenza adottata nel 2022 significherebbe migliorare la situazione sia degli assistenti familiari che degli assistiti.

Personalizzare l'assistenza domiciliare basandola su una formazione professionale solida e di qualità degli assistenti familiari renderebbe più agevole e tutelata la vita dei soggetti che vertono in condizioni di vulnerabilità (in linea con l'art. 12 della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili)<sup>22</sup>, assicurando loro una professionalità specifica e che si declini a seconda della volontà della persona e del caso concreto, secondo il principio di uguaglianza sostanziale e le fonti sovranazionali desumibili dagli artt. 2,3 e 32 Cost.

Inoltre, la scarsa copertura dei prestatori di assistenza a lungo termine nei contratti collettivi e la limitata spesa pubblica per l'assistenza a lungo termine possono contribuire a rendere bassi i salari nel settore.

---

<sup>20</sup> <https://www.iss.it/one-health> (visitato in data 20 settembre 2025). L'approccio One Health viene definito dall'Organizzazione mondiale della sanità come «un approccio integrato e unificante che mira a equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi».

<sup>21</sup> Art. 8, Convenzione Europea sui Diritti Umani: «Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza».

<sup>22</sup> Art. 12 La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità «Tutte le persone con disabilità, indipendentemente dal tipo o dal grado di disabilità, hanno il diritto inalienabile di godere della capacità legale su base di uguaglianza con gli altri».

Alla vulnerabilità degli assistiti, quindi, si aggiunge la vulnerabilità dei lavoratori e dei datori di lavoro che, il più delle volte, consistono in nuclei familiari in condizioni già di forte stress psicofisico (come nei casi di *burden del caregiver*)<sup>23</sup> e di difficile gestione economica delle risorse.

Secondo l'UE al fine di garantire un equo accesso a cure di buona qualità e tutelare pienamente la dignità di tali lavoratori è necessario potenziare la formazione di tutte le figure professionali legate all'assistenza.

Proprio per i motivi suddetti non solo è fondamentale evidenziare come l'erogazione di un'adeguata formazione professionale agli assistenti familiari svolga un ruolo fondamentale e necessario per l'attuazione dei principi di solidarietà costituzionale e di tutela della salute sanciti dagli artt. 2, 3 e 32 Cost., cooperando così allo sviluppo della legalità e dell'uguaglianza insite nella e all'attuazione dei principi del servizio sanitario<sup>24</sup>, ma coopererebbe alla regolamentazione di un'autonomia fattispecie di lavoratori, data l'importanza del ruolo sociale da essi svolto.

Attraverso il potenziamento qualitativo dei servizi di assistenza migliorerebbero le condizioni di lavoro potenziando l'equilibrio tra lavoro e vita privata sia di coloro che svolgono il ruolo di assistenti familiari sia della famiglia della persona assistita implementandone l'equilibrio psicofisico e il rispetto per la vita privata e familiare così come sancito dall'art. 8 della Convenzione dei diritti dell'uomo.

Anche la recente legge delega 23 marzo 2023, n. 33 all'art. 5 e il d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29 all'art. 38 attuativo della predetta sanciscono la preminente esigenza di carattere formativo per gli assistenti familiari impegnati nel supporto e nell'assistenza delle persone anziane nel loro domicilio<sup>25</sup>.

## **5. Il Decreto Interministeriale 19 settembre 2025 – Adozione delle Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari**

Su impulso della suddetta legge delega 23 marzo 2023, n. 33 e del relativo decreto attuativo, recentemente è stato emanato il Decreto Interministeriale 19 settembre 2025 – Adozione delle Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari.

Quest'ultimo, oltre a configurarsi in linea ed in armonia con le indicazioni europee<sup>26</sup> sul ruolo dell'assistente familiare, attua una novità di non poco rilievo.

---

<sup>23</sup> F. PEGREFFI, C. PAZZAGLIA, *La salute del caregiver*, I ed., Bononia University press, Bologna, 2021, 80-82; L. MEZZASOMA, *Il Caregiver familiare nell'intersezione tra riflessione psico-sanitaria e giuridica*, in *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 22, 2025, 973.

<sup>24</sup> Legge 23 dicembre 1978, n. 833.

<sup>25</sup> Art. 5, legge delega 23 marzo 2023, n. 33 e art. 5, d.lgs. 15 marzo, n. 29.

<sup>26</sup> Raccomandazione del Consiglio dell'Unione Europea dell'8 dicembre 2022 sull'accesso a un'assistenza a lungo termine di qualità e a costi sostenibili (2022/C 476/01).

Innanzitutto perché, sebbene di fonte legislativa non primaria, si connota come un tentativo concreto di attuazione sia di una trasformazione legislativa, per quanto concerne la definizione del ruolo dell'assistente familiare, sia di miglioramento dell'assistenza erogata alle persone vulnerabili accentuandone la rilevante necessità.

Il decreto interministeriale del 2025 consta di sette raccomandazioni, comprese le disposizioni transitorie e finali (1. Descrizione del profilo professionale, 2. Standard delle attività lavorative, 3. Standard delle competenze, 4. Principali caratteristiche dell'offerta formativa, 5. Requisiti di ammissione ai percorsi offerta formativa, 6. Valutazione, certificazione ed iscrizione al registro, 7. Disposizioni transitorie e finali).

Di particolare rilievo il primo punto dove viene definito il ruolo dell'assistente familiare connotandolo come «un operatore che svolge attività di assistenza personale a soggetti con diversi livelli di non autosufficienza psicofisica, presso il loro domicilio contribuendo a promuoverne l'autonomia e il benessere in funzione dei loro bisogni e del loro contesto».

Il suo ruolo consiste nel supporto emotivo e relazionale all'assistito, nel facilitare o sostituirsi all'assistito nelle attività di pulizia e igiene della persona, del suo ambiente di vita quotidiano e del guardaroba, nella preparazione e somministrazione dei pasti, nell'accompagnamento, movimentazione, comunicazione con l'assistito e con la famiglia, relazione e attivazione, nonché nel monitoraggio dello stato di salute generale e nella sorveglianza sul regolare e corretto rispetto, da parte dell'assistito, delle prescrizioni terapeutiche e medicinali. L'assistente familiare fa fronte alle situazioni di bisogno dell'assistito individuando e segnalando, tempestivamente, le variazioni relative ai bisogni e alle condizioni dell'assistito ai servizi preposti individuati sul territorio»<sup>27</sup>. Il decreto introduce anche standard innovativi riguardanti le attività lavorative e le competenze degli assistenti familiari, che devono essere costantemente aggiornate secondo l'Atlante del lavoro e delle qualificazioni. Tali standard prevedono l'apprendimento e la verifica periodica di conoscenze teoriche e tecniche, incluse quelle relative alla salute, alla sicurezza, al primo soccorso e alla gestione delle principali malattie croniche e neurodegenerative, con attenzione alla prevenzione e alla sicurezza ambientale nel contesto domestico.

Tali competenze tecnico professionali si riferiscono segnatamente alle competenze dell'area personale di autoregolazione, flessibilità, benessere e alle competenze dell'area sociale di empatia, comunicazione e collaborazione come descritte nell'ambito del Quadro comune europeo di riferimento delle competenze personali, sociali e di apprendimento.

Nonostante gli interventi legislativi menzionati, si evince, però, un'esigua e disomogenea applicazione concreta soprattutto al livello regionale, dove le iniziative a tal riguardo seguono un'attuazione non lineare.

---

<sup>27</sup> [https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35291:decreto-in-terministeriale-19-settembre-2025-adozione-delle-linee-guida-nazionali-per-la-definizione-degli-standard-formativi-degli-assistenti-familiari&catid=5&Itemid=137](https://olympus.uniurb.it/index.php?option=com_content&view=article&id=35291:decreto-in-terministeriale-19-settembre-2025-adozione-delle-linee-guida-nazionali-per-la-definizione-degli-standard-formativi-degli-assistenti-familiari&catid=5&Itemid=137) (visitato in data 15 novembre 2025).

## 6. Conclusioni

In conclusione si sottolinea come, attraverso percorsi formativi obbligatori e specifici in tutto il territorio nazionale, si garantirebbero sia una maggiore tutela di tale categoria professionale e degli assistiti sia del loro equilibrio psicofisico e della loro dignità, con dirette conseguenze positive nell'organizzazione del servizio sanitario nazionale, riducendo ad esempio gli accessi a strutture come case di riposo accreditate dal SSN incentivando un concetto di cura personalizzato e domiciliare nella tutela della salute psicofisica dei soggetti vulnerabili.

Nel settore dell'assistenza a lungo termine il buon andamento dipende dall'efficace funzionamento di un meccanismo di garanzia della qualità dell'assistenza che in molti Stati membri, come in Italia, è assente o non è dotato di risorse sufficienti. La garanzia della qualità è spesso insufficiente nell'assistenza domiciliare e sul territorio. Sebbene l'assistenza residenziale sia maggiormente regolamentata, gli standard qualitativi sono spesso incentrati sugli esiti clinici e non tengono sufficientemente conto del benessere di coloro che ricevono assistenza e della loro capacità di vivere una vita indipendente. Anche quando questi standard sono presenti, la loro applicazione non è sempre efficace, spesso a causa di un assetto amministrativo inadeguato e della carenza di risorse. La mancanza di standard da applicare scrupolosamente ai prestatori di assistenza sia del settore pubblico che di quello privato può condurre a situazioni di negligenza o abusi ai danni di coloro che ricevono assistenza e a condizioni di lavoro difficili per i prestatori di assistenza.

Regolamentare in modo maggiormente omogeneo la disciplina del lavoro domestico, auspicando all'attuazione di un'iniziativa legislativa che tenga conto del recente decreto interministeriale e dell'impulso svolto sia dal quadro normativo europeo che italiano con la legge n. 33/2023 e il conseguente decreto attuativo, concorrerebbe ad un'eventuale modifica e ampliamento della materia trattata nel codice civile, la quale attualmente risulta anacronistica con le attuali necessità sociali e di tutela della salute psicofisica per le persone vulnerabili.

Un quadro nazionale per la qualità dell'assistenza a lungo termine e per l'autonomia contrattuale dell'assistente familiare adattato al contesto e alle esigenze dell'assistito, può da una parte contribuire ad affrontare le sfide menzionate e migliorare la tutela della salute psicofisica e dell'autodeterminazione degli individui vulnerabili, dall'altro sviluppare, dato il notevole impatto sociale, la creazione di posti di lavoro.



# La tutela giuridica del *caregiver* familiare nei sistemi di *welfare state* familistico. Quali spunti dalla comparazione per il legislatore italiano?

Antonio Papaleo\*

**SOMMARIO:** 1. *Caregiver, caregiving*, premesse linguistiche e metodologiche. – 2. La definizione di *caregiver*. – 3. Le misure di supporto. – 4. Le misure di conciliazione vita-lavoro. – 5. Le misure di compensazione. – 6. Quali spunti per il legislatore italiano?

**ABSTRACT:** This article examines the legal protection of informal caregivers in familistic welfare regimes, with a particular focus on the regulatory frameworks adopted in Greece, Portugal and Spain and their potential relevance for Italian lawmakers. The article first distinguishes between formal and informal caregivers and sets out the problems arising from the lack of a coherent national framework on informal caregiving in Italy. It then analyses the main measures of support, work-care reconciliation, and financial recognition introduced in the four selected countries. The comparative analysis shows, on the one hand, that the Italian definition of informal caregiver is significantly narrower than those used elsewhere and, on the other, that the Italian rules protecting this figure are highly fragmented and unsystematic. Against this backdrop, the article argues for the adoption of a national framework law that would explicitly recognise informal caregivers as part of the care infrastructure; broaden the statutory definition of informal caregiver; establish a common core of rights, services and social and health-care benefits; and underpin these entitlements with credible guarantees of implementation.

## 1. *Caregiver, caregiving*, premesse linguistiche e metodologiche

A partire dagli anni '60 del secolo scorso, il termine *caregiver* si è progressivamente affermato nel linguaggio giuridico nordamericano fino a diventare di uso comune nella letteratura scientifica di riferimento in tutto il mondo. La parola *caregiver* viene utilizzata per riferirsi a professionisti o familiari che prestano attività di cura e assistenza materiale a persone che le necessitano a causa di una malattia, dell'età o di una disabilità<sup>1</sup>.

---

\* Dottorando di ricerca in Diritto costituzionale e pubblico, Università degli studi di Parma.

<sup>1</sup> Il lemma *caregiver* è definito dall'Oxford English Dictionary come «a person, typically either a professional or close relative, who looks after a person who is ill, disabled, elderly, etc.». Si tratta, invero, di un termine prevalentemente utilizzato – già dalla metà degli anni '60 – nella letteratura scientifica nordamericana (Canada e Stati Uniti) mentre nel resto del mondo anglosassone (Australia, Nuova Zelanda e Regno Unito) si preferisce utilizzare il termine *carer*.

Generalmente, all'interno della categoria “ombrello” di *caregiver* si è soliti distinguere due figure: da un lato, il c.d. *formal caregiver* ovvero sia un professionista – come un infermiere, un operatore sociosanitario o un assistente familiare<sup>2</sup> – che viene retribuito per la propria assistenza qualificata e, dall'altro, il c.d. *informal caregiver* e cioè un familiare o un amico che, per senso del dovere o per affetto, assiste una persona cara tendenzialmente senza alcuna pregressa formazione né retribuzione. A questa seconda figura, cui nel contesto italiano ci si riferisce con l'espressione di *caregiver* familiare<sup>3</sup>, è dedicata la presente analisi.

Il termine *caregiving*, invece, si riferisce all'oggetto dell'attività del *caregiver* e cioè alla cura e all'assistenza – generalmente materiale<sup>4</sup> – nei confronti di persone non completamente autosufficienti. Si tratta di un compito complesso e gravoso che comporta, per il *caregiver* familiare, un notevole carico psicologico ed emotivo, oltre che fisico<sup>5</sup>. L'attenzione continua che richiede detta attività di assistenza informale, infatti, può portare all'isolamento sociale oltre che a una drastica riduzione del tempo da dedicare al proprio lavoro, alla formazione, allo studio, alla crescita personale e al riposo. Spesso, poi, il *caregiver* familiare si vede costretto a sacrificare la propria attività lavorativa, riducendo l'orario di lavoro o addirittura abbandonando il proprio impiego con importanti conseguenze negative sul piano economico e previdenziale, come la riduzione dello stipendio e la diminuzione dei contributi pensionistici. Per garantire il benessere psico-fisico del *caregiver* familiare, dunque, non è sufficiente predisporre un riconoscimento economico per l'attività assistenziale prestata o un'adeguata copertura previdenziale ma bisogna rendere più agevole l'accesso alle misure che consentono al *caregiver* familiare di avere del tempo da dedicare alla vita privata o alla propria attività lavorativa; istituire servizi di formazione e informazione validi; garantire misure di supporto psicologico, i ricoveri di sollievo e misure di assistenza domiciliare.

---

<sup>2</sup> Si v. G. FROSECCHI, *Il lavoro domestico di cura*, in *Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali*, 3, 2025, 1-19.

<sup>3</sup> Anche se non è raro – e non scorretto – trovare il termine *caregiver* informale per riferirsi al *caregiver* familiare. Anzi, il termine *caregiver* informale denota una figura più ampia perché non limitata alle sole ipotesi in cui, a prestare assistenza senza retribuzione né formazione specifica, sia un familiare o un parente. Nel corso del presente contributo, comunque, si è scelto di utilizzare il termine *caregiver* familiare perché è questo che viene utilizzato in modo prevalente dal legislatore italiano.

<sup>4</sup> Sulla distinzione tra attività di cooperazione materiale e attività di cooperazione giuridica, si v. L. OLIVERO, *Ai margini della rappresentanza: il ruolo del caregiver dell'anziano vulnerabile*, in A. FUSARO, M. PICCINI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, Pacini Giuridica, Pisa, 2024, 148.

<sup>5</sup> In particolare, sul c.d. *caregiver burden*, si v. E. BRENNAN, C. DI NOVI, *Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North-South gradient*, in *Review of Economics of the Household*, 14, 4, 2016; E. LABBAS, M. STANFORS, *Does Caring for Parents Take Its Toll? Gender Differences in Caregiving Intensity, Coresidence, and Psychological Well-Being Across Europe*, in *European Journal of Population*, 39, 18, 2023. Sugli effetti positivi dell'attività di *caregiving*, si v. A. PYSKLYWEC, M. PLANTE, C. AUGER, W.B. MORTENSON, J. EALES, F. ROUTHIER, L. DEMERS, *The positive effects of caring for family carers of older adults: A scoping review*, in *International Journal of Care and Caring*, 4, 3, 2020.

In questa prospettiva, assumono particolare rilievo gli interventi normativi posti in essere dal legislatore italiano destinati a riconoscere e sostenere il *caregiver* familiare, pienamente coerenti con i principi costituzionali che li promuovono. La Costituzione, infatti, all'art. 3, attribuisce alla Repubblica il compito di rimuovere gli ostacoli che limitano la piena realizzazione della persona e di promuovere la pari dignità sociale, tutelando il benessere psico-fisico dei cittadini e garantendo un accesso equo alle opportunità di sviluppo della personalità, quali il lavoro e la partecipazione alla vita sociale e istituzionale<sup>6</sup>. Inoltre, l'interpretazione ormai consolidata dell'art. 38 Cost., alla luce del principio personalistico e dell'eguaglianza sostanziale, riconosce a tutti il diritto a ricevere assistenza per superare le situazioni di bisogno e di difficoltà nel corso della vita<sup>7</sup>.

Dunque, sebbene siano pregevoli gli sforzi che nell'ultimo periodo il legislatore nazionale ha attuato per garantire quanto meno il riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura e di assistenza non professionale (art. 39, d.lgs. n. 29/2024), non si può di certo ritenere che questi abbia risposto compiutamente alle variegate esigenze di tutela dei *caregivers* familiari<sup>8</sup>. Ancora oggi, infatti, in Italia manca una legge statale che organicamente disciplini la figura del *caregiver* familiare, la cui tutela, come visto, è promossa – se non imposta – dalla Costituzione.

A fronte di questa lacuna, la comparazione tra ordinamenti simili all'Italia per assetto in termini di *welfare* può offrire soluzioni potenzialmente interessanti per il legislatore italiano dal momento che l'assenza di una normativa organica sul *caregiver* familiare non è più tollerabile.

Gli ordinamenti scelti nella presente analisi sono, dunque, quelli tradizionalmente ricondotti insieme all'Italia all'interno del sistema di *welfare state* c.d. familistico in cui, cioè, è la famiglia a fornire in via principale assistenza ai propri componenti mentre lo Stato ha un ruolo solo marginale<sup>9</sup>. Si tratta dei Paesi europei del bacino del Mediterraneo e cioè di Grecia, Portogallo e Spagna che, dunque, costituiscono un privilegiato termine di paragone per l'Italia quanto alle misure relative alla tutela del *caregiver* familiare.

Muovendo da queste premesse, il contributo si articola in cinque sezioni. Dopo una ricognizione preliminare della nozione di *caregiver* nei quattro ordinamenti presi in esame (par. 2), l'analisi si concentra sugli strumenti e sulle misure di tutela giuridica a questi dedicate. Si esaminano, in primo luogo, le c.d. misure di supporto

---

<sup>6</sup> P. TORRETTA, *Costituzione, non autosufficienza e nuove vulnerabilità: il caso dei caregiver familiari*, in *federalismi.it*, 5, 2024, 203 ss.

<sup>7</sup> A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, IV ed., Giappichelli, Torino, 30 ss.

<sup>8</sup> L. MEZZASOMA, A. VALONGO, *Il caregiver familiare nell'intersezione tra riflessione psico-sanitaria e giuridica*, in *Actualidad Jurídica Iberoamericana*, 22, 2025, 989.

<sup>9</sup> Sulla tradizionale classificazione in diversi sistemi di *welfare state* delle principali esperienze europee, si v. G. ESPING-ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990 e, sul sistema mediterraneo, v. M. FERRARA, *The "Southern Model" of Welfare in Social Europe*, in *Journal of European Social Policy*, 6, 1, 1996, 17.



(par. 3), vale a dire gli interventi rivolti direttamente ai *caregivers* e finalizzati a supportarli nello svolgimento dell'attività assistenziale. Successivamente, l'attenzione si sposta sulle misure di conciliazione (par. 4), ossia sugli strumenti pensati per agevolare l'equilibrio tra responsabilità di cura e impegni lavorativi. Prima di formulare alcune considerazioni conclusive sullo stato attuale della normativa italiana in materia di *caregiver* familiare (par. 6), vengono infine analizzate le misure di compensazione (par. 5), che includono benefici economici o prestazioni di sicurezza sociale volti a premiare l'attività di assistenza svolta.

## 2. La definizione di *caregiver*

Il riconoscimento di qualsiasi forma di tutela del *caregiver* familiare presuppone, necessariamente, una sua definizione e, dunque, la chiara identificazione di chi può assumere giuridicamente tale qualifica nell'ordinamento di riferimento. Pertanto, è opportuno concentrarsi sulla sua definizione, così come prevista dalle normative di Grecia, Italia, Portogallo e Spagna.

Partendo dall'interessante esperienza greca, il prestatore di assistenza («Φροντιστής») viene definito per la prima volta solo in tempi recenti dalla legge n. 4808/2021 che recepisce, a livello domestico, la direttiva (UE) 2019/1158<sup>10</sup> (c.d. direttiva *work-life balance*). A ben vedere, però, detta legge riproduce la definizione di prestatore di assistenza fornita dalla direttiva in parola<sup>11</sup>. In buona sostanza, dunque, *caregiver* familiare, nell'ordinamento greco, è il lavoratore che fornisce assistenza a un proprio familiare<sup>12</sup> o a una persona che vive nel suo stesso nucleo familiare («νοικοκυρίο») che necessita del suo sostegno a causa di gravi condizioni di salute<sup>13</sup>.

L'idea che informa la nozione di *caregiver* familiare greco – e quindi eurounitario<sup>14</sup> – è il rapporto di convivenza che deve generalmente intercorrere tra colui che presta assistenza e colui che la riceve (anche detto *care recipient*) che, infatti, può essere o un familiare (come un figlio, un genitore o un fratello) oppure una persona

<sup>10</sup> Direttiva (UE) 2019/1158 del Parlamento europeo e del Consiglio del 20 giugno 2019 relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza e che abroga la Direttiva 2010/18/UE del Consiglio, G.U.U.E. L 188 del 17 luglio 2019.

<sup>11</sup> Si v. la definizione di cui all'art. 3, comma 1, lett. d), Direttiva (UE) 2019/1158 secondo la quale «prestatore di assistenza» è «un lavoratore che fornisce assistenza o sostegno personali a un familiare o a una persona che vive nello stesso nucleo familiare del lavoratore e necessita di notevole assistenza o sostegno a causa di condizioni di salute gravi, come definito da ciascuno Stato membro».

<sup>12</sup> Dove per familiare si intende, ai sensi dello stesso art. 26, legge n. 4808/2021 – riproduttivo, anche su questo punto, della direttiva *work-life balance* – il coniuge, il partner dell'unione civile, i figli naturali o adottivi, i genitori, i fratelli e i parenti acquisiti nella stessa linea e nello stesso grado.

<sup>13</sup> Art. 26, legge n. 4808/2021.

<sup>14</sup> O. BONARDI, *Disabilità e caregivers. Problemi aperti e prospettive*, in *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 8, 2023, 45 ss.

che, pur non essendo suo familiare, vive nella stessa abitazione del *caregiver*.

Lo stretto legame che deve intercorrere tra *caregiver* e *care recipient* è evidenziato anche dal legislatore spagnolo che, nel definire la figura, mette in risalto la nozione di domicilio. In Spagna, infatti, la ley n. 39/2006<sup>15</sup> definisce l'attività di cura non professionale come quell'assistenza prestata a favore di persone in situazioni di dipendenza, presso il loro domicilio, da parte di familiari o persone vicine («de su entorno»). Come attenta letteratura ha sottolineato<sup>16</sup>, invero, all'interno della macro-figura dei *cuidadores no profesionales* (ovverosia i *caregivers* familiari), la ley n. 39/2006 distingue due categorie. Nella prima rientrano i familiari della persona non autosufficiente che prestano a questi assistenza in virtù di un rapporto di parentela, consanguineità o affinità. Nella seconda, invece, sono ricondotte tutte quelle persone che, pur non essendo familiari del *care recipient*, sono comunque vicine a questi e offrono le proprie cure in modo altruistico<sup>17</sup>. Ad ogni modo, ciò che conta, in entrambe le categorie, è che l'attività di cura sia prestata dal *caregiver* nel domicilio del *care recipient*<sup>18</sup>.

Anche il legislatore portoghese, nella normativa che regola la materia (lei n. 100/2019<sup>19</sup> e decreto regulamentar n. 1/2022<sup>20</sup>), distingue due categorie di *cuidadores informais*. Nell'ordinamento lusitano, dunque, esiste il *cuidador informal principal* – o *caregiver* familiare principale – e il *cuidador informal não principal* o *caregiver* familiare non principale. La differenza tra le due figure, tuttavia, non riguarda l'esistenza o meno del rapporto di parentela come accade nella vicina monarchia spagnola perché il *caregiver* familiare principale, in Portogallo, è colui che assiste la persona non autosufficiente in modo permanente e gratuito e, quindi, senza ricevere alcun compenso per l'attività assistenziale svolta. Il *caregiver* non principale, invece, assiste e si occupa della persona non autosufficiente in

---

<sup>15</sup> Ley n. 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, BOE núm. 299, de 15/12/2006.

<sup>16</sup> A. SELAM PENALVA, *La (des)protección social de los cuidadores no profesionales*, in *Revista de derecho social y empresa*, 10, 2019, 116 ss. e M.O. MARTÍN RODRÍGUEZ, *Protección social de los cuidadores no profesionales: convenio especial*, in AA.VV., *Seguridad social para todas las personas. La protección de la seguridad social a las personas en situación de vulnerabilidad económica y fomento de su inclusión social*, Ediciones Laborum, Murcia, 2021, 759.

<sup>17</sup> Si tratta, comunque, di una categoria residuale. Affinché una persona non legata da rapporti di parentela ma vicina al soggetto non autosufficiente possa essere *caregiver* (informale) di quest'ultimo a) deve risiedere nello stesso comune di residenza della persona in condizione di dipendenza o in un comune limitrofo; b) deve prestare cure da almeno un anno e, implicitamente, c) non devono esservi familiari o, se esistenti, non devono essere disposti a prendersi cura della persona dipendente o essere impossibilitati a farlo. Così si esprime l'art. 1, comma 2, del Real Decreto n. 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia, BOE núm. 114, de 12/5/2007.

<sup>18</sup> È pur vero che alcuni requisiti possono variare a seconda della comunità autonoma spagnola presa in considerazione.

<sup>19</sup> Lei n. 100/2019, de 6 de setembro, DR n. 171/2019, Série I de 2019-09-06.

<sup>20</sup> Decreto Regulamentar n. 1/2022, de 10 de janeiro, DR n. 6/2022, Série I de 2022-01-10.

modo solo regolare e non permanente, potendo anche percepire una retribuzione per l'attività e le cure prestate<sup>21</sup>.

Restringendo il campo al panorama nazionale, in Italia, la mancanza di una legge che organicamente disciplini la figura del *caregiver* familiare rende il relativo quadro definitorio particolarmente caotico. La nozione di *caregiver* varia, infatti, a seconda delle fonti considerate, dalle leggi nazionali a quelle regionali. A livello nazionale, se una prima definizione di *caregiver* poteva desumersi dal combinato disposto degli artt. 3, comma 3, e 33, legge n. 104/1992<sup>22</sup>, una più generale definizione è quella fornita dalla legge di bilancio per il 2018 (legge n. 205/2017) che è stata ripresa anche dall'art. 39, comma 1, d.lgs. n. 29/2024 attuativo della legge n. 33/2023 (c.d. legge delega anziani<sup>23</sup>). L'art. 1, comma 255, della legge di bilancio per il 2018 allarga la platea di soggetti considerabili *caregivers*. Infatti, si definisce *caregiver* familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, del partner in caso di unione civile o del convivente di fatto; di un familiare o di un affine entro il secondo grado; di un familiare entro il terzo grado che non sia autosufficiente a causa di malattia, infermità o disabilità o che sia riconosciuto invalido ai sensi dell'art. 3, comma 3, legge n. 104/1992 o che sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge n. 18/1980<sup>24</sup>.

Come parte della letteratura ha rimarcato<sup>25</sup>, sono due gli elementi che caratterizzano la nozione italiana di *caregiver* familiare, così come prevista dalla legge di

<sup>21</sup> In entrambi i casi, infatti, l'attività di cura può essere prestata sia da un familiare che da una persona non familiare. Tuttavia, se si tratta di *cuidador informal principal* allora la persona non familiare deve vivere nella stessa casa della persona assistita e avere lo stesso domicilio fiscale. Sul punto, si v. la puntuale guida messa a disposizione dall'Istituto da Segurança Social portoghese sul proprio sito. Istituto da Segurança Social portoghese, *Guia Prático – Estatuto do cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal*, 29-8-2025, consultabile in <https://www.seg-social.pt/ptss/pssd/menu/familia/deficiencia-incapacidade/reconhecimento-estatuto-cuidador-informal>.

<sup>22</sup> Si tratta, cioè, di una persona che lavora e che assiste in modo continuativo un parente o affine (entro il terzo grado) purché, a causa della sua disabilità grave, non sia ricoverato a tempo pieno in una struttura ospedaliera o residenziale. Detta definizione, tuttavia, vale solo per l'applicazione delle misure previste dall'art. 33, legge n. 104/1992. Sul punto, v. M. BIONDO, *Caregiver, chi era costui? Il modello italiano avanti alla Corte di Giustizia*, in *EQUAL. Rivista di Diritto Antidiscriminatorio*, 2, 2024, 245.

<sup>23</sup> Per un commento alla legge, v. A. PIOGGIA, *L'assistenza alle persone anziane non autosufficienti nella legge delega 33 del 2023: una "pericolosa" risposta sociale alle carenze del sistema sanitario?*, in *Sistema salute*, 1, 2024, 53 ss. e T. ANDREANI, *L'assistenza continuativa e integrata alle persone anziane non autosufficienti: prime considerazioni d'insieme intorno alla legge delega 33 del 2023*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2024, 1 ss.

<sup>24</sup> In questi casi, però, il legislatore sceglie di mantenere comunque un ordine di priorità gerarchico: il familiare entro il terzo grado potrà essere considerato *caregiver* solo in caso di mancanza o di decesso dei genitori della persona assistita; del coniuge o dell'altra parte dell'unione civile o del convivente di fatto; o del parente o affine di secondo grado (oppure quando questi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i 65 anni di età). M. BIONDO, *Caregiver, chi era costui? Il modello italiano avanti alla Corte di Giustizia*, cit., 247.

<sup>25</sup> L. OLIVERO, *Ai margini della rappresentanza: il ruolo del caregiver dell'anziano vulnerabile*, cit., 142 ss.

bilancio per il 2018. Il primo – di natura soggettiva – stabilisce che possono assumere tale qualifica i soli familiari del *care recipient* mentre il secondo – di natura oggettiva – attiene al carattere non professionale e non retribuito dell'attività di cura prestata.

Quindi, al contrario di quanto accade in Grecia, Spagna e Portogallo, come si vede, in Italia il legislatore nazionale non riconosce la qualifica di *caregiver* familiare a chi presta assistenza ad una persona che ne ha bisogno senza essere legato da vincoli di parentela<sup>26</sup>. L'osservazione del panorama comparato, seppur limitato ai soli Paesi riconducibili al sistema di *welfare state* familistico, pertanto, evidenzia un vero e proprio *vulnus* di tutela nell'ordinamento giuridico italiano, quantomeno a livello nazionale. Invero, a partire dal 2014, numerose regioni italiane hanno riconosciuto il ruolo del *caregiver* familiare<sup>27</sup>, molte delle quali estendono – correttamente, ad avviso di chi scrive – la possibilità di assumere questa qualifica non solo ai familiari ma anche a conoscenti che per ragioni di altruismo, amicizia o vicinato si prendono cura di soggetti non autosufficienti, così colmando la lacuna della legislazione nazionale<sup>28</sup>.

### 3. Le misure di supporto

Il quadro particolarmente caotico che caratterizza la situazione italiana quanto alla definizione di *caregiver* si ritrova anche in relazione alle misure di supporto a questi rivolte.

In Italia, infatti, in assenza di una legislazione organica che stabilisca i diritti dei *caregiver* e le misure di supporto di cui possono beneficiare, le attività di informazione, formazione e sostegno sono rimesse alla legislazione regionale<sup>29</sup>. Il comma

---

<sup>26</sup> È pur vero, comunque, che la convivenza di fatto viene riconosciuta.

<sup>27</sup> Ben dodici regioni hanno una normativa specificamente indirizzata ai *caregivers* (Abruzzo, Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, Puglia, Toscana, Sardegna, Sicilia). Sulle leggi regionali a tutela del *caregiver* familiare, si v. F. PESARESI, *Le leggi regionali sui caregiver*, in ID. (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari. Aiutare chi aiuta*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2021, 93 ss. e C. CALVI, F. SOFRITTI, G. CASANOVA, G. LAMURA, *Le politiche regionali di supporto ai caregiver informali di persone anziane non autosufficienti in Italia*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2025, 39 ss.

<sup>28</sup> Si pensi, a mero titolo di esempio, alle definizioni di *caregiver* delle regioni Emilia-Romagna (legge reg. n. 2/2014); Abruzzo (legge reg. n. 43/2016); Campania (legge reg. n. 33/2017); Friuli-Venezia Giulia (legge reg. n. 8/2023); e Lazio (legge reg. n. 5/2024).

<sup>29</sup> Si ricordi che alla competenza legislativa concorrente appaiono riconducibili tutte le disposizioni più specificamente attinenti alla tutela della salute o alla cura dell'assistito (art. 117, comma 3, Cost.). In questi ultimi due casi, dunque, spetta allo Stato tratteggiare i principi fondamentali mentre alle regioni adottare una disciplina più puntuale. Infatti, spetta alla competenza legislativa esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2, lett. m), Cost.). Quanto, invece, all'assistenza e ai servizi sociali, queste devono ritenersi di esclusiva competenza delle

6 dell'art. 39, d.lgs. n. 29/2024 affida ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari il dovere di informazione sulle cure necessarie per la persona assistita e sulle misure di sostegno all'attività di assistenza. I commi 7, 8, 9 e 10, invece, assegnano alle regioni la valorizzazione dell'esperienza e delle competenze acquisite dai *caregivers* durante l'attività di cura anche al fine di conseguire la qualifica professionale di operatore sociosanitario. Sebbene siano molte le regioni che prevedono programmi per la valorizzazione del ruolo e delle funzioni dei *caregivers*, del loro orientamento e del loro supporto (anche all'interno del piano assistenziale individualizzato)<sup>30</sup> è altrettanto vero che far dipendere dette misure dalle singole normative regionali espone i *caregivers* ad una possibile disparità di trattamento a seconda delle aree del Paese considerate.

Simile alla situazione italiana, seppur per motivi diversi, è quella greca. Anche in Grecia, infatti, la disponibilità di questi servizi di supporto varia a seconda delle aree del Paese. Questo perché, nel silenzio della legge n. 4808/2021<sup>31</sup>, detti servizi di sostegno sono erogati quasi esclusivamente da ONG e da altre organizzazioni no-profit – spesso finanziate da fondi europei – la cui principale attività consiste nella formazione dei *caregivers* e nel fornire loro supporto psicologico. La disponibilità di questi servizi – che, comunque, non riesce a coprire la domanda – varia da zona a zona, a seconda di dove queste organizzazioni no-profit agiscono e questo, necessariamente, porta a disuguaglianze all'interno del territorio nazionale<sup>32</sup>.

Simile allo scenario descritto è quanto accade in Spagna. All'interno delle ben poche disposizioni che riguardano il supporto (non economico) ai *caregivers*, la ley n. 39/2006 dedica due soli articoli alla formazione e all'informazione, tacendo però sulle altre misure. Più precisamente, l'art. 36 assicura la formazione necessaria e continua dei professionisti e dei *caregivers* che si prendono cura delle persone in situazione di dipendenza mentre l'art. 18, comma 4, dispone la creazione di programmi di formazione e informazione da parte del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Nei fatti, però, i programmi di formazione vengono offerti dalle singole municipalità in collaborazione con privati, ONG o volontari e, a ben vedere, questi servizi non sono erogati in modo adeguato.

---

regioni, non essendo espressamente elencate nell'articolo 117 Cost. Più diffusamente, A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, cit., 55 ss.

<sup>30</sup> Un esempio è la legge reg. Lazio n. 5/2024, il cui art. 6 prevede – tra gli interventi a favore del *caregiver* familiare – l'informazione, l'orientamento, l'attività formativa e il supporto psicologico per il mantenimento del benessere e dell'equilibrio personale e familiare. Si v. anche l'art. 5, lett. b), della legge reg. Friuli-Venezia Giulia n. 8/2023 che predispone servizi di consulenza psicologica a favore dei *caregivers*. Più nello specifico si v. C. CALVI, F. SOFRITTI, G. CASANOVA, G. LAMURA, *Le politiche regionali di supporto ai caregiver informali di persone anziane non autosufficiente in Italia*, cit., 83 ss.

<sup>31</sup> L'art. 51 di detta legge, infatti, prevede solo che i datori di lavoro debbano informare i *caregivers* dei benefici e delle misure a cui possono avere accesso.

<sup>32</sup> World Health Organization, *State of long-term care in Greece*, 12 novembre 2024, 13 ss., consultabile in <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378341/WHO-EURO-2024-10369-50141-75518.pdf?sequence=2>.

Diversa – ma solo su carta – è la situazione in Portogallo in cui i servizi di supporto ai *caregivers* sono definiti dal decreto regulamentar n. 1/2022<sup>33</sup>. L'art. 11 di detto decreto, infatti, istituisce la figura del professionista di riferimento che ha il compito di monitorare, consigliare, formare e informare (anche su diritti e benefici) il *caregiver* e la persona assistita. L'art. 14 precisa che i servizi sanitari devono fornire al *caregiver* informazioni specifiche e adeguate alle esigenze della persona assistita e provvedere alla formazione relativa all'attività da svolgere. L'art. 13 prevede il diritto del *caregiver* di partecipare a gruppi di autoaiuto e l'art. 15 riconosce il diritto al supporto psicologico. Una volta cessata l'attività di assistenza, poi, il legislatore portoghese dà al *caregiver* la possibilità di far riconoscere (tramite centri qualificati) le competenze acquisite durante il periodo di cura al fine, da ultimo, di ottenere una certificazione spendibile nel mercato del lavoro (art. 38).

Nonostante l'ampia gamma di misure previste a supporto dei *caregivers*, tuttavia, recenti studi empirici mostrano che solo il 30% dei *caregivers* portoghesi ha avuto accesso a tali percorsi formativi e informativi, indicando, nei fatti, la presenza di rilevanti ostacoli nell'utilizzo di detti strumenti anche in Portogallo<sup>34</sup>.

In buona sostanza, le esperienze nazionali di Italia, Grecia e Spagna rendono manifesta una situazione normativa frammentata che comporta, seppur per motivi diversi, una disomogenea erogazione delle misure di informazione, formazione e sostegno nei territori dei tre Paesi considerati. Al contrario, il legislatore portoghese ha previsto una disciplina nazionale più organica e dettagliata. Tuttavia, anche in quest'ultimo caso, le misure che *in the book* sono disposte a loro favore non corrispondono a quanto i *caregivers* ricevono *in action*.

#### 4. Le misure di conciliazione vita-lavoro

In due degli ordinamenti considerati – Portogallo e Spagna – i legislatori nazionali hanno proceduto, in tempi abbastanza recenti, alla modifica dei relativi codici del lavoro per introdurre particolari misure di conciliazione vita-lavoro a favore dei *caregivers*.

In Portogallo, in attuazione dell'art. 14, lei n. 100/2019 e dell'art. 43, decreto regulamentar n. 1/2022, il legislatore ha aggiunto nel Codice del lavoro<sup>35</sup> una sezione dedicata alla protezione lavorativa del *caregiver*<sup>36</sup>. A partire dal 2023,

---

<sup>33</sup> L'erogazione di questi diritti, ad essere precisi, è subordinata alla definizione del c.d. PIE (Plano de Intervenção Específico). Sul punto, v. A.P. GIL, *Itineraries and contradictions of a family policy: the Informal Caregiver Statute in Portugal*, 4, 2023, 661 ss.

<sup>34</sup> M.I. CARVALHO (coordinadora), *Estudo sobre o Perfil do Cuidador Familiar/Informal da Pessoa Sénior em Portugal*, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP), Lisboa, 2021, 114 ss.

<sup>35</sup> Lei n. 7/2009, DR n. 30/2009, Série I de 2009-02-12.

<sup>36</sup> Artt. 101 A a 101 H del Código do Trabalho (Subsecção X) così come modificato dalla lei n. 13/2023, DR n. 66/2023, Série I de 2023-04-03.

dunque, il *caregiver* familiare non principale – tra le altre misure – ha diritto a un congedo annuale di cinque giorni lavorativi consecutivi per l'assistenza alla persona accudita; ha diritto ad accedere al lavoro *part-time*, al lavoro da casa e ad un orario flessibile (artt. 101B a 101E). Il *caregiver* gode, poi, di una specifica tutela contro il licenziamento (che richiede il parere preventivo dell'autorità competente in materia di pari opportunità) e non è obbligato a prestare lavoro straordinario finché permane lo stato di necessità (artt. 101F e 101G)<sup>37</sup>. Queste misure, tuttavia, sono previste per il solo *caregiver* informale non principale mentre al *caregiver* familiare principale sono assegnate quasi esclusivamente misure di compensazione<sup>38</sup>.

Anche in Spagna, il real decreto-ley n. 5/2023<sup>39</sup> ha introdotto e modificato alcune disposizioni dell'Estatuto de los Trabajadores<sup>40</sup> e della Ley Reguladora de la Jurisdicción Social<sup>41</sup> in attuazione della direttiva (UE) 2019/1158. Ad oggi, dunque, i *cuidadores no profesionales* possono godere di permessi retribuiti di breve periodo (due giorni estendibili a quattro in caso di morte della persona assistita o cinque giorni in caso di incidente o infermità grave, ospedalizzazione o intervento chirurgico della persona assistita)<sup>42</sup>. Il *caregiver* familiare ha, poi, diritto ad una riduzione della giornata lavorativa per un massimo di due anni<sup>43</sup>. Si riconosce il diritto ad assentarsi dal lavoro per causa di forza maggiore (per un massimo di quattro giorni all'anno) quando sia necessario per motivi urgenti legati all'attività di cura<sup>44</sup>. Si prevede, poi, il diritto alla *excedencia* ossia ad una sospensione temporanea (fino a due anni) del contratto di lavoro su richiesta del lavoratore per prestare assistenza a figli o familiari che non sono autosufficienti<sup>45</sup>.

Pressoché le stesse misure adottate in Spagna sono stata accolte anche in Grecia dove il legislatore ha riprodotto – allo stesso modo di quanto ha fatto il legislatore

<sup>37</sup> Oltre a queste misure, tuttavia, si prevedono protezioni particolari quando il *caregiver* è un genitore e il *care recipient* è il figlio (o il nipote) come, ad esempio, la Falta para Assistência a Filho e la Licença para Assistência a Filho.

<sup>38</sup> *Infra*.

<sup>39</sup> Real Decreto-ley n. 5/2023, de 28 de junio, por el que se adoptan y prorrogan determinadas medidas de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la Guerra de Ucrania, de apoyo a la reconstrucción de la isla de La Palma y a otras situaciones de vulnerabilidad; de transposición de Directivas de la Unión Europea en materia de modificaciones estructurales de sociedades mercantiles y conciliación de la vida familiar y la vida profesional de los progenitores y los cuidadores; y de ejecución y cumplimiento del Derecho de la Unión Europea, BOE núm. 154, de 29/6/2023.

<sup>40</sup> Real Decreto Legislativo n. 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, BOE núm. 255, de 24/10/2015.

<sup>41</sup> Ley n. 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, BOE núm. 245, de 11/10/2011.

<sup>42</sup> Art. 37, comma 3, lett. b) e lett. b-bis), Estatuto de los Trabajadores.

<sup>43</sup> Art. 34, comma 8, Estatuto de los Trabajadores.

<sup>44</sup> Art. 37, comma 9, Estatuto de los Trabajadores.

<sup>45</sup> Art. 46, comma 3, Estatuto de los Trabajadores

spagnolo – le disposizioni dedicate ai *caregivers* della direttiva (UE) 2019/1158 nella legge n. 4808/2021. L'art. 29, dunque, prevede un permesso non retribuito per un massimo di cinque giorni l'anno per prestare attività di assistenza e cura; l'art. 30 consente al *caregiver* di assentarsi dal lavoro (mantenendo la retribuzione) per una giornata lavorativa fino a due volte l'anno per cause di forza maggiore legate a questioni familiari urgenti, in caso di malattia o incidente che rendano necessaria la presenza immediata del *caregiver* lavoratore. L'art. 31, poi, permette al *caregiver* di richiedere misure di lavoro flessibile per motivi di assistenza, come, ad esempio, telelavoro, orario flessibile o lavoro *part-time*. L'art. 42, inoltre, prevede un congedo non retribuito fino ad un massimo di sei giorni per assistere familiari a carico e, infine, gli artt. 43 e 44 stabiliscono diverse forme di permessi in caso di gravi malattie o ricovero del figlio del *caregiver* lavoratore. Ai sensi dell'art. 48, da ultimo, è nullo il licenziamento del *caregiver* se questi stava usufruendo di un congedo, di un permesso o di una misura di lavoro flessibile.

In Italia, al contrario di quanto avviene negli altri Paesi, la disciplina è più disorganica seppur, in alcuni casi, più protettiva<sup>46</sup>. Senza pretesa di completezza, tra le misure di conciliazione che il nostro legislatore ha previsto (o esteso) nel tempo per il *caregiver* familiare troviamo: l'agevolazione, ove possibile, sulla scelta e sul trasferimento della sede di lavoro<sup>47</sup>; l'esonero dal lavoro notturno<sup>48</sup>; la possibilità di trasformare il rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale<sup>49</sup>; il prolungamento del congedo parentale per i genitori di figli con grave disabilità<sup>50</sup>. Si prevedono, poi, permessi retribuiti fino a tre giorni all'anno in caso di decesso o grave infermità del familiare e congedi non retribuiti fino a due anni per gravi motivi familiari<sup>51</sup>.

Le misure certamente più utilizzate, però, sono i tre giorni di permesso mensile retribuito<sup>52</sup> e il congedo straordinario che consente al lavoratore che assiste un familiare con grave disabilità di poter fruire di due anni di permesso retribuito e coperto da contribuzione figurativa<sup>53</sup>. A lungo carente, invece, è stata la possibilità

---

<sup>46</sup> Per un esame delle misure di conciliazione previste dal legislatore italiano, v. O. BONARDI, *Disabilità e caregivers. Problemi aperti e prospettive*, cit., 44 ss.; G. GRIFFO, *La conciliazione lavoro-vita per le persone con disabilità e le loro famiglie*, in *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 8, 2023, 55 ss.; G. DI CRISTOFARO, A. TORREGIANI, *Le agevolazioni lavorative per i caregivers*, in F. PESARESI (a cura di), *Il manuale dei caregiver familiari*, cit., 109 ss. Più diffusamente, v. anche A. GABRIELE, *Contratto di lavoro e diritto al tempo per la cura*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2024, 218 ss. e 235 ss.

<sup>47</sup> Art. 33, comma 5, legge n. 104/1992.

<sup>48</sup> Art. 5, comma 2, lett. c), legge n. 903/1977; art. 53, comma 3, d.lgs. n. 151/2001; art. 11, comma 2, lett. c), d.lgs. n. 66/2003.

<sup>49</sup> Art. 8, d.lgs. n. 81/2015.

<sup>50</sup> Art. 33, d.lgs. n. 151/2001.

<sup>51</sup> Art. 4, legge n. 53/2000.

<sup>52</sup> Art. 33, comma 3, legge n. 104/1992.

<sup>53</sup> Art. 42, d.lgs. n. 151/2001.



di richiedere forme di lavoro flessibile per il *caregiver*, accordata solo con il d.lgs. n. 105/2022<sup>54</sup>.

Così descritto il quadro relativo ai diversi ordinamenti oggetto di analisi, emergono due considerazioni: anzitutto, la normativa italiana circa le misure di conciliazione vita-lavoro è più tutelante rispetto a quelle di Grecia, Portogallo e Spagna. Tuttavia, ancora una volta, tale legislazione si dimostra particolarmente frammentata a fronte, invece, delle più organiche elencazioni di misure di conciliazione vita-lavoro di Grecia, Portogallo e Spagna.

## 5. Le misure di compensazione

Quanto alle misure di compensazione, è utile partire dallo scenario comparato per arrivare alla situazione del nostro Paese.

Si distingue, come *unicum* tra i Paesi a *welfare state* familistico, l'esperienza greca dove, infatti, non esiste alcun beneficio economico né diretto – e quindi elargito al *caregiver* – né indiretto – e cioè riconosciuto alla persona assistita ma utilizzabile per remunerare l'attività di cura del *caregiver* – che possa, in qualche modo, compensare l'impegno assistenziale del *caregiver*.

Negli altri contesti esaminati, invece, pur esistendo forme di supporto economico, queste risultano spesso disperse in un insieme eterogeneo di norme e provvedimenti. La mancanza di un quadro unitario rende complesso per i *caregivers* individuare e comprendere con chiarezza quali benefici economici, diretti o indiretti, spettino loro.

In Portogallo, ad esempio, è vero che lo Statuto del *caregiver* informale prevede un particolare sussidio economico per il *caregiver* familiare principale («subsídio de apoio») <sup>55</sup>. Accanto ad esso, però, esistono ulteriori forme di compensazione, sia dirette sia indirette, disciplinate da normative differenti e non sempre cumulabili con il beneficio principale <sup>56</sup>.

In Spagna, analogamente, la ley n. 39/2006 riconosce tre prestazioni economiche direttamente e indirettamente riservate al *caregiver* familiare. L'art. 17 prevede la «prestación económica vinculada al servicio»; l'art. 18 la «prestación económica para los cuidados del entorno familiar y apoyo a los cuidadores no profesionales»; e l'art. 19 la «prestación económica de asistencia personal» <sup>57</sup>. A queste misure di

<sup>54</sup> Più diffusamente, A. GABRIELE, *Contratto di lavoro e diritto al tempo per la cura*, cit., 274 ss.

<sup>55</sup> Artt. 10 a 19, lei n. 100/2019.

<sup>56</sup> Si ricordino, a mero titolo di esempio, il sussidio elargito per l'assistenza al figlio con disabilità o malattia cronica (cumulabile) e il sussidio per chi necessita dell'assistenza di terza persona (non cumulabile).

<sup>57</sup> Sul punto, v. P. MARTÍN VALES, *La fine línea entre el cuidador no profesional y el cuidador profesional de las personas en situación de dependencia antes y después del Covid-19*, in *Revista jurídica de los Derechos Sociales*, 1, 2024, 643 ss.

sostegno economico, però, se ne aggiungono altre, non sempre compatibili con le misure principali <sup>58</sup>.

In Italia, in mancanza di una legge quadro, la situazione è parimenti caotica. Tra i benefici economici che l'ordinamento riconosce alle persone con disabilità o a chi si dedica alla loro cura, ritroviamo – senza pretesa di completezza e a mero titolo di esempio – l'indennità di accompagnamento, il contributo per i genitori disoccupati o monoreddito con figli disabili, il c.d. bonus nido, l'assegno di inclusione e l'assegno unico per figli a carico anche disabili, fino alla recentissima prestazione universale di cui all'art. 34, d.lgs. n. 29/2024 (c.d. bonus anziani) <sup>59</sup>. A questi, poi, si aggiunge il c.d. bonus *caregiver* – che è gestito ed erogato da comuni e regioni – e l'anticipo pensionistico (o Ape sociale).

Ne deriva, in conclusione, l'esigenza – avvertita non solo nel contesto italiano – di un intervento organico di razionalizzazione della disciplina sui benefici economici. Un riordino complessivo consentirebbe, infatti, una più agevole comprensione delle diverse misure, rafforzando al contempo certezza e trasparenza del diritto.

## 6. Quali spunti per il legislatore italiano?

Dall'analisi svolta si possono ricavare alcune osservazioni conclusive.

In primo luogo, emerge la necessità non più prorogabile di adottare, in Italia, una legge nazionale che riconosca il *caregiver* familiare come parte integrante della rete assistenziale e che, in quanto tale, gli assicuri un'adeguata protezione. Come detto, il d.lgs. n. 29/2024, dedicato alle politiche a favore delle persone anziane, rappresenta un importante passo avanti nel riconoscimento del valore sociale ed economico del *caregiver* familiare (art. 39). Tuttavia, si è ben lontani da una disciplina organica di questa figura che possa soddisfare le esigenze di riordino della materia emerse dalla trattazione svolta.

Il legislatore italiano, nel costruire tale quadro normativo, potrebbe trarre ispirazione dalle leggi sulla disabilità e sull'assistenza che la Spagna e il Portogallo hanno adottato, rispettivamente, nel 2006 e nel 2019. In particolare, è proprio quest'ultimo ordinamento a fare da “campione” tra i sistemi a *welfare state* familistico quanto alla tutela – almeno su carta – delle diverse istanze dei *caregivers* familiari.

---

<sup>58</sup> Si pensi, ad esempio, ai sussidi che vengono concessi in caso di invalidità; a quelli per figli a carico che abbiano un'invalidità uguale o superiore al 75%; o, ancora, agli aiuti economici per chi necessita dell'assistenza di una terza persona. Si v. M.O. MARTÍN RODRÍGUEZ, *Protección social de los cuidadores no profesionales: convenio especial*, cit., 764 ss.

<sup>59</sup> Per una visione critica di questo strumento, v. F. CEMBRANI, T. VECCHIATO, D. DE LEO, M. TRABUCCHI, *Si restringe ulteriormente la coorte degli anziani non autosufficienti che potranno accedere alla prestazione universale prevista dall'art. 34 del decreto legislativo n. 29/2024*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2024, 930 ss.

Quanto al contenuto, emerge, nel nostro ordinamento, la necessità di includere, all'interno della definizione di *caregiver* familiare, anche chi si occupa di persone non completamente autosufficienti per rapporto di amicizia e/o di vicinato. L'Italia, almeno a livello nazionale, è uno dei pochi Paesi rimasti a non riconoscere come *caregiver* chi presta l'assistenza necessaria pur non essendo parente del *care recipient*. Questo rappresenta un *unicum* nella legislazione comparata e una lacuna che porta a un vuoto di tutela di non poco conto oltre che a poca omogeneità tra le regioni del Paese<sup>60</sup>.

Superato il pur importante nodo definitorio – per il quale si auspica una definizione più inclusiva possibile –, il passo successivo, per il legislatore italiano, dovrebbe essere il riconoscimento, a livello statale e sempre nel rispetto del riparto delle competenze Stato/regioni, di un nucleo duro di diritti e di servizi da garantire ai *caregivers* familiari in tutte le regioni del Paese e questo richiederebbe – anche con una certa urgenza – la definizione di determinati livelli essenziali di prestazioni sociali e sanitarie<sup>61</sup>.

Tuttavia, come dimostra l'esperienza portoghese, una normativa anche relativamente chiara e organica potrebbe non essere sufficiente di per sé: occorre, infatti, che le misure in essa previste trovino concreta attuazione, così da alleggerire concretamente il già duro lavoro dei *caregivers* familiari.

---

<sup>60</sup> Al momento in cui si scrive, neppure il d.d.l. Locatelli, promesso dalla Ministra per le disabilità per i primi mesi del 2026, sembra ampliare la definizione prevista dall'ordinamento, che rimane quella della legge di bilancio per il 2018. Esso prevede, tuttavia, la divisione dei *caregivers* in diverse categorie in base alle ore prestate all'attività di cura. A ciascuna categoria di *caregiver* si assegna una prestazione economica di importo diverso.

<sup>61</sup> Un primo tentativo di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie è rappresentato dalla legge di bilancio per il 2022, all'art. 1, commi 162-168 (legge n. 234/2021). Sul punto, v. P. TORRETTA, *La legge di bilancio 2022 e l'assistenza sociale: qualche LEPS e tante 'buone intenzioni'*, in *federalismi.it*, 11, 2022, 187 ss. e ID., *La disciplina dei LEP per l'autonomia differenziata (ma non solo) al vaglio della Corte costituzionale. Note a margine della sentenza n. 192/2024*, in *federalismi.it*, 13, 2025, 173 ss.

# Nuove tecnologie ed effettività della tutela della salute degli anziani: ricadute, criticità e prospettive dell'e-health

Jacopo Rizzuto\*

**SOMMARIO:** 1. Premessa. – 2. E-health literacy: nozione, natura giuridica e fondamento costituzionale. – 3. L'approccio unionale in materia di e-health literacy. – 4. L'approccio nazionale in materia di e-health literacy e le sue criticità: alcune notazioni conclusive.

**ABSTRACT:** In recent decades, the use of digital technologies has profoundly influenced every aspect of our society, including the right to health. For the latter, in truth, the change has taken on such dimensions that it suggests the introduction of the concept of "e-Health" as a model based on the use of digital technologies in healthcare systems. Moving from this context, the work aims to highlight the essential need for strengthening, both at European and national level, policies aimed at digital literacy and the health of people, particularly the elderly. Such a process, indeed, seems to pose as necessary to allow patients to make informed decisions about their well-being in accordance with the values of our Constitution and consistent with the fundamental rank of the right set forth in art. 32.

## 1. Premessa

La pervasività sempre maggiore delle I.T.C. nell'esperienza umana (individuale e collettiva) rende ormai obsoleta la distinzione fra vita *on* e *offline*, costringendo il diritto a fare i conti con la duplice necessità di rinnovare le sue fondamenta e progettarne di nuove. Com'è noto, infatti, negli ultimi decenni l'utilizzo delle tecnologie digitali e, oggi, dei sistemi di intelligenza artificiale influenza in profondità ogni aspetto della società, andando a toccare la configurazione dei diritti fondamentali e le modalità del loro esercizio.

Ad un tale processo rivoluzionario, non può ritenersi sottratto il fondamentale diritto alla tutela della salute (art. 32 Cost.)<sup>1</sup> rispetto al quale, anzi, l'emergenza

---

\* Dottorando di ricerca in *Il diritto dei servizi nell'ordinamento italiano e europeo*, Università degli Studi di Napoli Parthenope.

<sup>1</sup> Muovendo dal tenore della norma costituzionale che, com'è noto, definisce la salute un "*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*", sancendo la garanzia di cure gratuite per gli indigenti e l'impossibilità di obbligare ad un determinato trattamento sanitario "*se non per disposizione di legge*", A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in *federalismi.it*, 4, 2018, 83 ss., ha evidenziato la natura prismatica della nozione "*in quanto, pur valorizzando la prospettiva soggettiva della sua tutela (in una dimensione di 'libertà di'),*

pandemica ha mostrato in tutta la sua drammaticità il bisogno di accelerare la transizione verso una sanità digitale improntata all'uso delle tecnologie. Questo modello viene ormai descritto con il termine anglosassone “*e-health*”, coniato alla fine del secolo scorso da alcune aziende operanti nel settore tecnologico e dotato di una spiccata valenza descrittiva per designare “*l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (TIC) nei prodotti, servizi e processi sanitari accompagnato da cambiamenti di ordine organizzativo nei sistemi sanitari e nuove competenze*”<sup>2</sup>.

L'obiettivo di un passaggio siffatto si sostanzia nel trasformare i sistemi sanitari nazionali (SSN), traghettandoli verso un'assistenza caratterizzata da un alleggerimento delle strutture, da una migliore allocazione delle risorse in rapporto agli obiettivi prefissati, da una contrazione dei tempi d'attesa, da una maggiore e diffusa condivisione dei dati sanitari.

Non a caso, al riguardo, l'Italia ha destinato ingenti risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) alla innovazione, alla ricerca ed alla digitalizzazione del SSN (M6.C2.).

Senonché, come evidenziato da tempo, l'adesione ad un mutamento di tale portata richiede, a livello generale, il superamento del noto fenomeno del *digital divide*<sup>3</sup> attraverso l'affermazione del diritto all'uguaglianza digitale<sup>4</sup> e, con specifica attenzione al contesto *e-health*, la diffusione capillare delle necessarie capacità di accesso alle informazioni sulla salute veicolate dai canali digitali corredata dalle

---

*affianca ad essa altre situazioni giuridiche soggettive che la qualificano in senso democratico, richiamando i principi di uguaglianza e solidarietà. In un testo stringato sono così previste ben quattro situazioni giuridiche soggettive (un diritto di libertà individuale, un interesse della collettività e due diversi diritti sociali)”*.

<sup>2</sup> Così la Commissione europea nella Comunicazione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale e al Comitato delle regioni, del 6 dicembre 2012, Piano d'azione “sanità elettronica” 2012-2020 – una sanità innovativa per il 21° secolo, COM (2012) 736. In tema di *e-health*, fra i tanti, cfr. G. EYSENBACH, *What is e-health?*, in *J Med Internet Res.*, 2001; C. BOTTARI (a cura di), *La salute del futuro. Prospettive e nuove sfide del diritto sanitario*, Bononia University Press, Bologna, 2020; P. D'ONOFRIO, *Il diritto alla salute tra tradizione costituzionale ed innovazione digitale*, Wolters Kluwer Cedam, Padova, 2022; V. SALVATORE (a cura di), *Digitalizzazione, intelligenza artificiale e tutela della salute nell'Unione europea*, Giappichelli, Torino, 2023.

<sup>3</sup> La locuzione è ormai da tempo utilizzata per designare il perdurante discrimine – dettato da ragioni generazionali, cognitive, geografiche, economiche e infrastrutturali – fra una parte della popolazione in grado di sfruttare, anche parzialmente, le potenzialità offerte dalla tecnologia ed un'altra parte priva, invece, di un'attitudine siffatta. Al riguardo, G. PASCUZZI, *La cittadinanza digitale*, il Mulino, Bologna, 2021, 70, distingue tre tipi di *digital divide*: uno di primo livello (relativo alla disparità tra le persone che hanno accesso a Internet e le persone che ne sono sprovviste); uno di secondo livello (relativo all'esclusione generata dal mancato possesso delle specifiche competenze necessarie a usare queste tecnologie); e, infine, uno di terzo livello (relativo all'incapacità “degli individui di tradurre il proprio accesso a Internet e il suo utilizzo in risultati favorevoli”).

<sup>4</sup> A. PAPA, *Il principio di uguaglianza (sostanziale) nell'accesso alle tecnologie digitali*, in *federalismi.it.*, 2008, 13, lo definisce, a ragione, la “*condicio sine qua non per l'accesso dei singoli individui ai contenuti e ai servizi dell'era digitale*”. Con riguardo precipuo all'intersecazione fra diritti sociali e digitalizzazione, cfr. L. CASSETTI, S. RICCI, *eGovernment e Stato sociale. Università, formazione, salute e previdenza online*, Guerra Edizioni, Perugia, 2011.

altrettante necessarie competenze per navigare all'interno degli stessi (c.d. “alfabetizzazione sanitaria digitale” o “e-health literacy”<sup>5</sup>).

L'aspetto da ultimo richiamato, come facilmente intuibile, interessa più di chiunque altro il soggetto anziano rispetto al quale la possibile mancanza dei necessari strumenti culturali, cognitivi e infrastrutturali per interagire consapevolmente nell'ambiente sanitario digitalizzato può acuire il suo fisiologico stato di vulnerabilità<sup>6</sup> fino a condurre, come estrema conseguenza, ad una sua clamorosa marginalizzazione dal SSN, in barba ai relativi principi di universalità, uguaglianza ed equità e, ancor prima, all'intera impostazione costituzionale di stampo personalista<sup>7</sup>.

I dati recenti sulla diffusione delle competenze digitali nel nostro Paese<sup>8</sup> attestano, infatti, uno scenario nel quale risulta ancora lontana la possibilità di annoverare la cospicua fascia di popolazione anziana nel perimetro della “cittadinanza digitale”<sup>9</sup>, intendendo con tale locuzione non tanto l'appartenenza giuridica ad un ordine costituito quanto piuttosto la *partecipazione* attiva, democratica e consapevole alla vita della comunità politica e sociale veicolata dagli strumenti tecnologici<sup>10</sup>.

---

<sup>5</sup> In tema cfr., fra gli altri, C.D. NORMAN, H.A. SKINNER, *eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*, in *J Med Internet Res.*, 2, 2006; L. MÄRTENSSON, G. HENNING, *Health literacy-a heterogeneous phenomenon: a literature review. Scandinavian journal of caring sciences*, 2012; AA.VV., *Healthcare 4.0: A review of frontiers in digital health. Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery*, 2020; AA.VV. *Generation gaps in digital health literacy and their impact on health information seeking behavior and health empowerment in Hungary*, in *Frontiers in public health*, 9, 2021; AA.VV., *Alfabetizzazione sanitaria digitale: evidenze e prospettive future*, in *Rivista di studi politici*, 1, 2024.

<sup>6</sup> La vulnerabilità viene descritta come un elemento consustanziale all'esistenza umana tale da dover indurre a ritenere esistente una “scala (...) che va da un minimo a un massimo” da M. LUCIANI, *Le persone vulnerabili e la Costituzione, intervento di discussione della Lectio magistralis del Presidente della Corte europea dei diritti dell'uomo, Prof. Robert Spano*, Roma, 22 aprile 2022.

<sup>7</sup> L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos. Le attualità del diritto*, 1, 2020.

<sup>8</sup> L'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) nel documento di sintesi “Decennio digitale e capitale umano: il ritardo dell'Italia nelle competenze” (2024) ha evidenziato come, riguardo le competenze digitali, il nostro Paese si collochi in ventitreesima posizione nel contesto UE, presentando valori nettamente inferiori “in tutte le classi d'età”. In tempi ancora più recenti, poi, nell'ambito della Relazione della Commissione europea per il decennio digitale 2025 è stato sottolineato come solo il 45,8% della popolazione italiana possieda competenze digitali di base.

<sup>9</sup> Definito nella Raccomandazione del Consiglio d'Europa CM/Rec (2019)10, 21 novembre, 2020, “the capacity to participate actively, continuously and responsibly in communities (local, national, global, online and offline) at all levels (political, economic, social, cultural and intercultural)”, il concetto di “cittadinanza digitale” risulta al centro delle recenti riflessioni dottrinali. Sul punto, cfr. M. CAPORALE, *Dalle smart cities alla cittadinanza digitale, in federalismi.it*, 2, 2020; G. PASCUZZI, *La cittadinanza digitale*, cit.; F. Costantino, *La c.d. cittadinanza digitale*, in *Riv. dir. pub.*, 1, 2023; M. PIETRANGELO, *Sui “diritti di cittadinanza digitale”. Note a margine di un opaco per corso normativo*, in *federalismi.it*, 8, 2024.

<sup>10</sup> La distinzione ben delineata da A. MAIELLO, *La cittadinanza digitale*, in V. D'ANTONIO (a cura di), *Diritti digitali*, Salerno, 2022, 276 ss., è stata in tempi recenti ripresa da F. PIZZOLATO, *Digitalizzazione e cittadinanza: la figura dell'e-citizen*, in *Istituzioni per il Federalismo*, 3, 2024, 654 ss., il

Tutto quanto premesso, l'analisi che segue avrà dapprima ad oggetto il concetto di *e-health literacy* (di cui si proverà ad individuare natura giuridica e fondamento costituzionale) per poi passare agli approcci adottati in tema a livello sia europeo che nazionale.

Da questo secondo passaggio, si avrà modo di constatare un'apprezzabile e recente presa di consapevolezza circa l'esigenza di coltivare un fenomeno culturale siffatto non senza però alcune criticità di fondo.

## 2. E-health literacy: nozione, natura giuridica e fondamento costituzionale

Nel contesto della sanità elettronica, l'attività di ricerca, selezione, comprensione e discernimento delle informazioni sulla salute veicolate dai canali digitali (c.d. "*e-health literacy*") appare ormai del tutto irrinunciabile. Un'attitudine del genere, infatti, consentendo l'accesso agevole alle informazioni riguardanti il benessere psico-fisico e la possibilità di trovare soluzioni al di fuori degli ambienti clinici, rientra a pieno titolo in quegli elementi determinanti lo stato di salute dell'uomo che, secondo la Carta di Ottawa del 1986<sup>11</sup>, necessitano di essere presi in carico per consentire di "*raggiungere una salute ottimale*".

È bene notare come l'*e-health literacy* risulti più complessa rispetto alle già note *digital literacy* e *health literacy*<sup>12</sup> dal momento che, come evidenziato da alcuni, postula capacità ulteriori quali la *media literacy* (per usare i motori di ricerca) e l'*information literacy* (per valutare una vasta gamma di fonti)<sup>13</sup>.

Tuttavia, al pari di quella digitale e alla salute, l'*e-health literacy* è anch'essa espressiva di un carattere relazionale e duraturo nel tempo<sup>14</sup>.

---

quale, compiendo un parallelismo con la cittadinanza costituzionale (cui associa come fondamento il lavoro ex artt. 1 e 4, comma 2, Cost.), ipotizza di ravvisare nella comunicazione la "*sineddoche*" della cittadinanza digitale. Egli sottolinea, tuttavia, come le forme-simbolo di libertà proprie dell'ecosistema digitale (*i.e.* l'implementazione della rete e dell'intelligenza collettiva) necessitino di essere "*istituite, affinché esprimano una partecipazione che sia promozionale dell'umano e non coprano, al modo dell'intonaco, una condizione di subalternità*". Sul punto, viene acutamente notato che "*(d)ignità, libertà, eguaglianza e partecipazione vanno garantite all'info-individuo, così come al lavoratore*" non costituendo esse "*attributi automatici*".

<sup>11</sup> La Carta, com'è noto, fu presentata in occasione della Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute svoltasi presso la capitale canadese, nel novembre del 1986.

<sup>12</sup> Sulla sua prima introduzione cfr. S.K. SIMONDS, *Health Education as Social Policy*, in *Health Education & Behavior*, 1974.

<sup>13</sup> C.D. NORMAN, H.A. SKINNER, *eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World*, in *J Med Internet Res*, 2006.

<sup>14</sup> Al riguardo, indicazioni preziose sono state fornite nella pubblicazione del 2017 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) intitolata "*Health literacy. The solid facts*". La sua traduzione in lingua italiana è stata effettuata dal centro DORS Piemonte nel documento intitolato "*Health literacy. Dati, evidenze e ambiti di intervento*".

Quanto alla prima connotazione, lungi dall'interessare solamente i singoli, la sua diffusione involge l'interazione tra le persone e i loro ambienti di vita, così contribuendo alla co-produzione di salute, in ossequio a quella "*visione integrata e non antagonistica*" fra dimensione individuale e collettiva del diritto fondamentale di cui all'art. 32 della Carta, segnato "*da una convergenza funzionale che trova la propria radice nella solidarietà, intesa quale principio strutturante dell'ordinamento costituzionale*"<sup>15</sup>. Tale aspetto, peraltro, non si esaurisce nel rapporto fra utenti, dovendosi estendere anche al contesto dell'alleanza terapeutica medico-paziente<sup>16</sup> poiché soltanto dall'interazione fra soggetti dotati delle necessarie competenze si può pensare di superare il retaggio paternalistico<sup>17</sup>, così giungendo all'instaurazione di una vera e propria *alleanza di cura*<sup>18</sup> con conseguenti riflessi positivi per la sostenibilità, equità ed efficienza del SSN<sup>19</sup>.

Relativamente, invece, al carattere durevole, in maniera non dissimile da qualsiasi altro processo di apprendimento, l'*e-health literacy* dovrebbe, auspicabilmente, durare per tutto il corso della vita, non essendo ipotizzabile nel contesto magmatico della sanità elettronica la presenza di individui alfabetizzati in modo definitivo.

Tutto quanto premesso, circa la natura giuridica, sembra possa discutersi di un autonomo<sup>20</sup> e fondamentale diritto sociale<sup>21</sup>, idoneo quindi a radicare una pretesa

---

<sup>15</sup> Così, A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2025.

<sup>16</sup> Si ricorda come la legge che ha formalmente introdotto nell'ordinamento italiano l'istituto del consenso informato (i.e. la legge n. 219/2017 recante "*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*") sancisce al comma 9 dell'art. 1 che ogni struttura sanitaria debba garantire, fra l'altro, "*l'adeguata formazione del personale*".

<sup>17</sup> Alla stregua della quale, com'è noto, il medico esercita sul malato un potere autoritativo, stabilendo la diagnosi e prescrivendo la cura senza bisogno di ottenere altro consenso se non quello implicito nell'affidamento fiduciario e nella presunta capacità di saper curare (c.d. principio del "*doctor knows best*"). In tempi più recenti, peraltro, l'avvento dell'intelligenza artificiale nel settore sanitario ha indotto a ipotizzare un "*neo paternalismo della macchina*". Cfr. C. CENCI, *Dal paternalismo del medico al paternalismo della macchina: un nuovo rischio*, in *Il Sole 24 ore*, 2017.

<sup>18</sup> Sulla differenza fra alleanza terapeutica ed alleanza di cura cfr. L. ROMANO, *Dall'alleanza terapeutica all'alleanza di cura*, in L. CHIEFFI, A. Postigliola (a cura di), *Bioetica e cura. l'alleanza terapeutica oggi*, Mimesis Edizioni, Milano, 125.

<sup>19</sup> Con specifico riferimento al contesto statunitense, è emerso che da un'alfabetizzazione sanitaria scarsa discenderebbe un costo annuale pari al 3-5% del budget sanitario. Si veda, in particolare, la seguente indagine: AA.VV., *Low Health Literacy: implications for National Health Policy*, Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University, Washington, DC, 2007.

<sup>20</sup> La sua strumentalità rispetto all'esercizio di altri diritti costituzionalmente garantiti (e, segnatamente, del diritto alla tutela salute) non giustifica la sua eventuale sottrazione a rango di diritto sociale autonomo.

<sup>21</sup> K. SØRENSEN, *Health literacy is a human rights concern. A needs assessment and gap analysis of health literacy challenges and human rights*, Strasburgo, Consiglio d'Europa, 2024. Di tale avviso, ancorché rispetto alla più risalente alfabetizzazione informatica, S. RODOTÀ, *Tecnologie e diritti*, il



soggettiva a prestazioni pubbliche finalizzate alla rimozione degli ostacoli di ordine economico-sociale che ne impediscono l'effettivo godimento e da legare, a doppio filo, al diritto di accesso alle "rete digitali"<sup>22</sup>.

Una siffatta configurazione, pur non trovando al momento il pieno *placet* della Consulta<sup>23</sup>, si riconnette all'intimo collegamento che, in coerenza alla categoria dei diritti sociali cui afferisce, l'*e-health literacy* presenta con il concetto di vulnerabilità.

In proposito, come osservato di recente, nonostante la diversità fra diritti sociali e vulnerabilità, entrambi si riferirebbero alla condizione di esposizione al rischio che rende singoli o gruppi di individui più esposti a danni, discriminazioni o svantaggi<sup>24</sup>.

---

Mulino, Bologna, 2006; A. PAPA, *Il principio di uguaglianza (sostanziale) nell'accesso alle tecnologie digitali*, cit.; T.E. FROSINI, *Il diritto costituzionale di accesso a internet*, in *Rivista AIC*, 1, 2011; A.F. SPAGNUOLO, F. SORRENTINO, *Alcune riflessioni in materia di trasformazione digitale come misura di semplificazione*, in *federalismi.it*, 8, 2021. Sempre rispetto all'alfabetizzazione informatica, poi, in Cons. Stato, sez. IV, 5 dicembre 2022, n. 10983, si è parlato di un "obbligo" per il cittadino e di una "precondizione per continuare a godere dei più elementari diritti civili".

<sup>22</sup> Mutuando la felice scelta terminologica da M.R. ALLEGRI, *Il diritto di accesso a Internet: profili costituzionali*, in *Rivista di Diritto dei Media*, 1, 2021, 78, secondo cui, rispetto al diffuso ma superficiale utilizzo nel linguaggio comune della locuzione "diritto di accesso ad Internet", "non è affatto detto che Internet sia l'unica infrastruttura digitale possibile o che rimanga per sempre quella più utilizzata". Per una ricostruzione dei vari indirizzi dottrinali circa l'innesto di tale diritto in Italia, invece, cfr. S. SCAGLIARINI, *I diritti costituzionali nell'era di Internet: cittadinanza digitale, accesso alla rete e net neutrality*, in T. CASADEI, S. PIETROPAOLI (a cura di), *Diritto e tecnologie informatiche*, Wolters Kluwer Cedam, Padova, 2024, 3-16.

<sup>23</sup> Cfr. Corte cost., 21 ottobre 2004, n. 307 in tema di alfabetizzazione digitale. Decisione, questa, delibata a partire da una lite fra Stato e Regione Emilia-Romagna scaturita dalla previsione del primo di un contributo per l'acquisto di PC da parte di giovani minorenni, al fine di incentivare l'acquisizione e l'utilizzo dei mezzi informatici da parte degli stessi e che ha fatto registrare la reiezione del ricorso. Specificamente, la Corte ha ritenuto che il predetto intervento di sostegno statale fosse legato "a finalità di interesse generale, quale è lo sviluppo della cultura, nella specie attraverso l'uso dello strumento informatico, il cui perseguimento fa capo alla Repubblica in tutte le sue articolazioni (art. 9 della Costituzione) anche al di là del riparto di competenze per materia fra Stato e Regioni di cui all'art. 117 della Costituzione". Pur decidendo nel senso appena detto, i giudici hanno accolto solo in parte la tesi difensiva avanzata dal Governo che nel configurare il "diritto all'alfabetizzazione informatica" lo aveva espressamente ricollegato in generale ai diritti sociali, affermando che "non è contestabile che, nell'attuale assetto sociale, l'accesso ai mezzi informatici vada considerato come 'un vero e proprio diritto sociale', strumentale all'esercizio di altri diritti fondamentali" con la conseguenza che l'intervento statale si sarebbe dovuto qualificare come misura diretta ad assicurare un "livello essenziale" di "diritti civili e sociali", da ricondurre alla esclusiva potestà legislativa statale (ex art. 117, comma 2, lett. m, Cost., in materia di "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"). Per un commento a tale decisione cfr. F.G. PIZZETTI, *Il progetto 'pc ai giovani' nel quadro della promozione dell'eguaglianza digitale da parte dello Stato e delle Regioni*, in *federalismi.it*, 2008, ad avviso del quale, in ipotesi, proprio perché si sarebbe stati "in presenza di un 'valore' costituzionalmente promosso al di là degli schemi di riparto della competenza legislativa fra Stato e regioni, che (...) l'intervento dello Stato non avrebbe potuto considerarsi 'esclusivo' e quindi inibente un successivo intervento delle regioni, quando anch'esso (...) rivolto alla 'promozione' della cultura informatica e alla realizzazione dell'eguaglianza digitale nello specifico ambito regionale".

<sup>24</sup> Di talché, secondo A.P. GRIFFI, *Vulnerabilità e diritti sociali nella dimensione costituzionale e*

Nella specie, invero, senza promuovere un massiccio processo di alfabetizzazione sanitaria digitale della rilevante fascia di popolazione anziana – fisiologicamente più refrattaria ad accogliere le novità del mondo tecnologico – si corre il rischio di trasformare l’archetipo della sanità elettronica da potenziale punto di svolta ad amplificatore delle debolezze e disuguaglianze già esistenti.

Da ultimo ma non per importanza, rispetto al fondamento costituzionale dell’alfabetizzazione sanitaria digitale, si reputa che esso sia individuabile, cumulativamente, nell’art. 32 della Carta (rispetto al quale oramai si atterrebbe come *prius logico*) nonché in quelle disposizioni riguardanti lo sviluppo della cultura (art. 9)<sup>25</sup> e l’istruzione (art. 34)<sup>26</sup>.

### 3. L’approccio unionale in materia di e-health literacy

La crescente attenzione prestata a livello internazionale riguardo la diffusione di un’adeguata *e-health literacy*<sup>27</sup> rende opportuno il compimento di un passaggio sull’approccio adottato in materia nell’ordinamento eurounitario.

Mettendo un attimo da parte il contesto sanitario, il processo d’integrazione europea mostra da tempo consapevolezza sulla necessità di promuovere lo sviluppo di un’adeguata competenza digitale all’interno degli Stati membri non solo annoverando la medesima fra le otto *key competences* per l’apprendimento permanente<sup>28</sup> ma anche attraverso l’istituzione di programmi specifici<sup>29</sup>. Sul punto, altrettanto significativi risultano, poi, il riconoscimento nel *Pilastro europeo per i diritti sociali* (2017) del diritto di accesso alle “comunicazioni digitali”<sup>30</sup> nonché l’impegno assunto tramite la *Dichiarazione europea dei diritti digitali* (2023) a perseguire una

---

*bioetica: a mo’ di introduzione e presentazione*, in A.P. GRIFFI (a cura di), *Vulnerabili. Questioni giuridiche, dilemmi bioetici*, Mimesis Edizioni, Milano, 7, si può ravvisarne una correlazione “nella prospettiva costituzionale, che si pone quale chiave di lettura centrale anche per comprendere il ruolo dello Stato nella tutela delle persone più fragili e nella promozione dell’uguaglianza sostanziale”.

<sup>25</sup> Cfr. nuovamente Cort. cost., 21 ottobre 2004, n. 307.

<sup>26</sup> In tale direzione, A. PAPA, *Il principio di uguaglianza (sostanziale) nell’accesso alle tecnologie digitali*, cit., 15, che rinviene il riconoscimento costituzionale delle politiche di alfabetizzazione “nella disposizione sull’istruzione obbligatoria come diritto di tutti e sulla configurazione dell’istruzione primaria come un diritto dovere da garantire gratuitamente”.

<sup>27</sup> Testimoniata, per esempio, dal *Regional digital health action plan for the WHO European Region 2023-2030* (2022) ovvero dalla Guida all’alfabetizzazione sanitaria “per contribuire alla costruzione della fiducia e all’accesso equo all’assistenza sanitaria” pubblicata dal Comitato Direttivo per i Diritti umani nel campo della Biomedicina e della Salute del Consiglio d’Europa (2023).

<sup>28</sup> Raccomandazione del Parlamento europeo e del Consiglio del 18 dicembre 2006 relativa a competenze chiave per l’apprendimento permanente (2006/962/CE).

<sup>29</sup> Si pensi al *Digital Competence Framework for Citizens* (DigComp) implementato dal Centro comune di ricerca per conto della Commissione europea, iniziato nel 2010 e ancora esistente.

<sup>30</sup> Cfr. l’art. 20 del Pilastro.

“trasformazione digitale che non lasci indietro nessuno”<sup>31</sup>, anziani compresi.

Per quanto riguarda l'*e-health*, alla luce di quanto affermato, tale impegno deve tradursi soprattutto nella formazione continua ed efficace attraverso i propedeutici percorsi di alfabetizzazione.

E tuttavia, su questo aspetto, nonostante la spinta unionale risalente nel tempo in direzione di un modello di sanità elettronica<sup>32</sup>, è solo di recente che si assiste all'innesto di prescrizioni dal valore non meramente programmatico relativamente all'*e-health literacy*<sup>33</sup>.

Il riferimento va, nello specifico a quanto previsto dal Regolamento (UE) 2024/1689 che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale<sup>34</sup> (d'ora in poi, “*AI Act*”) e dal Regolamento (UE) 2025/327 istitutivo dello spazio europeo dei dati sanitari<sup>35</sup>.

Il primo, allo scopo di promuovere la diffusione di un'intelligenza artificiale (IA) antropocentrica e affidabile<sup>36</sup>, sancisce nell'ambito delle sue disposizioni generali (Capo I) l'obbligo per i fornitori e i *deployer* di sistemi di IA di adottare misure per garantire un livello sufficiente di alfabetizzazione in materia di IA del loro personale nonché di qualsiasi altra persona che si occupi del funzionamento e dell'utilizzo di tali sistemi per loro conto, considerando anche le persone o i gruppi di persone destinatari del medesimo utilizzo<sup>37</sup>.

<sup>31</sup> *European Declaration on Digital Rights and Principles for the Digital Decade* (2023/C 23/01).

<sup>32</sup> Cfr. la Comunicazione della Commissione datata 8.12.1999 e presentata in occasione del Consiglio europeo straordinario di Lisbona del 23 e 24 marzo 2000: *eEurope* – Una società dell'informazione per tutti COM (1999) 687 definitiva.

<sup>33</sup> Indicazioni in tema (esauritesi in raccomandazioni, osservazioni ed esortazioni) sono recate, per esempio, nella Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni “*Sanità elettronica – migliorare l'assistenza sanitaria dei cittadini europei: piano d'azione per uno spazio europeo della sanità elettronica*” {sec (2004)539}; nella Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni – Piano d'azione “*Sanità elettronica*” 2012-2020 – Una sanità innovativa per il 21esimo secolo, {SWD (2012) 413 final} {SWD (2012) 414 final}; nelle Conclusioni del Consiglio sulla sanità nella società digitale – “*Progredire nell'innovazione basata sui dati nel settore della sanità*” (2017/C 440/05); nella Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni empty – “*Relativa alla trasformazione digitale della sanità e dell'assistenza nel mercato unico digitale, alla responsabilizzazione dei cittadini e alla creazione di una società più sana*” {SWD(2018) 126 final}; nel Parere del Comitato europeo delle regioni – “*La digitalizzazione del settore sanitario* (2019/C 168/05)”; nella Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su “*rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro*” – *Verso una strategia globale e coordinata* (2020/2267(INI)); nel Parere del Comitato economico e sociale europeo “*Le trasformazioni industriali nel settore sanitario in un contesto di moltiplicazione delle crisi*” (C/2025/767).

<sup>34</sup> Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio del 13 giugno 2024 che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale e modifica i Regolamenti (CE) n. 300/2008, (UE) n. 167/2013, (UE) n. 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 e (UE) 2019/2144 e le direttive 2014/90/UE, (UE) 2016/797 e (UE) 2020/1828 (regolamento sull'intelligenza artificiale).

<sup>35</sup> Regolamento (UE) 2025/327 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 febbraio 2025, sullo spazio europeo dei dati sanitari e che modifica la Direttiva 2011/24/UE e il Regolamento (UE) 2024/2847.

<sup>36</sup> Cfr. l'art. 1 *AI Act*.

<sup>37</sup> Cfr. l'art. 4 *AI Act*.

Ebbene, ancorché la norma *de qua* non rechi espressa menzione dell'alfabetizzazione sanitaria digitale, la portata orizzontale dell'*AI Act* involge indubbiamente anche l'impiego di sistemi intelligenti in sanità. Alla stregua del "*risk-based approach*"<sup>38</sup> caratterizzante la categorizzazione dei sistemi IA, invero, essi trovano tendenziale collocazione nei "*sistemi ad alto rischio*"<sup>39</sup>, da ciò discendendo che il predetto obbligo di alfabetizzazione deve ritenersi riferibile, in ipotesi, anche al medico ed al relativo personale (nelle vesti di *deployer*<sup>40</sup>) oltre che al paziente quale "*persona che si occupa del funzionamento e dell'utilizzo dei sistemi di IA per loro conto*"<sup>41</sup> e fra i possibili "*attori della catena del valore dell'IA*"<sup>42</sup>.

Il secondo, invece, introducendo disposizioni, infrastrutture comuni e un quadro di *governance* al fine di facilitare l'accesso ai dati sanitari elettronici funzionale al loro uso primario e secondario<sup>43</sup>, interviene in tema riconoscendo in capo agli Stati membri il compito di promuovere e sostenere l'alfabetizzazione sanitaria digitale e lo sviluppo delle pertinenti competenze e abilità per i pazienti e per il "*pubblico in generale*" anche con riguardo all'accesso alle relative infrastrutture<sup>44</sup>.

---

<sup>38</sup> Alla sua stregua si distinguono quattro tipologie di sistemi di IA: quelli "vietati" (art. 5); quelli "ad alto rischio" (art. 6); quelli "a rischio limitato" rispetto alle esigenze di trasparenza (art. 50); tutti gli altri sistemi considerati "a rischio minimo".

<sup>39</sup> L'art. 6 suddivide i sistemi di IA ad alto rischio in due categorie: la prima, descritta al par. 1, riguarda i sistemi ricompresi nell'ambito applicativo di altre discipline europee di armonizzazione che ne subordinano la circolazione ad una preventiva valutazione di conformità da parte di terzi (allegato I); la seconda, descritta al par. 2, che individua i sistemi ad alto rischio i quali, sebbene privi delle condizioni di cui all'allegato I, rientrano nella categoria visto il loro "*rischio significativo di danno per la salute umana, la sicurezza o i diritti fondamentali delle persone fisiche*" (cfr. allegato III). Calando tale impostazione nel contesto sanitario, tra le normative di armonizzazione richiamate dall'allegato I, per esempio, si rinviene quella recata nel Regolamento 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017, relativo ai dispositivi medici (n. 11) e, dall'altro, l'allegato III comprende "*i sistemi di IA impiegati per valutare l'ammissibilità delle persone fisiche alle prestazioni e ai servizi di assistenza pubblica essenziali, compresi i servizi di assistenza sanitaria...*" (punto 5, lett. a) nonché quelli "*destinati a essere utilizzati per valutare e classificare le chiamate di emergenza effettuate da persone fisiche o per inviare servizi di emergenza di primo soccorso o per stabilire priorità in merito all'invio di tali servizi...*" (punto 5, lett. d).

<sup>40</sup> L'art. 3, par. 1, punto 4), *AI act* definisce il *deployer*: "*una persona fisica o giuridica, un'autorità pubblica, un'agenzia o un altro organismo che utilizza un sistema di IA sotto la propria autorità, tranne nel caso in cui il sistema di IA sia utilizzato nel corso di un'attività personale non professionale*".

<sup>41</sup> Cfr. nuovamente l'art. 4 *AI Act*. A tale proposito, si può immaginare a strumenti intelligenti di monitoraggio da remoto dei pazienti in grado di supportare i medici per la diagnosi precoce delle malattie.

<sup>42</sup> Cfr. il "*Considerando*" 20, *AI Act* ove si precisa che "*l'alfabetizzazione in materia di IA dovrebbe fornire a tutti i pertinenti attori della catena del valore dell'IA le conoscenze necessarie per garantire l'adeguata conformità e la sua corretta esecuzione*".

<sup>43</sup> Cfr. l'art. 1 del Regolamento *de quo*. Ai sensi dell'art. 2, par. 1, lett. d) ed e), invece, le locuzioni "uso primario" e "uso secondario" dei dati sanitari indicano, rispettivamente, il "*trattamento dei dati sanitari elettronici per la prestazione di assistenza sanitaria al fine di valutare, mantenere o ripristinare lo stato di salute della persona fisica cui si riferiscono tali dati...*" ed "*il trattamento dei dati sanitari elettronici per le finalità indicate al capo IV*" (cfr. art. 53) *del presente regolamento, che sono diverse dalle finalità iniziali per le quali tali dati sono stati raccolti o prodotti*".

<sup>44</sup> Cfr. l'art. 84 del Regolamento in esame collocato nel Capo V ("*Altre azioni*").

Questa previsione, ancorché non collocata in apertura all'articolato<sup>45</sup>, si caratterizza per un'interessante specificazione di tipo teleologico ove sottolinea che lo scopo dell'*e-health literacy* si sostanzia nell'educare *“in merito all'uso primario e all'uso secondario (...), tra cui i diritti che ne derivano, nonché ai vantaggi, ai rischi e ai potenziali miglioramenti per la scienza e la società (...).”*

In definitiva, dunque, alla luce delle recenti novità regolatorie di matrice unionale, appare quantomai chiaro, per la buona riuscita del modello *e-health*, il bisogno di implementare i processi di alfabetizzazione sanitaria digitale anche attraverso una strategia globale in materia capace di conferire organicità alle iniziative nazionali<sup>46</sup>.

#### 4. L'approccio nazionale in materia di e-health literacy e le sue criticità: alcune notazioni conclusive

Soprattutto nell'ultimo ventennio, in reazione alle piaghe prodotte dal *digital divide*, l'ordinamento italiano tenta di promuovere la diffusione fra la popolazione di competenze digitali, anche in sanità, attraverso la partecipazione a progetti internazionali<sup>47</sup> e ad una spinta regolatoria non indifferente.

Quanto a quest'ultima, al di là di iniziative di *soft law* comunque significative<sup>48</sup>, merita di essere menzionato, in primo luogo, il Codice dell'amministrazione digitale (CAD) alla stregua del quale lo Stato, le PA di cui all'art. 1, comma 2, d.lgs. n. 165/2001, i gestori di servizi pubblici, devono promuovere iniziative volte a favorire la diffusione della cultura digitale tra i cittadini con particolare riguardo ai minori e alle categorie a rischio di esclusione, *“anche al fine di favorire lo sviluppo di competenze di informatica giuridica e l'utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni con azioni specifiche e concrete, avvalendosi di un insieme di mezzi diversi, fra i quali il servizio radiotelevisivo”*<sup>49</sup>.

<sup>45</sup> Tuttavia, nell'art. 4, par. 5 (inserito nel Capo I sulle disposizioni generali e rubricato *“Servizi di accesso ai dati sanitari elettronici per le persone fisiche e i loro rappresentanti”*) è contenuto un riferimento espresso all'*e-health literacy* ove viene chiarito che *“I servizi di accesso ai dati sanitari elettronici e i servizi di delega sono facilmente accessibili alle persone con disabilità, ai gruppi vulnerabili e alle persone con scarsa alfabetizzazione digitale”*.

<sup>46</sup> Cfr. il report OMS *“The ongoing journey to commitment and transformation Digital health in the WHO European Region”* (2023), ove si sottolinea che *“only about half of Member States in the Region have developed policies for digital health literacy”*. Per una sintesi cfr. il *policy brief* dell'*Health action international* *“Alfabetizzazione digitale alla salute (digital health literacy): una pietra miliare per l'equità nella salute nell'unione europea”* (2024).

<sup>47</sup> A titolo esemplificativo si ricorda il progetto *“IC – Health: Migliorare l'alfabetizzazione sanitaria digitale in Europa”* al quale l'Italia ha partecipato assieme ad altri sette Stati UE.

<sup>48</sup> L'Italia ha lanciato la sua prima strategia orientata all'alfabetizzazione digitale nel luglio 2020, integrata da un piano operativo nel dicembre 2020. Sul punto, anche rispetto al diritto alla salute, si rinvia al documento AGID *“Competenze digitali per i cittadini: proposte operative”* (2020).

<sup>49</sup> Cfr. l'art. 8, d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82. La sua attuale formulazione è frutto di una novella occorsa nel 2016 ad opera della c.d. *“Riforma Madia”* (legge n. 124/2015). La norma *de qua* ha fatto

In secondo luogo, poi, ancora più di recente, si ricorda l'esercizio della delega contenuta nella legge 23 marzo 2023, n. 33<sup>50</sup> a mezzo del d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29<sup>51</sup> specificamente dedicato alle politiche in favore delle persone anziane e da collocare nella cornice del PNRR<sup>52</sup>.

Con esso si stabilisce che per garantire alle persone anziane *“la piena partecipazione civile e sociale”* il Dipartimento per la transizione digitale<sup>53</sup> promuove fino al 31 dicembre 2026, presso i punti di facilitazione digitale, attività di formazione delle competenze digitali degli anziani e di supporto degli stessi nell'utilizzo dei servizi amministrativi erogati in rete<sup>54</sup>.

Da ultimo, infine, nell'ambito della disciplina italiana in materia di IA, il Governo è stato chiamato ad adottare entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge uno o più d.lgs. per l'adeguamento della normativa nazionale all'*AI ACT* dovendo rispettare fra i vari criteri direttivi la *“previsione di percorsi di alfabetizzazione e formazione in materia di utilizzo dei sistemi di intelligenza artificiale”* nonché *“la previsione, da parte degli ordini professionali e delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative, (...), di percorsi di alfabetizzazione e formazione, per i professionisti e per gli operatori dello specifico settore (...)”*<sup>55</sup>.

Senonché, a fronte di tali previsioni, come *testé* anticipato, l'Italia continua a presentare livelli alfabetizzazione informatica fra i più bassi d'Europa.

Ciò, per esempio, emerge anche dalla sesta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione del PNRR (2025) e, segnatamente, dall'incapacità delle reti di facilitazione di *“catturare”* la componente, alquanto rilevante, di popolazione anziana<sup>56</sup>.

Allo stato, indi, la sinergia fra il SSN in evoluzione e i pazienti più anziani risulta ancora lontana con il paradosso per il quale all'accelerazione verso le nuove frontiere

---

registrare diverse modifiche, fra cui spiccano: l'estensione del novero dei soggetti passivi (l'obbligo *de quo* non grava più solo sullo Stato); la sostituzione della locuzione *“alfabetizzazione informatica”* con *“cultura informatica”*; il riferimento espresso ai *“minori”* ed alle *“competenze di informatica giuridica”*. Altrettanto nuovo, poi, risulta il richiamo al servizio radiotelevisivo.

<sup>50</sup> Recante *“Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*.

<sup>51</sup> Recante *“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”*.

<sup>52</sup> M1.C1. Investimento 1.7.

<sup>53</sup> I.e. la struttura della Presidenza del Consiglio dei ministri competente in materia di innovazione tecnologica e trasformazione digitale.

<sup>54</sup> Cfr. l'art. 19. Il successivo art. 20, peraltro, sancisce in apertura che *“Al fine di ridurre il divario digitale generazionale così da favorire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni attraverso l'uso delle tecnologie, le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione, (...), in coerenza con il PTOF, possono favorire la costruzione di percorsi formativi che promuovano nelle persone anziane l'acquisizione di conoscenze e di abilità sull'utilizzo di strumenti digitali”*.

<sup>55</sup> Cfr. l'art. 24, comma 2, lett. e) e f), legge 23 settembre 2025, n. 132 recante *“Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale”*.

<sup>56</sup> A fronte del dato confortante della partecipazione femminile (54%), la Relazione (pag. 289) dà conto di livelli adesivi decisamente più bassi fra gli adulti di età compresa fra i 55 e i 74 anni (33%) e, ancor di più, fra i pensionati (15%).

della sanità non sembra fare da *pendant* un processo formativo adeguato a beneficio degli utenti.

Tuttavia, proprio in considerazione della rapida e pervasiva diffusione tecnologica cui si assiste, tentare di invertire tale tendenza è vieppiù doveroso.

In questa prospettiva, un primo possibile correttivo potrebbe essere dato dall'inserimento fra i livelli essenziali di assistenza (LEA)<sup>57</sup> da garantire su tutto il territorio nazionale<sup>58</sup> delle prestazioni tese a promuovere l'*e-health literacy* dei pazienti.

Come evidenziato di recente dalla Corte costituzionale<sup>59</sup>, infatti, l'*"orizzonte concettuale dei LEP"* – di cui i LEA costituiscono specifica declinazione – deve rinvenirsi nel principio di eguaglianza, il quale trova il suo precipitato logico, nel contesto *e-health*, nel consentire a tutti (anziani compresi) di partecipare consapevolmente alla riforma delle dinamiche di cura.

Ad opinione chi scrive, tuttavia, all'inserimento nei LEA andrebbe altresì abbinato un intervento di più ampio respiro, capace di coinvolgere la Repubblica tutta nonché il tessuto sociale in un'ottica di sussidiarietà verticale e orizzontale<sup>60</sup>.

La diffusione dell'*e-health literacy* quale diritto sociale fondamentale, cioè, dovrebbe essere supportata da un approccio olistico nel quale far convergere gli sforzi del sistema educativo, di quello politico-amministrativo nonché di quello imprenditoriale<sup>61</sup>.

Al tempo della "cittadinanza digitale", infatti, il perdurare di eventuali lacune riguardo l'*e-health literacy* è indubbiamente suscettibile di cagionare un danno al benessere psico-fisico dei pazienti anziani, producendo distorsioni per la loro sfera giuridica tali da generarne una sorta di "apolidia digitale", ossia la rinuncia alla *partecipazione* attiva, democratica e consapevole alla vita della comunità politica e sociale veicolata dagli strumenti tecnologici<sup>62</sup>.

<sup>57</sup> Cfr. il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*. Questo all'art. 4, comma 2, lett. c), fa espressa menzione della prestazione relativa *"l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari"* di cui l'*e-health literacy* non costituisce altro che fisiologica evoluzione.

<sup>58</sup> *Ex art. 117, comma 2, lett. m), Cost.*

<sup>59</sup> Corte cost., 3 dicembre 2024, n. 194, punto 14 del *"considerato in diritto"*.

<sup>60</sup> Un intervento sistemico che involga i livelli analitici macro, meso e micro è invocato da M. ESPOSITO, S. PETROCCIA, *Invecchiamento, alfabetizzazione sanitaria e competenze digitali attraverso le Pandemie*, in *RTSA*, 1, 2025.

<sup>61</sup> A titolo esemplificativo si menzionano il parere della Commissione speciale del Consiglio di Stato, 23 marzo 2016, n. 785 e la sentenza del TAR Liguria, sez. I, 27 luglio 2020, n. 534. Nel primo, avente ad oggetto uno schema di d.lgs. recante modifiche al CAD, il Collegio ha avuto modo di sottolineare che l'obiettivo d'incentivare l'utilizzo della tecnologia digitale postula *"un linguaggio normativo più chiaro, poiché le norme (...) si rivolgono ad una collettività non sempre munita delle necessarie conoscenze tecnico-informatiche"*. Nella sentenza delibata dai giudici di *prime cure*, invece, relativamente all'esclusione di un operatore economico da una procedura aperta indetta da una ASL per la fornitura di microinfusori e sistemi di monitoraggio continuo per la terapia del diabete, il Collegio ha ritenuto che la richiesta della *lex specialis* di prevedere nell'offerta un sistema autosufficiente e come tale immediatamente fruibile (tramite la fornitura di uno *smartphone*) non fosse difforme dai canoni di logicità né da quelli del *favor participationis* visti i livelli, non sempre adeguati, di alfabetizzazione digitale dei pazienti.

<sup>62</sup> Sulla nozione di "cittadinanza digitale" *supra* note 9 e 10.

# Le “tutele attive” del mandato di protezione, delle banche del tempo e del *lifelong learning* a sostegno dell’invecchiamento attivo, dell’autodeterminazione e dell’inclusione sociale dell’anziano

Tanya Tiberi\*

**SOMMARIO:** 1. La necessità di “tutele attive” per il soggetto anziano. Considerazioni introduttive. – 2. Meglio prevenire che curare. Riflessioni in tema di mandato di protezione. – 3. Il tempo è denaro. Il fenomeno delle banche del tempo. – 4. Non si finisce mai di imparare, ovvero il *lifelong (and lifewide) learning*.

**ABSTRACT:** This paper aims to analyze three different “active” private law protections for the elderly, such as the protection mandate, time banks, and lifelong (and lifewide) learning.

## 1. La necessità di “tutele attive” per il soggetto anziano. Considerazioni introduttive

Il rapido invecchiamento demografico<sup>1</sup>, l’elevato numero di soggetti over 65 bisognosi di cure<sup>2</sup> ed il frequente analfabetismo digitale<sup>3</sup> in età senile mostrano quanto sia oggi opportuno abbandonare la tradizionale logica di paternalistica protezione in favore di tutele e servizi di *welfare* maggiormente improntati sull’invecchiamento attivo<sup>4</sup> e sull’autodeterminazione dell’anziano<sup>5</sup>.

Nel contesto nazionale, questo radicale quanto necessario mutamento di prospettiva

---

\* Dottoranda di ricerca in Diritto privato, Università degli Studi di Macerata.

<sup>1</sup> Secondo quanto evidenziato dal Rapporto annuale 2024 dell’Istat, 11-12, i residenti di 65 anni e più sono oggi “14 milioni 358 mila (+ 5,1 punti percentuali rispetto al 2004). Di essi, oltre la metà ha almeno 75 anni: 7 milioni 439 mila, con un aumento di 3,8 punti percentuali in venti anni”.

<sup>2</sup> Già il Report 2019 *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia* dell’Istat, 3 mostra che il 43,2% degli anziani di 65 anni e più dichiara almeno una patologia grave.

<sup>3</sup> Nel Report 2023 *Cittadini e ICT* dell’Istat, 1 emerge, infatti, che la quota di individui aventi competenze digitali di base decresce rapidamente con l’avanzare età fino ad arrivare “al 42,2% tra i 55-59enni e attestarsi al 19,3% tra le persone di 65-74 anni”.

<sup>4</sup> WHO, *Active aging a policy framework*, 2002, 12 ss.

<sup>5</sup> Le dicotomie “autonomia-paternalismo” e “individuo-società” sono, in particolare, esaminate da C. IRTI, *La persona anziana tra famiglia e società. Problematiche di diritto civile*, Pacini Giuridica, Pisa, 2023, 14-15.



è evidenziato sia dal d.lgs. 3 maggio 2024, n. 62, per quanto concerne i soggetti (anche anziani) con disabilità<sup>6</sup>, sia dal d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29, in riferimento all'anziano (anche non autosufficiente)<sup>7</sup>.

Il c.d. “decreto-disabilità” presenta, infatti, tra le proprie finalità quella di “rimuovere gli ostacoli ed attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti” (art. 1, comma 1); esso mira, inoltre, a garantire “l’effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei supporti, dei benefici e delle agevolazioni, anche attraverso il ricorso all’accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione” (art. 1, comma 2). Al contempo, il c.d. “decreto-anziani” reca “disposizioni volte a promuovere la dignità e l’autonomia, l’inclusione sociale, l’invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana” (art. 1).

In tale scenario, fondamentale è, dunque, il ruolo assunto dal diritto privato, quale branca del diritto volta a regolare i rapporti giuridici tra i soggetti privati e destinata, di conseguenza, ad orientare l’operato di individui, famiglie, professionisti, enti di formazione ed associazioni di categoria alla scelta di “tutele attive” che valorizzino la persona dell’anziano.

Alquanto rilevante nell’individuazione di tali tutele, è, peraltro, la comparazione con altri ordinamenti<sup>8</sup>. Conoscere le soluzioni elaborate in Paesi diversi dal proprio consente, infatti, di riflettere sulla relatività delle singole scelte e di valutare l’opportunità di introdurre o meno nel proprio sistema giuridico istituti già vigenti altrove, laddove maggiormente improntati sulla partecipazione e sull’attuazione delle volontà dei soggetti *senior*.

Efficace per una più ampia realizzazione di “tutele attive” è, inoltre, la sinergia tra settore privato e pubblico. In particolare, se quest’ultimo appresta “le strutture

---

<sup>6</sup> L’art. 2 del decreto definisce, in particolare, la condizione di disabilità come “una duratura compromissione fisica, mentale, intellettuale, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri” e la persona con disabilità come la “persona definita dall’art. 3, comma 1, legge 5 febbraio 1992, n. 104, come modificato dal presente decreto” ossia come “chi presenta durature compromissioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri, accertate all’esito della valutazione di base”.

<sup>7</sup> L’art. 2 del decreto definisce, in particolare, la persona anziana come “la persona che ha compiuto 65 anni”, la persona grande anziana come “la persona che ha compiuto 80 anni” e la persona anziana non autosufficiente come “la persona anziana che, anche in considerazione dell’età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell’autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale (...)”. Per un approfondimento sul “decreto-anziani” v. L. VAGNI, S. MARIANI (a cura di), *Persone, comunità e territori. La promozione dell’invecchiamento attivo nel d. lgs n. 29 del 2024*, Eum, Macerata, 2024.

<sup>8</sup> Sullo studio comparato degli ordinamenti cfr. G. ALPA (a cura di), *Il giudice e l’uso delle sentenze straniere. Modalità e tecniche della comparazione giuridica*, Giuffrè, Milano, 2006, 33 ss.

e i servizi sociali al fine di consentire all’interesse privato la sua libera ed effettiva attuazione”<sup>9</sup>, il primo non può limitarsi alla cura arbitraria dell’interesse dei singoli, in contrasto con i valori pubblicistici<sup>10</sup>. Secondo il principio di sussidiarietà orizzontale di cui all’art. 118, comma 4, Cost., il soggetto privato in grado di svolgere un’attività di interesse generale deve, poi, esser favorito dagli enti pubblici territoriali, realizzandosi in tal modo un impiego ottimale delle risorse, nonché una maggiore e consapevole partecipazione sociale da parte dei cittadini.

Effettuate le opportune premesse ed entrando nel merito delle singole “tutele attive”, il presente contributo mira, segnatamente, ad analizzare quelle rappresentate dal mandato di protezione, dalle banche del tempo e dal *lifelong (and lifewide) learning*.

## 2. Meglio prevenire che curare. Riflessioni in tema di mandato di protezione

Meglio prevenire che curare. Non così per il legislatore italiano che, con gli istituti dell’interdizione (art. 414 c.c.), inabilitazione (art. 415 c.c.) e amministrazione di sostegno (artt. 404 ss. c.c.), appare aver seguito una logica opposta, improntata su tutele successive all’infermità, giudiziali e (più o meno) limitative della capacità di agire della persona<sup>11</sup>, spesso, ancorché non necessariamente, anziana<sup>12</sup>.

Come, infatti, noto, in condizioni di abituale infermità mentale tali da rendere il soggetto maggiorenne incapace di provvedere ai propri interessi e ove ciò sia necessario per assicurargli adeguata tutela, il Tribunale, su richiesta dei soggetti indicati dall’art. 417 c.c., provvede con apposita sentenza a pronunciare l’interdizione<sup>13</sup> ed il giudice tutelare nomina con decreto un tutore, avente il compito di rappresentare, ossia sostituire<sup>14</sup>, l’interdetto nel compimento di tutti gli atti giuridici<sup>15</sup>.

<sup>9</sup> Così P. PERLINGIERI, *Il diritto civile nella legalità costituzionale secondo il sistema italo-europeo delle fonti*, IV ed., tomo I, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2020, 143.

<sup>10</sup> P. PERLINGIERI, *Profili del diritto civile*, III ed., Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1994, 55.

<sup>11</sup> Per un approfondimento su tali misure v. C.M. CASCIONE, *Il lato grigio del diritto. Invecchiamento della popolazione e tutela degli anziani in prospettiva comparatistica*, Giappichelli, Torino, 2021, 100 ss.

<sup>12</sup> Aspetto, questo, sottolineato anche da P. FRANZINA, F. ALBI, *L’autodeterminazione della persona anziana*, in A. FUSARO, M. PICCINNI (a cura di), *Un diritto gentile per la persona anziana*, Pacini Giuridica, Pisa, 2023, 58. La sola età avanzata non è, peraltro, da sola sufficiente all’attivazione di tali misure; in riferimento all’amministrazione di sostegno, v. in particolare Trib. Modena, sez. II, 16 marzo 2018, in *Dir. fam e pers.*, 4, 2018, 1375 ss.

<sup>13</sup> Sul punto, v. L. BRUSCUGLIA, *L’interdizione per infermità di mente*, Giuffrè, Milano, 1983; G. LISELLA, *Interdizione giudiziale e tutela della persona*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 1984; A. VENCHIARUTTI, *La protezione civilistica dell’incapace*, Giuffrè, Milano, 1995.

<sup>14</sup> Ad un vero e proprio *substitute decision making* si riferisce M.G. BERNARDINI, *Disabilità, giustizia, diritto. Itinerari di filosofia del diritto e Disability Studies*, Giappichelli, Torino, 2016, 225-236.

<sup>15</sup> L’art. 427, comma 1, c.c. dispone, tuttavia, che “nella sentenza che pronuncia l’interdizione o l’inabilitazione, o in successivi provvedimenti dell’autorità giudiziaria, può stabilirsi che taluni atti di

In condizioni di infermità mentale non talmente gravi da far luogo all'interdizione, ovvero in casi di prodigalità, abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti che espongano il soggetto maggiore di età o la sua famiglia a gravi pregiudizi economici o, ancora, in ipotesi di sordità e cecità dalla nascita accompagnate da un'educazione insufficiente, il Tribunale adito dai soggetti di cui all'art. 417 c.c. può pronunciare, sempre con sentenza, l'inabilitazione, provvedendo poi il giudice tutelare a nominare con decreto un curatore<sup>16</sup>; diversamente dal tutore dell'interdetto, il curatore dell'inabilitato deve assistere, ossia affiancare, l'inabilitato nel compimento dei soli atti di straordinaria amministrazione<sup>17</sup>.

Infine, in condizioni di infermità ovvero in caso di menomazione fisica o psichica in grado di gettare la persona nell'impossibilità – anche parziale o temporanea – di provvedere ai propri interessi, il giudice tutelare, su richiesta dei soggetti di cui all'art. 406 c.c., può provvedere all'apertura dell'amministrazione di sostegno e alla nomina di un amministratore con decreto motivato immediatamente esecutivo<sup>18</sup>; tra gli altri elementi di cui all'art. 405, comma 5, c.c., il decreto contiene l'indicazione degli atti che l'amministratore di sostegno ha il potere di compiere in nome e per conto del beneficiario, nonché degli atti che quest'ultimo può compiere solo con l'assistenza del primo, restando inalterata per tutti gli altri atti la capacità di agire del beneficiario medesimo<sup>19</sup>.

Sebbene tale quadro di tutele sia rimasto inalterato a seguito dell'entrata in vigore, il 15 marzo 2009, della legge 3 marzo 2009, n. 18 con cui l'Italia ha ratificato la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, alcuni problemi appaiono, invero, porsi in riferimento alla compatibilità dello stesso con quanto previsto negli artt. 1, 2 e 12 della suddetta Convenzione<sup>20</sup>.

---

ordinaria amministrazione possano essere compiuti dall'interdetto senza l'intervento ovvero con l'assistenza del tutore, o che taluni atti eccedenti l'ordinaria amministrazione possano essere compiuti dall'inabilitato senza l'assistenza del curatore". Sull'inammissibilità della rappresentanza del tutore nei c.d. atti personalissimi v. poi Cass. civ., sez. I, 21 luglio 2000, n. 9582.

<sup>16</sup> Recentemente, S. VICIANI, *Le tutele civilistiche dei soggetti vulnerabili per disabilità psichica*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2024, 52 ss.

<sup>17</sup> Salvo quanto anche qui previsto dall'art. 427, comma 1, c.c.

<sup>18</sup> Invero, ai sensi dell'art. 408 c.c. l'amministratore di sostegno può essere "designato dallo stesso interessato, in previsione della propria eventuale futura incapacità, mediante atto pubblico o scrittura privata autenticata"; anche nei casi di designazione, la nomina dell'amministratore è, tuttavia, sempre effettuata dal giudice tutelare. In tema di amministrazione di sostegno, la letteratura è, peraltro, vastissima. Per tutti, v. P. CENDON, *La nuova protezione*, in P. CENDON, R. ROSSI (a cura di), *Amministrazione di sostegno*, Utet giuridica, Torino, 2009.

<sup>19</sup> M. TAMPONI, *Nel diritto della terza età. Le rughe tra giudizio e pregiudizio*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2021, 96 evidenzia, infatti, che "questo istituto di nuovo conio è ispirato al principio della minor limitazione possibile per l'autonomia del beneficiario: gli è conservata la capacità di agire per tutti gli atti che non richiedono la rappresentanza esclusiva o l'assistenza dell'amministratore. L'antica prospettiva è sovvertita in radice. Alla diffusa incapacità conseguente alla sentenza di interdizione è sostituita una situazione di generalizzata capacità, salvo che per gli atti espressamente individuati nel decreto del giudice tutelare".

<sup>20</sup> L'art. 1 dispone che lo scopo della Convenzione è quello di "promuovere, proteggere e garantire

Il passaggio dall'infermità mentale al più ampio concetto di disabilità, nonché l'abbandono del binomio infermità/incapacità in favore di soluzioni volte ad assicurare l'effettivo riconoscimento ed esercizio della capacità d'agire della persona disabile attraverso un sostegno anche volontario o di fatto hanno, in particolare, riaperto il dibattito sull'abolizione dalla legislazione vigente degli istituti dell'interdizione e dell'inabilitazione ed aperto la questione dell'apposizione di correttivi all'istituto dell'amministrazione di sostegno<sup>21</sup>.

L'idea di superare l'interdizione e l'inabilitazione nonché di rivisitare l'amministrazione di sostegno appare, peraltro, esser stata recentemente accolta anche dal legislatore, come risulta dall'art. 17 della recentissima legge 10 novembre 2025, n. 167<sup>22</sup>.

---

il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità". L'art. 2 definisce, da un lato, la discriminazione fondata sulla disabilità come "qualsivoglia distinzione, esclusione o restrizione sulla base della disabilità che abbia lo scopo o l'effetto di pregiudicare o annullare il riconoscimento, il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali in campo politico, economico, sociale, culturale, civile o in qualsiasi altro campo(...)" e, dall'altro, l'accomodamento ragionevole come "le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati (...) adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali". L'art. 12, dopo aver sancito il diritto delle persone con disabilità al riconoscimento in ogni luogo della loro personalità giuridica, dispone l'obbligo degli Stati Parti di riconoscere il godimento della capacità giuridica in capo alle persone con disabilità e di assicurare che le misure relative all'esercizio della stessa "rispettino i diritti, la volontà e le preferenze della persona, siano scevre da ogni conflitto di interesse e da ogni influenza indebita, siano proporzionate e adatte alle condizioni della persona, siano applicate per il più breve tempo possibile, siano soggette a periodica revisione da parte di una autorità competente, indipendente ed imparziale o di un organo giudiziario", siano "proporzionate al grado in cui le suddette misure incidono sui diritti e sugli interessi delle persone" e siano "adeguate ed efficaci per garantire l'uguale diritto delle persone con disabilità alla proprietà o ad ereditarla, al controllo dei propri affari finanziari e ad avere pari accesso a prestiti bancari, mutui e altre forme di credito finanziario". Fondamentali, sul punto, V. BARBA, *Persone con disabilità e capacità. Art. 12 della Convenzione sui diritti delle Persone con Disabilità e diritto civile italiano*, in *Rass. dir. civ.*, 2, 2021, 419 ss.; M.G. BERNARDINI, *La capacità vulnerabile*, Jovene, Napoli, 2021.

<sup>21</sup> In tema v. anche E.W. DI MAURO, *L'amministrazione di sostegno e l'interesse "preferito" della persona con disabilità*, in *Actualidad Juridica Iberoamericana*, 17-bis, 2022, spec. 1831 ss.

<sup>22</sup> Il comma 1 di tale articolo prevede, infatti, che "il Governo è delegato ad adottare, entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, uno o più decreti legislativi per il riordino e la semplificazione degli istituti dell'interdizione, dell'inabilitazione, dell'amministrazione di sostegno e dei relativi procedimenti nel rispetto dei principi e criteri direttivi generali di cui all'articolo 2, nonché dei seguenti principi e criteri direttivi specifici: a) revisione dell'interdizione e dell'inabilitazione, per il graduale superamento dei predetti istituti, con conseguente rimodulazione dell'amministrazione di sostegno in favore di misure di protezione giuridica che assicurino al beneficiario adeguata tutela nei casi di assente o limitata capacità di autodeterminarsi, di attendere alle ordinarie occupazioni e di provvedere ai propri interessi, con attribuzione all'amministratore di sostegno di poteri graduati e proporzionati alla condizione del beneficiario, assicurando adeguati poteri di verifica e di controllo in capo al giudice; b) sulla base dei criteri di graduazione fissati ai sensi della lettera a), semplificazione degli adempimenti conseguenti alle misure di protezione giuridica e previsione della rendicontazione in ragione delle specifiche esigenze di tutela del patrimonio del beneficiario e della sua condizione personale; c) modifica, in coerenza con le misure adottate in attuazione

La comparazione con altri ordinamenti – tra cui quello spagnolo, francese, tedesco e belga<sup>23</sup> – suggerirebbe, inoltre, di introdurre anche in Italia l'istituto del mandato di protezione, inteso come “mandato conferito dal mandante al mandatario per il tempo in cui il mandante non sarà più in grado di occuparsi personalmente della gestione dei propri affari”<sup>24</sup>.

La scelta del mandatario ritenuto più consono a prendersi cura della propria persona e a gestire il proprio patrimonio, così come la possibilità di prevedere il contenuto, la vigilanza e le modalità di espletamento del sostegno parrebbero, peraltro, porsi in piena armonia con la già citata Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità.

Avendo natura negoziale, il mandato di protezione futura sarebbe, altresì, idoneo a ridurre l'ampia mole dei procedimenti innanzi al giudice tutelare<sup>25</sup>.

Lungi dal presentare soli vantaggi, studiosi ed operatori di diritto hanno sottolineato anche alcune criticità connesse a tale misura<sup>26</sup>, tra cui: i. l'impossibilità di prevedere la tutela più adatta per una incapacità non ancora verificatasi; ii. il problematico accertamento dell'incapacità e, dunque, dell'entrata in funzione del mandato; iii. la previsione di cui all'art. 1722 c.c.; iv. il pericolo che il mandatario eroda o, al contrario, gestisca con eccessiva parsimonia il patrimonio del mandante; v. l'insorgere di possibili liti e divergenze di visioni tra il mandante e il mandatario; vi. l'assenza di un soggetto, quale il giudice tutelare, pronto a ridisegnare e rimodulare la misura in caso di esigenze sopravvenute.

Come, tuttavia, affermato da alcuni autori<sup>27</sup> tali criticità appaiono superabili prevedendo, nell'ordine dei problemi *testé* seguito: i. la disciplina di più ipotesi di disabilità; ii. la verifica circa l'esistenza delle stesse da parte di un collegio medico

---

della lettera a), degli istituti che dettano una disciplina specifica in presenza di una dichiarazione di inabilitazione o di interdizione; d) previsione di una disciplina transitoria che assicuri la gradualità nell'attuazione delle disposizioni adottate ai sensi della lettera a) rispetto alle misure di protezione adottate alla data di entrata in vigore della nuova disciplina; e) riordino, adeguamento e rafforzamento delle sanzioni, anche penali, per le condotte contrarie al mandato o all'interesse del beneficiario tenute dai soggetti nominati nell'ambito delle misure di protezione giuridica per la sua tutela e protezione”.

<sup>23</sup> Una disamina più approfondita delle soluzioni “privatistiche” elaborate in tali Paesi è offerta dalle schede a cura di B.M. Ratti di Desio Levi (Spagna), M. Laffranchi (Francia), D. Riva (Germania) e A. Teti (Belgio), consultabili in Federnotizie al link <https://www.federnotizie.it/il-mandato-in-vista-della-futura-incapacita-convegno-online-14-maggio-2021/>.

<sup>24</sup> Così R. LENZI, C. MICHI, *Il mandato di protezione tra diritto vigente e prospettive di riforma*, Studio n. 114-2023/C del Consiglio Nazionale del Notariato, approvato dalla Commissione Studi Civilistici il 3 luglio 2024 e dal Consiglio Nazionale del Notariato nella seduta del 21 e 22 novembre 2024, 20.

<sup>25</sup> V. M. GIROLAMI, *La scelta negoziale nella protezione degli adulti vulnerabili*, in *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., 233.

<sup>26</sup> La tematica del mandato di protezione, dei suoi vantaggi e delle criticità riscontrate anche nelle esperienze degli altri paesi, è, in particolare, sviluppata da K. FIORENZA, *La protezione degli adulti vulnerabili. Modelli giuridici a confronto*, Giappichelli, Torino, 2025, 31 ss.; S. VICIANI, *op. cit.*, 133 ss.; R. LENZI, C. MICHI, *op. cit.*, 10 ss.

<sup>27</sup> R. LENZI, C. MICHI, *op. cit.*, 21 ss.

con un apposito verbale unitamente all'accertamento da parte del guardiano; iii. l'irrelevanza dell'incapacità naturale quale causa di estinzione del mandato e la derogabilità dell'art. 1722, comma 1, n. 4, c.c.; iv. la nomina di un guardiano; v. l'attribuzione al guardiano di un potere di revoca precauzionale o di sostituzione del mandatario; vi. l'apposizione di un termine finale di efficacia, decorso il quale il mandante, che non si trovi ancora in situazione di disabilità, possa riformulare la tutela.

Alla luce di tali correttivi, non sembrerebbero, dunque, sussistere particolari ragioni contrarie all'introduzione del mandato di protezione futura anche nel nostro ordinamento<sup>28</sup>. L'assenza di una norma circa l'efficacia delle procure generali in caso di sopravvenuta incapacità naturale del soggetto<sup>29</sup> e la circoscritta applicazione delle DAT all'ambito sanitario<sup>30</sup> suggerirebbero, al contrario, un auspicabile intervento di apertura a tale misura da parte del legislatore.

### 3. Il tempo è denaro. Il fenomeno delle banche del tempo

Il tempo è denaro. Oltre a rappresentare un diffuso detto popolare, quello appena indicato si rivela essere la logica portante del rivoluzionario sistema delle banche del tempo.

Al contrario dei tradizionali istituti di credito, in cui le transazioni avvengono in denaro, nelle banche del tempo lo scambio di diverse attività e di vari saperi da parte dei correntisti, misurato appunto in tempo, azzerà qualsivoglia transazione economica<sup>31</sup>.

Collocandosi al di fuori del mercato ed andando oltre le regole dello stesso<sup>32</sup> in una rinnovata *sharing economy*<sup>33</sup>, tali banche, oltre ad esser giuridicamente inquadrabili tra

---

<sup>28</sup> In tema, interessante proposta di legge è stata avanzata dalla Federazione dei Notai italiani di inserire — nel libro primo, titolo XII del codice civile — un capo III appositamente dedicato a tale misura, la cui disciplina risulterebbe contenuta nei nuovi artt. 432-*bis*-432-*sexies* c.c. È possibile consultare il testo della proposta al link [https://www.federnotizie.it/wp-content/uploads/2022/05/Istituzione\\_del\\_mandato\\_di\\_protezione\\_PROPOSTA-NORMATIVA\\_Bologna\\_20\\_maggio\\_2022.pdf](https://www.federnotizie.it/wp-content/uploads/2022/05/Istituzione_del_mandato_di_protezione_PROPOSTA-NORMATIVA_Bologna_20_maggio_2022.pdf).

<sup>29</sup> V. M. GIROLAMI, *La procura degli incapaci*, in *Riv. dir. civ.*, 2019, 1388 ss.

<sup>30</sup> Cfr. L. LENTI, *Tra sostegno e rappresentanza: il ruolo del fiduciario*, in *Un diritto gentile per la persona anziana*, cit., 129 ss.

<sup>31</sup> Sulla definizione, v., in particolare, Associazione nazionale delle banche del tempo, *Cosa sono le banche del tempo?*, consultabile al link <https://www.associazionenazionalebdt.it/cosa-sono-le-banche-del-tempo/>.

<sup>32</sup> In tema, cfr. N. IRTI, *L'ordine giuridico del mercato*, Laterza, Roma-Bari, 1998, *passim*.

<sup>33</sup> Per un approfondimento sull'argomento si veda, tra gli altri, D. DI SABATO, A. LEPORE (a cura di), *Sharing economy. Profili giuridici*, Edizioni Scientifiche italiane, Napoli, 2018, *passim*. Sul rapporto tra *sharing economy* e sostenibilità, cfr. C. ABATANGELO e G. MARCHETTI (a cura di), *Le sfide per una sharing economy sostenibile. Un dialogo tra Italia e Francia*, Pacini Giuridica, Pisa, 2023, *passim*.

gli Enti del Terzo Settore di cui al d.lgs. 3 luglio 2017, n. 117<sup>34</sup>, riescono ad operare in quegli spazi non raggiunti dalle moderne famiglie nucleari, dai servizi sociali e dal volontariato; il tutto, attraverso un apporto “attivo” offerto anche e soprattutto da correntisti in pensione ed anziani autosufficienti<sup>35</sup>, che, in tal modo, riescono a mostrarsi non solo e non tanto come portatori di bisogni, ma piuttosto quale vera e propria risorsa per sé e per gli altri.

La solitudine spesso correlata alla senilità, il declino demografico e la conseguente crisi di un sistema di *welfare* modellato sul paternalismo istituzionale<sup>36</sup>, nonché lo squilibrio ontologicamente connesso al dono nel volontariato non trovano, infatti, spazio nella realtà costituita dalle banche del tempo. Ogni partecipante è infatti inserito e chiamato ad integrare altri soggetti in un più ampio sistema di relazioni, fondate non sul dono senza alcun contraccambio, bensì sulla reciprocità<sup>37</sup>.

Quella delle banche del tempo costituisce, peraltro, una realtà in grado di affiancare le istituzioni nei più vari ambiti<sup>38</sup>, contribuendo, in tal modo, all’attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale e ad abbassare la spesa pubblica.

Sotto quest’ultimo profilo, lo stesso art. 27, legge 8 marzo 2000, n. 53 statuisce al comma 1 che “gli enti locali possono sostenere e promuovere la costituzione di associazioni denominate banche dei tempi” allo scopo di “favorire lo scambio di

<sup>34</sup> A tal fine, l’art. 4 del Codice del Terzo settore specifica che sono enti del Terzo settore “le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, gli enti filantropici, le imprese sociali, incluse le cooperative sociali, le reti associative, le società di mutuo soccorso, le associazioni, riconosciute o non riconosciute, le fondazioni e gli altri enti di carattere privato diversi dalle società costituiti per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale mediante lo svolgimento, in via esclusiva o principale, di una o più attività di interesse generale in forma di azione volontaria o di erogazione gratuita di denaro, beni o servizi, o di mutualità o di produzione o scambio di beni o servizi, ed iscritti nel registro unico nazionale del Terzo settore”.

<sup>35</sup> Sul punto, A. LUNETTA, *Profilo degli iscritti, in Banca del tempo. La grande rete che pratica economia delle relazioni e della condivisione*, Altra Economia, Milano, 2017, 109, evidenzia che “per quanto attiene la composizione anagrafica, la maggioranza degli iscritti è rappresentata dagli over 70 (38%), tra i 55-70 anni (28%), tra i 35-55 anni (25%) 18-35 anni (6%) meno di 18 anni (3%). (...). Sotto il profilo occupazionale la maggioranza compositiva delle BdT è rappresentata dalle casalinghe (24%), dai pensionati/e (32%), dai dipendenti del pubblico e del privato (7%), liberi professionisti (7%), studenti (3%), occupati di vario genere (14%) e dai disoccupati/e o inoccupati (13%)”.

<sup>36</sup> V. FILÌ, *Quale sostenibilità per la longevità?*, ADAPT University Press, Bergamo, 2022, IX ss.

<sup>37</sup> P. CACCIARI, *Il tempo condiviso nell’economia del buon vivere comune*, in *Banca del tempo. La grande rete che pratica economia delle relazioni e della condivisione*, cit., 9.

<sup>38</sup> In Percorsi di Secondo Welfare, “*Le Banche del Tempo: reti di socialità e reciprocità per migliorare la qualità della vita*”, consultabile al link <https://www.secondowelfare.it/terzo-settore/banche-del-tempo/>, si sottolinea, in particolare, che “una siffatta *partnership* tra pubblico e privato deve tuttavia fondarsi su due principi fondamentali. Infatti, così come i poteri pubblici non devono mutare l’indipendenza e l’originalità di queste forme di auto-organizzazione, allo stesso modo le BdT non devono sostituirsi alla P.A. nell’esercizio delle sue funzioni, ma solo affiancarsi, in relazione alla difficoltà degli Enti locali di rispondere a pieno ai bisogni dei propri cittadini, e offrire strumenti utili ad un miglior perseguimento dell’interesse di quella parte della collettività spesso volte trascurata, come gli anziani, i giovani e le donne”.

servizi di vicinato, facilitare l'utilizzo dei servizi della città e il rapporto con le pubbliche amministrazioni, favorire l'estensione della solidarietà nelle comunità locali ed incentivare le iniziative di singoli e gruppi di cittadini, associazioni, organizzazioni ed enti che intendano scambiare parte del proprio tempo per impieghi di reciproca solidarietà e interesse". Per favorire e sostenere tali banche, il secondo comma del summenzionato art. 27 prevede, inoltre, che gli enti locali possano, da un lato, "disporre a loro favore l'utilizzo di locali e di servizi e organizzare attività di promozione, formazione e informazione" e, dall'altro, aderirvi e stipulare con esse "accordi che prevedano scambi di tempo da destinare a prestazioni di mutuo aiuto a favore di singoli cittadini o della comunità locale" in modo compatibile con gli scopi statuari delle banche e senza che ciò costituisca modalità di esercizio delle attività istituzionali degli enti locali.

Malgrado l'iniziativa e la tutela da parte degli enti locali incentivate dalla legge, la consistente riduzione delle risorse, nonché la carenza di strutture e mezzi pubblici vissute dagli stessi, hanno, tuttavia, portato alla nascita di molte banche del tempo ad opera di gruppi di cittadini, per lo più organizzati secondo la forma delle associazioni di promozione sociale<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> L'art. 35 del Codice del terzo settore definisce, in particolare, le associazioni di promozione sociale quali "enti del Terzo settore costituiti in forma di associazione, riconosciuta o non riconosciuta, da un numero non inferiore a sette persone fisiche o a tre associazioni di promozione sociale per lo svolgimento in favore dei propri associati, di loro familiari o di terzi di una o più attività di cui all'articolo 5, avvalendosi in modo prevalente dell'attività di volontariato dei propri associati o delle persone aderenti agli enti associati". Quanto alla disciplina, il successivo comma 1-*bis* del medesimo art. 35 dispone che "se successivamente alla costituzione il numero degli associati diviene inferiore a quello stabilito nel comma 1, esso deve essere integrato entro un anno, trascorso il quale l'associazione di promozione sociale è cancellata dal Registro unico nazionale del Terzo settore se non formula richiesta di iscrizione in un'altra sezione del medesimo. Il comma 2 esclude, inoltre dalle associazioni di promozione sociale "i circoli privati e le associazioni comunque denominate che dispongono limitazioni con riferimento alle condizioni economiche e discriminazioni di qualsiasi natura in relazione all'ammissione degli associati o prevedono il diritto di trasferimento, a qualsiasi titolo, della quota associativa o che, infine, collegano, in qualsiasi forma, la partecipazione sociale alla titolarità di azioni o quote di natura patrimoniale". Ancora, secondo il comma 3 "gli atti costitutivi delle associazioni di promozione sociale possono prevedere l'ammissione come associati di altri enti del Terzo settore o senza scopo di lucro, a condizione che il loro numero non sia superiore al cinquanta per cento del numero delle associazioni di promozione sociale", non trovando esso applicazione, secondo il dettato del comma 4, per "gli enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI che associano un numero non inferiore a cinquecento associazioni di promozione sociale". Il comma 5 statuisce, infine, che "la denominazione sociale deve contenere l'indicazione di associazione di promozione sociale o l'acronimo APS. L'indicazione di associazione di promozione sociale o l'acronimo APS, ovvero di parole o locuzioni equivalenti o ingannevoli, non può essere usata da soggetti diversi dalle associazioni di promozione sociale". Relativamente alle risorse dell'ente, l'art. 36 prevede, altresì, che "le associazioni di promozione sociale possono assumere lavoratori dipendenti o avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo o di altra natura, anche dei propri associati, fatto comunque salvo quanto disposto dall'articolo 17, comma 5, solo quando ciò sia necessario ai fini dello svolgimento dell'attività di interesse generale e al perseguimento delle finalità. In ogni caso, il numero dei lavoratori impiegati nell'attività non può essere superiore al cinquanta per cento del numero dei volontari o al venti per cento del numero degli associati, fermo restando il rispetto di quanto disposto dall'articolo 35, comma



Non mancano tuttavia anche interventi virtuosi provenienti dal settore pubblico, tra cui quello dello “sviluppo di una rete regionale delle Banche del tempo” di cui all’art. 48 della legger reg. 24 dicembre 2008, n. 31 del Lazio e quello dell’istituzione del registro regionale delle banche dei tempi e del coordinamento permanente delle associazioni banche dei tempi di cui all’art. 5.1, legge reg. 13 novembre 2001, n. 27 delle Marche<sup>40</sup>.

In tale frangente possono, altresì, ricondursi tutti quei casi di costituzione diretta di banche del tempo ad opera di enti locali e di stipula, da parte di questi ultimi, di convenzioni con banche del tempo già esistenti ed operanti<sup>41</sup>.

L’importantissimo ruolo assunto da tali innovativi istituti nella promozione e rafforzamento dell’invecchiamento attivo della popolazione ha, altresì, spinto alcune Regioni ad inserire esplicitamente gli stessi nelle proprie leggi sull’invecchiamento attivo, come accaduto con la legger reg. 9 aprile 2019, n. 17 del Piemonte, che, all’art. 12, comma 2, lett. h), comprende le banche del tempo nelle campagne e nei progetti di solidarietà sociale volti a realizzare l’impegno civico delle persone anziane, nonché con la legger reg. 28 gennaio 2019, n. 1 della Regione Marche, che, secondo quanto disposto dall’art. 8, “favorisce la partecipazione delle persone anziane alla vita della comunità, anche attraverso l’impegno civile nel volontariato, nell’associazionismo, compreso quello relativo alle banche dei tempi, nonché in ruoli di cittadinanza attiva”.

Oltre ad incentivare la partecipazione “attiva” della popolazione anziana alla vita di comunità, favorendo la nascita – anche attraverso l’aiuto del *web* – di vere e proprie *communities* “amicali”, intergenerazionali e basate sul *gift exchange*, le banche del tempo sembrano costituire, peraltro, un valido strumento per depositare e spendere la “moneta-tempo”, ottenuta dai *caregivers* non professionali attraverso la cura e l’assistenza di soggetti, spesso in età avanzata, non autosufficienti.

---

1, relativamente alla prevalenza dell’attività di volontariato degli associati o delle persone aderenti agli enti associati”.

<sup>40</sup> Sul punto, cfr. L. SALVEMINI, *L’applicazione della L. R. n. 31/2008 della Regione Lazio*, in *Banca del tempo. La grande rete che pratica economia delle relazioni e della condivisione*, cit., 86-87.

<sup>41</sup> Associazione nazionale delle banche del tempo, *Rapporti con le istituzioni. Quale sinergia tra le istituzioni e le banche del tempo in Italia?*, consultabile al link <https://www.associazionenazionalebdt.it/rapporti-con-le-istituzioni/> sottolinea in proposito che “attraverso un report ricavato nel 2009 dalle risposte di circa 120 banche del tempo italiane, laddove si parla fra le altre domande di adozione di una convenzione con l’ente locale, si evince che mediamente la convenzione è adottata solo nel 50 per cento dei casi (...). In altri paesi, (stiamo in questo periodo sviluppando relazioni con Spagna e Portogallo), questo tipo di associazioni vede una forte progettualità pubblico/privata: soprattutto la formazione degli operatori è vista come un momento qualificante nella vita dell’associazione”.

#### 4. Non si finisce mai di imparare, ovvero il *lifelong (and lifewide) learning*

Non si finisce mai di imparare.

In un una società, come quella attuale, caratterizzata dalla liquidità<sup>42</sup> e in un mondo sempre più globalizzato, tecnologico e segnato dal continuo mutamento<sup>43</sup>, far proseguire il proprio percorso di apprendimento per l'intero arco della vita si rivela non solo essenziale per sé stessi, ma altresì vantaggioso per la comunità circostante.

Se quello di educare anche gli adulti potrebbe sembrare un concetto sviluppatosi solo di recente, esso si rivela, invece, essere una pratica già diffusa nell'antica Grecia. È, però, tra il finire del Settecento e l'Ottocento che il concetto di educazione permanente inizia ad esser ampiamente accolto e a consolidarsi – fino al giorno d'oggi – attraverso specifiche pratiche educative pensate per il soggetto adulto<sup>44</sup>.

Dalla definizione di apprendimento permanente quale “ordine di idee, di esperienze e di realizzazioni, strettamente specifiche, e cioè l'educazione nella pienezza del suo concetto, nella totalità dei suoi aspetti e delle sue dimensioni, nella continuità ininterrotta del suo sviluppo, dai primi istanti dell'esistenza fino agli ultimi, e nell'articolazione intima organica dei suoi diversi momenti e delle sue fasi successive”<sup>45</sup> emerge, peraltro, anche una dimensione trasversale e complessiva, potendo esso avvenire in ogni ambito della vita (*lifewide*).

Nell'attuale scenario, caratterizzato da un numero di soggetti *senior* che solo in Italia supera i 14 milioni<sup>46</sup>, il tema del *lifelong (and lifewide) learning* è, peraltro, tornato in auge in riferimento alla promozione dell'invecchiamento attivo della popolazione.

Già prima del c.d. decreto-anziani, la maggior parte delle Regioni italiane mostra, infatti, un particolare interesse per la tematica, inserita in tutte le legislazioni regionali dedicate all'invecchiamento attivo<sup>47</sup>, che, in tal modo, riconoscono nell'educazione

<sup>42</sup> Z. BAUMAN, *Modernità liquida*, Roma-Bari, Laterza, 2011.

<sup>43</sup> Sul “dovunque” della globalizzazione, v. N. IRTI, *Il “dove” del diritto*, in A. PALMA, F. FASOLINO (a cura di), *Atti del convegno “Diritto senza tempo”. La terra e i diritti. Dialogo tra giuristi, Ravello (SA), 29-30 Ottobre 2021*, Giappichelli, Torino, 2023, spec. 29 ss. Sul complesso rapporto tra i “regimi tecnologici” ed il diritto, v. F. GAMBINO, *I regimi tecnologici e le ragioni del diritto*, in *Per Cesare Ruperto nel centesimo genetliaco. Studi*, Giuffrè, Milano, 2025, 311 ss. In tema di diritto e nuove tecnologie cfr. G. FINOCCHIARO, *Riflessioni su diritto e tecnica*, in *Il diritto dell'informazione e dell'informatica*, 2012, 4-5, 831-840; E. DAMIANI, *Trasformazione digitale ed evoluzione dell'interpretazione giuridica*, in *Tecnologie e diritto*, 2, 2021, 13 ss. Di diritto frammentato parlano, infine, A. FEBBRAJO, F. GAMBINO (a cura di), *Il diritto frammentato*, Giuffrè, Milano, 2013.

<sup>44</sup> Per un approfondimento sulla storia e sul concetto di *lifelong (and lifewide) learning* in ambito pedagogico, cfr. G. ALEANDRI, *Educazione permanente nella prospettiva del lifelong and lifewide learning*, Armando, Roma, 2011, 21 ss.

<sup>45</sup> P. LENGAND, *Introduzione all'educazione permanente*, Armando, Roma, 1976.

<sup>46</sup> V. il Rapporto annuale 2025 dell'Istat, 71.

<sup>47</sup> Così legge reg. 3 novembre 2009, n. 48 della Liguria (art. 3), legge reg. 27 settembre 2012, n.

e nella formazione lungo tutto l'arco della vita una modalità fondamentale per vivere da protagonisti la longevità.

Tra le attività formative maggiormente promosse rientrano, in particolare quelle delle Università della Terza età, la mutua formazione inter e intra generazionale e tra appartenenti a culture differenti, la trasmissione dei saperi alle nuove generazioni, le esperienze professionali acquisite, le metodologie didattiche tese a rispondere ai diversi interessi formativi delle nuove generazioni; la formazione, l'aggiornamento ed, infine, la riqualificazione continua di tutti coloro che operano, a vario titolo e anche con specifiche competenze professionali, nei confronti delle persone anziane.

A supporto di tali attività non è, peraltro, infrequente che le singole Regioni si impegnino a promuovere e sostenere finanziariamente protocolli operativi con le scuole di ogni ordine e grado.

Quali fini principali delle suddette attività vengono, infine, individuati non solo la riduzione del divario nell'accesso reale alle tecnologie, della disparità nell'acquisizione di risorse e conoscenze della rete informatica, nonché delle capacità necessarie a partecipare alla società dell'informazione, ma anche la promozione di stili di consumo intelligenti ed eco-compatibili, il perseguimento della sicurezza stradale e domestica, la facilitazione della comprensione del tempo presente in tutti i suoi aspetti attraverso la proposta di occasioni e strumenti di approfondimento culturale su diversi temi, la progettazione di percorsi di invecchiamento attivo, il sostegno a percorsi di formazione delle persone anziane che si occupano di accudire ed educare i nipoti, la promozione di azioni di contrasto alle dipendenze ed il sostegno alle capacità e alle competenze delle persone anziane in programmi di impegno sociale, in forme di sostegno e di accompagnamento a persone in disagio e in difficoltà.

Entrando nel merito del decreto anziani, l'art. 6, comma 2 inserisce tra le iniziative che le regioni e gli enti locali possono promuovere per favorire l'invecchiamento attivo tanto le attività condotte a favore delle persone anziane da parte di istituti di formazione, quanto le azioni volte a promuovere l'educazione finanziaria delle persone anziane, anche allo scopo di prevenire truffe a loro danno, senza neppure tralasciare le iniziative volte all'accrescimento della consapevolezza circa i corretti stili di vita e finalizzate al mantenimento di buone condizioni di salute.

Nel successivo art. 11 è, peraltro, previsto che "le università e le Istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica possono promuovere percorsi di approfondimento volti all'inclusione sociale e culturale delle persone anziane, nonché alla promozione del dialogo intergenerazionale e incentivano e sostengono, con

---

14 dell'Umbria (art. 4), legge reg. 14 novembre 2014, n. 22 del Friuli Venezia Giulia (art. 6), legge reg. 9 giugno 2016, n. 16 dell'Abruzzo (art. 5), legge reg. 8 agosto 2017, n. 23 del Veneto (art. 8), legge reg. 20 novembre 2017, n. 29 della Basilicata (art. 4), legge reg. 16 maggio 2018, n. 12 della Calabria (art. 7), legge reg. 12 febbraio 2018, n. 2 della Campania (art. 4), legge reg. 9 aprile 2019, n. 17 del Piemonte (art. 7), legge reg. 30 aprile 2019, n. 16 della Puglia (art. 6), la legge reg. 28 gennaio 2019, n. 1 delle Marche (art. 7) e la legge reg. 17 novembre 2021, n. 16 del Lazio (art. 4).

apposite misure, nel rispetto della loro autonomia organizzativa, i percorsi formativi per le persone anziane”.

Particolare attenzione è inoltre dedicata dall’art. 12 sia alla diffusione della cultura del movimento nella terza età” sia alla promozione dello sport “come strumento di prevenzione per migliorarne il benessere psico-fisico”. Alla promozione di piani di educazione assistita riguardo alle esigenze degli animali con cui vivono gli anziani è, invece, rivolto il successivo art. 13.

Apposito spazio è poi dedicato dall’art. 19 alle attività di formazione delle competenze digitali delle persone anziane e alle attività di supporto delle stesse nell’utilizzo dei servizi erogati in rete dalle pubbliche amministrazioni.

Al fine di ridurre il divario digitale generazionale, così da favorire il pieno accesso ai servizi e alle informazioni attraverso l’uso delle tecnologie, l’art. 20 prevede, infine, che “le istituzioni scolastiche del secondo ciclo di istruzione e di formazione, possono favorire la costruzione di percorsi formativi che promuovano nelle persone anziane l’acquisizione di conoscenze e di abilità sull’utilizzo di strumenti digitali”.

Uscendo dai confini nazionali, quello del *lifelong (and lifewide) learning* appare un percorso ormai tracciato anche a livello europeo ed internazionale, con numerosi interventi effettuati sul tema anche dalla Commissione e dal Parlamento europeo, nonché dall’UNESCO e dall’OCSE<sup>48</sup>.

Meglio prevenire che curare; il tempo è denaro; non si finisce mai di imparare. I tempi sembrano ormai maturi. Del resto, il segreto del buon invecchiamento passa anche da qui.

---

<sup>48</sup> Per un approfondimento sul punto, v. G. ALEANDRI, *op. cit.*, 107 ss.



# La sottorappresentazione degli anziani nelle sperimentazioni cliniche: possibili soluzioni per una questione ancora radicata

Rosa Signorella\*

**SOMMARIO:** 1. Introduzione: un dilemma anche giuridico. – 2. Cause e conseguenze. – 3. Le risposte del diritto. – 3.1. ... negli Stati Uniti. – 3.2. ... in Europa. – 3.3. Missione (in)compiuta. – 4. Quando la regolazione non basta: alcune proposte operative. – 4.1. Migliorare i dati: l'analisi disaggregata e sistemi di intelligenza artificiale. – 4.2. Ripensare i luoghi: i (*Remote Decentralized Clinical Trials* (DCT)). – 5. Valorizzare il controllore: il ruolo dei Comitati etici. – 6. Considerazioni finali.

**ABSTRACT:** The persistent underrepresentation of older adults in clinical trials constitutes a structural paradox within contemporary pharmaceutical research: those who represent the primary recipients of medicinal products are systematically excluded from the evidentiary processes that underpin their authorization. While this phenomenon is well documented in clinical and biomedical literature, its legal implications remain comparatively underexplored. This paper addresses the issue from a legal and regulatory perspective, framing the exclusion of older adults as a problem situated at the intersection of scientific methodology, regulatory design and fundamental rights protection. After reconstructing the main causes and consequences of age-based underrepresentation – ranging from methodological choices and clinical prudence to consent-related and organizational barriers – the analysis examines the adequacy of existing regulatory responses. Particular attention is devoted to international soft law instruments, U.S. policies and the European framework under Regulation (EU) No 536/2014, highlighting the persistent gap between formal commitments to representativeness and their practical implementation. The analysis shows that regulatory frameworks alone are insufficient to counter structurally embedded exclusionary practices. The paper therefore outlines complementary operational directions aimed at enhancing inclusiveness, while emphasizing that equitable and representative research design is a necessary condition for effective and rights-consistent healthcare in ageing societies.

## 1. Introduzione: un dilemma anche giuridico

Tra le pieghe complesse e meno esplorate della tutela del diritto alla salute, si annida un paradosso ben noto alla letteratura scientifica sebbene poco esplorato dal diritto: la sistematica sottorappresentazione degli anziani<sup>1</sup> nelle sperimentazioni

---

\* Dottoranda di ricerca in Diritto e Impresa, LUISS Guido Carli.

<sup>1</sup> Per la nozione di persona anziana si farà qui riferimento a quella utilizzata dal d.lgs. n. 29 del 15

cliniche. In altri termini, proprio coloro che costituiscono il principale bacino d'utenza dei trattamenti farmacologici risultano, paradossalmente, quasi assenti dalle sperimentazioni che ne determinano l'autorizzazione.

Per valutarne appieno la portata, è necessario inquadrare il fenomeno nel più ampio contesto del mutamento demografico in atto.

Secondo le più recenti proiezioni demografiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e delle Nazioni Unite, entro il 2070 la popolazione mondiale con età superiore ai 65 anni supererà i due miliardi di individui, arrivando a rappresentare oltre il 20% del totale globale<sup>2</sup>. Un analogo andamento si osserva in Italia, dove gli over 65 costituiscono già oggi più del 24% della popolazione, con una prospettiva di crescita che porterà tali soggetti ad essere tre volte più numerosi di quelli con meno di 15 anni entro il 2050, delineando uno dei tassi di invecchiamento più elevati in Europa<sup>3</sup>.

L'invecchiamento della popolazione si accompagna, com'è facilmente intuibile, a bisogni sanitari sempre più complessi, soprattutto in ragione della multimorbilità e dell'elevatissimo ricorso a trattamenti farmacologici.

Sul punto, risultano eloquenti gli ultimi dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) che mostrano come quasi il 98% degli ultrasessantacinquenni abbia ricevuto almeno una prescrizione farmaceutica nel 2019, con un consumo medio giornaliero pari a tre dosi pro capite e una spesa annua stimata intorno ai 660 euro<sup>4</sup>. In altre parole, la popolazione anziana rappresenta il *target* terapeutico prevalente del mercato farmaceutico contemporaneo.

Tale dinamica, nella quale l'avanzare dell'età della popolazione procede di pari passo con un crescente consumo di farmaci, impone allora di riflettere su un importante antecedente logico, ovvero le sperimentazioni cliniche che di quei farmaci ne determinano l'autorizzazione in commercio. Nell'ambito del processo di sviluppo di un farmaco, infatti, la sperimentazione clinica sull'uomo rappresenta la fase in cui il medicinale viene sottoposto a verifica su un campione numericamente adeguato di soggetti, al fine di accertarne l'efficacia terapeutica e comprovare la sicurezza richiesta per l'autorizzazione alla commercializzazione. In questa fase, un elemento essenziale per garantire l'attendibilità e la solidità dei risultati risiede nella selezione dei partecipanti, i quali dovrebbero costituire un campione quanto più possibile rappresentativo dei soggetti cui il farmaco è destinato nell'uso clinico.

È proprio in questa fase, tuttavia, che si evidenzia un paradosso strutturale: se il diritto alla salute è anche diritto a terapie sicure ed efficaci, non può non apparire problematico che proprio gli anziani – principali destinatari dei trattamenti

---

marzo 2024, il quale all'art. 2, comma 1, lett. a) e b), definisce la «persona anziana» come la «persona che ha compiuto 65 anni» e la «persona grande anziana» come la «persona che ha compiuto 80 anni».

<sup>2</sup> United Nations (2024). *World Population Prospects 2024: Summary of Results*.

<sup>3</sup> Istat, *Rapporto Annuale 2024. La situazione del Paese. Sintesi del volume*, 111.

<sup>4</sup> OsMed, *L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019*. Roma: AIFA, 2021, 13.

farmacologici – continuano a essere sistematicamente sottorappresentati nei *trial* clinici.

Numerosi esempi riscontrabili in letteratura, anche recenti, confermano questo fenomeno di portata globale. Tra gli ultimi, un'analisi condotta su un ampio campione di *trial* clinici randomizzati sui vaccini Covid-19 di fase II-III pubblicati o in corso fino al maggio 2021, ha evidenziato come solo il 9,83% dei partecipanti aveva più di 65 anni, l'1,66% più di 75 anni e meno dello 0,6% più di 85 anni, nonostante questa fascia d'età fosse tra le prime a ricevere la vaccinazione<sup>5</sup>.

Ma anche nel contesto italiano il quadro non appare rassicurante: nel 21° Rapporto Nazionale AIFA sulle sperimentazioni cliniche del 2023, soltanto 7 studi su 611 autorizzati (pari all'1,1%) risultavano specificamente rivolti a soggetti over 65<sup>6</sup>.

Questo squilibrio evidentemente determina, quale prima e più immediata conseguenza, un divario strutturale tra popolazione reale e popolazione sperimentale generando una distanza tra i destinatari effettivi delle cure e i soggetti su cui esse vengono validate.

Tale fenomeno, in realtà evidenziato anche in relazione ad altre fasce di popolazione fragili<sup>7</sup>, continua oggi a rappresentare una questione complessa e al crocevia tra implicazioni scientifiche, etiche e sociali.

Tuttavia, se il dilemma scientifico è ormai ampiamente riconosciuto<sup>8</sup> – poiché da tempo i clinici si trovano costretti a confrontarsi, da un lato, con la prescrizione di farmaci per i quali le evidenze di efficacia e sicurezza sono insufficienti per questa fascia di età e, dall'altro, a negare ai pazienti anziani l'accesso a potenziali terapie innovative, compromettendo così il principio di equità terapeutica – il dilemma giuridico appare ancora in parte in sordina. Come spesso accade nelle questioni di rilevanza bioetica, infatti, il diritto chiamato a dar forma alle regole delle scienze della vita transita tramite vie lente (e più o meno ostacolate) rispetto al velocissimo incedere dell'evoluzione scientifica<sup>9</sup>.

Di qui, allora, la necessità di formulare l'interrogativo che guida il presente contributo, articolato lungo tre direttrici fondamentali: (i) verificare se il quadro

---

<sup>5</sup> N. VERONESE et al., *Underrepresentation of older adults in clinical trials on COVID-19 vaccines: A systematic review*, in *Ageing Research Review*, 71, 2021.

<sup>6</sup> AIFA, 21° Rapporto Nazionale sulle sperimentazioni cliniche dei medicinali in Italia – Anno 2024, 23, tab. 8.

<sup>7</sup> Sul punto e per una prospettiva più generale, cfr. V. CAPPELLI, *I soggetti invisibili nella ricerca clinica: intersezionalità e strategie giuridiche di inclusione*, in *BioLaw Journal*, 4, 2024, 311-332, mentre per una prospettiva di genere cfr. M. FASAN e C.M. REALE, *Genere e sperimentazioni cliniche: il Regolamento (UE) n. 536/2014, un'occasione mancata?*, in *BioLaw Journal*, 4, 2022, 251-276.

<sup>8</sup> I casi segnalati sono moltissimi. Cfr., *ex multis*, J.B. SCHWARTZ, *Representative enrolment of older adults in clinical trials: the time is now*, in *The Lancet Healthy Longevity*, 4, 7, 2023.

<sup>9</sup> Sul punto, F. CORTESE, S. PENASA, *Dalla bioetica al biodiritto: sulla giuridificazione di interessi scientificamente e tecnologicamente condizionati*, in *Rivista AIC*, 4, 2015, 5.



normativo vigente sia effettivamente adeguato a fronteggiare il fenomeno di cui si discute o se, al contrario, contribuisca – seppur indirettamente – alla sua esacerbazione; (ii) se non lo è, ricercare gli assetti regolatori più idonei a migliorarne la capacità di garantire una rappresentanza equa; (iii) e, infine, esplorare gli ulteriori strumenti – organizzativi o tecnologici – che possono essere valorizzati per colmare il divario esistente.

Pertanto, la struttura del contributo segue quindi un percorso logico articolato come segue.

Dopo un breve approfondimento delle cause e delle conseguenze del fenomeno finora illustrato, si procederà a vagliare l'adeguatezza dei meccanismi regolatori esistenti, evidenziandone i limiti applicativi, nonché a ricercare quelli potenzialmente più adeguati a garantire una rappresentanza equa dei c.d. «soggetti invisibili» nei trial clinici<sup>10</sup>. Successivamente, si esplorerà la potenziale efficacia di strumenti innovativi, come l'intelligenza artificiale e i *Decentralized Clinical Trials* (DCT) e si approfondirà il ruolo dei Comitati etici quali garanti dell'equità e della rappresentatività nella ricerca clinica, per giungere infine ad alcune considerazioni conclusive.

## 2. Cause e conseguenze

Prima di accedere alle ragioni del fenomeno in esame, è opportuno soffermarsi, sia pur brevemente, su cosa significhi sperimentare un farmaco sull'essere umano. Sebbene la locuzione “sperimentazione clinica” ricorra con naturalezza nel linguaggio giuridico e regolatorio, il processo che essa designa resta spesso opaco ai non addetti ai lavori: dietro quell'espressione si cela infatti un percorso altamente strutturato, scandito da precise tappe metodologiche e finalità conoscitive ben definite.

In linea generale, lo sviluppo di un farmaco prende avvio con la fase di c.d. *drug discovery*, in cui vengono identificate molecole potenzialmente idonee a esercitare un'azione terapeutica. Segue la sperimentazione preclinica, condotta in laboratorio e su modelli animali che consente di raccogliere le prime evidenze di sicurezza e attività farmacologica. Solo dopo si entra nella sperimentazione clinica vera e propria, articolata in quattro fasi: la fase I valuta la sicurezza nell'uomo; la fase II ne indaga l'attività terapeutica; la fase III determina efficacia, vantaggi rispetto a farmaci simili e rapporto rischio-beneficio; la fase IV monitora il comportamento del medicinale nella pratica clinica quotidiana, una volta autorizzato e immesso in commercio<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Così definiti in V. CAPPELLI, *op. cit.*

<sup>11</sup> Cfr. sul punto AIFA, *La sperimentazione clinica dei farmaci*, disponibile su <https://www.aifa.gov.it/sperimentazione-clinica-dei-farmaci> (ultima consultazione d.d. 29.10.25).

È proprio a partire da questa architettura metodologica che emerge il nodo concettuale decisivo per l'analisi che si va svolgendo. Le sperimentazioni cliniche – soprattutto nelle fasi II e III, quelle in cui si costruisce l'evidenza utile ai fini autorizzativi – sono spesso costruite per perseguire quella che è la massima *validità interna*, cioè la capacità di stabilire, in condizioni il più possibile controllate, se un intervento “funziona”. È qui che si colloca la dimensione dell'*efficacy*, intesa come performance del farmaco in un ambiente idealizzato, con campioni selezionati, popolazione omogenea di pazienti, protocolli rigidamente standardizzati, centri sperimentali altamente qualificati. Ma ciò che accade fuori da quel perimetro è tutt'altra storia. Quando l'intervento si sposta dalla cornice protetta del trial alla realtà eterogenea della pratica clinica, entrano in gioco variabili – individuali, professionali, organizzative – che modificano profondamente la risposta terapeutica. È questa la sfera dell'*effectiveness* che misura non più se un farmaco funziona “in astratto”, ma se funziona per davvero, cioè fra pazienti diversi, con comorbidità diverse, livelli diversi di aderenza, risorse variabili e operatori con esperienza non necessariamente specialistica<sup>12</sup>. Non si tratta di una semplice dicotomia tra due tipi di approcci alla valutazione degli studi, bensì di una reale divergenza tra le conseguenze che da quegli studi si vogliono ottenere: un progetto di ricerca, infatti, può essere altamente *efficacious* senza essere affatto *effective*.

Alla luce, quindi, di tale premessa, è ora possibile procedere con maggiore consapevolezza ad un'analisi delle conseguenze del fenomeno in esame, per poi affrontarne le cause strutturali, così da mettere a fuoco l'intreccio di fattori che ne consente la persistenza.

Sul versante delle conseguenze, la più immediata – già ampiamente evocata finora – riguarda quindi lo scarto fra ciò che funziona “al meglio” e ciò che funziona “davvero” dello studio: un'intera fascia di popolazione viene sottratta al momento in cui si costruisce l'evidenza (*efficacy*), salvo poi essere destinataria del farmaco nella realtà clinica (*effectiveness*).

Le ricadute, tuttavia, non attengono soltanto alla dimensione epistemologica. La scarsa prevedibilità della risposta terapeutica conduce, infatti, i clinici a decisioni prescrittive o eccessivamente prudenti o, all'opposto, non adeguatamente informate<sup>13</sup>. Nel primo caso, allora, la riluttanza a prescrivere terapie innovative agli anziani determina una violazione del principio di equità terapeutica<sup>14</sup>, poiché esclude proprio i pazienti che, per condizione clinica, avrebbero il maggior bisogno di beneficiarne. Nel secondo, invece, l'uso di farmaci su basi evidenziali deboli compromette in modo diretto il diritto alla salute che implica l'accesso a cure

---

<sup>12</sup> Cfr., *ex multis*, A.G. SINGAL et al., *A primer on effectiveness and efficacy trials*, in *Clinical and translational gastroenterology*, vol. 5, 1 e45, 2 gennaio 2014.

<sup>13</sup> Così riconosce J.B. SCHWARTZ, *op. cit.*, 301.

<sup>14</sup> In tema di equità in sanità, si veda il Focus “*Il diritto alla salute tra equità e sostenibilità*”, in *BioLaw Journal*, 2, 2019.

sicure, appropriate e fondate su dati realmente rappresentativi della popolazione cui sono destinate.

Delineate così le conseguenze del fenomeno, l'attenzione può essere ora rivolta alle cause che lo determinano. Non tutte le esclusioni risultano tuttavia giustificate: accanto a quelle fondate su esigenze cliniche o metodologiche, ve ne sono altre di natura arbitraria, riconducibili a timori o vincoli organizzativi. Tralasciando queste ultime, le cause possono essere ricondotte a tre principali categorie: (i) fattori fisiologici e clinici; (ii) questioni attinenti al consenso informato; (iii) difficoltà di carattere logistico e/o organizzativo.

Innanzitutto, tra le ragioni principali vi sono fattori di natura fisiologica e clinica. Occorre a questo punto precisare però come la letteratura scientifica ha da tempo superato una concezione indifferenziata dell'età avanzata, distinguendo tra “*fit older adults*” – soggetti anziani in possesso dei requisiti clinici per l'arruolamento e in grado di tollerare i trattamenti sperimentali – e “*frail older adults*”, caratterizzati da una ridotta capacità intrinseca, maggiore vulnerabilità agli stress esterni e da un aumentato rischio di esiti clinici avversi, quali mortalità, ospedalizzazioni e reazioni indesiderate<sup>15</sup>. Chiaro è, dunque, che non tutti gli anziani sono fragili e la fragilità può presentarsi anche in individui di età inferiore ai 65 anni con patologie croniche e progressivamente invalidanti<sup>16</sup>.

Tra i fattori clinici maggiormente incidenti sulla fragilità figurano la comorbidità<sup>17</sup> e la polifarmacoterapia<sup>18</sup>, condizioni largamente prevalenti nella popolazione anziana e che, già in sede di disegno dei protocolli sperimentali, vengono spesso assunte come criteri di esclusione dai trial clinici. Nel primo caso, infatti, la presenza concomitante di più patologie croniche rende più complessa l'interpretazione degli esiti e aumenta il rischio di eventi avversi. Analogamente, l'assunzione simultanea di più farmaci solleva timori legati alle interazioni farmacologiche, alla variabilità farmacocinetica e farmacodinamica e alla maggiore probabilità di reazioni indesiderate.

Ad esempio, in uno studio del 2011 condotto su 251 trial relativi all'insufficienza cardiaca e volto ad analizzare i principali fattori di esclusione degli anziani, gli autori hanno evidenziato come l'80% degli studi esaminati avesse escluso

---

<sup>15</sup> Così in A.P. HERRERA et al., *Disparate Inclusion of Older Adults in Clinical Trials: Priorities and Opportunities for Policy and Practice Change*, in *American Journal of Public Health*, 100, Supplement 1, 2010, 107.

<sup>16</sup> Cfr., sul punto, M. DENKINGER et al., *Inclusion of functional measures and frailty in the development and evaluation of medicines for older adults*, in *The Lancet Healthy Longevity*, 4, 2023.

<sup>17</sup> In medicina, è la presenza contemporanea nello stesso soggetto di due o più malattie. Cfr. *Comorbidità*, in *Enciclopedia Treccani*.

<sup>18</sup> La definizione più utilizzata in letteratura fa riferimento prescrizione/assunzione concomitante di due o più farmaci appartenenti o meno alla stessa classe terapeutica, cfr. *Indicatori per valutare la qualità della prescrizione farmacologica nella popolazione anziana: la polifarmacoterapia*, in AIFA, 28 agosto 2013.

soggetti anziani in presenza di comorbidità, mentre il 18,7% li avesse esclusi in ragione dell'uso concomitante di più farmaci, sebbene tali esclusioni risultassero talora formulate in termini generici, senza l'indicazione di specifiche patologie o terapie, rivelando così un approccio prudentiale spesso tradotto in criteri di esclusione poco motivati <sup>19</sup>.

Sebbene, dunque, i fattori clinici e, più in generale, le condizioni di compromissione fisica o cognitiva risultino tra le cause più immediatamente richiamate, essi non esauriscono le ragioni del fenomeno che si va analizzando.

Una seconda area critica attiene infatti alle problematiche connesse al consenso informato <sup>20</sup>. Nei soggetti anziani, specie in presenza di decadimento cognitivo, deficit sensoriali o basso livello di alfabetizzazione sanitaria, il percorso di formazione di un consenso effettivamente libero e consapevole risulta indubbiamente più complesso. Tali difficoltà, tuttavia, vengono spesso affrontate non attraverso l'adozione di misure di supporto alla capacità decisionale idonee a garantire l'autodeterminazione del soggetto, bensì mediante l'esclusione preventiva del potenziale partecipante <sup>21</sup>.

A ciò si aggiungono le incertezze operative legate al coinvolgimento di rappresentanti legali o *caregiver* che finiscono spesso per disincentivare l'arruolamento di soggetti anziani, anziché favorirne una partecipazione adeguatamente assistita <sup>22</sup>.

Infine, rilevano difficoltà di natura logistica e organizzativa. La partecipazione a un trial clinico presuppone, infatti, il rispetto di protocolli spesso complessi, la presenza a visite di follow-up ravvicinate e l'accesso a centri sperimentali non sempre facilmente raggiungibili. Per molti anziani, in particolare se fragili o con ridotta autonomia funzionale, tali requisiti costituiscono un ostacolo concreto all'esercizio del diritto di partecipare alla ricerca, aggravato dalla dipendenza da reti di supporto familiare o assistenziale <sup>23</sup>.

È su questo terreno allora, segnato da un equilibrio fragile tra tutela della vulnerabilità e diritto all'accesso alla ricerca, che emergono interrogativi che travalicano il piano scientifico per investire direttamente la dimensione giuridica: occorre a questo punto valutare l'adeguatezza degli strumenti normativi e regolatori attuali e considerare eventualmente anche soluzioni complementari capaci di garantire equità, proporzionalità e inclusione nella sperimentazione.

---

<sup>19</sup> Così in A. CHERUBINI et al., *op. cit.*

<sup>20</sup> Sulla complessità del consenso nelle persone anziane cfr. L.F. POST, J. BLUSTEIN, *Handbook for Health Care Ethics Committees*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2021, Chapter 7.

<sup>21</sup> Illuminante sul punto è J.S. BARRON et al., *Informed consent for research participation in frail older person*, in *Aging Clinical and Experimental Research*, 16, 2004.

<sup>22</sup> E.R. MARCANTONIO et al., *Maximizing Clinical Research Participation in Vulnerable Older Persons: Identification of Barriers and Motivators*, in *Journal of the American Geriatrics Society*, 54 (8), 2008, 1524.

<sup>23</sup> *Ivi*, 1524.

### 3. Le risposte del diritto

Se si ha riguardo alla produzione normativa e regolatoria in materia, sicuramente è evidente come i tentativi non siano mancati, sebbene la loro efficacia risulti inevitabilmente variabile a seconda della natura dello strumento adottato <sup>24</sup>.

Innanzitutto, a livello internazionale, non si può prescindere dall'impegno dell'*International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use* (ICH), organismo che riunisce le principali autorità regolatorie farmaceutiche globali – tra cui EMA, FDA e PMDA – fondato con l'obiettivo promuovere l'armonizzazione delle linee guida in materia di sviluppo e regolazione dei prodotti farmaceutici <sup>25</sup>.

Espressione di tale attività regolatoria, nonché pietra miliare per il fenomeno in esame, sono le Linee Guida ICH E7 “*Studies in Support of Special Populations: Geriatrics*”, adottate nel 1993 e successivamente integrate nel 2010 <sup>26</sup>. Esse affermano, in via generale, il principio secondo cui «[...] *Patients entering clinical trials should be reasonably representative of the population that will be later treated by the drug*», riconoscendo così l'esigenza che la popolazione geriatrica sia adeguatamente rappresentata negli studi clinici <sup>27</sup>.

In tale prospettiva, la guida raccomanda di evitare esclusioni arbitrarie fondate su comorbidità o polifarmacoterapia, precisando che «*It is important [...] not to exclude unnecessarily patients with concomitant illnesses; it is only by observing such patients that drug-disease interactions can be detected. [...]*» <sup>28</sup>.

Successivamente, l'integrazione del 2010 – adottata alla luce dell'incremento numerico e dell'eterogeneità della popolazione geriatrica, nonché dei progressi intervenuti in ambito medico <sup>29</sup> – ha ulteriormente consolidato tali principi disponendo che, nella domanda di autorizzazione all'immissione in commercio, i dati siano presentati per differenti fasce d'età, al fine di consentire una valutazione dell'efficacia terapeutica e del profilo di sicurezza nei diversi sottogruppi anagrafici <sup>30</sup>.

Tali linee guida risultano oggi ampiamente richiamate nei documenti regolatori relativi alla sperimentazione clinica in numerosi ordinamenti. Esse non sono

<sup>24</sup> Per una panoramica sul tema, cfr. S.C. MARKHAM et al., *International responses addressing the underrepresentation of older people in clinical research*, in *Australasian Journal on Ageing*, 42, 2023.

<sup>25</sup> *About ICH: Mission*, disponibile su <https://www.ich.org/page/mission> (ultima consultazione d.d. 14.12.25).

<sup>26</sup> ICH E7: *Studies in Support of Special Populations: Geriatrics*, 24 giugno 1993, nonché *E7 Questions & Answers: Studies in Support of Special Populations: Geriatrics*, 16 luglio 2010, entrambi i testi disponibili su <https://www.ich.org/page/efficacy-guidelines> (ultima consultazione d.d. 14.12.25).

<sup>27</sup> *Ivi*, par. II.

<sup>28</sup> *Ivi*, par. IV.

<sup>29</sup> *E7 Questions & Answers: Studies in Support of Special Populations: Geriatric*, cit., 1.

<sup>30</sup> *Ivi*, 2.

tuttavia, di per sé, giuridicamente vincolanti, presentando una tipica natura di *soft law*<sup>31</sup>: la loro effettività dipende cioè dalle diverse modalità di recepimento dei sistemi coinvolti nonché dall'eventuale previsione di meccanismi idonei a renderle cogenti. Ne consegue che, a fronte di un quadro di principi sostanzialmente condivisi sul piano internazionale, gli ordinamenti hanno adottato soluzioni differenziate, oscillando tra modelli fondati sulla persuasione regolatoria e approcci caratterizzati da obblighi giuridici stringenti.

### 3.1. ... negli Stati Uniti

Nel contesto statunitense, il fenomeno è emerso con particolare evidenza già a partire dagli anni '90, dando luogo a una stratificazione di interventi regolatori che, analogamente a quanto osservato sul piano internazionale, si è inizialmente sviluppata attraverso strumenti di *soft law*, affidati prevalentemente all'azione della *Food and Drug Administration* (FDA).

In tal senso, la *Guideline for the Study of Drugs Likely to be Used in the Elderly* del 1989 ha affermato il principio secondo cui la popolazione arruolata negli studi clinici dovrebbe riflettere quella destinata a ricevere il trattamento una volta immesso sul mercato<sup>32</sup>.

Questo orientamento è stato successivamente ribadito e rafforzato con la pubblicazione, nel 2012, della *Guidance for Industry: E7 Studies in Support of Special Populations: Geriatrics*, documento che ha chiarito e sviluppato le indicazioni contenute nelle linee guida ICH E7, fornendo al contempo raccomandazioni operative volte a migliorare l'inclusione dei soggetti anziani nei programmi di sviluppo dei farmaci. In particolare, la FDA ha qui richiamato l'attenzione sull'uso di limiti massimi di età non giustificati, nonché sull'esclusione sistematica di pazienti con comorbidità o in trattamento con più farmaci<sup>33</sup>.

Nel corso degli anni successivi, ulteriori raccomandazioni e iniziative sono state adottate a sostegno dei medesimi principi, tra cui il workshop del 2021 intitolato "*Roadmap to 2030 for New Drug Evaluation in Older Adults*", un incontro che ha riunito stakeholder nazionali e internazionali con l'obiettivo di discutere criticità e strategie operative per favorire una maggiore inclusione degli anziani negli studi clinici<sup>34</sup>.

---

<sup>31</sup> Un'analisi sulla recente tendenza al massiccio utilizzo degli strumenti di *soft law* si trova in V. DESANTIS, *L'avanzata del soft – law e l'arretramento della partecipazione democratica. Spunti e riflessioni sulle tendenze della normazione*, in *Nuove Autonomie – Rivista quadrimestrale di diritto pubblico*, 1, 2025, 427 ss.

<sup>32</sup> FDA, *Guideline for the Study of Drugs Likely to be Used in the Elderly*, Novembre 1989.

<sup>33</sup> FDA, *Guidance for Industry, E7 Studies in Support of Special Populations; Geriatrics; Questions and Answers*, Marzo 2012.

<sup>34</sup> Cfr. Q. LIU et al., *Roadmap to 2030 for Drug Evaluation in Older Adults*, in *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 112 (2), 2022.

Tuttavia, nonostante la continuità e l'articolazione di tali interventi, l'evidenza empirica ha mostrato come il ricorso prevalente a strumenti di *soft law* non sia stato sufficiente a incidere in modo significativo sulle prassi di arruolamento, lasciando sostanzialmente invariati i livelli di sottorappresentazione degli anziani nei trial clinici. A conferma di tali limiti, un ampio studio condotto su 166 trial clinici a supporto di 44 nuove autorizzazioni FDA tra il 2010 e il 2019 (per un totale di 229.558 partecipanti) ha evidenziato una persistente sottorappresentazione delle fasce di età più avanzate. In particolare, mentre i soggetti tra i 60 e i 74 anni risultavano arruolati in proporzione sostanzialmente coerente con la prevalenza delle patologie considerate, i pazienti oltre i 75 o 80 anni sono apparsi fortemente sottorappresentati: ad esempio, nei trial sul carcinoma polmonare gli over 75 costituiscono solo il 7,3% dei partecipanti, a fronte di una popolazione reale pari al 42,8%<sup>35</sup>.

È proprio alla luce di tale scarto persistente tra principi regolatori ed evidenze applicative che si colloca l'adozione, nel 2017, della *Inclusion Across the Lifespan Policy* (IAL), elaborata dai *National Institutes of Health* (NIH)<sup>36</sup>. Con tale intervento si assiste a un significativo mutamento di approccio: la promozione dell'inclusività anagrafica non è più affidata esclusivamente a raccomandazioni o linee guida, ma viene ancorata a un obbligo giuridicamente vincolante, operante quale condizione per l'accesso ai finanziamenti pubblici alla ricerca.

La IAL impone, infatti, che tutte le ricerche cliniche finanziate dai NIH prevedano l'inclusione di soggetti di tutte le età, salvo che sussistano motivate e documentate ragioni di natura scientifica o etica. In questo senso, ogni proposta di ricerca deve esplicitare le modalità attraverso cui verrà garantita la partecipazione delle diverse fasce anagrafiche, mentre eventuali esclusioni devono essere puntualmente giustificate e ricondotte a un elenco circoscritto di motivazioni ammissibili, ancorate a criteri oggettivi e verificabili.

Resta tuttavia da verificare se tale irrigidimento dell'assetto regolatorio sia stato effettivamente in grado di colmare le criticità emerse sul piano applicativo, interrogativo che assume particolare rilievo se esteso all'analisi delle soluzioni adottate in altri ordinamenti.

### 3.2. ... in Europa

Anche nell'ordinamento europeo, il problema è stato affrontato attraverso un percorso graduale, caratterizzato da una prima fase di regolazione *soft*, affidata a

---

<sup>35</sup> S.W.J. LAU et al., *Participation of Older Adults in Clinical Trials for New Drug Applications and Biologics License Applications From 2010 Through 2019*, in *JAMA network open*, 5 (10), 2022, in particolare 3 ss.

<sup>36</sup> NIH, *NIH Policy and Guidelines on the Inclusion of Individuals Across the Lifespan as Participants in Research Involving Human Subjects*, adottata il 19 dicembre 2017 ed applicabile alle domande proposte dopo il 25 gennaio 2019.

strumenti di indirizzo e coordinamento, e, solo successivamente, da una torsione verso modelli normativi giuridicamente vincolanti.

In una prima fase, l'Agenzia Europea per i Medicinali pubblicò un rapporto su richiesta della Commissione Europea, finalizzato a valutare l'adeguatezza delle linee guida esistenti rispetto alle esigenze della popolazione anziana e alla ICH E7. Questo documento evidenziava che, sebbene molte linee guida fossero formalmente conformi ai requisiti internazionali, mancava una specifica attenzione nei confronti dei soggetti *very elderly* e raccomandava di aggiornare e dettagliare ulteriormente le indicazioni regolatorie, inclusa la definizione di limiti anagrafici e criteri per la rappresentatività geriatrica nei programmi clinici<sup>37</sup>.

Sulla scia di tali osservazioni, l'EMA adottò nel 2011 un atto specifico, ovvero la *Geriatric Medicines Strategy*, finalizzato, in particolare, a garantire che i medicinali destinati alle persone anziane fossero adeguatamente studiati per qualità, sicurezza ed efficacia, oltre che a migliorare la disponibilità di informazioni utili alla prescrizione dei farmaci in tale fascia di età<sup>38</sup>. Per conseguire tali obiettivi la strategia prevedeva strumenti operativi concreti, tra cui una *task force* dedicata, l'identificazione di specifici strumenti nonché lo sviluppo di linee guida<sup>39</sup>.

Tuttavia, almeno nel breve periodo, la strategia non si tradusse in un mutamento significativo delle prassi regolatorie. Nell'ambito, infatti, dello stesso programma di attuazione della *Strategy*, nel 2013 l'EMA condusse un'analisi volta a verificare se le linee guida nazionali emanate o emendate dal 2011 al 2013 riflettessero in modo adeguato i contenuti e i principi sanciti dalla ICH E7<sup>40</sup>. L'obiettivo era quello di valutare lo stato di avanzamento, nonché le persistenti criticità, nell'integrazione delle esigenze della popolazione geriatrica all'interno del processo regolatorio europeo. L'esito dell'analisi risultò tuttavia significativo: «[...] 93% ( $n = 26$ ) of the analysed guidelines did not fully comply with ICH E7 requirements [...]», circostanza che indusse l'Agenzia a formulare specifiche osservazioni correttive e richieste di miglioramento<sup>41</sup>.

Successivamente a tale produzione giuridica *soft*, l'Unione europea è intervenuta con una disciplina pienamente vincolante, rappresentata dall'adozione del Regolamento (UE) n. 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano<sup>42</sup>.

Con riferimento al fenomeno in esame, non può negarsi che il regolamento

---

<sup>37</sup> EMEA/498920/2006, *Adequacy of guidance on the elderly regarding medicinal products for human use*, 14 dicembre 2006.

<sup>38</sup> EMA/CHMP/137793/2011, *Geriatric medicines strategy*, 23 febbraio 2011.

<sup>39</sup> *Ivi*, par. 3 «Actions».

<sup>40</sup> EMA/352591/2013, *Report analysis of scientific guidelines – European Medicines Agency Geriatric Medicines Strategy*, 17 ottobre 2013.

<sup>41</sup> *Ivi*, 2.

<sup>42</sup> Regolamento (UE) n. 536/2014.



recepisca, almeno in termini valoriali, l'esigenza di una maggiore rappresentatività delle popolazioni coinvolte nella sperimentazione.

Innanzitutto, il Considerando 14 stabilisce che: «Salvo diversa disposizione motivata nel protocollo, i soggetti che partecipano a una sperimentazione clinica dovrebbero essere rappresentativi dei gruppi della popolazione, ad esempio i gruppi per sesso ed età, che siano tra i possibili utilizzatori del medicinale oggetto di sperimentazione clinica». Sul piano poi propriamente prescrittivo, l'art. 6, in combinato disposto con il par. 17, lett. y) dell'Allegato 1, stabilisce che la domanda di autorizzazione di una sperimentazione debba essere valutata tenendo conto, tra gli altri, della rilevanza della stessa «[...] anche per quanto riguarda la rappresentatività dei gruppi di soggetti partecipanti alla sperimentazione clinica rispetto alla popolazione destinataria del trattamento»; in caso contrario, ovvero «[...] nel caso in cui un determinato gruppo di genere o di età sia escluso dalle sperimentazioni cliniche o vi risulti sottorappresentato [*è necessaria*] una spiegazione dei motivi e una giustificazione dei criteri di esclusione».

Tuttavia, nonostante il carico fortemente programmatico delle disposizioni in parola, l'effetto complessivo che deriva dall'applicazione del regolamento nel suo insieme appare ancora distante da una piena attuazione del principio di rappresentatività. Accanto, infatti, a enunciazioni che sembrano orientate a promuovere l'inclusione, il regolamento adotta, nelle disposizioni di dettaglio, un approccio marcatamente prudentiale, se non apertamente protezionistico che rischia così di tradursi in un ulteriore incentivo all'esclusione degli anziani dalla sperimentazione clinica<sup>43</sup>.

Lo scarto tra enunciazione di principio e disciplina applicativa emerge, infatti, con particolare evidenza nella regolazione del consenso informato che diviene così uno dei principali fattori di esclusione indiretta.

Sul punto, la disciplina dettata dall'art. 31 Reg., dedicata alle sperimentazioni condotte su soggetti incapaci, incide fortemente sul fenomeno in esame in quanto è abbastanza comune, nella prassi applicativa, che gli anziani si trovino in condizioni tali per cui la loro capacità di esprimere un consenso informato alla sperimentazione sia indebolito. La norma in questi casi, infatti, animata dall'obiettivo di rafforzare le garanzie di tutela, subordina la partecipazione di tali soggetti alla sperimentazione alla condizione che non sia possibile ottenere risultati di analoga validità scientifica mediante studi condotti su soggetti capaci di prestare il consenso<sup>44</sup>.

### 3.3. Missione (in)compiuta

Gli sforzi normativi e regolatori fino a qui richiamati consentono di giungere ad una valutazione critica della loro effettiva capacità di incidere sul fenomeno di cui ci andiamo occupando nel presente lavoro.

---

<sup>43</sup> Così osserva, in riferimento a tutti i soggetti fragili, V. CAPPELLI, *op. cit.*, 321-322.

<sup>44</sup> Art. 31, comma 1, lett. e), Regolamento (UE) n. 536/2014, cit.

In primo luogo, è necessario riconoscere un certo pregio alla regolazione di tipo *soft*: pur, infatti, difettando di vincolatività formale e collocandosi al di fuori dei tradizionali meccanismi di coercizione giuridica, ha comunque contribuito in modo significativo alla costruzione di un quadro di riferimento condiviso, incidendo sulle modalità di problematizzazione del tema e sull'emersione di standard regolatori progressivamente interiorizzati dagli attori della sperimentazione clinica.

Essa ha inoltre svolto una funzione di anticipazione della *hard law*, favorendo la sedimentazione di principi – quali quello della rappresentatività delle popolazioni oggetto di studio – che, pur inizialmente formulati in termini programmatici, hanno progressivamente acquisito rilevanza giuridica attraverso il loro recepimento in strumenti più incisivi o in pratiche amministrative consolidate <sup>45</sup>.

Ciò nonostante, la *soft law* presenta, come è noto, limiti ontologici difficilmente superabili. Le raccomandazioni e i *framework*, infatti, per quanto articolati e originati dai più nobili intenti, restano strumenti privi di forza cogente e, oltre a consacrare un cambio di visioni, «[...] non sembra[no] in grado di poter fare ancora molto altro» <sup>46</sup>.

Il fatto che la loro efficacia dipenda fortemente dalla buona volontà dei promotori e dalla capacità dei singoli sistemi nazionali di recepirle, determinando nella prassi un'indeterminatezza giuridicamente intollerabile, rende ineludibile il ricorso a strumenti di *hard law*, ove si intenda effettivamente incidere in modo strutturale e sistemico sulle dinamiche di esclusione.

Allo stato attuale, tuttavia, nemmeno la via regolatoria tradizionale sembra aver garantito risultati pienamente soddisfacenti.

Emblematico è, in tal senso, il caso degli Stati Uniti, ove l'adozione di una disciplina formalmente vincolante – quale la *Inclusion Across the Lifespan Policy* (IAL) – si è scontrata con limiti strutturali legati alla complessa interazione tra finanziamento pubblico e privato e alla frammentazione del sistema di ricerca. La circostanza, infatti, che essa sia limitata alle sole ricerche finanziate dai NIH, ha compromesso in modo significativo la sua reale possibilità di incidere sul contenimento del fenomeno, in quanto restano escluse le sperimentazioni promosse dall'industria farmaceutica o da altri soggetti privati che però costituiscono una porzione rilevante della ricerca clinica statunitense.

Sul punto, infatti, un'analisi empirica condotta a un anno dall'entrata in vigore della politica IAL non ha infatti rilevato miglioramenti significativi nei tassi di inclusione <sup>47</sup>. Una quota consistente degli studi continuava a prevedere limiti di età superiori o criteri di esclusione indirettamente penalizzanti per la popolazione

---

<sup>45</sup> Sebbene riferita a un ambito tematico distinto, segnatamente quello della tutela delle persone trans, giunge a conclusioni analoghe V. DESANTIS, *Soft-law e tutela delle persone trans nell'integrazione europea*, in *BioLaw Journal*, 3, 2024, 166.

<sup>46</sup> *Ivi*, 166.

<sup>47</sup> M.G. NANNA et al., *Representation of Older Adults in Cardiovascular Disease Trials Since the Inclusion Across the Lifespan Policy*, in *JAMA Internal Medicine*, 180(11), 2020.

anziana, fondati su condizioni quali disabilità fisica, comorbidità, deterioramento cognitivo o ridotta aspettativa di vita.

Conclusioni in larga misura convergenti emergono anche da una revisione sistematica degli studi clinici su patologie cardiovascolari, oncologiche e sul diabete di tipo 2 condotti tra il 2010 e il 2021. L'analisi mostra come gli studi finanziati dal NIH presentino, in media, un grado di inclusività maggiore rispetto a quelli sponsorizzati da soggetti privati, elemento che introduce un margine di cauto ottimismo. Tuttavia, la persistente applicazione di criteri di esclusione sostanziali e la limitata considerazione di esiti clinicamente significativi per la popolazione anziana impediscono di trarre conclusioni definitive circa l'effettiva capacità della *hard law* statunitense di incidere in modo strutturale sulle prassi di arruolamento<sup>48</sup>.

In Europa, invece, la disciplina cogente offerta dal Regolamento (UE) n. 536/2014 mostra un effetto più diretto, ma l'approccio marcatamente prudenziale in tema di consenso informato e protezione dei soggetti vulnerabili riduce, nella pratica, l'inclusione degli anziani, creando un divario tra principi dichiarati e applicazione concreta.

Nel complesso, quindi, emerge come la coesistenza di *soft law* e *hard law* possa creare un quadro normativo potenzialmente solido, ma comunque richiede un attento ripensamento degli esistenti strumenti operativi. Riflessioni come queste aprono quindi la strada alla valutazione di ulteriori possibili soluzioni che, corroborando il quadro regolatorio, mirino nel concreto a migliorare l'inclusione della popolazione geriatrica nei trial clinici.

#### 4. Quando la regolazione non basta: alcune proposte operative

Le considerazioni svolte fino a questo momento consentono di formulare una prima conclusione di ordine generale: tanto la *hard law* quanto la *soft law* costituiscono strumenti assolutamente necessari, ma non sufficienti, ai fini di un effettivo superamento delle dinamiche di sottorappresentazione della popolazione anziana nella sperimentazione clinica.

Se è vero, infatti, che l'intervento normativo e para-normativo ha contribuito a rendere il problema visibile, nominabile e giuridicamente rilevante, è altrettanto evidente come il fenomeno continui a riprodursi in larga misura al di sotto della soglia della regolazione formale: forse perché alcune specifiche opzioni regolatorie si sono rivelate, in concreto, scarsamente efficienti; forse perché si tratta di un fenomeno caratterizzato da un grado di complessità tecnica tale da sottrarsi, almeno in parte, alla presa della norma. Tale dinamica, infatti, tende a radicarsi nelle prassi organizzative, nelle scelte metodologiche e nei meccanismi concreti di

---

<sup>48</sup> D. NGUYEN et al., *Age-based exclusions in clinical trials: A review and new perspectives*, in *Contemporary Clinical Trials*, 114, 2022.

progettazione e conduzione degli studi, ossia in quei contesti operativi – il laboratorio, il centro di ricerca, il protocollo sperimentale – nei quali l'intervento giuridico fatica strutturalmente a penetrare.

In tale prospettiva, la sottorappresentazione non può essere letta esclusivamente come il risultato di lacune o insufficienze del quadro giuridico, ma va piuttosto compresa come un esito sistemico di decisioni cumulative, spesso apparentemente neutrali, che intervengono nelle fasi “a valle” della norma. È in questi snodi, più che nella formulazione astratta dei principi, che si giocano in concreto le possibilità di inclusione o, al contrario, di esclusione.

Muovendo da tali premesse, appare dunque affiancare alla dimensione regolatoria alcuni strumenti operativi capaci di incidere direttamente sulle prassi sperimentali, vagliandone contestualmente l'efficacia.

#### **4.1. Migliorare i dati: l'analisi disaggregata e sistemi di intelligenza artificiale**

Un primo snodo cruciale riguarda le modalità di raccolta, analisi e interpretazione dei dati che sono coinvolti nei processi di sperimentazione.

In questa prospettiva, uno strumento operativo capace di incidere concretamente sulle dinamiche di sottorappresentazione potrebbe consistere nella c.d. analisi disaggregata dei dati, ovvero la scomposizione e l'analisi di singole unità secondo caratteristiche quali sesso, età, luogo geografico, o disabilità che nell'analisi aggregata rischiano di perdersi<sup>49</sup>. La rilevanza operativa della disaggregazione per età è stata recentemente ribadita anche a livello internazionale, laddove l'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile dell'ONU<sup>50</sup>, nell'attuazione del principio fondamentale del «*leave no one behind*», all'Obiettivo 17.18 invita i paesi ad aumentare la disponibilità di dati disaggregati per reddito, sesso, età, razza, etnia, stato migratorio, disabilità, collocazione geografica e altre caratteristiche rilevanti nei contesti nazionali<sup>51</sup>.

Tuttavia, il quadro normativo vigente nei trial clinici prevede solo riferimenti embrionali alla rappresentatività della popolazione, senza rendere vincolante la disaggregazione dei dati. Di conseguenza, anche un arruolamento formalmente inclusivo può produrre risultati incapaci di cogliere l'impatto differenziato di farmaci e dispositivi su specifici gruppi di pazienti. L'analisi disaggregata, spostando l'attenzione alla qualità dei dati, permette di considerare variabili quali età, sesso,

---

<sup>49</sup> Tale soluzione operativa era stata già individuata anche da V. CAPPELLI, *op. cit.*, nonché da M. FASAN, C.M. REALE, *op. cit.*

<sup>50</sup> United Nations, A/RES/70/1, *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, 25 settembre 2015.

<sup>51</sup> Sul tema della necessità dell'analisi disaggregata per età in sanità pubblica, si veda T. DIAZ et al., *A call for standardised age-disaggregated health data*, in *The lancet. Healthy longevity*, 2 (7), 2021.

comorbidità o condizioni funzionali, restituendo una conoscenza più aderente alla complessità della popolazione reale e configurandosi non come adempimento formale, ma come presidio metodologico essenziale.

Ciò considerato, il salto di qualità verso una reale inclusività metodologica è però oggi reso possibile dai sistemi di intelligenza artificiale (IA) che offrono potenzialità sconosciute al passato nella gestione della complessità dei dati clinici. L'IA consente, infatti, di elaborare grandi quantità di *Real World Data* (RWD)<sup>52</sup>, simulare scenari alternativi di arruolamento e identificare sottogruppi di pazienti spesso esclusi dai trial tradizionali<sup>53</sup>.

Un contributo particolarmente significativo in questa direzione è giunto da un recente studio del 2021 in cui i ricercatori hanno sviluppato un *framework* computazionale denominato *Trial Pathfinder*, vale a dire un insieme strutturato di algoritmi e procedure informatiche progettate per elaborare grandi quantità di dati e simulare scenari complessi. Grazie a questo strumento hanno dimostrato come l'IA possa essere utilizzata per emulare “in silico” i trial clinici, analizzando i dati di cartelle cliniche elettroniche di migliaia di pazienti reali (nel caso specifico, oltre 61.000 pazienti affetti da tumore al polmone)<sup>54</sup>. L'aspetto di maggior rilievo di tale ricerca risiede però nella possibilità di scomporre criticamente i criteri di eleggibilità impiegati. L'analisi algoritmica ha infatti rivelato che molti dei criteri di esclusione comunemente utilizzati non incidono in modo significativo né sull'efficacia del trattamento né sul rapporto rischio-beneficio. Secondo lo studio, una revisione dei criteri di arruolamento guidata dall'evidenza fornita dall'IA permetterebbe di ampliare la platea dei pazienti eleggibili, incrementando drasticamente la presenza di soggetti over 75 anni e di donne, senza compromettere la sicurezza dei partecipanti o il rigore scientifico della sperimentazione<sup>55</sup>.

In questa prospettiva, l'IA assume quindi anche un ruolo centrale nel mettere in discussione la scelta dei criteri di arruolamento. Se, come previsto dal Regolamento (UE) n. 536/2014, i criteri di inclusione ed esclusione devono essere adeguatamente giustificati, l'impiego di strumenti algoritmici consente di verificare in modo puntuale se tali criteri rispondano effettivamente a esigenze di sicurezza o se, al

---

<sup>52</sup> L'International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) definisce i RWD come dati «che vengono raccolti fuori dagli studi clinici controllati interventistici tradizionali nelle circostanze di vita reale». La definizione, insieme a un'analisi approfondita del concetto, è stata ripresa da M. BOCCHINO, *Significato dei Real World Data nell'era della medicina digitale: realtà e prospettive*, in E. CHIZZOLA et al. (a cura di), *Ricerca in sanità e protezione dei dati personali: scenari applicativi e prospettive future. Atti del convegno Trento 29 settembre 2023*, 2024, 75 ss.

<sup>53</sup> Per un approfondimento sull'utilizzo dell'IA nelle sperimentazioni cliniche, cfr., *ex multis*, M. FASAN, *Intelligenza Artificiale e ricerca medica. Riflessioni a margine dell'AI Act*, in E. CHIZZOLA et al. (a cura di), *Ricerca in sanità e protezione dei dati personali: scenari applicativi e prospettive future. Atti del convegno Trento 29 settembre 2023*, 2024, 87 ss.

<sup>54</sup> R. LIU et al., *Evaluating eligibility criteria of oncology trials using real-world data and AI*, in *Nature*, 592, 2021, 629-633.

<sup>55</sup> *Ivi*, 630-631.

contrario, riflettano prassi consolidate che producono effetti selettivi non intenzionali, rendendo così l'inclusività non un mero obiettivo etico, ma una scelta metodologica tecnicamente verificabile e suscettibile di controllo.

Resta tuttavia ferma la consapevolezza che tali strumenti presentano anche rischi intrinseci, legati in particolare alla possibile riproduzione o amplificazione di *bias* preesistenti, soprattutto quando i modelli siano addestrati su *dataset* storicamente sbilanciati<sup>56</sup>. Da ciò discende la necessità di garantire un controllo umano significativo lungo l'intero ciclo di utilizzo dell'IA, nonché di prevedere adeguati meccanismi di responsabilità in capo agli sponsor e ai ricercatori, affinché l'automazione non si traduca in un ulteriore fattore di esclusione, ma operi effettivamente come strumento di correzione delle asimmetrie esistenti.

## 4.2. Ripensare i luoghi: i (*Remote*) *Decentralized Clinical Trials* (DCT)

Contestualmente alle strategie operative finora esaminate, si affianca un ulteriore tema di importanza cruciale rappresentato dai (*Remote*) *Decentralized Clinical Trials* (DCT)<sup>57</sup>.

Con tale espressione si fa riferimento a modelli sperimentali che, mediante l'uso di tecnologie digitali, consentono di svolgere alcune o tutte le fasi del *trial* al di fuori dei tradizionali centri di ricerca, riducendo la necessità di accessi in presenza e di spostamenti fisici da parte dei partecipanti, comprendendo sia studi "ibridi" che combinano procedure da remoto con quelle tradizionali "*site-based*", sia studi totalmente virtuali o digitali<sup>58</sup>.

La loro applicazione, accelerata durante la pandemia da Covid-19 che ne ha favorito la sperimentazione su larga scala, incide su un profilo critico ben noto: le barriere logistiche e organizzative che ostacolano la partecipazione agli studi clinici. La distanza dai centri sperimentali, la frequenza delle visite di controllo, la complessità delle procedure e la necessità di supporto informale da parte di *caregiver* costituiscono fattori che colpiscono in modo particolarmente intenso i soggetti anziani, soprattutto in presenza di limitazioni funzionali o comorbidità. La possibilità di effettuare il monitoraggio clinico a distanza, raccogliere dati tramite dispositivi digitali o svolgere alcune fasi dello studio in ambito domiciliare consente di ridurre significativamente tali ostacoli, ampliando il bacino dei potenziali partecipanti.

Nello stesso studio empirico richiamato *supra* in tema di cause, condotto su

---

<sup>56</sup> M. FASAN, *Intelligenza Artificiale e ricerca medica. Riflessioni a margine dell'AI Act*, cit., 101.

<sup>57</sup> Sul punto si veda, *ex multis*, M. BOCCHINO, *op. cit.*, 78 ss.; Per un completo approfondimento, *Implementazione degli Studi Clinici Decentralizzati in Italia: perché e come?*, in *Tendenze Nuove*, Numero speciale 1, 2022.

<sup>58</sup> L. DA ROS et al., *Cosa sono i Decentralized Clinical Trials e perché parlarne, per l'Italia*, in *Tendenze Nuove*, 1, 2022, 28.

pazienti over 70 e volto ad identificare le principali motivazioni che spingono gli anziani a non partecipare agli studi clinici, è emerso come il 98% dei partecipanti preferisce essere studiato a domicilio e il 28% non parteciperebbe se costretto a recarsi ripetutamente in ospedale <sup>59</sup>.

In questa prospettiva, i DCT permettono, infatti, di intercettare soggetti che, pur soddisfacendo i criteri clinici di eleggibilità, risulterebbero di fatto esclusi nei modelli tradizionali a causa di vincoli pratici estranei alla valutazione scientifica del rischio-beneficio.

Tuttavia, anche in questo ambito, l'adozione di modelli digitali non è esente da criticità. In primo luogo, il ricorso a strumenti tecnologici può generare nuove forme di esclusione, legate alla scarsa alfabetizzazione digitale, fenomeno che tipicamente colpisce la popolazione anziana. In secondo luogo, la maggiore automazione dei processi di raccolta e gestione dei dati richiede un'attenta valutazione dei profili di affidabilità, sicurezza e comprensibilità delle informazioni, nonché un adeguato supporto umano ai partecipanti <sup>60</sup>.

Ne deriva che i DCT, pur rappresentando una leva significativa per migliorare l'inclusività delle sperimentazioni cliniche, non possono essere ovviamente considerati una soluzione neutra o autosufficiente. La loro efficacia rispetto al problema della sottorappresentazione dipende dalla capacità di integrarli in un disegno sperimentale consapevole che tenga conto delle specificità della popolazione anziana e che affianchi all'innovazione tecnologica adeguate garanzie organizzative, informative e di supporto.

In questo contesto si inserisce la revisione in corso delle linee guida ICH E6(R3), il cui Allegato 2 è specificamente dedicato a raccomandazioni specifiche per gli studi condotti con «*decentralised elements*» <sup>61</sup>.

## 5. Valorizzare il controllore: il ruolo dei Comitati etici

In chiusura di questo percorso, sono necessarie alcune considerazioni finali sui Comitati etici, attori chiave nella *governance* delle sperimentazioni cliniche e chiamati a presidiare quel delicato passaggio tra la dimensione normativa e le prassi concrete della ricerca <sup>62</sup>.

---

<sup>59</sup> E. R. MARCANTONIO et al., *op. cit.*, 1524.

<sup>60</sup> Cfr. T.I. VAN RIJSEL et al., *Diversity in decentralized clinical trials: prioritizing inclusion of underrepresented groups*, in *BMC Medical Ethics*, 26 (51), 2025, 1211-1218.

<sup>61</sup> ICH E6(R3) Annex 2, *Guideline for Good Clinical Practice. Draft version*, Step 2 version, 6 novembre 2024, disponibile su <https://www.ich.org/page/efficacy-guidelines> (ultima consultazione d.d. 20.12.25).

<sup>62</sup> Cfr. E. FURLAN, *Comitati etici in sanità: storia, funzioni, questioni filosofiche*, FrancoAngeli, Milano, 2015, nonché si consenta di rinviare a R. SIGNORELLA, *I Comitati etici nel sistema sanitario nazionale a due anni dalle riforme: spunti di riflessione*, in *Corti supreme e salute*, 1, 2025.

Se, infatti, molte delle dinamiche escludenti si producono “a valle” della regolazione, nei criteri di eleggibilità, nei disegni sperimentali e nelle modalità di arruolamento, è proprio in sede di valutazione etica che tali scelte possono essere intercettate, discusse e, se necessario, corrette.

Per ragioni di completezza espositiva, occorre precisare che la locuzione *Comitati etici* ricomprende, nel panorama sanitario, diverse tipologie di organismi, differenziate in base alle funzioni loro attribuite. Tuttavia, ai fini della presente analisi, l'attenzione sarà rivolta ai *Research Ethics Committees*, ossia a quei comitati cui spetta, mediante l'espressione di pareri obbligatori e vincolanti, il compito di valutare la correttezza etica e metodologica dei protocolli di ricerca, nonché di garantire il rispetto dei diritti fondamentali e dell'uguaglianza di trattamento di tutti i soggetti coinvolti nella sperimentazione<sup>63</sup>.

Per quanto concerne strettamente il fenomeno analizzato in questo studio è stato in passato messo in luce come a volte i Comitati etici, pur disponendo degli strumenti per incidere sulle pratiche di esclusione, abbiano mancato di esercitare tale funzione in modo incisivo. Alcune analisi dei protocolli sottoposti a valutazione etica hanno infatti evidenziato la frequente presenza di limiti di età privi di adeguata giustificazione, spesso in palese contraddizione con gli obiettivi dichiarati della ricerca, senza però che tali restrizioni fossero oggetto di scrutinio critico o di richiesta di motivazione da parte dei comitati competenti<sup>64</sup>.

Questo dato rivela un profilo problematico di non poco momento: il rischio che il controllo etico si riduca a una verifica prevalentemente formale della conformità procedurale, senza interrogarsi sugli effetti selettivi concreti delle scelte metodologiche proposte. In tal modo, pratiche potenzialmente discriminatorie vengono normalizzate e legittimate attraverso l'approvazione etica, contribuendo a riprodurre proprio quelle asimmetrie che la regolazione mira, almeno in astratto, a superare.

In questa prospettiva e con riguardo precipuamente al ruolo di tali organismi nell'ambito del fenomeno analizzato, è possibile individuare almeno tre questioni.

La prima, circoscritta al contesto italiano e ampiamente dibattuta in dottrina all'indomani dell'entrata in vigore del Regolamento n. 536/2014, ha riguardato l'estensione delle competenze dei Comitati etici alla luce della nuova procedura di autorizzazione delle sperimentazioni cliniche. In particolare, si è discusso se i Comitati, formalmente chiamati a svolgere una “revisione etica” della sperimentazione, dovessero valutare solo la Parte II della domanda di autorizzazione (informazioni ai partecipanti, consenso informato, selezione dei soggetti, *ex art.* 7) o se potessero estendere il controllo anche alla Parte I (rilevanza scientifica,

---

<sup>63</sup> Cfr. Unesco, *Guide No. 1: Establishing Bioethics Committee*, France, 2005, 9.

<sup>64</sup> Cfr. sul punto A. BAYER, W. TADD, *Unjustified exclusion of elderly people from studies submitted to research ethics committee for approval: descriptive study*, in *BMJ (Clinical research)*, 321, 2000, 992-993.



metodologia, bilanciamento rischi-benefici, *ex art. 6*)<sup>65</sup>.

La questione non è di poco conto con riferimento al fenomeno in esame se si considera che, come ampiamente descritto *supra*, l'art. 6 Reg. stabilisce che la valutazione della domanda di autorizzazione deve considerare la rappresentatività dei gruppi rispetto alla popolazione destinataria del trattamento e l'esclusione di certi gruppi richiede motivazione specifica, valutazioni che però attengono in modo diretto alla Parte I della domanda.

La soluzione finale adottata dal legislatore italiano è stata quella di estendere la competenza dei Comitati etici territoriali (CET), incaricati della valutazione delle sperimentazioni cliniche rientranti nell'ambito di applicazione del regolamento, non solo agli aspetti ricompresi nella Parte II della relazione di valutazione (art. 7), ma – come consentito dall'art. 4 – anche agli aspetti relativi al protocollo di studio inclusi nella Parte I della relazione di cui all'art. 6<sup>66</sup>.

Si tratta questa di una scelta che merita di essere pienamente valorizzata e tutelata. Escludere i Comitati etici dalla verifica delle giustificazioni sottese ai criteri di inclusione ed esclusione significherebbe, infatti, svuotare di contenuto il loro ruolo di garanti dell'equità della ricerca. Occorrerebbe, invece, superare una volta per tutte la fallace dicotomia tra aspetti puramente ed esclusivamente scientifici e profili che attengono all'eticità della ricerca: le scelte relative al protocollo e alla selezione dei partecipanti, infatti, pur presentandosi sotto la veste di parametri meramente tecnico-scientifici, costituiscono in realtà il terreno su cui si gioca la tenuta etica dell'intera sperimentazione e la sua capacità di generare una conoscenza che sia, al contempo, scientificamente valida e socialmente giusta.

Un secondo profilo di rilievo riguarda la composizione stessa dei Comitati etici.

La loro natura multidisciplinare e pluralistica costituisce, infatti, una condizione essenziale per una valutazione effettivamente comprensiva degli impatti etici della sperimentazione. Si è osservato, infatti, come una composizione più diversificata dei Comitati etici e dei team di ricerca – in termini di genere, età, origine etnica ed esperienze di vita – contribuirebbe a ridurre il rischio di esclusione delle popolazioni cliniche non espressamente tutelate e, per tale ragione, spesso invisibili tanto alla ricerca quanto al diritto. Al contempo, una maggiore pluralità di prospettive inciderebbe positivamente anche sulla fase di analisi e interpretazione dei risultati, favorendo una più attenta considerazione degli effetti differenziati dei trattamenti rispetto alle caratteristiche dei gruppi coinvolti<sup>67</sup>.

In tale quadro, assume un'importanza particolare la presenza e la valorizzazione del «rappresentante delle associazioni di pazienti o di cittadini impegnati sui temi

---

<sup>65</sup> Per una ricognizione specifica dei termini della questione, sia consentito rinviare a R. SIGNORELLA, *op. cit.*, 10-14.

<sup>66</sup> Ministero della Salute. Decreto 30 gennaio 2023. *Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali*.

<sup>67</sup> La soluzione è stata ampiamente proposta ed esaminata da V. CAPPELLI, *op. cit.*, 324-326.

della salute», figura prevista nella composizione dei Comitati etici dal d.m. del Ministero della Salute del 30 gennaio 2023 <sup>68</sup>.

Nel caso della popolazione anziana, tale contributo appare tanto più cruciale, in quanto consente di interrogare criticamente assunzioni implicite relative alla partecipazione, alla compliance, alla capacità decisionale o al carico pratico della sperimentazione che difficilmente emergono da una valutazione esclusivamente tecnico-scientifica.

Infine, un terzo e ultimo profilo riguarda l'importanza che vanno assumendo gli organismi in esame nella valutazione dell'impiego dei DCT e, in generale, di strumenti di IA, con particolare riferimento ai loro effetti sui processi di arruolamento, di selezione dei partecipanti e di acquisizione del consenso informato. Come si è visto nei paragrafi precedenti, tali strumenti possono incidere in modo significativo sulla rappresentatività dei campioni ma, se non adeguatamente governati, rischiano di riprodurre o amplificare forme di esclusione già esistenti.

In questa prospettiva, i Comitati etici sono chiamati a svolgere una funzione di controllo sostanziale che muova innanzitutto dalla verifica dell'effettiva utilità dello strumento rispetto ai fini della ricerca. Non si tratta di un vaglio meramente tecnico, ma di accertare se l'impiego dell'algoritmo sia realmente funzionale a una migliore conduzione dello studio o se, al contrario, rischi di introdurre distorsioni nei processi di arruolamento. Ciò implica, in particolare, la valutazione critica dei *dataset* utilizzati per l'addestramento degli algoritmi, dei criteri decisionali impiegati nella selezione dei partecipanti, nonché della trasparenza e comprensibilità dei sistemi adottati, soprattutto nei confronti di soggetti anziani con livelli eterogenei di alfabetizzazione digitale <sup>69</sup>.

Un ambito emblematico in questo senso è rappresentato dalle procedure di consenso informato digitale (c.d. *e-consent*), sempre più frequentemente integrate nei protocolli sperimentali <sup>70</sup>. Se da un lato tali strumenti possono migliorare l'accessibilità all'informazione, dall'altro essi pongono rischi specifici di esclusione qualora non siano progettati tenendo conto delle esigenze cognitive, sensoriali e relazionali proprie della popolazione anziana. In questo contesto, il ruolo dei Comitati etici diviene cruciale nel valutare se le modalità di acquisizione del consenso garantiscano effettivamente la comprensione, la volontarietà e la personalizzazione dell'informazione, evitando che la digitalizzazione del processo si traduca in una barriera ulteriore alla partecipazione.

In tale quadro, quindi, la valorizzazione del ruolo dei Comitati etici passa anche

---

<sup>68</sup> Art. 3, comma 4, lett. l), d.m. 30 gennaio 2023, cit. Allo stesso modo V. CAPPELLI, *op. cit.*, 325.

<sup>69</sup> Sul ruolo dei Comitati etici rispetto alle questioni poste dall'IA nella ricerca medica si veda M. TOMASI, M. FASAN, *Comitati etici e progresso tecnologico: le sfide dell'intelligenza artificiale nella ricerca medica*, in R. PRODOMO et al. (a cura di), *I Comitati etici per la sperimentazione e la pratica clinica. Riflessioni Bioetiche e Biogiuridiche aggiornate*, Mimesis, Napoli, 2025, 143-157.

<sup>70</sup> Il tema del consenso elettronico è ampiamente affrontato da due volumi della rivista *BioLaw Journal*, ovvero 2S, 2021 e 1S, 2019.

attraverso la loro capacità di fungere da luogo di mediazione tra innovazione scientifica e tutela dei soggetti vulnerabili, assicurando che l'impiego dell'IA nella sperimentazione clinica non comprometta, ma anzi rafforzi, l'obiettivo di una ricerca realmente rappresentativa, inclusiva e rispettosa delle differenze legate all'età.

Non v'è dubbio, ovviamente, che la gestione degli aspetti tecnologici richiede contestualmente acquisizione o aggiornamento di conoscenze e competenze e, conseguentemente, specifici programmi di formazione dedicati ai componenti dei Comitati Etici.

## 6. Considerazioni finali

Al termine di questo percorso si impongono necessarie conclusioni.

In primo luogo, è chiaro che la sistematica sottorappresentazione della popolazione anziana nella ricerca clinica non sia, né possa essere, ricondotta esclusivamente a lacune del quadro normativo. Essa è piuttosto il risultato di una combinazione di scelte metodologiche, prassi consolidate e valutazioni etiche talvolta insufficientemente critiche che finiscono per produrre effetti selettivi strutturali.

Conseguentemente e come si è cercato di dimostrare, la sua problematicità non è confinata alle mura dei laboratori: essa rivela una frattura profonda nel sistema di tutela dei diritti fondamentali.

Si traduce, anzitutto, in un silenzioso attacco al diritto alla salute laddove, in un contesto di invecchiamento globale senza precedenti, gli anziani rischiano di essere trattati sulla base di dati che non riflettono le loro specifiche condizioni, con implicazioni rischiose per la qualità delle cure<sup>71</sup>.

Al tempo stesso, viene minato il principio di uguaglianza nella misura in cui l'esclusione dalla ricerca fondata sulla sola età anagrafica integra una forma di discriminazione irragionevole che ostacola il pieno sviluppo della persona e nega la possibilità di partecipare ai benefici del progresso scientifico.

Ed allora occorre ribadire con fermezza la necessità di un rigoroso vaglio etico della ricerca, mantenendo sempre viva la consapevolezza che la ricerca clinica non può limitarsi a criteri puramente tecnici: senza dati rappresentativi, la ricerca clinica non produce vera evidenza e ogni conoscenza incompleta si traduce inevitabilmente in cure diseguali.

Le sfide che si pongono sono, allora, molteplici.

Sono innanzitutto sfide tecnologiche: l'apertura alle nuove frontiere dei DCT e dell'IA offre strumenti potenzialmente decisivi per la gestione dei dati, ma richiede al contempo una governance attenta ai rischi di esclusione, opacità e riproduzione di *bias* preesistenti.

---

<sup>71</sup> Sul diritto alla salute inteso "oltre la cura", cfr. D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in *BioLaw Journal*, 2S, 2019, 393-404 nonché R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal*, 2S, 2019, 377-392.

Sono, infine, sfide assiologiche. Il diritto della ricerca non può ridursi a un mero apparato di regole procedurali, ma deve farsi carico di garantire che il progresso scientifico resti autenticamente umano. Colmare il divario tra una società che invecchia e una ricerca che, ancora troppo spesso, ignora il tempo che passa costituisce, in ultima analisi, una delle principali responsabilità del diritto delle scienze della vita.







Finito di stampare nel mese di febbraio 2026  
nella LegoDigit s.r.l. – Via Galileo Galilei, 15/1  
38015 Lavis (TN)











