



**Università  
di Catania**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE E SOCIALI**

**TESI DI DOTTORATO DI RICERCA**

**Ph.D in Scienze Politiche**

**XXXVII Ciclo**

**Settore scientifico-disciplinare**

**Sociologia dell'ambiente e del territorio**

**Analisi socio-territoriale e studi gerontologici:  
norme, politiche e strumenti di misurazione**

**Tutor**

*Chiar.mo Prof. Carlo Colloca*

**Candidata**

*Dott.ssa Katherine Fragalà*

A.A. 2024/2025

Introduzione.....	Pag.4
<b>Capitolo I</b>	
<b>Il tema emergente dell'invecchiamento: nascita ed evoluzione dei modelli di gerontologia positiva.....</b>	<b>Pag. 8</b>
<b>I.1</b> L'invecchiamento della popolazione globale.....	Pag.8
<b>I.2</b> Nascita ed evoluzione della gerontologia e della gerontologia positiva.....	Pag.16
<b>I.3</b> Dai primi modelli di gerontologia positiva al modello <i>successful aging</i> .....	Pag.24
<b>I.4</b> Dopo il modello <i>successful aging: active ageing e healthy ageing</i> .....	Pag.29
<b>I.5</b> Suggestioni dall' <i>environmental gerontology</i> , per un modello fondato sull'ambiente di vita.....	Pag.31
<b>Capitolo II</b>	
<b>Misurare un fenomeno complesso: dall'active ageing all'active ageing index.....</b>	<b>Pag.35</b>
<b>II.1</b> L' <i>active ageing</i> nell'Agenda internazionale.....	Pag.35
<b>II.2</b> Misurare l' <i>active ageing</i> : l' <i>active ageing index</i> negli Stati dell'Unione Europea.....	Pag.39
<b>II.2.1</b> I punteggi dell' <i>active ageing index</i> negli Stati UE.....	Pag.42
<b>II.3</b> <i>Active ageing index</i> in Portogallo: un caso per riflettere.....	Pag.51
<b>II.3.1</b> Alcune norme e politiche.....	Pag.52
<b>II.3.2</b> Indicatori demografici per una geografia dell'invecchiamento.....	Pag.55
<b>II.4</b> L' <i>active ageing index</i> a livello NUTS 1 e NUTS 2, in Italia .....	Pag.62
<b>Capitolo III</b>	
<b>Norme e politiche per l'invecchiamento attivo in Italia.....</b>	<b>Pag.70</b>
<b>III.1</b> La crescente attenzione politica al tema dell'invecchiamento attivo.....	Pag.70
<b>III.2</b> L'invecchiamento attivo nella Legge Delega 33/2023.....	Pag.74
<b>III.3</b> Le politiche per l'invecchiamento attivo messe in campo nelle Regioni.....	Pag.82
<b>III.3.1</b> Piemonte.....	Pag.85
<b>III.3.2</b> Valle D'Aosta.....	Pag.86
<b>III.3.3</b> Lombardia .....	Pag.87
<b>III.3.4</b> Trentino-Alto Adige.....	Pag.88
<b>III.3.5</b> Veneto.....	Pag.93
<b>III.3.6</b> Friuli-Venezia Giulia.....	Pag.94
<b>III.3.7</b> Liguria .....	Pag.95
<b>III.3.8</b> Emilia-Romagna.....	Pag.98
<b>III.3.9</b> Toscana.....	Pag.100
<b>III.3.10</b> Umbria.....	Pag.102
<b>III.3.11</b> Marche.....	Pag.104
<b>III.3.12</b> Lazio.....	Pag.107
<b>III.3.13</b> Abruzzo.....	Pag.108
<b>III.3.14</b> Molise .....	Pag.109
<b>III.3.15</b> Campania.....	Pag.111
<b>III.3.16</b> Puglia.....	Pag.112
<b>III.3.17</b> Basilicata.....	Pag.114
<b>III.3.18</b> Calabria.....	Pag.116
<b>III.3.19</b> Sicilia.....	Pag.117
<b>III.3.20</b> Sardegna .....	Pag.119

## Capitolo IV

### Costruzione di una nuova misura sintetica: l'indice di limitazione nelle regioni

italiane.....	Pag.120
IV.1 Premesse teoriche e definizione del concetto di <i>limitazione</i> .....	Pag.120
IV.2 La scelta del database di riferimento, il <i>Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento</i> .....	Pag.122
IV.3 Scelta e descrizione degli indicatori.....	Pag.125
IV.4 Le regioni come unità territoriale.....	Pag.135
IV.5 Il calcolo dell' <i>indice di limitazione</i> .....	Pag.136
IV.6 Rappresentazioni cartografiche, descrizione e commento dei risultati.....	Pag.141
IV.7 Limiti e possibili sviluppi dell' <i>indice di limitazione</i> .....	Pag.173
<b>Per concludere: ulteriori prospettive di studio e di ricerca .....</b>	<b>Pag.177</b>
1. Identificazione di alcune zone di interesse per la longevità in Sicilia.....	Pag.177
2. <i>Spazi</i> intergenerazionali per l'invecchiamento attivo .....	Pag.191
3. Da qui in avanti: strade aperte e ostacoli da superare.....	Pag.197
<b>Bibliografia.....</b>	<b>Pag.202</b>
<b>Sitografia.....</b>	<b>Pag.229</b>

## Introduzione

Il seguente lavoro muove dall'intenzione di dare origine ad un modello che metta in relazione invecchiamento e territori. Trovare e ipotizzare determinanti in grado di influenzare positivamente o negativamente il processo di invecchiamento individuale e delle popolazioni. A questo iniziale intento è seguita una necessaria definizione concettuale, che ha rilevato necessitante la costruzione di una chiara cornice in merito a concetti chiave e allo stato dell'arte, rendendo necessaria la formulazione di una nuova domanda di ricerca, rispondente alla ricostruzione dello stato dell'arte, dove, ovvero si è arrivati concettualmente sul tema dell'invecchiamento, dovendo prendere in prestito da altre scienze concetti e dibattiti.

Un primo capitolo esplora la nascita della *gerontologia positiva*, ovvero di quei filoni di studio e intuizioni accademiche che hanno reso possibile una nuova concezione dell'anziano e dell'anzianità, volute non soltanto da un imperativo etico, ma dall'evidente trasformazione demografica verso un netto incremento della popolazione *anziana* a scapito di quella più giovane, e nata in seno alla reazione accademica alle teorie *del disimpegno*, in favore di nuove teorie *dell'attività*. La ricostruzione, non godendo di una consolidata tradizione italiana, si è servita della letteratura internazionale sul tema, anch'essa molto frammentata, ma avente alcuni punti saldi che hanno permesso una ricostruzione armonica nel suo risultato. La ricostruzione si è servita delle pubblicazioni riconosciute nella letteratura gerontologica come opere di grande influenza, che hanno e avviato percorsi di ricerca e invertito le rotte del pensiero gerontologico. Si fa riferimento ad autori come Rowe e Kahn con il loro modello *successful ageing*, e il filone dell'*environmental gerontology*, con il *modello ecologico* di Lawton e Nahemow, che focalizza lo sguardo dello studioso dell'invecchiamento in relazione all'ambiente di vita, accendendo la possibilità di trattare il luogo come uno *specifico metodologico*. Infine, si arriva alla concettualizzazione di *active ageing*, la più influente e consistente cornice di senso in merito alle politiche e agli interventi per l'invecchiamento positivo in Europa e in Italia, in linea con le teorie dell'attività.

Il concetto di *active ageing*, o *invecchiamento attivo*, ha assunto, poi, non trascurabile importanza, in quanto ribadito nella ratifica dell'ONU dal *Madrid International Plan of Action on Ageing* (MIPAA), che ha rappresentato, di fatto, uno strumento di *soft law*, e a partire dal quale gli Stati dell'*Unece* hanno sottoscritto i 10 *commitments*, inserendolo nelle Agende delle nazioni, tra cui dell'Italia, e ai vari livelli di governance. Strumento delle politiche per l'*invecchiamento attivo* è l'*active ageing index (aai)*, strumento diretto di misurazione e comparazione tra gli Stati e utile punto di osservazione per i decisori politici.

Il capitolo II illustra nel dettaglio la condizione degli Stati Europei, a partire dalla più recente pubblicazione che ne descrive e analizza i punteggi (UN, 2019), aprendo una riflessione critica sull'origine degli stessi, attraverso la presentazione di un caso preso ad esempio e visto più nel dettaglio: il Portogallo che, sebbene condivida con le sorelle mediterranee un sistema di *welfare familistico*, mostra una condizione di invecchiamento attivo migliore di Grecia, Italia e Spagna. Dallo sguardo mirato al Portogallo è subentrata la necessità che gli studi sull'invecchiamento tengano conto delle differenze entro i territori, così un periodo di ricerca presso l'*Universidade da Beira Interior*, nel Portogallo Centrale, è stata occasione per esplorare la possibilità di contestualizzare il fenomeno attraverso banche dati demografiche, con la sperimentazione di un metodo che restituisce delle evidenze sul caso portoghese, ma che può essere esteso a qualsiasi territorio e che si ritiene necessario nell'ottica di eventuali e futuri studi comparativi. Le considerazioni finali sul caso portoghese rimandano, inoltre, a studi qualitativi che possano tenere adeguatamente conto di alcune evidenti differenze territoriali, e rimanda all'applicazione dell'*active ageing index* a contesti subnazionali, di cui è dimostrazione il caso italiano. Gli studi presentati come esempio applicativo ai livelli territoriali NUTS 1 e NUTS 2, oltre a fornire spunti metodologici per lo studio del fenomeno, rivelano un'Italia frammentata, con punteggi sull'*active ageing index* migliori per il Nord e peggiori per il Sud, e una condizione intermedia per le regioni del Centro. Altresì, tale evidenza conduce alla necessità di esplorare le diverse traiettorie che le singole regioni italiane hanno intrapreso nel tempo per l'affermazione del concetto di invecchiamento attivo.

Il capitolo III illustra lo scenario nazionale per le norme a favore dell'invecchiamento attivo in Italia, descrivendo le novità introdotte dal Decreto Legislativo 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.”, in vigore dal 19 marzo 2024, per poi aprire lo scenario alla descrizione delle politiche e leggi nelle singole regioni. I contenuti del capitolo III rispecchiano simbolicamente quanto avviene ed è avvenuto in Italia in merito alle politiche sull'invecchiamento attivo: solo di recentissima implementazione a livello nazionale e con una più radicata e diversificata condizione nelle regioni e delle Province Autonome, con vivacità e velocità tanto variegata da costituire quasi modelli a sé stanti, ognuna con la propria tradizione, con i propri limiti e i propri settori di interesse.

Il capitolo IV, porta a maturazione il tentativo pionieristico sul tema dell'invecchiamento, e, alla luce della necessaria ricognizione descritta nelle prime parti, riprende l'iniziale intenzione di ipotizzare un modello originale di invecchiamento positivo basato sul territorio. Ciò che ne è scaturito è stata la costruzione di una nuova misura sintetica, un indice *di limitazione* dell'anziano, immaginato come primo momento di ideazione di un modello in cui *capacità* o *limitazione* dell'individuo e *facilitazione* o *pressione* dell'ambiente, entrano in relazione nel determinare le traiettorie di invecchiamento. La costruzione dell'*indice di limitazione* si è servita dei dati raccolti sulla popolazione di oltre 64 anni dal sistema di sorveglianza nazionale *Passi d'Argento*, sezione del sistema *Passi*, che dal 2007 monitora la condizione di salute della popolazione dai 18 ai 69 anni, e strumento del *Sistema Sanitario Nazionale* (SSN) coordinato dall'*Istituto Superiore di Sanità* (ISS). Data la novità della proposta, la scelta degli indicatori, motivata dalla letteratura internazionale sui fattori correlati all'invecchiamento di successo, e la costruzione stessa dell'indice, approdano ad alcuni risultati significativi rispetto ai limiti e alle ulteriori possibilità di ampliamento e correzione del nuovo strumento, che, nella sua prima formulazione non ha possibilità di essere comparato con altri. Un primo confronto è fornito in questo testo, a fronte della costruzione dell'*indice di limitazione* per due diversi momenti: un momento che utilizza i dati degli anni che vanno dal 2016 al 2019, e un secondo momento che considera il biennio 2022-2023. Si vedrà come tale confronto darà luogo a risultati utili a porre le giuste questioni per migliorare tale strumento di misurazione che assume, in questo lavoro, una valenza euristica.

La parte conclusiva, mostra, infine ulteriori prospettive di studio, in cui il *luogo* e lo *spazio* sono considerati determinanti per l'invecchiamento. In un primo senso, il *luogo* è scenario di estrema longevità: a partire dagli esempi di ricerche condotte sulle popolazioni più longeve del mondo, cosiddette *Zone Blu*, si tenta gettare le basi per l'esplorazione del fenomeno della longevità nella Regione Sicilia. In un secondo senso, il *luogo* è spazio di relazioni tra generazioni, concependo i progetti intergenerazionali come una possibile soluzione *bottom up*, a beneficio tanto degli anziani, quanto delle altre generazioni, nel perseguimento di una *società per tutte le età*.

# Capitolo I

## Il tema emergente dell'invecchiamento: nascita ed evoluzione dei modelli di gerontologia positiva

### I.1 L'invecchiamento della popolazione globale

Se l'invecchiamento individuale è un processo di natura biologica, sociale, economica, culturale, ambientale e storica, un processo di cambiamento biopsicosociale della persona lungo il ciclo di vita (WHO, 1999; 2015d), l'invecchiamento della popolazione è, invece, un fenomeno collettivo: il risultato della proporzione, all'interno della popolazione totale, di persone definite anziane (Cabral *et al.* 2013).

L'invecchiamento della popolazione è oggi un fenomeno di portata globale, una tendenza avviatasi verso la metà del XX secolo, e in costante crescita (UN-DESA, 2023). Esso riguarda marcatamente le nazioni industrializzate, che condividono un allungamento della speranza di vita e il controllo della fecondità: due tendenze che portano con sé alcuni importanti cambiamenti della struttura demografica (Carrogu *et al.* 2023; ISTAT, 2020; Rowe e Kahn, 2015).

Potremmo definire il fenomeno dell'allungamento della vita come inedito; irreversibile; incisivo e ambivalente (Falasca, 2023). Inedito, in quanto si verifica adesso per la prima volta nella storia dell'umanità; irreversibile, perché è un processo avviato che tende ad evolvere con il passare del tempo; incisivo, in quanto è tendenza di ogni paese e ogni classe sociale; e ambivalente, perché è impossibile stabilire univocamente la direzione del fenomeno, che incamera in sé vantaggi e svantaggi: un cambiamento tanto rapido quanto profondo, che mette alla prova la società e che supera, per la sua incisività e profondità, le possibilità metaboliche delle istituzioni (*ibidem*).

L'invecchiamento della popolazione è infatti un fenomeno multidimensionale: impatta l'intera società e tutte le fasce di età e si interseca con altre tendenze e fenomeni sociali ed economici, originando, e subendo a sua volta, l'esito di alcuni fenomeni di portata globale, tra i quali: l'urbanizzazione; l'evoluzione tecnologica; la globalizzazione; i

movimenti migratori; la transizione epidemiologica; l'inasprimento delle diseguaglianze tra uomini e donne.

L'urbanizzazione e l'esodo della popolazione più giovane dalle campagne alle città crea spopolamento nelle aree rurali, e conseguente isolamento delle persone più anziane nelle suddette aree e, al contempo, l'aumento di abitanti anziani in zone urbane potrebbe comportare per gli stessi anziani, rischi per la sicurezza, fenomeni di esclusione e consolidamento di cattivi stili di vita.

Il progresso tecnologico che, in linea teorica, consentirebbe una maggiore possibilità per adottare sistemi di cure domiciliari a distanza non è certamente ad uso di tutta la popolazione necessitante, concorrendo ad aumentare le diseguaglianze già esistenti. Altresì, le connessioni consentite dagli strumenti tecnologici potrebbero facilitare la creazione e il mantenimento delle reti sociali, ma, al contempo concorrerebbero ad aumentare lo stigma e l'esclusione delle persone anziane nei casi di impossibilità di utilizzo.

Anche i movimenti migratori possono impattare la vita dell'anziano: essi stessi come soggetti migranti possono spostarsi alla ricerca di condizioni di vita più agevoli, o possono subire l'influenza indiretta di altra popolazione migrante: i movimenti migratori delle fasce di popolazione più giovani possono avere conseguenze negative per quegli anziani che potrebbero trovarsi in carenza di supporto.

In merito alla transizione epidemiologica, un diminuito rischio di malattie infettive è stato sostituito da quello per malattie croniche: vivere più a lungo consente infatti con più probabilità di dover convivere con una malattia cronica.

L'invecchiamento è anche fortemente segnato dalle disuguaglianze già marcate tra uomo e donna, dalle differenti traiettorie di vita che ne determinano altrettanto differenti traiettorie di invecchiamento.

L'invecchiamento della popolazione però, di per sé, può e deve considerarsi un successo collettivo (Cabral *et al.* 2013). In primis, esso è esito del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e del sistema dei servizi, che ha comportato una drastica riduzione della mortalità ed un aumento dell'aspettativa di vita, causando un restringimento della fascia

di età in cui si verificano la maggior parte dei decessi, e rendendo molto rari i casi di morte prematura, prima dei 60 o 70 anni di età (UN-DESA, 2023).

Sebbene esso riguardi l'intero globo, il processo di invecchiamento si è verificato nei diversi stati a diverse velocità, o si è avviato in momenti diversi: secondo le previsioni, tra il 2021 e il 2050 il numero di persone ultrasessantacinquenni raddoppierà, passando da 761 milioni a 1,6 miliardi con aumento dell'età media da 30 anni nel 2021 a 36 anni nel 2050, con un aumento dell'età media in Europa e nel Nord America, da 40 a 46 anni. Nell'Asia centrale e meridionale si prevede che la popolazione di età pari o superiore a 65 anni aumenterà di oltre 540 milioni, dal 2021 al 2050. Per l'Asia occidentale, così come per l'Africa settentrionale e per l'Africa sub-sahariana si prevede il tasso di crescita più elevato, tuttavia ancora attutito da elevati tassi di natalità.

La portata del fenomeno appare ancora più allarmante se si considera l'aumento della popolazione di età pari o superiore a 80 anni, che vede un incremento ancora più rapido della fascia di 65 anni e oltre: si prevede, infatti, che entro il 2050, il mondo avrà circa 459 milioni di persone di età pari o superiore a 80 anni, quasi il triplo rispetto al numero che aveva nel 2021, aumentando di oltre il 200% in tutte le regioni ad eccezione di Europa e Nord America, Australia e Nuova Zelanda, dove si prevede una crescita rispettivamente del 10% e del 60%, non perché il fenomeno sia meno presente, ma perché, al contrario, ha già raggiunto livelli più alti e subito incrementi sostanziali nel passato.

Tuttavia, si prevede che la geografia dell'invecchiamento possa cambiare nel breve termine, spostandosi dall'Europa all'Asia orientale e sud-orientale da qui al 2050 (*ibidem*).

Nell'Unione Europea, l'invecchiamento della popolazione è documentato da diversi indicatori statistici; è un fenomeno che interessa tutti gli Stati UE, tra i quali l'Italia mantiene il primato. Se, in un periodo osservato tra il 2001 e il 2020 l'età mediana nell'UE è aumentata da 38 a 44 anni, in Italia, allo stesso anno, era di 47 anni, seguiti dalla Germania e dal Portogallo, con 46, Bulgaria e Grecia, con 45; mentre gli stati più giovani, Lussemburgo e Malta, registrano un'età mediana di 40 anni, e Cipro e l'Irlanda, di 38. Con un aumento della quota di persone di 65 anni e oltre in tutti gli Stati membri, nonché,

di quelli con più di 80 anni, ad eccezione della Svezia. Contestualmente, anche la quota di bambini e adolescenti, da 0 a 14 anni, è diminuita dal 17% del 2001 al 15% del 2020: la diminuzione è stata registrata in tutti gli Stati membri<sup>1</sup>. La struttura della popolazione risulta essere, così, distorta: sbilanciata a favore di una percentuale nettamente maggiore di anziani, rispetto al resto della popolazione (ISTAT, 2020).

In merito all'Italia, l'invecchiamento della popolazione ha segnato il cammino della popolazione ormai da diversi decenni, come risultato della concomitanza di diversi fattori: il decremento delle nascite; l'allungamento della vita media; gli effetti delle migrazioni (Miccoli *et al.*, 2018).

Il processo di invecchiamento della popolazione italiana rende evidenti alcuni problemi di sostenibilità sociale, data dall'esiguità della popolazione in età lavorativa, rispetto al totale della popolazione. Questo processo ha avuto alcuni brevi momenti di mitigazione grazie all'immigrazione di giovani stranieri, soprattutto negli anni 2000, a cui sono seguiti, però, la crisi economica alla quale è corrisposta una minore attrattività del Paese, e la diminuzione della fecondità. Anche i livelli di fecondità del Mezzogiorno, storicamente più alti di quelli dell'Italia Centrale e Meridionale, hanno subito un decremento notevole, con livelli talvolta più bassi di quelli del Nord. A questo decremento non è corrisposto un ricambio dato dall'immigrazione giovane straniera, e si è, anzi, consolidata la tendenza dei giovani meridionali ad emigrare nel Centro-Nord (*ibidem*). Questi processi hanno anche modificato il significato e il ruolo della famiglia, tradizionale luogo di cura dell'anziano.

Il significato stesso di "famiglia" ha subito diverse trasformazioni nel corso dei secoli, adattandosi alle trasformazioni biologiche, demografiche, economiche, sociali e culturali. Sia fattori riguardanti le dinamiche intersoggettive tra i componenti: ruoli di genere, di generazione; quanto le dinamiche inerenti alla trasformazione del contesto sociale, politico, economico e culturale, hanno contribuito al modellamento di nuovi modelli di famiglia<sup>2</sup>. Il netto aumento della speranza di vita nei paesi dell'Unione Europea ha avuto notevoli ricadute anche sulle strutture parentali, generando famiglie e tre generazioni.

---

<sup>1</sup> <https://www.istat.it/demografiadelleuropa/index.html?lang=i>

<sup>2</sup> <https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie>

Tuttavia, all'aumento della possibilità di esperire il divenire nonni o bisnonni come conseguenza dell'aumentata aspettativa di vita, non ha corrisposto, paradossalmente, un'effettiva esperienza di tale possibilità, a causa al calo della fecondità rispetto alle generazioni precedenti.

L'età in cui oggi si ha il primo figlio si è innalzata, e questo ha generato una trasformazione della struttura della famiglia: da piramidale, ovvero con molti nipoti e pochi nonni ad una struttura, al contrario, di una piramide rovesciata, con più nonni e meno nipoti.

Sostanzialmente, i paesi del Sud Europa, nell'Unione Europea presentano un invecchiamento della popolazione più marcato, al quale non corrisponde una catena generazionale più lunga bensì, all'aumentare dell'invecchiamento della popolazione sembra seguire un ritardo nella nascita del primo figlio (Naldini; Solera; Torrioni 2012). Questo ha generato, a partire dal secondo dopoguerra, un aumento del numero delle famiglie, corrispondente ad una riduzione dell'ampiezza delle stesse, con il proliferare delle famiglie nucleari, unipersonali e monogenitoriali, a sfavore della famiglia multipla. L'aumento del numero delle famiglie non è da ricercarsi in aumentati i tassi di nuzialità, al contrario, diminuendo i matrimoni l'aumento delle unità familiari, conferma la tendenza verso la nuclearizzazione delle stesse. È proprio un'aumentata aspettativa di vita a sostenere tale tendenza: una vita lunga consente all'anziano di sopravvivere molto oltre la formazione delle nuove famiglie da parte dei figli, e talvolta al decesso del coniuge, originando così vari nuclei unipersonali (Naldini e Saraceno, 2013). Si evince un fenomeno di trasformazione da una struttura "ad arcipelago", di famiglie plurinucleari e plurigenerazionali, ad una struttura "ad atollo", di famiglie mononucleari e monogenerazionali.

I contesti familiari entro i quali gli anziani vivono, sono caratterizzati oggi da una maggiore incidenza di coppie anziane senza figli; dalla presenza di figli non ancora distaccatisi dal nucleo genitoriale; da una composizione esclusivamente anziana; da famiglie monopersonali, soprattutto dopo gli 84 anni di età, con un *gap* di genere che interessa in misura maggiore le donne vedove. La questione appare di grande rilevanza

in relazione ai rapporti tra Stato Sociale e modelli di famiglia: pochi Stati nel tempo hanno sviluppato una esplicita politica sociale destinata alle famiglie<sup>3</sup>.

Queste tendenze hanno anche delle conseguenze sul piano delle relazioni intergenerazionali: succede oggi che persone anziane abbiano figli di mezza età, che a loro volta hanno figli adulti, generando la condizione di sostare contemporaneamente nella condizione di figlio e di genitore per un lungo arco di tempo, e generando un fenomeno, abbastanza recente, dell'invecchiare in qualità di figli, rendendo normale la presenza degli anziani nelle relazioni familiari e concentrando su queste figure il timore della morte e della malattia. La presenza dei nonni nelle famiglie non riguarda oggi solo la prima infanzia, ma tutto il processo di crescita, generando scambi generazionali a "tre generazioni". I nonni e le nonne risultano essere una risorsa di cura per i loro nipoti: nonni mediamente più giovani di un tempo e più in buona salute (Naldini e Saraceno, 2013).

In un siffatto scenario, sono adesso evidenti nuovi bisogni di cura, in senso più integrato rispetto alla mera cura sanitaria. Diminuisce il numero di potenziali prestatori di cura: il lavoro di cura, che per lungo tempo nella nostra nazione ha caratterizzato la figura della donna all'interno della famiglia, ha perso oggi i suoi presupposti costitutivi: il numero di potenziali prestatrici di cura è diminuito all'aumentare dell'entrata nel mercato del lavoro da parte della donna. Insieme a questo, l'innalzamento dell'età pensionistica ed un ridotto ammontare di tempo utile al lavoro di cura informale, e inoltre, i processi migratori interni ed esterni, che coinvolgono i giovani, hanno condotto i figli adulti fisicamente distanti dai genitori in necessità di cura (Naldini e Saraceno, 2013).

Da qui, è evidente che oggi sia necessaria una revisione delle prestazioni e dei servizi di cura, e probabilmente anche di una ridefinizione del concetto stesso di cura.

La tradizione di cura degli anziani ha visto protagoniste, perlopiù le mogli, le figlie e le nuore, con un intervento pubblico di tipo assistenziale, occupante l'agenda politica in modo residuale: maggiori attenzioni erano rivolte, infatti, agli anziani in condizione di grave malattia, o privi di supporto familiare, con risposte perlopiù sanitarie, e di ricovero. Gli anni '80 sono stati anni di ridefinizione teorica degli obiettivi di cura per gli anziani, guardando alla finalità di un più lungo mantenimento della persona anziana nel proprio

---

<sup>3</sup> <https://www4.istat.it/it/anziani/popolazione-e-famiglie>

ambiente familiare, e comunitario e domiciliare, fungendo da piccola leva per le politiche di *community care*, intendendo con questo termine vari tipi di politica che mirano allo sviluppo di servizi non meramente sanitari, e decentralizzati a livello territoriale, al fine di sostenere l'anziano nel suo luogo di abitazione.

Ma oggi, in Italia, gran parte della cura è a carico effettuata dei familiari e dai lavoratori e lavoratrici immigrati, più spesso donne, spesso in condizioni di irregolarità. La misura più utilizzata per la cura dell'anziano è l'indennità di accompagnamento, che sostiene economicamente la persona gravemente disabile, e l'assegno di cura, misure economiche che hanno come esito l'incoraggiamento della cura informale, dell'impiego di lavoratori fuori dal circuito regolare (Naldini e Saraceno, 2013).

Ciò che appare oggi fondamentale è, invece, investire nella ridefinizione del concetto e del ruolo di anziano e di anzianità, proprio a fronte di una aumentata speranza di vita.

Se fino a pochi decenni fa chi avesse superato il sessantacinquesimo compleanno poteva a pieno titolo essere considerato "anziano", oggi risulterebbe fuorviante approcciarsi ai problemi che classicamente hanno riguardato l'anziano, prendendo a riferimento l'età sopra indicata. Lo stesso progressivo aumento della speranza di vita dovrebbe essere tenuto in considerazione nell'identificazione dell'età a partire dalla quale è adatto essere considerati a pieno titolo *anziani*. Chi oggi ha 65 anni vive, con buona probabilità, una condizione di benessere psicofisico tale da non intaccare le proprie attività quotidiane e la propria partecipazione all'interno della società, occupandosi dei propri interessi personali e familiari.

Nel tentare di definire quantitativamente l'invecchiamento, senza tuttavia cadere nell'errore dato dall'utilizzo di indicatori statici, è possibile ricorrere alla misura dinamica e comparativa della sopravvivenza: se guardiamo alla speranza di vita residua, ad un uomo che nel 1960 aveva 65 anni, restavano ancora da vivere, statisticamente, circa 13,1, anni, rientrando a pieno titolo nella categoria di "anziano", prescindendo dalle differenze di genere, in quanto è conosciuto che l'aspettativa di vita della donna è storicamente maggiore rispetto a quella dell'uomo. Tale soglia di riferimento si è mantenuta costante per almeno vent'anni a partire dagli anni '60. Mantenendo costante il parametro iniziale di 13,1 anni di vita residui, si è registrato un repentino incremento dall'aspettativa di vita: nel 2000, restavano statisticamente da vivere 13,1 anno di vita a 70 anni per gli uomini e

a 74 per le donne. Alla data della pubblicazione di Istat (2020), tale condizione si raggiunge a 73 anni per gli uomini e 76 per le donne. Le previsioni statistiche per il 2060, in coerenza con l'andamento positivo del fenomeno, prevedono la possibilità di arrivare a tale soglia a 76 anni per gli uomini e 79 per le donne (ISTAT, 2020). Tali considerazioni assumono grande rilevanza nel momento in cui ci si prende carico dell'anzianità come condizione di fragilità e potenziale necessità di assistenza.

Infine, il processo di invecchiamento della popolazione e le tematiche ad esso connesse, sono state in gran parte trascurate dai ricercatori, nonostante la necessità di sviluppare delle politiche che se ne occupino in concreto. Le istituzioni fondamentali della nostra società: scuole; università; luoghi di cura; non sono state progettate e non si sono sviluppate per servire una popolazione con la distribuzione per età a cui stiamo andando incontro, con la consapevolezza che il cambiamento nella distribuzione demografica non può essere considerato un problema esclusivamente geriatrico.

Pertanto, l'obiettivo principale della ricerca *gerontologica* dovrebbe essere lo sviluppo di politiche, strategie e programmi per adeguare ai cambiamenti della struttura demografica: l'istruzione, il lavoro, la pensione, l'assistenza sanitaria, nonché l'edilizia abitativa e la progettazione dei quartieri, per soddisfare i bisogni emergenti. Lo sviluppo di tali politiche richiederebbe una ricerca rigorosa sui modi in cui le istituzioni sociali possano facilitare l'invecchiamento "di successo", nonché studi che ne identifichino gli ostacoli istituzionali o strutturali, nonché l'adozione di una visione prospettica, che abbracci tutto il corso della vita: se attualmente la nostra giovinezza viene spesa nell'istruzione; la mezza età è perlopiù dedicata al lavoro; la parte restante della vita è dedicata al tempo libero, che troppo spesso è un ruolo senza ruolo, privo di impegno significativo. Attualmente dedichiamo molto tempo alla preparazione delle carriere, e poco alla preparazione della vita successiva alla pensione, sebbene quest'ultima fase del corso della vita possa durare due o anche tre decenni.

Adottare una prospettiva del corso di vita richiederebbe l'accettazione e l'adattamento dei cambiamenti strutturali della società; della nuova longevità, e il riconoscimento che il cambiamento introdotto in una fase del corso della vita potrebbe alterare i bisogni e le opportunità nelle fasi precedenti, con l'apertura alla creazione di nuovi ruoli e nuove responsabilità per gli anziani (Rowe e Kahn, 2015).

Comprendere, studiare e immaginare interventi per un buon invecchiamento, non è tuttavia una mera esigenza di sostenibilità economica e sociale del welfare, bensì, un imperativo etico nell'identificare e prevenire le condizioni che possano relegare gli anziani ai margini della società.

## **I.2 Nascita ed evoluzione della gerontologia e della gerontologia positiva**

La gerontologia si è affermata come campo di studio indipendente dopo la Seconda Guerra Mondiale, con la nascita, negli Stati Uniti, della *Gerontological Society of America*, come risultato della convergenza di alcune delle discipline fondamentali per la comprensione e la spiegazione dei molteplici fenomeni e processi connessi all'invecchiamento, quali: la biologia; la biomedicina; la psicologia e le scienze sociali; con l'aggiunta, successivamente, di altre discipline: l'antropologia; la demografia; l'economia; l'epidemiologia; la storia; le discipline umanistiche e artistiche; le scienze politiche e il servizio sociale. Rispetto alla sociologia, quest'ultima e la gerontologia sociale possono essere considerate due discipline mutualmente relazionate, in più di un senso. Da una parte, molte teorie inquadrare sotto l'etichetta della gerontologia sociale, sono fortemente ed esplicitamente influenzate da studi e teorie sociologici. Dall'altra, la gerontologia sociale può essere considerata un esempio concreto di quello che Burawoy (2005) denominava "sociologia pubblica" (Alley *et al.*, 2005).

In merito al primo aspetto, uno degli assetti teorici più citato nel campo della gerontologia sociale è la prospettiva teorica che riguarda "*il corso di vita*", che trae contenuti e metodi anche dalla sociologia, con una connotazione esplicitamente dinamica piuttosto che statica, proponente osservazioni sul ciclo di vita nella sua interezza. Sebbene si discuta ancora se "*il corso di vita*" possa essere considerato una "teoria", o solo una prospettiva orientativa, esso rappresenta, comunque, un anello di congiunzione tra la sociologia e la psicologia rispetto ai processi sociali, sia a livello *micro* che a livello *macro*: tanto per le popolazioni, quanto per gli individui. Tale approccio è adatto ad affrontare il processo di invecchiamento nella sua natura dinamica, contestuale e processuale, prendendo in osservazione le transizioni legate all'età e alle traiettorie di vita, nonché la correlazione tra l'invecchiamento e i contesti sociali e i significati culturali; nonché come il tempo, il

periodo storico e l'appartenenza ad una *coorte* possano modellare il processo di invecchiamento, non soltanto dei singoli individui, ma anche dei gruppi sociali<sup>4</sup>.

Per quanto concerne l'attività dei gerontologi sociali, come attività di "sociologia pubblica", l'enfasi sulla diversità e sulla disuguaglianza nell'arco della vita ha portato loro a concentrarsi sui bisogni di molteplici gruppi di diverse età, diversa etnia e diversa condizione economica: i gerontologi sociali non sono solo difensori delle istanze che provengono dal "mondo anziano", ma di tutte le generazioni, proprio a supporto delle considerazioni per un invecchiamento di successo lungo tutto il corso di vita, senza negare di certo, che la maggior parte dei gerontologi sociali è orientata al benessere degli anziani e ai tentativi di risoluzione dei numerosi problemi associati all'invecchiamento. La gerontologia sociale risulta essere un campo di studi multidisciplinare, che affonda le proprie teorie sulla sociologia dell'età, coadiuvata da studi di scienze psicologiche, politiche, di sanità pubblica, scienze mediche e scienze del servizio sociale, e come disciplina guarda, altresì, anche ad aspetti economici e demografici. La disciplina della gerontologia sociale nasce con l'obiettivo primario di migliorare la vita degli anziani, di ovviare ad eventuali problemi derivati *dal* o *nel* processo di invecchiamento, ma esplora anche le modalità attraverso le quali la popolazione anziana invecchia, e le peculiarità delle singole esperienze nello stesso processo di invecchiamento influenzino, e siano a loro volta influenzate, dalle strutture sociali. Da questo interesse, deriva che i gerontologi sociali sono interessati all'impatto delle forze e delle condizioni socioeconomiche, politiche e culturali sui processi di invecchiamento, nonché sullo status e sul benessere delle persone anziane. La ricerca in gerontologia sociale può riguardare, così, svariati

---

<sup>4</sup> Altri filoni teorici derivati dal campo della sociologia hanno dei collegamenti con la gerontologia sociale: dal costruttivismo sociale gli studi sui processi di invecchiamento fanno luce su come tali processi siano influenzati dalle strutture sociali. Seguendo questo approccio, gli studiosi ricorrono spesso all'analisi delle narrazioni di vita e all'osservazione partecipante, con lo sguardo volto ad osservare il livello micro del comportamento sociale e dell'azione individuale, entro alcune istituzioni sociali, quali la famiglia o i centri di cura, nonché ai significati soggettivi attribuiti all'età e all'esperienza dell'invecchiamento nella vita quotidiana. Dalla teoria dello scambio sociale, si sono sviluppate teorie volte allo studio delle relazioni e del supporto intergenerazionale. Dallo struttural-funzionalismo derivano gli studi sulle le coorti di età nel tempo, nell'esame della sincronia o asincronia tra cambiamento strutturale e individuale nel tempo. Altresì, teorie critiche, tentano di spiegare come l'interazione tra le forze economiche e le forze politiche determini un'ineguale allocazione delle risorse, interpretando l'esperienza dell'invecchiamento in termini di perdita di potere, autonomia e influenza da parte degli anziani, considerando la classe, il genere, la razza e l'etnia e come presupposti limitanti (Alley *et al.*, 2005).

ambiti della vita e del comportamento sociale, degli anziani e con gli anziani: dalle relazioni familiari, alla salute, fino alle questioni legate alla disabilità, alla partecipazione sociale degli stessi anziani; alle disuguaglianze e discriminazioni sociali fondate sull'età. La disciplina ha come obiettivo quello di finalizzare la ricerca al miglioramento della vita delle persone anziane e delle loro famiglie, guardando alle politiche pubbliche come a uno strumento per apportare i miglioramenti auspicati: gran parte della ricerca gerontologica è, infatti, finalizzata ad influenzare le politiche pubbliche a beneficio dei cittadini, spaziando dalla tradizionale ricerca sociologica quantitativa e qualitativa, alla ricerca diretta e ai servizi basati sulla comunità, alla tutela dei diritti degli anziani (Alley *et al.*, 2005).

La gerontologia, affermatasi come disciplina indipendente e multidisciplinare, all'inizio del XX secolo, diede quasi subito avvio a due teorizzazioni contrapposte, quelle basate sulle teorie del "disimpegno" e quelle fondate sull'"attività" (Rowe e Kahn, 1997; Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019). La prima letteratura sull'invecchiamento umano poggiava sul presupposto di un inevitabile declino in tarda età: i primi studi psicosociali si basavano sul presupposto comunemente condiviso del declino come caratteristica intrinseca all'invecchiamento, di cui la teoria del disimpegno (*Disengagement Theory*) di Cumming e Henry (1961) rappresenta l'esempio più emblematico, fondata sulla premessa secondo la quale, dal momento in cui le competenze dell'individuo diminuiscono e il residuo di vita viene percepito come breve, si verificherebbe un ritiro reciproco dagli obblighi, da parte della società, verso l'anziano e da parte dell'anziano verso la società (Jonson e Mutchler, 2013), considerando tale processo di *disengagement* come desiderabile e volontario, al fine della preparazione alla morte (Carrogu *et al.*, 2023). Tale concezione, secondo la quale l'invecchiamento sia un processo di inevitabile separazione tra individuo e società deriva probabilmente da una iniziale influenza della geriatria, interessata più all'invecchiamento patologico che ad altri aspetti o condizioni dell'invecchiamento (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019).

Sebbene la teoria del disimpegno abbia destato molta attenzione accademica, fu ben presto largamente criticata, come carente dal punto di vista empirico, dando avvio all'alternativa teoria "dell'attività" e alla teoria "della continuità", secondo le quali l'attività in età avanzata produce soddisfazione di vita (Jonson e Mutchler, 2013).

La prima significativa risposta alla teoria del disimpegno fu la pubblicazione sulla rivista *The Gerontologist* da parte di Havinghurst (1961), in cui introdusse la possibilità di concepire l'invecchiamento sulla base della soddisfazione nella vita, che identifica come l'esperienza di gioia, felicità e soddisfazione in tarda età (Jonson e Mutchler 2013), dando avvio al filone teorico “*dell'attività*”, sotto la parentesi concettuale di “invecchiamento di successo” (Jonson e Mutchler 2013; Carrogu *et al.* 2023).

Il modello di Havinghursts era pensato per descrivere le condizioni attraverso le quali si potesse promuovere il miglior livello di soddisfazione e felicità in riferimento alla propria vita presente e passata, raggiungibile a fronte di un coinvolgimento attivo nelle attività di vita quotidiana e ritenute significative per la persona che invecchia, con la sostituzione di quelle attività e ruoli persi a causa dell'età stessa (Carrogu *et al.* 2023).

Havinghursts (1961), tuttavia, non assume una posizione nettamente a favore della teoria dell'attività, ma ritenendo la soddisfazione di vita quale elemento chiave per la determinazione del “successo” ritiene soggettiva la preferenza al disimpegno o all'attività. Considerando come le persone con uno stile di vita attivo, perlopiù orientato all'esterno, potrebbero essere più soddisfatte nel poter dare continuità al loro stile di vita. Soggetti differenti, con uno stile di vita passivo, dipendente e incentrato sulla vita domestica, potrebbero, al contrario, essere più soddisfatte dal disimpegno (Havinghurst, 1961).

I sostenitori della teoria del disimpegno consideravano, infatti, il ritiro sociale quale indicatore di successo del processo di invecchiamento, mentre al contrario la teoria dell'attività promuoveva come prova di un invecchiamento di successo l'azione continua (Jonson e Mutchler 2013).

Sebbene le teorie, del “disimpegno” e “dell'attività” possano considerarsi entrambe valide, alla teoria del disimpegno non corrisponde una solida validità empirica (Alley *et al.* 2005). Anche tra i più dirompenti sostenitori della teoria dell'attività (Rowe e Kahn, 1997), il mutuo allontanamento avente luogo tra la persona che invecchia e gli altri coinvolti nei sistemi sociali di sua appartenenza, viene concepito come un dato oggettivo, come un processo effettivamente diffuso nella società: la constatazione che il processo di invecchiamento comporti generalmente una riduzione del coinvolgimento nelle attività della vita parte dall'osservazione di senso comune, circa il ridotto coinvolgimento

dell'anziano alla vita attorno a lui, rispetto a quando non fosse più giovane, ma procede senza fare assunzioni circa la desiderabilità di questo processo: lo considerano come risultato del ritiro imposto dalla società alla persona che invecchia, contro la volontà e il desiderio della persona stessa.

Una delle prime fasi del disimpegno si verificherebbe quando l'individuo che invecchia ritira parte dell'investimento emotivo dall'ambiente. Questo ritiro, secondo gli autori (*ibidem*), può avere inizio a partire da una maggiore preoccupazione per sé stesso, rendendo il processo di allontanamento un vero e proprio processo interiore, un cambiamento dell'*Io* in cui l'investimento oggettuale è ridotto.

Andando lungo il processo di invecchiamento, una volta completo, questo ha come risultato, per l'individuo la collocazione entro un nuovo equilibrio caratterizzato da una maggiore distanza e da un mutato tipo di rapporto con il circostante. Si può pensare che la persona completamente disimpegnata abbia trasferito gran parte del suo investimento nella propria vita interiore: i suoi ricordi, le sue fantasie e la sua immagine di sé stesso come qualcuno che era qualcosa e realizzava cose. La teoria del disimpegno concepisce, invece, il processo di disimpegno come naturale: la persona anziana lo accetta e lo desidera (*ibidem*).

Nonostante la nascita del dibattito scientifico alla fine degli anni '60, bisognerà aspettare la fine del XX secolo per entrare nel vivo del fermento teorico (Rowe e Kahn 1997; Jonson e Mutchler 2013). Alla fine degli anni '60 Robert N. Butler contribuì alla presa in carico accademica del fenomeno dell'invecchiamento, coniando il termine "*ageism*", indicando, con esso, la discriminazione rivolta all'anziano, fondata sull'età (Butler, 1969).

Lo stesso autore riprese poi il termine in una nota pubblicazione (Butler, 1989), dal titolo *Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention*, descrivendo l'*ageism* come sistematica stereotipizzazione e discriminazione delle persone anziane, considerate spesso inflessibili nei pensieri e nei modi, antiquati nella moralità e nelle abilità, che si manifesta in diversi fenomeni e a diversi livelli: tanto individuale, quanto istituzionale, sottoforma di stereotipi, di disprezzo, oppure con espreso evitamento del contatto e pratiche discriminatorie in materia di alloggi, impiego e servizi, tra i quali si annoverano anche i servizi medici.

Lo stesso Butler affermava di avere preso coscienza del pregiudizio basato sull'età proprio presso la facoltà di medicina, riscontrando tra i medici un disinvestimento nella cura dei pazienti anziani. Nella stessa pubblicazione esortava politici, professionisti a vario titolo, scienziati, medici, ad intervenire sul fenomeno discriminatorio, riconoscendo come antidoto principale all'*ageism* la conoscenza, volta anche alla considerazione secondo la quale la disabilità non sia esito necessario del processo di invecchiamento (Butler 1989).

Fu in quel periodo che crebbe l'interesse per il processo di invecchiamento, e, in parallelo, per i problemi legati all'ambito geriatrico, che insieme hanno stimolato lo sviluppo della ricerca in termini psicologici, sociologici e fisiologici sulla tematica. Lo sviluppo della "gerontologia positiva" è dovuto, infatti, anche al contributo di studi in campo strettamente medico. La pubblicazione del medico James Fries (1980), fu utile nel riconoscere la rilevanza della medicina preventiva e l'impatto potenziale della promozione della salute. In particolare egli si soffermò sulla possibilità di aumentare gli anni attivi e vitali della vita, a fronte di una posticipata insorgenza della morbilità, attraverso studi basati sull'evoluzione delle curve di sopravvivenza e sulle loro differenze in base all'età ( Fries,1980; Fernández-Ballesteros *et al.* 2019).

L'effettivo aumento della longevità negli anni '80 e il conseguente aumento del capitale umano di età avanzata fecero da catalizzatore, enfatizzando la necessità di trattare il tema dell'invecchiamento in senso accademico, e agevolando l'emergere di prospettive teoriche accomunate da una visione positiva dell'invecchiamento. Nonostante ciò, passò del tempo prima che l'esigenza si trasformasse in pratica, e solo alla fine degli anni '80 il dibattito attecchì negli Stati Uniti e divenne fervente (Rowe e Kahn 1997; Jonson e Mutchler ,2013).

Proprio all'inizio degli anni '80, nel 1984, Rowe e Kahn, ancora oggi ricordati come pionieri della gerontologia positiva, entrarono a far parte del *MacArthur Research Network on Successful Aging*, un gruppo interdisciplinare composto da 16 studiosi di varie discipline rilevanti per lo studio dell'invecchiamento, con l'obiettivo di gettare le basi per una "nuova gerontologia". In un campo allora dominato da misure di tendenza centrale e trascurante della variabilità nelle traiettorie di invecchiamento, il *MacArthur Research Network on Successful Aging* gettò lo sguardo sulla distinzione tra

invecchiamento “normale” e “migliore del solito”, fin quando la dicitura “migliore del solito” divenne “di successo” (Rowe e Kahn 2015).

La teoria dell’attività fu presto favorita dalla maggior parte degli “addetti ai lavori”, perlopiù orientati a trovare modi efficaci per favorire la sostituzione delle attività che l’anziano si trova generalmente costretto ad abbandonare, nonché al lavoro, quando è forzato al pensionamento, sostituiti per le attività associative, per le relazioni amicali e per gli affetti probabilmente persi a causa della morte. Anche questa visione non è esente da critiche, fondate perlopiù sull’evidenza che tale concezione assume lo stato dalla mezza età come modello di sviluppo personale desiderabile, considerando, quindi, qualsiasi deviazione da questo modello come negativo e indesiderabile, e non consentendo di considerare l’età anziana potenzialmente come uno stato di sviluppo di per sé, con caratteristiche qualitativamente differenti dalla mezza età (Rowe e Kahn 1997).

La validità della teoria dell’attività era sostenuta, ai suoi albori, dai risultati di ampi studi longitudinali sull’invecchiamento, che avevano preso avvio intorno alla metà del XX secolo (ad esempio il *Baltimore Longitudinal Study of Aging* negli Stati Uniti iniziato nel 1958 e il *Bonn Gerontological Longitudinal Study of Aging* negli Stati Uniti nel 1958). Questi e altri studi contribuirono ad evidenziare una variabilità estremamente elevata nei processi di invecchiamento.

Fu questa evidente variabilità a sostenere l’articolo del medico John W. Rowe e dello psicologo Robert L. Khan, pubblicato su *Science* nel 1987, in cui gli autori mettono in luce la distinzione tra invecchiamento patologico da un lato, e invecchiamento normale e di successo dall’altro, con l’esplicito intento di contrastare la tendenza incorporata negli studi gerontologici nell’enfatizzare solo una distinzione tra “patologico” e “non patologico”, cioè tra anziani affetti da malattie o disabilità e quelli che non soffrono né delle une né delle altre” ( Fernández-Ballesteros *et al.* 2019).

Secondo gli autori, fino a quel momento era diffusa la tendenza secondo la quale, in assenza di patologie identificabili, gerontologi e geriatri tendessero a interpretare i deficit cognitivi e fisiologici associati all’età come determinati dalla stessa età. Rowe e Kahn hanno sostenuto, invece, che il ruolo del processo di invecchiamento, capace di per sé, di peggiorare la qualità della vita, sia stato sopravvalutato, guidando l’attenzione verso altri fattori quali: lo stile di vita; le abitudini; la dieta; i fattori psicosociali estrinseci, ritenendo

tali fattori influenti per un buon processo di invecchiamento (Rowe e Kahn 1987), dando risalto anche al ruolo delle scelte comportamentali per la promozione di uno stile di vita sano (Carrogu *et al.* 2023).

Nell'intensificarsi degli studi sull'invecchiamento, è da subito emersa una suddivisione delle popolazioni anziane in "malate" e "normali". In tale distinzione gli autori identificano alcuni limiti significativi: in primis, un gruppo di anziani "non patologici" presenta al suo interno, comunque, caratteristiche eterogenee, in senso fisiologico e cognitivo, nonché culturale. Una seconda limitazione deriverebbe dalla erronea convinzione che la "normalità" implichi la mancanza di rischio. Infine, una terza limitazione è rappresentata dal rischio di appiattimento concettuale tra "normale" e "naturale", pertanto, in quest'ultima accezione, al di fuori delle possibilità di una modifica intenzionale. La "normalità" alla quale si fa riferimento, invece, non ha a che fare con la "natura" del processo, bensì è la registrazione della frequenza delle esperienze delle persone anziane, dei loro stati fisiologici e psicologici tipici: il rischio sarebbe quello di creare una gerontologia del consueto. A partire dalle limitazioni evidenziate, gli autori introducono un'ulteriore distinzione concettuale all'interno della categoria del "normale", che può essere approssimata nei termini dicotomici: "abituale" e "di successo" (Rowe, Kahn 1987), intendendo per quest'ultimo una condizione ottimale dal punto di vista partecipativo, cognitivo e relazionale. Le traiettorie dell'invecchiamento sono, quindi, per gli autori di tre tipi "di successo", "patologico" ed "usuale" dove quest'ultimo rappresenta il momento in cui, attraverso il controllo di alcune variabili legate agli stili di vita, è possibile agire in ottica preventiva allo sviluppo di disturbi, ovvero, ci si trova nelle condizioni in cui si potrebbero potenzialmente sviluppare delle condizioni patologiche, che di fatto non si sono manifestate, il controllo su alcune determinanti in questa fase e condizione di vita potrebbe dare esito al "successo" o al declino del processo di invecchiamento (Carrogu *et al.*, 2023).

Le posizioni di Rowe e Kahn si trovavano avvalorate da scoperte inerenti ai fattori di rischio per specifiche malattie, e da studi che mostrano come anche il luogo in cui la popolazione abita, possa essere un fattore di rischio. Ad esempio, l'incidenza di malattie cardiovascolari è più alta in contesti industrializzati rispetto alle società pastorali o agricole, dimostrando, tra l'altro, la non intrinsecità del rischio nel processo di invecchiamento in sé per sé. È ragionevole, invece, considerare che fattori quali la dieta,

l'esercizio fisico, l'alimentazione e simili possano essere stati sottovalutati dai primi studi, se non ignorati, in qualità di potenziali moderatori nel processo di invecchiamento. Gli autori suggeriscono, a questo punto, la possibilità di studiare i fattori estrinseci che possano influenzare il benessere degli uomini e delle donne anziani, menzionando nelle loro prime pubblicazioni, il grado di autonomia e il grado di supporto o connessione sociale. Segnalano, come altri fattori, il supporto sociale, sostenendo che le reti sociali e il sostegno sociale siano fattori capaci di influenzare la mortalità e la morbilità delle persone anziane, facendo luce anche sulle influenze psicosociali come possibili facilitatori di un processo di invecchiamento di successo, mettendo in evidenza come la pressione dei pari potrebbe generare condizionamenti nel seguire determinate pratiche nutrizionali, nell'evitare il fumo e l'alcool o, ancora, nell'adesione a specifici regimi medici. Non escludono, tra l'altro, sulla base di studi che riguardano più rigorosamente il mondo animale, che i fattori psicosociali possano avere anche effetti direttamente fisiologici, che collegano interventi comportamentali e ambientali a processi neurali, ormonali e immunologici e quindi agli esiti e gli esordi delle malattie (*ibidem*).

Sebbene gli Stati Uniti furono il terreno fertile per la nascita e l'evoluzione della gerontologia positiva, le assunzioni alla base delle teorie dell'attività acquistarono un respiro globale già nel 1990, anno in cui l'Organizzazione Mondiale della sanità faceva già uso del concetto di "invecchiamento attivo", con la finalità di promuovere un messaggio di inclusività, e per il riconoscimento dei fattori che influenzano il processo di invecchiamento (Carrogu *et al.* 2023).

### **I.3 Dai primi modelli di gerontologia positiva al modello *successful aging***

I modelli di seguito presentati, sulla base del momento in cui sono apparsi nel dibattito scientifico, sono esemplificativi della tendenza del periodo a sviluppare teorie positive rispetto al processo di invecchiamento. Altresì, sebbene utili all'obiettivo prima descritto, si rimanda alla lettura degli autori di riferimento per una maggiore comprensione dei modelli nati perlopiù nel dibattito psicologico, la cui descrizione dettagliata esula le competenze e pertinenze del sociologo.

Nel 1980 Baltes e colleghi proponevano già la Teoria del *Life Span*, un modello ontogenico incentrato sul ciclo di vita<sup>5</sup>, che concepisce lo sviluppo dell'individuo lungo tutto l'arco della vita, dalla fase embrionale, fino alla vecchiaia. (Baltes *et al.*, 1980). L'esito dello sviluppo, per gli autori, deriverebbe dagli obiettivi di crescita; di mantenimento dei livelli di funzionamento; di regolazione delle perdite (Carrogu *et al.*, 2023).

Del 1990 il modello di *ottimizzazione selettiva con compensazione*, (SOC, dall'inglese "*selective optimization with compensation*" di Baltes e Baltes (1990), secondo il quale, con l'avanzare dell'età gli individui utilizzano strategie di selezione, ottimizzazione e compensazione per adattare aspettative e comportamenti, ottimizzando l'autoefficacia e la soddisfazione personale, generando compensazione rispetto ai cambiamenti legati all'età (Jonson e Mutchler, 2013). Il modello analizza i processi psicologici di adattamento, in relazione alle perdite e alla selezione dei nuovi obiettivi, scaturiti dal cambiamento dovuto all'invecchiamento (Carrogu *et al.* 2023).

Del 1994 il modello *Structural Lag* di Riley e Riley del 1994 prende in considerazione le variabili strutturali della società e l'influenza che queste possono avere lungo il processo di invecchiamento. A partire dalle variabili sociali, deriverebbero delle opportunità di ruolo per l'anziano. Infine, il modello del *Coping Proattivo* di Kahana e Kahana (1996; 2001), largamente focalizzato sulle strategie di coping e sulle le risorse sociali esterne (Carrogu *et al.*, 2023)

Nel 1997 Rowe e Kahn, con la pubblicazione del loro articolo *Successful Ageing* su *The Gerontologist*, presentano il più influente modello teorico di invecchiamento di successo, sottostante alla teoria dell'attività. Sebbene alcuni autori attribuiscono la nascita del modello *successful ageing* alla prima influente pubblicazione degli autori (cfr. Rowe e Kahn, 1987), esso venne presentato nella sua rappresentazione completa nella pubblicazione del 1997.

Gli autori presentarono il modello come necessario esito del tentativo di fornire elementi teorici alla scienza gerontologica, per le finalità sottese di "aggiungere vita agli anni". La definizione di un quadro teorico fungerebbe da dichiarazione delle condizioni di vita

---

<sup>5</sup> Il modello basa sulla teoria degli otto stadi dello sviluppo, elaborata dallo psicologo e psicoanalista Erik Erikson, elaborata negli anni '50.

individuale e della società, perseguendo le quali la persona anziana si ritenga possa ottenere la massima soddisfazione e felicità, e al contempo la società possa mantenere un appropriato bilanciamento rispetto alla soddisfazione dei diversi suoi membri, portatori di differenti istanze, enfatizzando il principio del bene massimo, per il massimo numero di persone (Rowe e Kahn, 1997). Il modello prende anche il nome di modello *MacArthur*, in quanto si poggia sui presupposti interdisciplinari e sugli studi del *MacArthur Research Network on Successful Aging* di cui Rowe e Kahn facevano parte (Rowe e Kahn, 2015).

A partire dalle suddette considerazioni, Rowe e Kahn nel 1997 definiscono l'*invecchiamento di successo*, attraverso un modello multidimensionale, prendendo le distanze da quegli studiosi che, sotto l'etichetta di "invecchiamento di successo", distinguevano il processo di invecchiamento in senso dicotomico: "patologico" o "non patologico", ponendo enfasi solo alla dimensione "clinica".

Il *successful ageing* di Rowe e Kahn (1997), concepisce tre diverse dimensioni, correlate positivamente all'invecchiamento di successo: una bassa probabilità di sviluppare malattie e disabilità ad esse legate; il mantenimento delle capacità funzionali fisiche e cognitive, e un coinvolgimento attivo con la vita. Tutte e tre le dimensioni sono considerate componenti necessarie all'invecchiamento di successo, ma non sufficienti di per sé, in quanto l'invecchiamento è considerato "di successo" nella misura in cui le tre dimensioni si combinano tra loro, nella loro intersezione (Rowe e Kahn, 1997). L'assenza di malattia, e un buon mantenimento delle capacità funzionali non sono considerate sufficienti alla determinazione dell'invecchiamento di successo. Altrettanto, il concetto di invecchiamento di successo è da intendersi come variabile, e anche momentaneo: la presenza di limitazioni in una o più dimensioni non esclude la possibilità di raggiungere invecchiamento di successo, ciò che assume rilevanza è l'integrazione fra le diverse dimensioni (Carrogu *et al.* 2023).

Ognuna delle tre componenti include, poi, delle sottodimensioni. La bassa probabilità di sviluppare malattie si riferisce non soltanto all'assenza o alla presenza delle malattie stesse, ma all'assenza e alla presenza di fattori di rischio per i quali è probabile che si sviluppino determinate malattie. Rowe e Kahn mettono in evidenza come fattori intrinseci, da soli non siano sufficientemente significativi nel determinare il rischio per la salute in età avanzata. Fattori ambientali estrinseci, invece, che includono sia elementi

dello stile di vita, giocherebbero un ruolo fondamentale nel determinare il rischio di sviluppo di malattie. Altra evidenza sottolineata dagli autori, è quella secondo la quale il contributo dei fattori genetici nella probabilità che si sviluppino malattie decresca all'aumentare dell'età, mentre la forza dei fattori non genetici, aumenti. Questo rende grande importanza ai fattori ambientali e comportamentali nel determinare il rischio di sviluppo di malattie in età avanzata, tenendo in considerazione che fattori di rischio tradizionalmente incidenti negli studi della popolazione giovane o di mezza età, potrebbero non essere in linea con i fattori di rischio che valgono anche per la tarda età (*ibidem*).

Per buone funzionalità fisiche e cognitive, si intendono delle caratteristiche potenzialmente utili al mantenimento dell'attività: possono indicare cosa una persona sarebbe in grado di fare, ma non cosa effettivamente faccia. Dal punto di vista cognitivo, un fattore in linea con una buona funzionalità può essere rappresentato dalla capacità di apprendimento e di memoria a breve termine. Mentre, dal punto di vista fisico, ciò che consente la partecipazione quotidiana alle attività ricreative e produttive (*ibidem*).

Infine, Il coinvolgimento attivo con la vita può assumere, secondo i due autori, diverse forme, ma le relazioni interpersonali e le attività produttive vengono indicate come condizioni più rappresentative del coinvolgimento. Gli autori identificano due sotto-elementi del coinvolgimento: il mantenimento delle relazioni interpersonali e la prosecuzione delle attività produttive.

Per quanto concerne le relazioni sociali interpersonali: fare parte di una rete sociale è una determinante considerata significativa per la longevità, e il supporto sociale, che sia emotivo o strumentale, può avere un effetto rilevante sulla salute. Le relazioni interpersonali possono riguardare i contatti e gli scambi con altri: scambi di informazioni, supporto emotivo, assistenza diretta (Rowe e Kahn, 1997).

Rispetto al mantenimento delle attività produttive, nel chiarire quali attività possano essere considerate un'attività produttiva, si sottolinea che con l'essere coinvolti in attività produttive non vuole intendersi meramente la produzione di valore economico, bensì di valore sociale: una persona che si prende cura di un familiare disabile o che svolge volontariato in una chiesa locale o in un ospedale può essere considerato produttivo, nonostante non svolga un'attività remunerata. Molti anziani sono molto spesso produttivi

attraverso l'aiuto informale e non remunerato. Le persone anziane non sono vengono considerate anziane dai loro amici e familiari, né essi stessi si considerano anziani, fintanto che rimangono attivi e produttivi in qualche senso significativo. Alcuni specifici fattori possono essere considerati come predittivi della possibilità di essere produttivi, essi sono: la capacità funzionale; il livello di educazione; e il senso l'autoefficacia, che ha a che fare con il sentimento di padronanza di sé stessi (*ibidem*).

Come dichiarato più tardi dagli stessi autori (Rowe e Kahn, 2015), il modello *successful ageing* fu oggetto di numerose critiche e rivisitazioni, con più di 100 varianti al modello originale. Nel muovere le critiche al modello, qualcuno ne indicava carenze nelle componenti soggettive (*ibidem*) altri, al contrario, ritengono poco trattate le questioni sociali di riferimento (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019); come molti osservatori hanno sottolineato, dichiarano gli stessi Rowe e Kahn (2015), l'importante influenza dei fattori sociali sulla capacità degli individui di invecchiare con successo non era esplicita nell'iniziale formulazione del modello di *MacArthur*; fattori quali: l'etnia; il genere; l'orientamento sessuale; lo status socioeconomico; le strutture familiari; le amicizie; nonché influenze macro-sociali quali: le condizioni economiche; l'accessibilità all'assistenza sanitaria; il sistema dei trasporti pubblici; la progettazione urbana<sup>6</sup>.

Ulteriormente, alcuni proponevano modifiche ed espansioni; altri ancora hanno mosso le loro critiche ritenendo il modello discriminante per coloro i quali non invecchiano "bene" (Rowe e Kahn, 2015). A queste critiche si riconobbero le limitazioni dettate dai confini disciplinari e dalla necessità di una presa in carico del tema in senso multidisciplinare (Carrogu *et al.*, 2023). Le critiche mosse non hanno comunque impedito che il modello divenisse popolare: modificato in qualche caso, e rigettato in pochissimi altri. I risultati positivi e propulsivi sono evidenti, oltre che a partire dalla scossa teorica, dalla creazione di centri per l'invecchiamento di successo in diverse università degli Stati Uniti. La *Fondazione MacArthur* ha poi continuato il suo lavoro e nel 2007 ha nuovamente riunito

---

<sup>6</sup> Il modello di *Structural Lag* (ritardo strutturale) (Riley & Riley, 1994) condotti perlopiù dalla studiosa Matilda White Riley, sociologa e gerontologa, rappresenta un esempio degli effetti dei fattori macro-sociali sulla vita delle persone anziane. Lei e i suoi colleghi hanno proposto il concetto di *ritardo strutturale* per descrivere il fallimento delle società nell'adattare le proprie istituzioni, leggi e norme ai cambiamenti che si stavano già verificando, ad esempio nella tecnologia (Rowe, Kahn 2015).

il *MacArthur Research Network* per il proseguimento dello studio dei criteri “di successo” a livello sociale (Rowe e Kahn, 2015).

#### **I.4 Dopo il modello *successful ageing*: *active ageing* e *healthy ageing***

L’*invecchiamento di successo*, così come appellato da Rowe e Kahn, rappresenta solo una delle etichette concettuali emerse alla fine del XX secolo, in seno alla gerontologia positiva: di successo; sano; ottimale; attivo; produttivo<sup>7</sup>; armonioso; sono tutte etichette positive che caratterizzano l’“invecchiare bene”, un concetto che ad oggi manca di una sua cornice internazionale (Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019; Carrogu *et al.*, 2023).

È chiaro che le concettualizzazioni e i modelli, dopo il *successful ageing*, siano state varie, tuttavia, decisiva per lo sviluppo delle politiche pubbliche per la promozione dell’*invecchiamento di successo* fu l’adozione del concetto di *Invecchiamento Attivo (Active Ageing)*, sostenuta dal *Secondo Piano d’Azione Internazionale sull’Invecchiamento di Madrid* da parte dell’*Organizzazione Mondiale della Sanità*, poi sviluppatosi nel successivo modello di *Invecchiamento in Salute (Healthy Ageing)*, nel 2015.

Nel 2002 il termine *Active Ageing* è stato al centro del dibattito nella *Seconda Assemblea Mondiale delle Nazioni Unite sull’Invecchiamento di Madrid 2002* e, dello stesso anno, la pubblicazione dell’OMS, dal titolo “*Active Ageing: A Policy Framework*,” (Carrogu *et al.* 2023) che definisce l’*invecchiamento attivo* come un “*processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane*” (WHO 2002, p.12).

---

<sup>7</sup> L’*invecchiamento produttivo*, dell’autore Robert Butler, riconosce la partecipazione degli anziani ad attività come il volontariato, il lavoro retribuito e l’assistenza, e sostiene l’interesse per le barriere individuali e sociali e i benefici della partecipazione. Un modello simile è quello dell’*impegno civico*, che ha lo scopo di aumentare la consapevolezza pubblica sulla necessità di coinvolgere gli anziani nella comunità, creando opportunità di partecipazione e considerando un ulteriore vantaggio alla partecipazione: per i beneficiari e per i partecipanti della comunità. L’*impegno civico*, in tal senso, può essere considerato una forma pubblica di ciò che veniva definito, nel modello di *Successful Ageing* quale “attività produttiva”. (Johnson e Mutchler, 2013).

Il modello di invecchiamento attivo, assumendo come popolazione di riferimento gli over 65, correla positivamente l'attività in tarda età con il benessere fisico e psicologico, dove per attività si intende non la mera attività fisica e lavorativa, ma la continuità nella partecipazione al mondo economico e sociale, nonché culturale e spirituale, nel proprio contesto di appartenenza. Il modello si basa su tre elementi fondamentali: partecipazione, sicurezza e salute (WHO 2002). La partecipazione, nel modello dell'OMS, mira al potenziamento e al mantenimento del ruolo dell'anziano all'interno del proprio contesto sociale e familiare, ponendo l'attenzione alle possibilità di partecipazione alla vita comunitaria in relazione ai propri bisogni e aspirazioni. Rispetto alla salute si pone l'attenzione alla prevenzione delle condizioni patologiche croniche, attraverso l'attenuazione dei fattori di rischio. La sicurezza, invece, ha come obiettivo la promozione della dignità e dell'autonomia, perseguibile, in primis, attraverso il debellamento dell'*ageismo*, e, più in generale, favorendo le condizioni di accessibilità a vari livelli (Carrogu *et al.*, 2023).

A seguire è stato elaborato uno strumento di misurazione dell'invecchiamento attivo: l'*Indice di Invecchiamento Attivo (Active Ageing Index-AAI)*, di cui si vedrà dettagliatamente nel capitolo II, uno strumento sintetico atto a misurare a che livello le persone anziane vivono una vita indipendente, partecipano al mercato del lavoro e alle attività sociali, la loro capacità, in sostanza, di invecchiare attivamente<sup>8</sup>. Lo sviluppo dell'*Indice di Invecchiamento Attivo* ha interessato diversi Paesi europei, tra cui l'Italia, e il momento della sua costruzione era dettato proprio dall'intento di guidare perlopiù i decisori politici nell'elaborazione di strategie utili, non solo per la specifica popolazione di riferimento, ma per l'impatto che l'invecchiamento ha, e può avere, nella società tutta, consentendo ai decisori politici di usufruire di dati quantitativi e comparabili con i diversi Stati dell'Unione Europea, e non solo (ISTAT, 2020).

Dalle critiche mosse al suddetto modello "*Active Ageing*" del 2002, tredici anni dopo l'OMS dà vita, nel 2015, al nuovo paradigma "*Healthy Ageing*", generando di fatto la perdita di rilevanza del concetto di *Active Ageing*, ed un'apparente svolta - o meglio - ritorno, verso concetti e studi perlopiù biomedici ( Fernández-Ballesteros *et al.*, 2019). Al di là delle critiche mosse al modello, l'OMS definisce l'*Healthy Ageing* come "*the*

---

<sup>8</sup> <https://unece.org/population/active-ageing-index> [14/07/2023]

*process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age.*” (WHO 2015, p.28), dove per “*functional ability*” si intendono le caratteristiche, gli attributi, atti a capacitare i soggetti ad essere e a fare ciò che ritengono per loro di valore. Esse sono costituite dalle capacità intrinseche dell’individuo, nonché dalle caratteristiche ambientali, e dalle interazioni tra queste ultime e l’individuo (WHO, 2015).

Le capacità intrinseche dell’individuo sono rappresentate dalle condizioni fisiche e psichiche delle quali un individuo dispone nel corso di vita (Carrogu *et al.*, 2023). Altresì, l’ambiente dell’*Healthy Ageing* comprende quei fattori estrinseci all’individuo, che costituiscono il proprio contesto di vita, dal livello micro, al livello macro: interessa, quindi l’abitazione, ma anche la comunità, nonché la società nella sua interezza. I fattori tenuti in considerazione possono includere l’ambiente costruito, le relazioni interpersonali, il sistema dei valori, le politiche sociali, nonché il supporto sociale, e il sistema dei servizi (*ibidem*).

Altresì, l’OMS specifica la valenza del termine *Healthy Ageing*, in quanto: “*it is often used to identify a positive disease-free state that distinguishes between healthy and unhealthy individuals. [...] WHO considers Healthy Ageing in a more holistic sense, one that is based on life-course and functional perspectives.*” (WHO 2015, p.28).

Nonostante il grande dibattito sulla scelta del termine *Healthy* da parte dell’OMS, il suddetto modello insiste sull’ottica della prevenzione, come il precedente *Active Ageing*, e su una prospettiva del corso di vita (Carrogu *et al.*, 2023).

## **I.5 Suggestioni dall’*environmental gerontology*, per un modello fondato sull’ambiente di vita**

Nel sostenere che l’ambiente abbia un’importante influenza sulle traiettorie di invecchiamento Wahl e Gitlin, (2019), scrivono: “*Where is the environment in models of successful aging?*” (Wahl e Gitlin, 2019 p. 579). E altrettanto, affermando che: “*models of successful aging have remained primarily at the individual level of aging and continue to lack an environmental perspective. [...] Environmental perspectives have the potential*

*to enrich models of successful aging and contribute to a better understanding of successful aging, and more effective strategies and policies” (ibidem).*

La riflessione dei due autori è da contestualizzarsi entro un inaridito terreno di studi sulla relazione anziano-ambiente, oggetto di attenzione accademica soprattutto a partire dagli anni '60, attenzione tanto propulsiva da far emergere la disciplina indipendente dell'*environmental gerontology*, focalizzata sulla descrizione, la spiegazione, la modifica e l'ottimizzazione della relazione tra persone anziane e i loro ambienti socio-spaziali, da un punto di vista multidisciplinare e interdisciplinare.

Gli studi in quegli anni proliferarono soprattutto a partire dai finanziamenti negli Stati Uniti aventi la finalità di avviare programmi residenziali per gli anziani, ove si ebbe, come conseguenza, una maggiore risonanza degli studi orientati alla gerontologia; nel Regno Unito poi; in Germania; in Canada; in Australia e in Svezia, con poca risonanza nell'Europa Mediterranea. La novità introdotta dal filone di studi è stata quella di assumere il “luogo” quale componente differenziale nel processo di invecchiamento, cercando di individuare le componenti sottese alla relazione tra l'ambiente e l'invecchiamento, l'influenza dell'ambiente fisico e sociale sulle traiettorie di invecchiamento, nonché sulla qualità della vita durante la vecchiaia.

Nell'enfatizzare il ruolo dell'ambiente fisico, la disciplina si è largamente interrogata su cosa si dovesse intendere con il termine “ambiente”, assumendo che l'ambiente fisico non possa essere scisso dall'ambiente sociale, organizzativo, culturale, in quanto strettamente interrelati, fino a giungere alla concettualizzazione fornita dagli psicologi ambientali Kanter e Craik nel 1981, che nel ricostruire la nascita della disciplina autonoma della psicologia ambientale, utilizzano per la prima volta il termine *ambiente socio-fisico* (Craik e Kanter, 1981).

L'esplicita considerazione che le variabili ambientali abbiano un impatto sul corso di vita e sull'esito del processo di invecchiamento umano fu di certo possibile grazie ad un terreno accademico già pronto alla ricezione del concetto. Se la considerazione del *luogo* quale variabile rilevante nei processi di invecchiamento fu fondamentale per lo sviluppo della gerontologia e della gerontologia sociale, al contrario la gerontologia ambientale godette di un dibattito già intavolato dalle nascenti discipline gerontologiche (Wahl e Weisman 2003; Shwarz 2012; Sánchez-González e Rodríguez- Rodríguez, 2016).

Altresì, indirettamente, la disciplina affonda le sue origini all'inizio del XX secolo: tra le primissime influenze che hanno consentito lo sviluppo della *gerontologia ambientale* è, infatti, possibile richiamare i primi approcci allo studio dell'ambiente e della popolazione che hanno dato vita alla *Sociologia Urbana*, a partire dalla nascita della *Scuola di Chicago* di Park, Burgess e McKenzie (1925), nonché, quasi contestualmente, gli scritti di Kurt Lewin, e la sua elaborazione della *Teoria del Campo* (Lewin 1935; 1951; Wahl e Weisman, 2003). Gli anni '60 sono stati poi decisivi nel contribuire alla nascita della disciplina, con l'ulteriore influenza della psicologia sociale, della psicologia ambientale, nonché della geografia.

A seguire, il campo di studi *environmental gerontology* è stato decisamente influenzato dallo psicologo M. P. Lawton, largamente conosciuto anche nella più ampia disciplina della gerontologia. Il momento di massima proliferazione degli studi è stato il ventennio '70 e '80, a partire da alcuni progetti finanziati dall' *Administration on Aging of the U.S. Department of Health, Education and Welfare*, la cui conduzione fu affidata alla *Gerontological Society of America* con l'esplicito mandato di mobilitare l'interesse nella ricerca e nella progettazione degli ambienti abitati dalle persone anziane. Fu in quegli anni che furono formulate alcune delle più caratterizzanti teorie, prima fra tutti, il *modello ecologico dell'invecchiamento*, altrimenti detto *Press-Competence Model* di Lawton e Nahemow, del 1973, ancora oggi considerato il modello teorico più influente (Wahl e Weisman 2003; Sánchez- González e Rodríguez- Rodríguez, 2016).

L'appellativo "*ecologico*", in tale modello, si spiega in quanto esso è focalizzato sull'interazione dinamica tra le "abilità" del soggetto e la "pressione" dell'ambiente circostante. Intendendo per "abilità" o "competenze", le risorse personali, e per "pressione" le esigenze imposte dal contesto di vita, che può presentare qualità supportive o, viceversa, caratteristiche ostacolanti. Tale interazione dinamica, nei termini di "adattamento" determinerebbe il funzionamento e il comportamento del soggetto anziano. È proprio la dinamica tra queste due dimensioni a delineare le possibilità individuali di vita e di interazione con lo "spazio" circostante, avendo delle conseguenze sul suo benessere e funzionamento. L'approccio è pertanto ecologico e mira a considerare non soltanto le abilità personali, ma anche le caratteristiche ambientali atte a promuovere l'invecchiamento di successo (Lawton, Nahemow 1973).

Nonostante i primi promettenti albori sulla disciplina, alla fine degli anni '80 lo stesso Lawton presentò delle critiche circa lo sviluppo della gerontologia ambientale. Di cui scrisse più esplicitamente nell' *Handbook of the Psychology of Ageing* del 1990, in un capitolo coautorato dal collega Parmelee, manifestando la necessità, per la disciplina, di andare oltre un corrente stato di inerzia (Wahl e Weisman, 2003).

Nonostante i prima menzionati Wahl e Gitlin fondino le proprie riflessioni sul terreno accademico dell' *environmental gerontology*, sottolineano l'esigenza, non soddisfatta, di connettere le componenti prettamente fisiche dei *luoghi* con la dimensione sociale, ritenendole fortemente interrelate. Il riferimento all'ambiente "socio-fisico" denota, quindi, la sensibilità nel riconoscere i "luoghi" nei propri aspetti e implicazioni sociali e culturali; tale ambiente può, inoltre, essere concettualizzato come *micro*, comprendendo la dimensione dell'abitazione, prossimale, o *meso*, volto all'analisi della dimensione di quartiere o comunità, e *macro*, in riferimento alle politiche sociali. Ciascuno di questi strati ambientali si interseca e influenza l'altro e ha influenza, a sua volta, nel processo di invecchiamento (Wahl e Gitlin, 2019).

## Capitolo II

### Misurare un fenomeno complesso

#### Dall'*active ageing* all'*active ageing index*

##### II.1 L'*active ageing* nell'Agenda internazionale

L'*Invecchiamento Attivo*, definito nel 2002 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un “*processo di ottimizzazione delle opportunità relative alla salute, partecipazione e sicurezza, allo scopo di migliorare la qualità della vita delle persone anziane*” (WHO 2002, p.12), è attualmente l'etichetta più comunemente impiegata per la promozione dell'invecchiamento positivo, nonostante le diverse possibilità di concettualizzazione, dalle quali derivano altrettanti termini.

L'invecchiamento attivo, con il suo *Active Ageing Index*, di cui si vedrà successivamente, ha consentito, di fatto, la possibilità di quantificare il fenomeno anche in ottica comparativa e su diversi livelli territoriali, consentendo al concetto stesso di diventare strumento di rilevazione e di orientamento per le politiche sociali. Molti studi di portata internazionale mostrano l'evidente relazione tra l'invecchiamento attivo e il benessere psico-fisico, quale risultato dell'attivazione dell'anziano in ambiti sociali o personali, sia in senso formale che informale (Lucantoni e Principi, 2023).

La definizione allora fornita dall'OMS ha contribuito alla crescita di considerazioni sull'invecchiamento non più meramente connesse all'attività lavorativa, ma in relazione ad una più vasta gamma di fattori in grado di influenzare il benessere dell'anziano. In ambito internazionale, il concetto di invecchiamento attivo è stato, poi, ribadito nella ratifica dell'ONU dal *Madrid International Plan of Action on Ageing* (MIPAA), che ha messo in luce la prospettiva in base alla quale l'invecchiamento della popolazione riguarda tanto la dimensione individuale, quanto quella sociale, ed il livello nazionale quanto quello internazionale, costituendo un saldo punto di partenza per le politiche orientate ad un approccio focalizzato sull'intero corso della vita (Barbarella *et al.*, 2020), rappresentando, di fatto, uno strumento di *soft law*, quindi non recante vincoli in senso normativo, e, nonostante ciò, principale *framework* di riferimento per lo sviluppo delle strategie nazionali finalizzate alla creazione di politiche a favore dell'invecchiamento attivo (Lucantoni e Principi, 2023).

Nello stesso anno, gli Stati membri dell'UNECE hanno sottoscritto 10 *commitments* per il perseguimento dell'invecchiamento attivo: (1) adottare il *mainstreaming* dell'invecchiamento in tutti i settori di *policy* al fine di armonizzare la società e l'economia con i mutamenti demografici e garantire una società per tutte le età; (2) assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società; (3) promuovere una crescita economica equa e sostenibile in risposta all'invecchiamento della popolazione; (4) modificare i sistemi di protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socio-economiche; (5) mettere in condizione il mercato del lavoro di rispondere alle conseguenze economiche e sociali dell'invecchiamento della popolazione; (6) promuovere l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita e l'adeguamento del sistema dell'istruzione in risposta al cambiamento delle condizioni economiche, sociali e demografiche; (7); assicurare la qualità della vita, l'indipendenza, la salute ed il benessere ad ogni età; (8) valorizzare l'approccio di genere in una società caratterizzata dall'invecchiamento demografico; (9) supportare le famiglie che forniscono assistenza agli anziani e promuovere la solidarietà inter e intragenerazionale; (10) sviluppare la cooperazione internazionale per la promozione della realizzazione della Strategia Regionale<sup>9</sup>.

La strategia MIPAA/Ris (*regional implementation strategy*), al *commitment* 10, e la sua attuazione, si sostanzia nella diffusione del concetto di invecchiamento attivo ai vari livelli di governance: comunitario, nazionale e regionale, nonché nell'attuazione dei meccanismi di *mainstreaming ageing*, (*commitment* 1), che rimanda a un processo di policy multidimensionale e in rete con i decisori politici e gli *stakeholders*.

La pubblicazione periodica delle *Country notes on mainstreaming Ageing* da parte dell'UNECE tiene il conto del grado di implementazione del *mainstreaming ageing* nei diversi Stati Membri, di cui l'ultimo concerne il periodo 2019-2020 (Lucantoni e Principi, 2023). Dalle rilevazioni condotte dall'UNECE (2021) in molti casi il *mainstreaming ageing* ha fatto da sfondo alle strategie e ai piani internazionali, senza però uno specifico e sistematico coordinamento delle aree e dei livelli di governo, così che tali meccanismi risultano assenti anche nelle strategie nazionali ed europee sull'invecchiamento attivo,

---

<sup>9</sup> [https://famiglia.governo.it/media/1512/intervento\\_checcucci.pdf](https://famiglia.governo.it/media/1512/intervento_checcucci.pdf)

ostacolando i meccanismi di progettazione delle politiche sui diversi livelli, anche nei casi in cui sono state emanate leggi per la promozione trasversale dell'invecchiamento attivo.

Alcune difficoltà nell'applicazione del *mainstreaming ageing*, potrebbero individuarsi entro due ordini di motivi: il primo, il concetto di invecchiamento attivo è stato perlopiù interpretato e tradotto in una logica produttivista, focalizzata prioritariamente sui livelli di occupazione, tralasciando altri ambiti di *policy* e trascurando, così, aspetti che differiscono dalla partecipazione al mercato del lavoro. Il secondo motivo riguarda una scarsa attenzione alle motivazioni che muovono le scelte individuali della popolazione di riferimento, in favore, invece, di un approccio *top-down* (Lucantoni e Principi 2023).

L'attenzione generale al tema dell'invecchiamento e dell'anzianità è resa evidente, dopo il 2002, anche con la Risoluzione 65/182 del 2010, con la quale l'Assemblea Generale dell'ONU istituisce l'*Open Ended Working Group on Ageing (OEWG)*, unico gruppo nelle Nazioni Unite che unisce, su questo tema, gli Stati Membri, le Istituzioni Nazionali per i Diritti Umani, le Organizzazioni non governative e le agenzie delle Nazioni Unite,<sup>10</sup> allo scopo di contribuire al rafforzamento dei diritti umani delle persone anziane, in riferimento alla *Convenzione Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali*, entrata precedentemente in vigore nel 1976, e ancora, nel 2014, l'istituzione della figura dell'*Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons* per mano del *Consiglio ONU per i Diritti Umani*.

Nel 2016 la *Global strategy and action plan on ageing and health* adottata dalla sessantanovesima *Assemblea Mondiale sulla Salute*, allinea gli obiettivi dell'invecchiamento e della salute con gli *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile* individuati nel 2015. La stretta relazione tra gli obiettivi di invecchiamento attivo e in salute, e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile è tanto evidente quanto in almeno 15 su 17 obiettivi, la questione dell'invecchiamento appare rilevante. Con l'ambizioso impegno nel "*leaving no-one behind*", l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile interseca la prospettiva dell'invecchiamento attivo, concependo anche chi invecchia, come agente attivo dello sviluppo sociale. Gli obiettivi posti dalle politiche a favore dell'invecchiamento attivo e la loro applicazione, sono in linea con il perseguimento degli obiettivi dell'Agenda 2030:

---

<sup>10</sup> <https://social.un.org/ageing-working-group/>

politiche a favore dell'istituzione di un sistema di protezione sociale universale, sarebbero la chiave per ridurre la povertà e attenuare le disuguaglianze, in ottica di promozione dell'inclusione sociale (*SDGs 1, 8 e 10*); la promozione della salute e dei comportamenti preventivi durante tutto l'arco della vita, al fine di mantenere le massime funzionalità degli individui, possono contribuire di certo al perseguimento del *SDG 3*, e ancora, in linea con quest'ultimo e con il *SDG 4*, investire in istruzione e sanità per tutto l'arco della vita può migliorare la produttività e mantenere la crescita economica anche a fronte del decremento della popolazione in età lavorativa; promuovere la parità di genere nell'occupazione e l'adozione di politiche *family-friendly* possono contribuire all'incremento della partecipazione della forza lavoro ed accompagnare ad una più rapida crescita economica (*SDGs 5 e 8*). La promozione di un approccio bilanciato che possa sostenere i consumi degli anziani può essere d'aiuto nel perseguimento dell'equità tra generazioni e della sostenibilità fiscale (*SDGs 8 e 10*); l'adozione di riforme per la sicurezza sociale che considerino il crescente divario di longevità sulla base dello status socio-economico, può contribuire a ridurre le disuguaglianze sociali nel loro complesso (*SDG 10*); immaginare e costruire città e comunità a misura di anziano concorre al più ampio obiettivo di costruire città e insediamenti umani inclusivi e sicuri (*SGD 11*). Eliminare la discriminazione legata all'età, comprendendo tra queste le barriere legate all'età nel lavoro, può aumentare la produttività e promuovere la crescita economica (*SDGs 8, 10 e 16*). Infine, incrementare e migliorare la raccolta e l'analisi dei dati sulla popolazione e sui legami economici, può fornire nuove prove vitali per definizione delle politiche (*SDG 17*).

Molti hanno riconosciuto che l'invecchiamento della popolazione avrebbe a sua volta implicazioni per il raggiungimento degli *Obiettivi di Sviluppo Sostenibile*, tra cui l'aumento della domanda di servizi di base, la necessità di adattare gli ambienti fisici alle esigenze delle persone anziane e una maggiore pressione per il finanziamento dei servizi sociali, dell'assistenza sanitaria e delle pensioni. Diversi paesi hanno menzionato gli interventi a favore degli anziani tra gli obiettivi di sviluppo sostenibile specifici, ma la revisione ha anche rilevato che le politiche e le priorità legate all'invecchiamento sono ancora assenti in molti piani nazionali e strategie di sviluppo (UNECE 2022).

Nel 2021 è stato, inoltre, inaugurato dall'OMS il decennio dell'invecchiamento in salute<sup>11</sup> (Barbarella et al. 2020).

Spostando l'attenzione sul più ristretto contesto dell'Unione Europea, nonostante l'*input* internazionale, la ricezione del concetto di invecchiamento attivo è strettamente legata all'entrata in vigore del *Trattato di Lisbona* nel 2009, che includendo nella legislazione comunitaria la *Carta dei Diritti Fondamentali*, vieta, all' art. 21, la discriminazione basata sull'età, e all'art. 25 fa esplicito riferimento ai diritti degli anziani, in quanto: “L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale”.

Nel 2011 la Commissione Europea predispone l'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, al quale seguirà l'inaugurazione del 2012 quale *Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra le Generazioni*, anno di sensibilizzazione sulle tematiche dell'invecchiamento (Barbarella et al. 2020; Lucantoni e Principi, 2023), dal quale è poi scaturito l'*Active Ageing Index* (AAI), voluto dalla *Commissione Europea* e dalla *Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite*: un indice sintetico composto da più indicatori, sviluppato su quattro domini: occupazione; partecipazione e contributo alla vita sociale; vita indipendente, in salute e in sicurezza; situazione di contesto a favore. Tale strumento ha consentito la comparazione tra stati e tra regioni, e rappresenta un utile punto di partenza per ulteriori studi e per adattamenti a livello micro (UNECE, 2019).

## **II.2 Misurare l'Active Ageing: l'Active Ageing Index negli Stati dell'Unione Europea**

Con una popolazione che invecchia, come quella europea, l'*invecchiamento attivo* rappresenta un obiettivo strategico di lungo periodo, che con l'utilizzo dello strumento dell'*Active Ageing Index* (AAI), ha la possibilità di divenire misurabile nella sua multidimensionalità. L' *Active Ageing Index* include indicatori atti a stimare il contributo sociale ed economico degli anziani, nonché i fattori ambientali che consentono il

---

<sup>11</sup> <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

perseguimento dell'invecchiamento attivo. Tale strumento è già utilizzato esplicitamente in alcuni Stati come strumento di *policy*.

Lo sviluppo dell'*Active Ageing Index* ha coinvolto diversi Paesi europei, tra cui l'Italia, e il momento della sua costruzione era dettato proprio dall'intento di guidare perlopiù i decisori politici nell'elaborazione di strategie utili, non solo per la specifica popolazione di riferimento, ma per l'impatto che l'invecchiamento ha, e può avere, nella società tutta, consentendo ai *policy makers* di usufruire di dati quantitativi e comparabili con i diversi Stati UE, e non solo (ISTAT 2020). Attualmente, l'*Active Ageing Index Analytical Report* del 2019 delle Nazioni Unite è l'ultimo report disponibile sull'*Active Ageing Index* degli Stati dell'Unione Europea, basato sui dati del 2016, e fornisce un quadro di analisi e di sintesi sull'invecchiamento attivo dei diversi Stati UE.

La descrizione del metodo di costruzione dell'*Active Ageing Index* è utile ad analizzare con chiarezza i risultati di ogni singolo stato europeo sui punteggi dello stesso indice. Rispetto agli indicatori, tutti hanno valenza positiva rispetto al fenomeno rappresentato, e sono espressi in percentuali, così che hanno tutti valore minimo di 0 e valore massimo di 100, dove 100 è misura massima, ma in relazione agli altri punteggi espressi (European Centre Vienna 2013).

L'*active ageing index* (AAI) è calcolato su quattro differenti domini, e 20 diversi indicatori. Per il dominio *occupazione*, la fonte dei dati sono le indagini *EU labour force survey* (EU-LFS)<sup>12</sup>, la rilevazione sulla forza lavoro operata da Eurostat a livello europeo. Questo dominio interessa le attività lavorative in senso stretto, quelle, ovvero, svolte in cambio di paga o di profitto (United Nations, 2019).

Il dominio *partecipazione nella società* si serve dei dati provenienti dall'*European Quality of Life Surveys* (EQLS)<sup>13</sup>, e riguarda le attività informali, che non rientrano entro le attività lavorative in senso stretto: attività di volontariato; cura e educazione di bambini e/o dei nipoti; attività di cura per membri della famiglia, vicini o amici infermi. Il quarto indicatore, infine, misura la partecipazione politica attiva (*ibidem*).

---

<sup>12</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey>.

<sup>13</sup> <https://www.eurofound.europa.eu/en/surveys/european-quality-life-surveys-eqls>.

Il terzo dominio *vita indipendente, in salute e sicura*, utilizza i dati della prima menzionata EQLS e dell'*EU statistics on income and living conditions (EU-SILC)*<sup>14</sup> e dell'*European Social Survey (ESS)*<sup>15</sup> per la sicurezza fisica. Esso riguarda aspetti legati all'attività fisica; la possibilità di accesso ai servizi per la salute; la percentuale di persone over 75 che vivono soli o in coppia in abitazioni indipendenti; aspetti economici, materiali e di reddito; sicurezza fisica, intesa come personale percezione rispetto al vicinato e al quartiere; e partecipazione ad attività formative (*ibidem*). Di più fonti si serve il quarto dominio, diversa per ognuno degli indicatori: le già menzionate EU-SILC, EQLS, EU-LFS e ESS, l'*Eurostat ICT Survey*<sup>16</sup> e *Eurostat life tables*<sup>17</sup>. Quest'ultimo dominio riguarda aspetti disparati, inerenti alla possibilità di continuare a invecchiare attivamente: aspetti connessi alla salute mentale; al livello di istruzione; alla rete sociale; all'aspettativa di vita, nonché all'aspettativa di vita in buona salute e la capacità e possibilità di utilizzo di internet (*ibidem*). La misura sintetica dell'indice è ottenuta attraverso la ponderazione di ogni dominio ed in esso di ogni indicatore.

L'indice è il risultato di una media ponderata dei singoli domini. Il peso di ogni dominio è stato stabilito da un gruppo di esperti, ai singoli indicatori e ai domini, i pesi impliciti derivano da quelli espliciti: rispetto al singolo indicatore si ottengono moltiplicando il valore del peso esplicito con il valore dell'indicatore al momento dell'aggregazione degli indicatori; ad esempio: osservando il primo e il secondo dominio si evince come , nonostante i pesi espliciti abbiano il medesimo valore, i pesi impliciti hanno valore differente, in quanto sono risultato del peso dato e dal valore espresso dagli esperti (European Center Vienna 2013).

---

<sup>14</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-statistics-on-income-and-living-conditions/>

<sup>15</sup> <https://www.europeansocialsurvey.org/>

<sup>16</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/web/interactive-publications/digitalisation-2023>

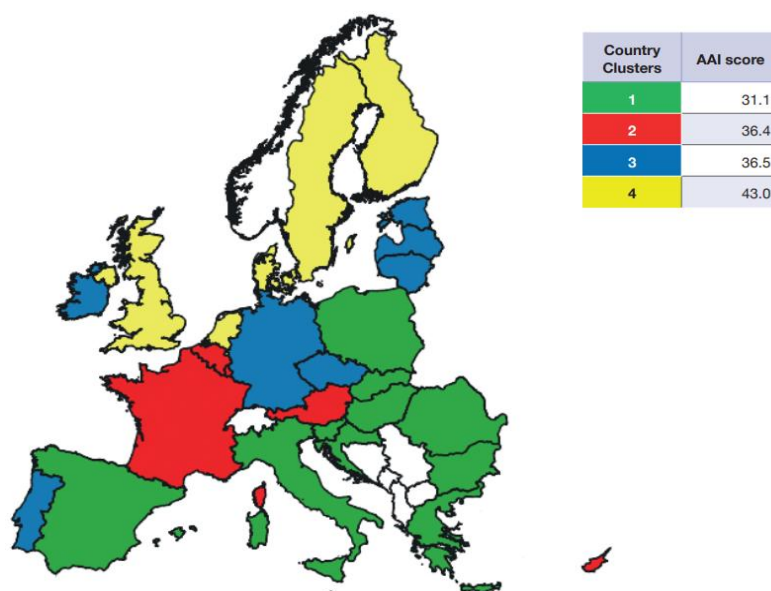
<sup>17</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics)

## II.2.1 I punteggi dell'*active ageing index* negli Stati UE

L'analisi dei punteggi sull'*active ageing index* per i 28 Stati UE è presentata nella suddetta pubblicazione (UN, 2019), in base alla categorizzazione in quattro diversi clusters gerarchici, identificati a partire dai punteggi ponderati sui diversi domini (*occupazione; partecipazione sociale; vita indipendente, sana e sicura; capacità e ambiente favorevole*).

Il risultato della *clusterizzazione* dei diversi Stati raggruppa in un unico cluster gli Stati i cui punteggi presentano la minima variabilità, e la massima rispetto ai punteggi degli altri Stati, a loro volta inseriti nel cluster contiguo. Il numero ideale di clusters per il totale della popolazione (i 28 Stati), è stato identificato attraverso il metodo *k-means*. In riferimento alla *figura 1*, il cluster 1, rappresentato in verde, illustra la classe con minor punteggio sull'*active ageing index*; quindi, con una peggiore condizione relativa rispetto all'invecchiamento attivo e alla possibilità di invecchiare attivamente, comprendente ben 10 paesi dell'Europa Orientale e del Mediterraneo, è il cluster con il più ampio numero di Stati, ne fanno parte: Bulgaria, Croazia, Grecia, Ungheria, Italia, Polonia, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna (verde).

*Fig.1- Rappresentazione dei punteggi AAI degli Stati UE in quattro clusters*



Fonte: UN, 2019, p.8.

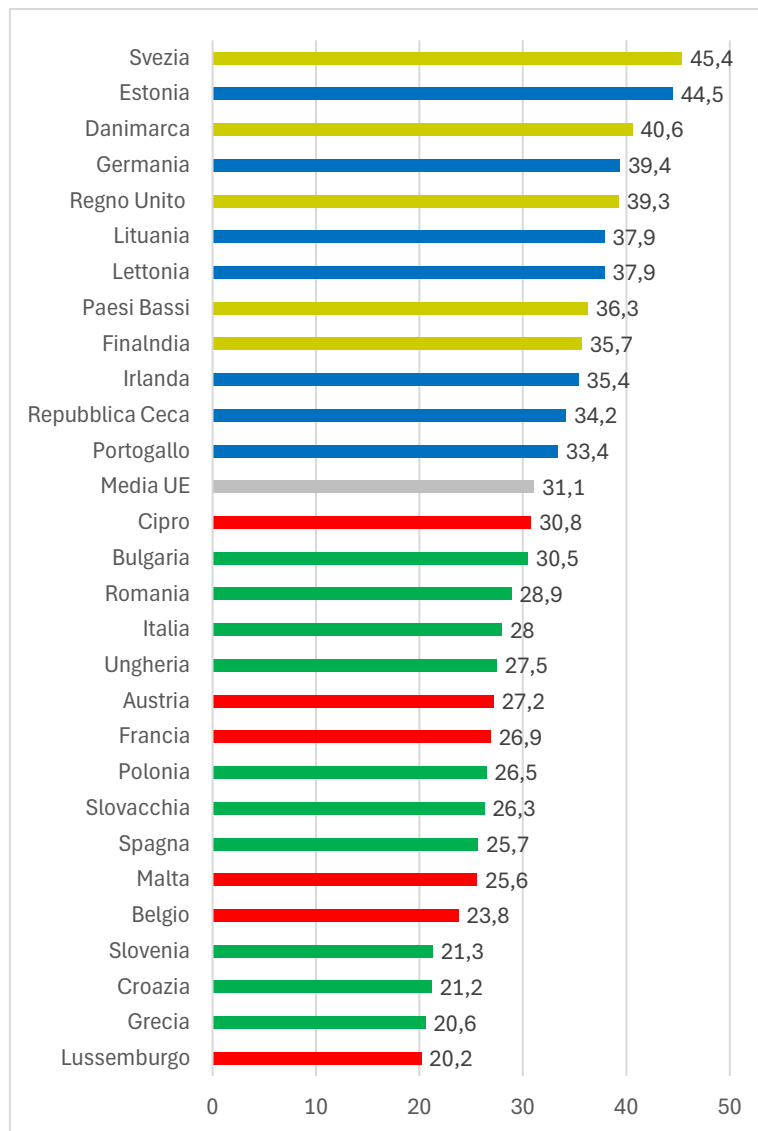
Alcune condizioni risultano essere comuni ai Paesi del *cluster 1*: tendenzialmente i punteggi più bassi riguardano il dominio della partecipazione sociale, e bassi tassi di occupazione, mentre presentano punteggi relativamente migliori nei domini della *Vita Indipendente, sana e sicura*, e delle *Capacità dell'ambiente* (UN, 2019). A seguire, il *cluster 2*, in rosso, include Austria, Belgio, Cipro, Francia, Lussemburgo, Malta, meno ampio del *cluster 1*, comprende in esso sei Paesi appartenenti a due diverse aree geografiche: l'Europa Continentale Occidentale, e due Stati insulari mediterranei dell'UE, Cipro e Malta. Gli Stati appartenenti a quest'ultimo *cluster* presentano, complessivamente, bassi tassi di occupazione nelle fasce di età più anziane (*ibidem*). Il *cluster 3*, in blu, comprende alcuni paesi baltici, Estonia, Lettonia e Lituania, e Stati continentali, Repubblica Ceca e Germania, nonché l'Irlanda e il Portogallo. Nel complesso, questo gruppo di Stati, al contrario di quanto avveniva nel cluster precedente, riportano performance inferiori alla media UE in tutti i domini, escluso quello occupazionale, con una condizione problematica soprattutto nell'area della partecipazione sociale (*ibidem*). Il *cluster 4*, in giallo, include cinque Paesi nordici, di cui tre scandinavi: Danimarca, Finlandia, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito. Quest'ultimo cluster è il cluster con la migliore condizione relativa, con risultati superiori alla media in tutti i quattro domini dell'AAI. (*ibidem*).

Per uno sguardo complessivo: il *cluster 1* (in verde) si trova oltre il 12% al di sotto della media; il *cluster 2* (in rosso) e *3* (in blu), si trovano leggermente sopra la media UE; il *cluster 4* (in giallo) quasi il 20% sopra di essa. È chiaro che la descrizione dei *clusters* non esaurisce la descrizione delle condizioni dei singoli stati, ed è indubbio che vi siano degli elementi di eterogeneità anche all'interno dei singoli clusters (UN 2019).

Uno sguardo più analitico può essere fornito dai punteggi degli Stati sui singoli domini, in riferimento all'anno 2018. Come mostra la *figura 2*, tutti gli Stati del *cluster 4*, rappresentato in giallo, posseggono punteggi che li collocano al di sopra della media europea, così come tutti gli stati del *cluster 3*, in blu. La separazione tra i due cluster con punteggi più alti, e gli altri due con punteggi più bassi è tanto netta quanto i primi due rientrano tutti al di sopra della media UE, e i secondi, al di sotto. Tra tutti i domini, quello

dell'occupazione, secondo solo al dominio che verrà successivamente analizzato come *capacità e fattori ambientali*, presenta punteggi che variano di 25,2 punti percentuali, con il punteggio più basso del Lussemburgo (20,2), ed in capo la Svezia con 45,4.

*Fig.2- Rappresentazione dei punteggi AAI degli Stati UE sul dominio "occupazione"*

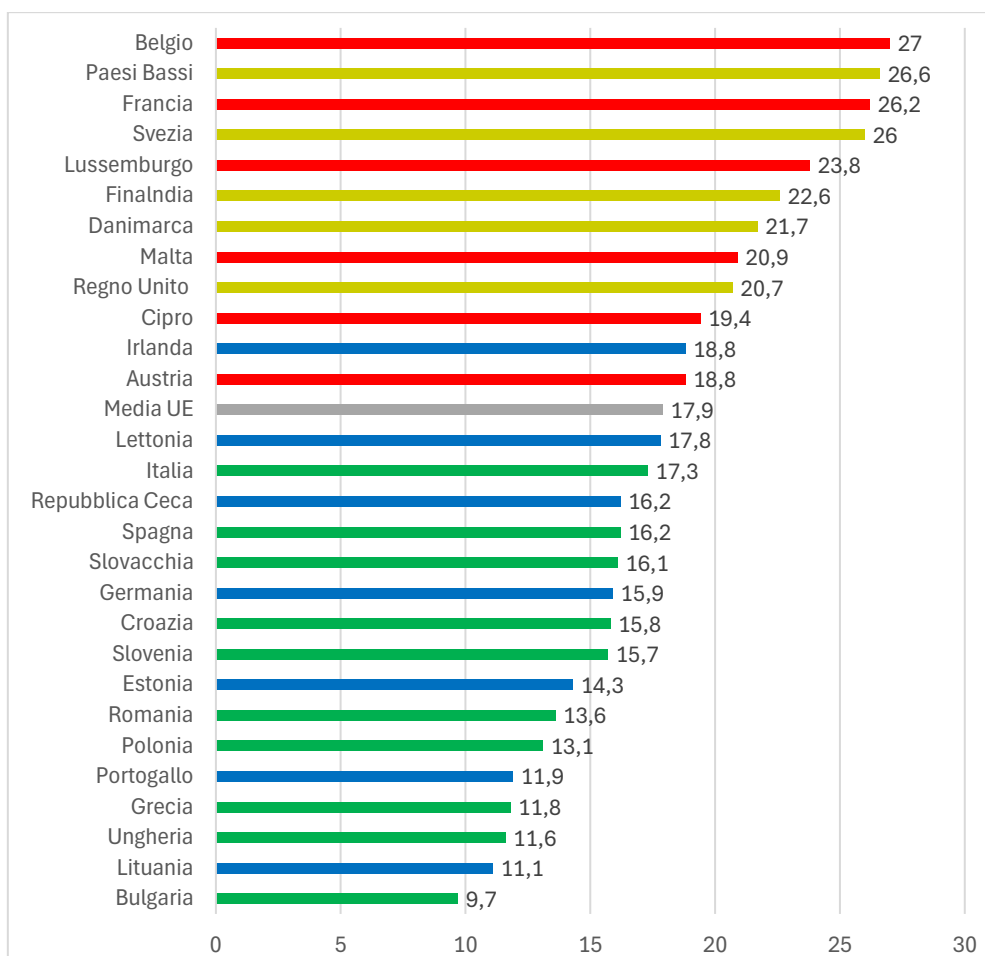


*Fonte: rappresentazione dell'autrice, da UN, 2019 (p.6)*

Da un confronto dei dati tra il 2008 e il 2016, è possibile affermare che complessivamente tutti i *cluster* abbiano subito un incremento; che il *cluster 2* (in blu), abbia incrementato i suoi punteggi in questo dominio, a seguito della crisi finanziaria del 2008-2020, rinnovando e superando i livelli di occupazione precedenti alla crisi, e avvicinando

progressivamente i suoi punteggi a quelli del *cluster 4* (in giallo). Entrambi gli altri due cluster mostrano un andamento simile, con una crescita dei punteggi lenta ma costante. L'osservazione dell'andamento dei singoli Stati, nonché dell'andamento dell'occupazione per genere fornisce una lettura più profonda e ponderata del fenomeno. Se nel caso del *cluster giallo* la performance positiva è omogenea nei cinque Stati che lo compongono, non è da dirsi altrettanto per gli altri *cluster*, che presentano al loro interno tendenze disomogenee crescenti o decrescenti, e diverse velocità di incremento o decremento. In alcuni casi vi è una netta distinzione degli andamenti per genere: è il caso dell'Ungheria, di Malta e del Lussemburgo, che hanno incrementato l'occupazione molto più per gli uomini che per le donne.

*Fig.3- Rappresentazione dei punteggi AAI degli Stati UE sul dominio "partecipazione sociale"*

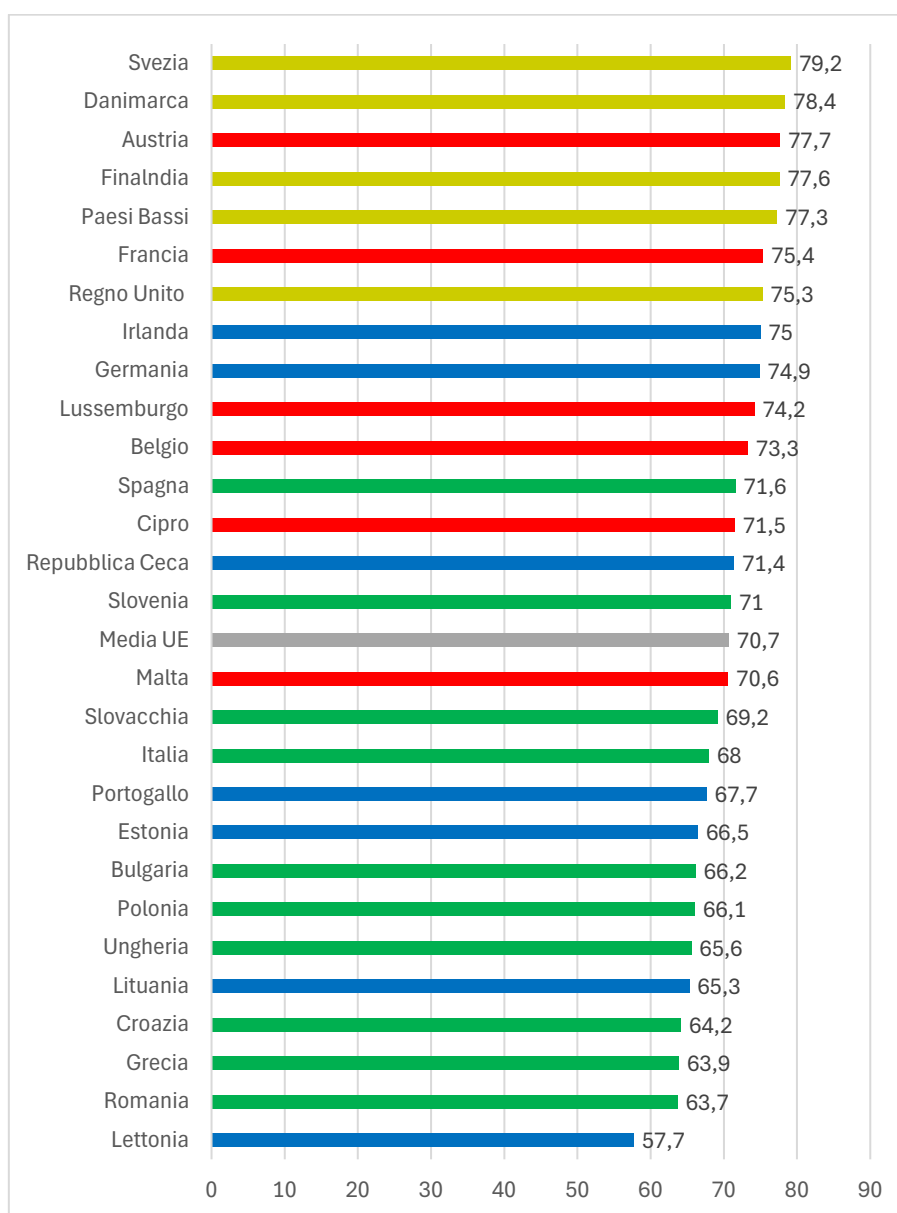


Fonte: rappresentazione dell'autrice, da UN, 2019 (p.6)

Per il dominio *partecipazione sociale* (figura 3), i punteggi sono, invece, invertiti, rispetto a quanto rappresentato per il dominio precedente. Per quanto concerne i *cluster 2* e *3*: all'opposto di quanto avveniva per l'occupazione, gli stati del *cluster 2* occupano tutte le posizioni al di sopra della media UE. All'inverso, il *cluster 3* mostra punteggi al di sotto della media UE, ad eccezione dell'Irlanda. Gli stati dei *cluster 1* e *4* mantengono le loro posizioni, rispettivamente al di sotto e al di sopra della media UE. Tuttavia, tra tutti i domini quello della *partecipazione sociale* è quello che mostra una minore variabilità, ovvero di 17,3 punti percentuali, dati dal punteggio più alto del Belgio (27), con il più basso della Bulgaria (9,7). Per quanto riguarda l'andamento nel tempo di questo dominio, considerando gli anni 2008-2016, è possibile riscontrare due andamenti differenziati: un andamento crescente e parallelo di tutti i cluster fino al 2012, poi in continua crescita per il cluster rosso e giallo, e una condizione di stallo per i cluster blu e verde, se non anche di decremento dei punteggi, dovuto all'andamento negativo di Ungheria, Lituania, Slovenia, Germania e Italia. Tendenza comune a tutti i cluster, invece, è la marcata crescita dei punteggi sul dominio per gli uomini piuttosto che per le donne (*ibidem*).

Sul dominio *vita indipendente e sicura* (figura 4), gli stati del *cluster 4* mantengono i punteggi più alti, ma non vi è una netta separazione tra i restanti *cluster*. Al di sotto della media europea gli stati del *cluster 1*, ad eccezione della Slovenia e della Spagna; del *cluster 2* solo Malta, mentre gli stati dei *cluster 3* si collocano entro la classifica con eterogeneità. Rispetto all'andamento dei punteggi, fino al 2014 si è registrato una tendenza a convergere dei *cluster*, dovuta perlopiù ad un calo dell'incremento dei punteggi del cluster giallo, causato in parte da un peggioramento nell'accesso alle cure sanitarie e dentistiche, e all'incremento dei punteggi dei *cluster blu* e *verde* e dell'andamento omogeneo del *cluster rosso*. Per quanto concerne il *cluster blu*, il lieve andamento positivo dei punteggi interessa tutti gli indicatori, ad esclusione di quello relativo all'accesso alle cure sanitarie e odontoiatriche. Nel *cluster verde*, parte dell'incremento è dovuto ad un miglioramento sui tre indicatori relativi alla sicurezza finanziaria. Tale convergenza si è interrotta poi nel 2014, generando un andamento divergente con un incremento dei punteggi del cluster giallo ed un decremento dei *cluster verde* e *blu*.

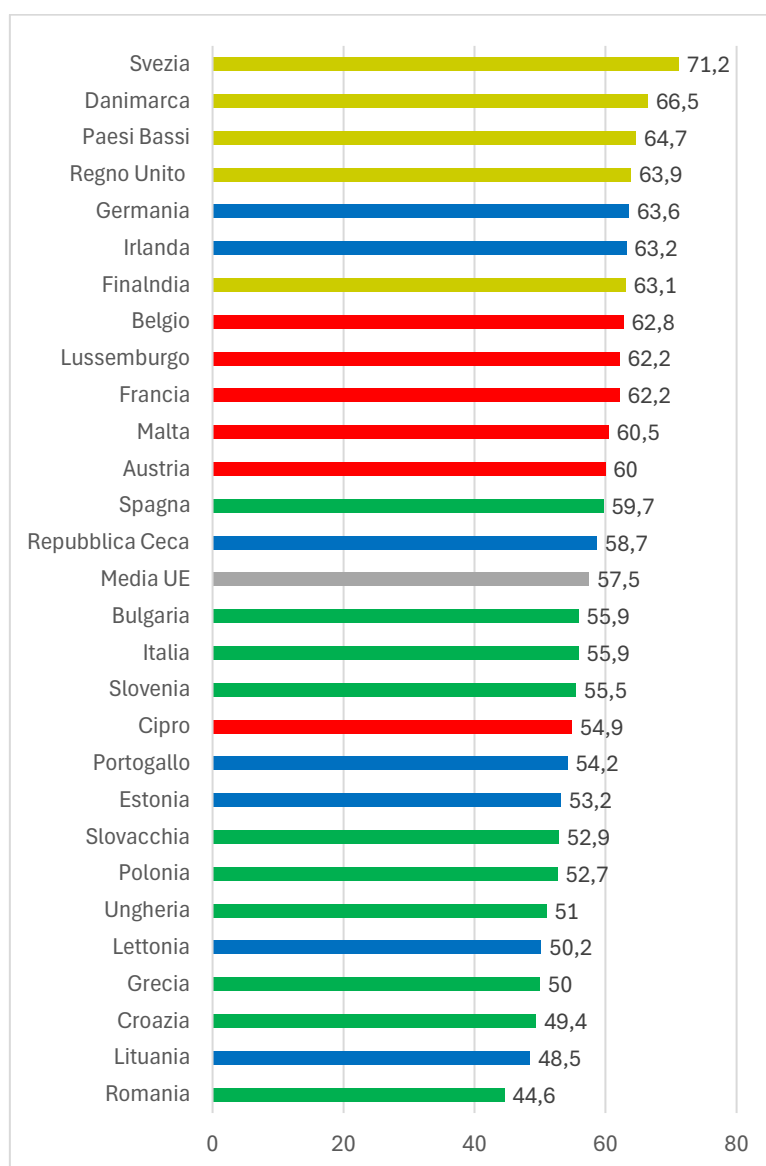
Fig.4 - Rappresentazione dei punteggi AAI degli Stati UE sul dominio “Vita indipendente e sicura”.



Fonte: rappresentazione dell'autrice, da UN, 2019 (p.6)

La figura 5 mostra i punteggi relativi al dominio *capacità e fattori ambientali*. Dall'analisi sui diversi domini è evidente come in tutti i quattro domini, gli Stati del *cluster 4* mantengano i più alti punteggi, e, di conseguenza, più alti punteggi del complessivo *active ageing index*.

Fig.5 - Rappresentazione dei punteggi AAI degli Stati UE sul dominio “Capacità e fattori ambientali”

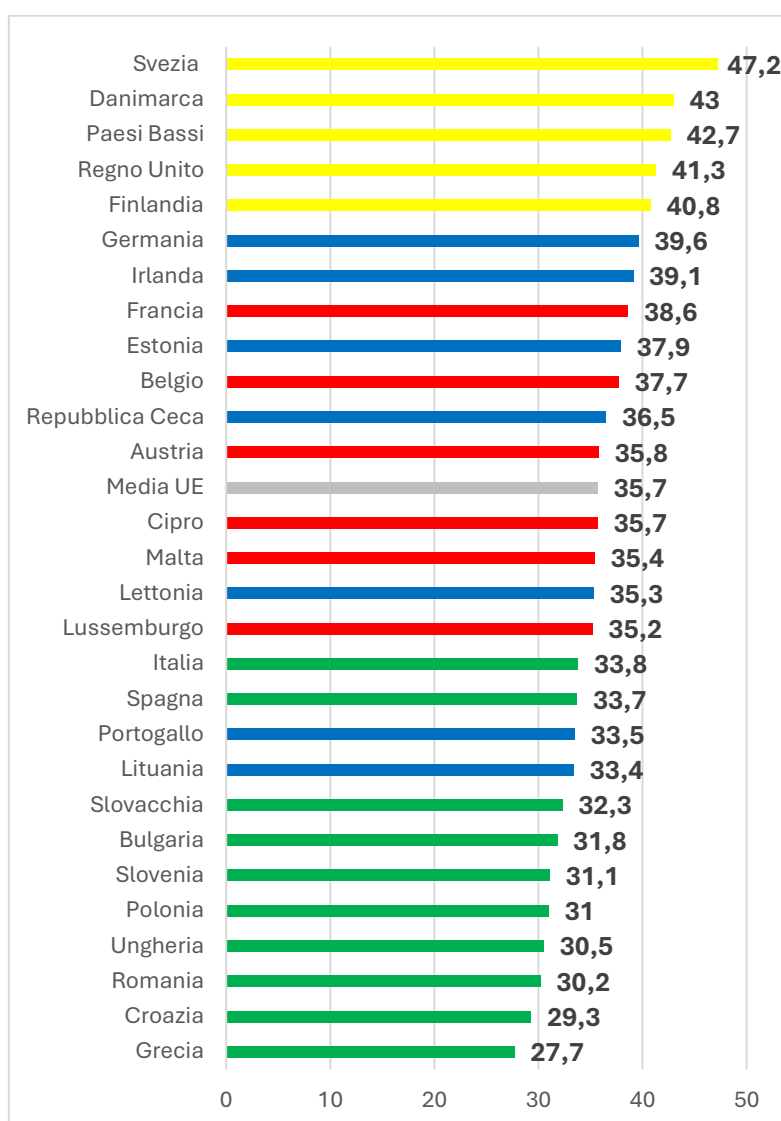


Fonte: rappresentazione dell'autrice, da UN, 2019 (p.6)

La maggior parte degli Stati del *cluster 2*, presentano punteggi al di sopra della media UE, con la sola eccezione di Cipro, al di sotto della media. Il punteggio più basso è attribuito alla Romania, del *cluster 1*, e, più in generale, tutti gli Stati del *cluster 1* si trovano con punteggi che li collocano al di sotto della media europea, con la sola eccezione della Spagna. Gli Stati del *cluster 3* presentano, invece, punteggi eterogenei,

sia al di sotto che al di sopra della media. Rispetto all'andamento sugli altri domini, quest'ultimo mostra il minor cambiamento nel periodo 2008-2016: in tutti e i quattro *cluster* si registra una lenta e costante crescita, seppure con condizioni di partenza differenti: già nel 2008 il *cluster giallo* registrava i migliori punteggi, poi il *cluster rosso* e a seguire il *cluster blu*, e, ultimo, il *cluster verde*. Il lento e costante incremento per tutti e quattro i *cluster* ha mantenuto nel tempo le distanze tra i reciproci punteggi. Nessun paese ha segnalato un decremento del proprio punteggio, e nessun paese ha segnalato un cambiamento sfavorevole per le donne.

Fig.6 - punteggi sull'Active Ageing Index complessivo, rappresentati con i colori dei *clusters*



Fonte: rappresentazione dell'autrice, da UN, 2019 (p.6)

Infine, la *figura 6* rappresenta l'*Active Ageing Index* complessivo, ed è rappresentato con i colori corrispondenti ai *cluster*. Dalla rappresentazione sembra evidente come il raggruppamento in *cluster* tenda ad avere grossolanamente connotazioni geografiche e più analiticamente è possibile ipotizzare che elementi dei sistemi normativi, economici e sociali ne influenzino i risultati.

La principale fonte a cui si fa riferimento in questa parte (UN, 2019) mostra la correlazione tra il *coefficiente di Gini*<sup>18</sup> e i punteggi dell'*active ageing index*, rivela che a punteggi più bassi del coefficiente, quindi, a minori disuguaglianze economiche corrispondono più alti punteggi nell'*active ageing index*.

La correlazione, tuttavia, è debole, in quanto alcuni casi fanno eccezione. In particolare, sorge spontaneo interrogarsi sui sistemi di welfare: se e quanto questi possano influenzare i punteggi dell'*active ageing index*, in quanto appare ad un primo sguardo una tendenza, sebbene non una totale conformità al raggruppamento nel medesimo *cluster* per gli Stati storicamente classificati nello stesso modello di *welfare state*<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> L'indice di Gini misura la distribuzione della ricchezza in un paese (più alto è il suo valore, più alta è la disuguaglianza tra gli abitanti) (trad. mia da UN, 2019, p. 42).

<sup>19</sup> Adottando la definizione di Maurizio Ferrera, il welfare state è "l'insieme delle politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione, tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo specifici diritti sociali e doveri di contribuzione finanziaria" (Ferrera, 2006, p.17).

Con il termine *welfare state*, tradotto, "stato del benessere", lo Stato si fa garante e promotore del benessere e della sicurezza dei cittadini in senso sociale ed economico. Il benessere della società è il risultato dei possibili modi in cui le tre istituzioni, Stato, mercato e famiglia, Terzo Settore, intrecciano le loro relazioni, nonché ai modi di gestione della relazione tra economia e società. Si delinea, così, l'immagine del "diamante del welfare". Gli studi comparati negli stati europei, sviluppatasi soprattutto a partire dagli anni '90, hanno prodotto quattro differenti modelli teorici per la descrizione del funzionamento del sistema di welfare: il modello *social democratico* dei paesi scandinavi; il modello *liberale* dei paesi anglosassoni; il modello *corporativo/continentale* dei paesi dell'Europa continentale: Francia, Germania, Austria, Belgio; e il modello *mediterraneo*, dei paesi dell'Europa meridionale: Italia, Spagna, Grecia, Portogallo. Negli anni '90, con lo sviluppo degli studi comparati sulle politiche sociali, è emersa l'idea che i Paesi del sud dell'Europa, Grecia, Italia, Spagna e Portogallo presentassero delle caratteristiche simili tra loro e distinte dagli altri stati, tanto da far emergere un modello a sé stante, detto modello Mediterraneo o "familista". (Ferrera 1996; Naldini 2002; Vogliotti, Vattai 2014).

L'appellativo *familista* è dovuto proprio al ruolo che i suddetti stati riservano alla famiglia, socialmente e culturalmente prestatrice di cura, e al ruolo marginale dello Stato, rispetto alla stessa. Lo Stato, infatti, eroga prestazioni in senso residuale, da attivare, ovvero, solo nel caso di fallimento al sostegno da parte della famiglia e delle reti sociali primarie (Vogliotti e Vattai, 2014)

Questo appare particolarmente evidente se si osservano il *cluster giallo*, in cui appaiono perlopiù gli stati *socialdemocratici* e il *cluster verde* che include, oltre l'Est europeo, gli Stati di *welfare mediterraneo*. L'argomentazione che tenta di gettare le basi per tentare di rispondere alla domanda sopra esposta, passa attraverso l'osservazione del caso portoghese, che, sebbene condivida con le sorelle Grecia, Spagna e Italia un sistema di welfare marcatamente familistico, trova spazio nel *cluster blu*, mostrando una condizione di invecchiamento attivo migliore degli altri paesi mediterranei (*ibidem*).

### **II.3 *Active ageing index* in Portogallo: un caso per riflettere**

Il fenomeno dell'invecchiamento risulta essere oggi un tema di grande attualità e con esso sono attuali le sfide che ogni Stato, Europeo e non, si trova ad affrontare.

Quanto esposto non arriva a restituire risposte in merito al quesito sopra esposto, ma avvia considerazioni su uno studio orientato ad uno specifico territorio, che non può prescindere dalla considerazione del suo assetto formale e normativo, e, come si vedrà, delle differenze che esistono entro i territori.

La misura dell'*active ageing index* è stato il primo strumento che ha potuto avviare un dibattito scientifico e comparativo sul tema, installandosi su una *tabula rasa* sul tema, così che ogni considerazione necessita di ulteriori premesse e definizioni.

In merito alle domande poste inizialmente, “*se e quanto i sistemi di welfare possano influenzare i punteggi dell'aai*”, e quali gli elementi che discostano il Portogallo dagli altri Paesi a stampo familistico, l'analisi esposta non è sufficiente a fornire delle risposte; tuttavia, ipotesi possono essere avanzate già dal metodo di costruzione dello stesso indice e dal criterio di raggruppamento degli stati in *clusters*.

La ponderazione dei domini, dà molto peso al dominio *occupazione*, in cui il Portogallo ha punteggi alti. Tuttavia, vi è da chiedersi se il lavoro retribuito in età avanzata, l'aumento dell'età pensionistica è desiderabile o è una necessità per fare fronte a condizioni di povertà materiale. Da indagare altresì come l'occupazione interessi il sesso

maschile e femminile e comprenderne le dinamiche sottostanti. Altrettanto, quanto bassi punteggi nel dominio riferito alle attività informali, siano influenzati dall'impiego degli anziani nelle attività formali.

Allo stesso tempo, alcuni punteggi positivi sulle attività informali negli altri stati, riguardano alta incidenza di anziani che si occupano dei nipoti: è, ad esempio, il caso dell'Italia. Se da un lato questo genera "attività" per l'anziano, e migliore indice di invecchiamento attivo, vi è da chiedersi quanto, ancora, questa dinamica sia desiderabile dagli stessi anziani, o quanto questo sia indotto da un sistema di *welfare* che delega le responsabilità alle famiglie, e ad una generale carenza e inaccessibilità dai servizi per l'infanzia.

Queste riflessioni interessano largamente anche il Portogallo in quanto la cura dell'anziano è concepito come "dovere", che si esprime nella relazione genitore-figlio sia in senso ascendente che in senso discendente, una condizione che ha, ovvero, non solo radici morali, ma anche radici giuridiche e conseguenze legali (Cruz 2024).

A seguire, una breve ricognizione normativa mette in luce l'attenzione al tema nel contesto nazionale, e una successiva parte cartografica, esplora un metodo per leggere i fenomeni nel territorio, e la necessità che le risposte politiche non tengano conto esclusivamente del contesto nazionale nella sua interezza.

### **II.3.1 Alcune norme e politiche**

La vecchiaia in Portogallo beneficia di diverse disposizioni legali e di una tutela che affonda le proprie radici non soltanto nella normativa nazionale ma anche nella normativa europea e nelle applicazioni locali. A livello internazionale, il primo riferimento normativo è la Risoluzione 46/91, approvata dall'assemblea generale delle Nazioni Unite nel 1991, che riconosceva l'indipendenza, la partecipazione l'assistenza, la realizzazione personale e la dignità quali diritti degli anziani (Cruz, 2024).

Spostando l'attenzione sul più ristretto contesto dell'Unione Europea, nonostante l'*input* internazionale, la ricezione del concetto di invecchiamento attivo è strettamente legata all'entrata in vigore del *Trattato di Lisbona* nel 2009, che includendo nella legislazione comunitaria la Carta dei Diritti Fondamentali, vieta, all' art. 21, la discriminazione basata

sull'età, e all'art. 25 fa esplicito riferimento ai diritti degli anziani, in quanto: “L’Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale”.

A livello nazionale, in Portogallo, la persona anziana gode dei diritti fondamentali rivolti a qualsiasi persona, garantiti a livello costituzionale, e altresì la *Costituzione della Repubblica Portoghese*<sup>20</sup>, tutela il riconoscimento della dignità della persona anziana, all'articolo 72 della stessa. Sotto il titolo “*terceira idade*<sup>21</sup>”, stabilisce che: “*peçoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social*”<sup>22</sup>(República Portuguesa 2017).

Lo sviluppo delle leggi a favore della popolazione anziana ha intersecato da sempre la leggi del sistema sanitario; già nel 2004 il *Ministério da Saúde*, attraverso la *Direção-Geral da Saúde (DGS)*, sviluppava il *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. La *Resolução do Conselho de Ministros n.º 84/2005, de 27 de abril*, una legge che approva i principi orientatori per le cure verso le persone anziane o in condizione di dipendenza. Ancora nel 2005, il *Decreto-Lei n.º 232/2005, de 29 de dezembro*, dava origine al *Complemento Solidário para Idosos*, dedito o al sostenimento economico della popolazione anziana.

Nonostante siano state sviluppate molte leggi sia in tema di servizi sociali, di tutela della salute, e in merito al sostenimento economico<sup>23</sup>, la nostra attenzione si focalizzerà adesso su quanto esplicitamente rivolto al concetto di invecchiamento attivo.

---

<sup>20</sup> La nuova Costituzione Portoghese è in vigore dal 25 aprile 1976.  
[[https://www.treccani.it/enciclopedia/portogallo\\_res-d2b3551b-87e9-11dc-8e9d-0016357eee51\\_\(Enciclopedia-Italiana\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/portogallo_res-d2b3551b-87e9-11dc-8e9d-0016357eee51_(Enciclopedia-Italiana)/), consultata il 23/10/2024].

<sup>21</sup> Terza età (trad. mia).

<sup>22</sup> [Le] *persone anziane hanno diritto alla sicurezza economica e a condizioni abitative e di convivenza familiare e comunitaria che rispettino la propria autonomia personale e evitino e superino l'isolamento o la marginalizzazione sociale* (trad. mia).

<sup>23</sup> *Estratégia de Proteção ao Idoso (2005)*  
Lei n.º 31/2018, de 18 de julho  
Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro  
Decreto-Lei n.º 16-A/2021, de 25 de fevereiro  
Portaria n.º 100/2022, de 22 de fevereiro

Nel 2016, tramite il *Despacho n.º 12427/2016, de 17 de outubro* è stata proposta la *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025*, quale esito di un lavoro interministeriale e intersettoriale. La proposta è stata l'esito del lavoro congiunto della *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*, dell'*Instituto de Segurança Social, I.P.*, della *Direção-Geral da Segurança Social, I.P.*, della *Cooperativa António Sérgio para a Economia Social (CASES)*, della *Direção-Geral das Autarquias Locais*, della *Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género*, nonché dell'*Associação Nacional de Municípios Portugueses e Associação Nacional de Freguesias* (República Portuguesa, 2017; Cruz, 2024).

La strategia ha come missione quella di promuovere la salute e il benessere, la partecipazione, la non discriminazione, l'inclusione, la sicurezza e la ricerca con l'obiettivo di aumentare le capacità funzionali, l'autonomia e la qualità di vita delle persone mentre invecchiano, adottando i valori guida declamati dalle Nazioni Unite. La strategia ha obiettivi generali e specifici e si fonda su quattro principali pilastri: la salute; la partecipazione; la sicurezza; il monitoraggio e la ricerca.

Rispetto alla *salute*, gli obiettivi mirano a controllare la condizione della popolazione anziana attraverso azioni che possano impattare le malattie croniche e la riduzione delle capacità fisiche e mentali, nonché il potenziamento dell'autonomia, attraverso la promozione di stili di vita salutari, anche attraverso le attività fisica e l'interazione sociale.

In merito alla *partecipazione*, la strategia vuole promuovere l'educazione e la formazione durante tutto il ciclo di vita, che possano anche formare e informare rispetto allo stile di vita, anche attraverso attività strutturate. Altresì, riconoscendo l'invecchiamento più che un processo meramente biologico, è stato ritenuto rilevante che gli ambienti dove gli anziani vivono siano accoglienti e capaci di promuovere la loro partecipazione attiva, così che la creazione di ambienti che possano potenziare l'integrazione e la partecipazione sia un obiettivo dell'agenda politica, questo punto insiste anche sulla solidarietà tra generazioni, e mette in moto le risorse e le organizzazioni locali.

In merito alla *sicurezza*, la *Strategia* fa riferimento a quella fisica; sociale e finanziaria, e coerentemente con tale visione, le azioni da introdurre prevedono la creazione di ambienti

fisici sicuri: edifici; città; abitazioni. Nonché servizi di trasporto e utilizzo delle nuove tecnologie in tale direzione. Per garantire la sicurezza vengono presi in considerazione i fattori di vulnerabilità dell'anziano e la possibilità che questi vengano intercettati e mitigati dagli operatori dei servizi.

Infine, la *ricerca* e il monitoraggio sono essenziali per orientare le politiche in base alle evidenze scientifiche, e per la disseminazione di buone pratiche (República Portuguesa, 2017).

Oltre alle linee di orientamento, è necessario conoscere e approfondire lo stato di applicazione della suddetta strategia, e sarà possibile valutarne l'impatto vista l'imminente conclusione del periodo di implementazione, osservando come questa abbia interessato i diversi organismi coinvolti, nonché come abbia trovato applicazione entro i territori.

### **II.3.2 Indicatori demografici per una geografia dell'invecchiamento**

Dalla lettura di alcuni testi è scaturita la necessità di avviare lo studio tenendo in considerazione le differenze territoriali e con esse le differenze sociodemografiche che interessano l'intero territorio nazionale.

In considerazione che *“A questão demográfica é umas das várias evidências do modelo de desenvolvimento muito diferenciado entre os territórios da faixa litoral e do interior, mas que globalmente desafia a sustentabilidade demográfica da região, marcada pelo envelhecimento populacional, pela dificuldade em rejuvenescer a população residente e necessidade de garantir o acesso a bens e serviços essenciais a uma população cada vez mais envelhecida”*<sup>24</sup> (CCDR, 2023, p. 7).

A seguire, la breve analisi qui avviata, che rappresenta un approccio preliminare a trattare la questione dell'invecchiamento e dell'invecchiamento attivo, utilizza il *Geografic*

---

<sup>24</sup> La questione demografica è una delle varie prove del modello di sviluppo molto differenziato tra i territori del litorale e dell'interno, ma a livello generale distrugge la sostenibilità demografica della regione, marcata dall'incremento demografico, a causa delle difficoltà nel rendere più giovane la popolazione residente e per la necessità di garantire l'accesso a beni e servizi essenziali per una popolazione sempre più anziana (trad. mia, da CCDR, 2023, p. 7).

*Information System (GIS)* (Boffi, 2004), quale strumento rappresentativo di alcuni indicatori utili a focalizzare i fenomeni demografici in Portogallo.

L'utilizzo di questo strumento consente di osservare le specificità territoriali e di potere immaginare ulteriori linee di ricerca che possano identificare sottostanti dinamiche demografiche, sociali ed economiche. Tutte e cinque le rappresentazioni cartografiche si servono dei dati dell'ultimo censimento della popolazione disponibile, al 2021<sup>25</sup>.

I dati sono stati ottenuti dal portale *Pordata*<sup>26</sup>, alla voce *População; Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. I dati mostravano un livello di aggregazione per *freguesias, União das freguesias; concelhos/ municípios; distritos e regiões*. Volendo svolgere l'analisi al livello dei *concelhos/ municípios*<sup>27</sup>, questi ultimi sono stati selezionati manualmente dai database. In merito allo *shapefile* cartografico, esso rispetta il sistema di coordinate WGS84, e non includeva al suo interno i *municípios* di *Guimarães* e *Tavira*, che sono stati, pertanto, esclusi dall'analisi. Inoltre, le rappresentazioni escludono in questa sede le isole *Azzorre*, e l'isola di *Madeira*, ma esse sono comprese all'interno del database e pertanto sono in ogni caso oggetto di analisi.

Per tutte le rappresentazioni è stato utilizzato il sistema di classificazione di *Jenks*, che consente di osservare rapidamente dove i fenomeni in esame risultano essere salienti rispetto ai restanti casi (Boffi, 2004). Per tutte le rappresentazioni le classi seguono gradienti di colore sempre più scuro: così che il colore più chiaro in legenda indica una minore intensità del fenomeno in oggetto; viceversa, un colore più intenso e scuro ne rappresenta, invece, una maggiore intensità.

La prima rappresentazione (*figura 7*) mostra l'età media<sup>28</sup> in tutti i *concelhos*. Dall'osservazione della mappa è possibile evincere già alcuni elementi: con l'età media

---

<sup>25</sup> INE, *Recenseamento da população e habitação - Censos 2021*.

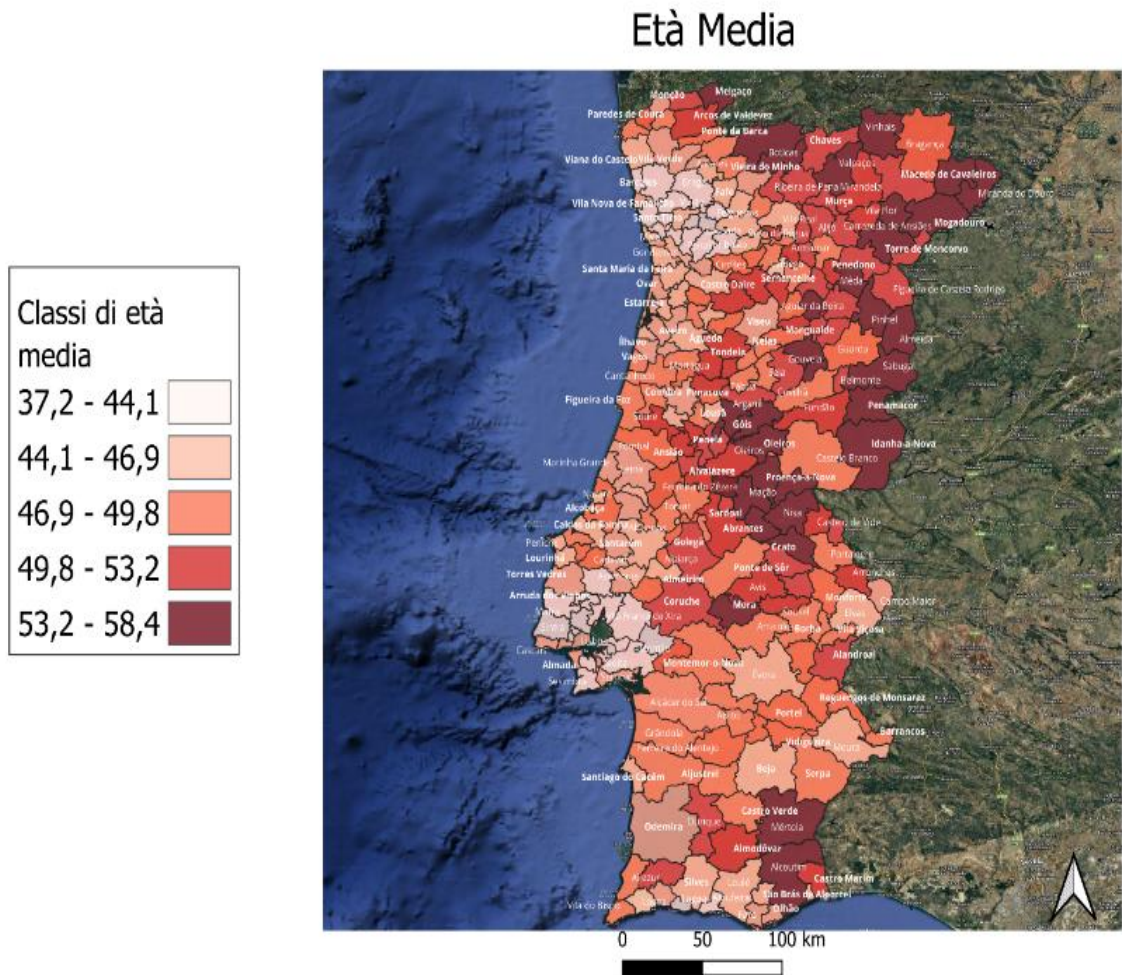
<sup>26</sup> <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

<sup>27</sup> Assimilabili ai Comuni italiani.

<sup>28</sup> Calcolata attraverso il rapporto tra la somma delle età di tutti i residenti e il totale della popolazione residente, dove per popolazione residente si intende “*Conjunto de pessoas que, independentemente de estarem presentes ou ausentes num determinado alojamento no momento de observação, viveram no seu local de residência habitual por um período contínuo de, pelo menos, 12 meses anteriores ao momento de observação, ou que chegaram ao seu local de residência habitual durante o período*”

più alta i *conchelos* di *Alcoutim* (58,37); *Oleiros* (58,04); *Pampilhosa da Serra* (58,01); *Penamacor* (57,73); *Almeida* (57,5).

Fig. 7 - Età media della popolazione residente per luogo di residenza



Fonte: elaborazione dei dati Censimento INE, 2021; rappresentazione su QGis (ver. 3.28.2)

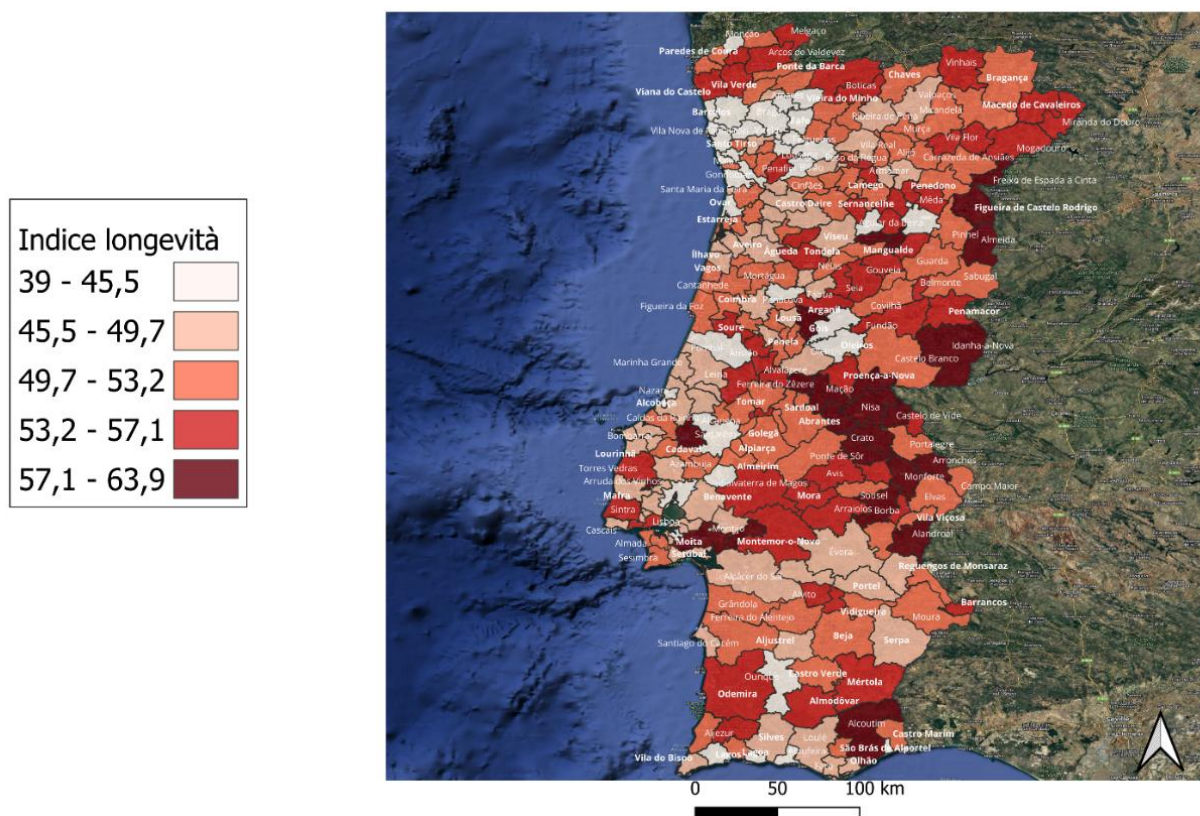
La mappa mostra una certa contiguità dei *conchelos* con un'età media più elevata. Questa lettura territoriale restituisce immediatamente ulteriori suggestioni, ovvero: quanto il fenomeno sia legato alla longevità; quanto, invece ai movimenti migratori interni ed esterni; e quanto è da attribuire a questioni economico-sociale, quali, disponibilità di posti di lavoro e di servizi per l'infanzia e per i lavoratori.

correspondente aos 12 meses anteriores ao momento de observação, com a intenção de aí permanecer por um período mínimo de um ano" (Censimento, INE, 2021).

In merito alle età medie inferiori, in *conchelo* con l'età media inferiore è *Ribeira Grande* (37,16); a seguire *Lagoa* (39,07); *Vila Franca do Campo* (40,82); *Câmara de Lobos* (40,85); *Ponta Delgada* (41,14). Ciò che salta immediatamente all'occhio è che su cinque *conchelos* presi in esame quattro di essi sono siti nelle isole *Madeira* e *Azores*. Da indagare se a questa più bassa età media nelle isole corrispondano più elevati tassi di natalità. Oltre queste specificità, la mappa conferma la tendenza a un invecchiamento della popolazione più marcato nelle aree interne, e via via meno marcato per "fasce", per essere più basso nelle zone litorali.

Fig.8 - *Indice di longevità della popolazione residente per luogo di residenza*

### Indice di longevità popolazione totale

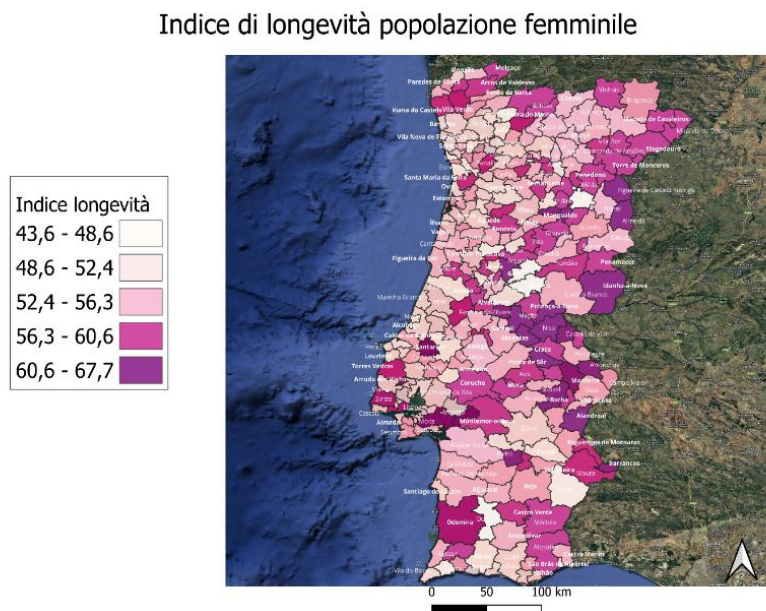


Fonte: *elaborazione dei dati Censimento INE, 2021; rappresentazione su QGIS (ver. 3.28.2)*

La *figura 8* rappresenta l'*indice di longevità*<sup>29</sup>, che è in grado di rappresentare la popolazione per fasce di età più elevate. Attraverso questo indice è possibile affermare che le zone che sono rappresentate in cartografia con colori più intensi siano quelle in cui esiste una concentrazione di anziani con un'età più elevata. L'indice di longevità non ci restituisce, tuttavia, una reale condizione del benessere di tali anziani, così che la longevità può essere intesa come elemento positivo o negativo: per questo si rimanda ad ulteriori analisi, di stampo qualitativo, che possano scorgere il reale stato di salute e benessere della popolazione in esame. I *conchelos* che mostrano un indice di longevità più elevato sono *Gavião* (63,87); *Arronches* (62,91); *Penalva do Castelo* (62,84); *Vila de Rei* (62,39); *Mação* (61,36).

A un primo sguardo, ciò che non si può evincere attraverso la sola lettura della *figura 8*, ma bensì osservando la mappa sottostante, è possibile scorgere una approssimativa sovrapposizione tra una aggregazione di comuni più longevi e la prossimità del *Parque Natural da Serra S.Mamede*.

*Fig.9 - Indice di longevità della popolazione femminile residente per luogo di residenza*



*Fonte: elaborazione dei dati Censimento INE 2021; rappresentazione su QGis (ver. 3.28.2)*

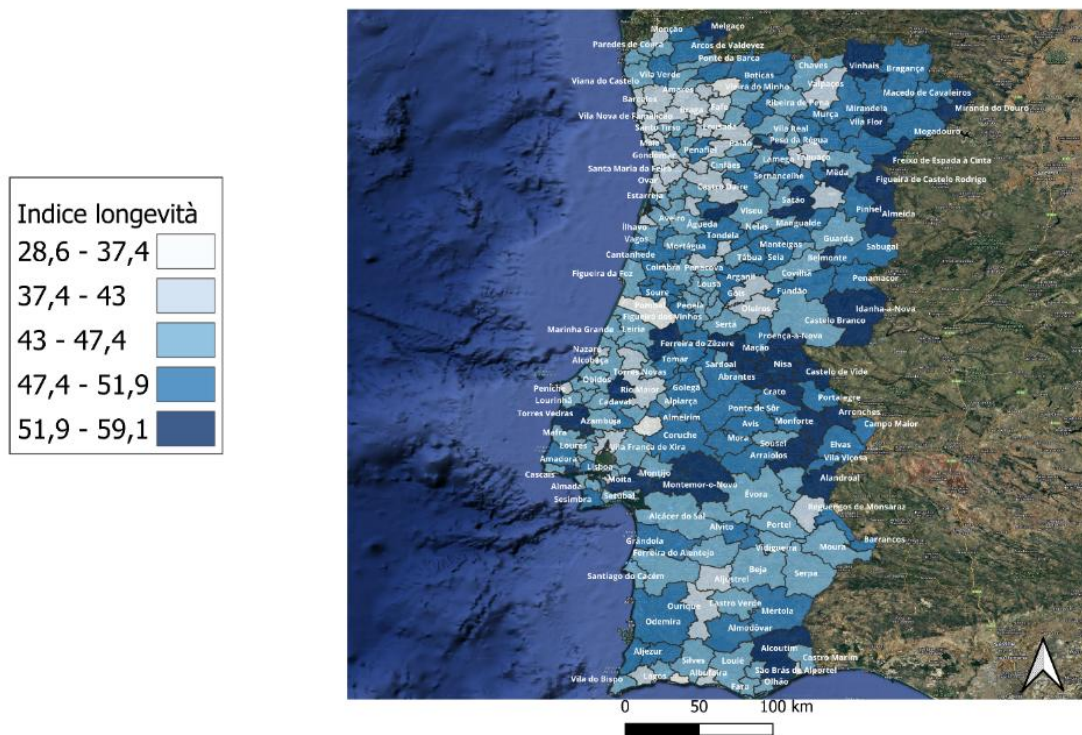
<sup>29</sup> Calcolato attraverso il rapporto tra il numero di persone con 75 e più anni e il numero di persone con 65 e più anni.

La *figura 9* e la *figura 10* mostrano lo stesso indicatore ma per sesso: questo è utile nell'indagare se il fenomeno della longevità segua traiettorie differenti, che possano essere influenzate dalla genetica, così come da costumi e ruoli sociali.

Se ad un primo sguardo le due rappresentazioni cartografiche possano sembrare quasi sovrapponibili, pertanto non si nota una maggiore o minore longevità per uno dei casi, se si osserva in legenda alle classi ottenute in attraverso la classificazione di *Jenks*, è possibile osservare come i valori della longevità femminile (*figura 9*) siano nettamente più alti di quelli della longevità maschile (*figura 10*), differenziandosi, nell'ultima classe di quasi 10 punti percentuali. Tuttavia, la geografia della longevità è la medesima per entrambi i sessi, questo potrebbe confermare che fenomeni legati al luogo rendano tali zone più "longeve" di altre, ma che la speranza di vita sia maggiore per le donne, da indagare se e quanto questa speranza di vita sia in buona salute.

*Fig.10 - Indice di longevità della popolazione maschile residente per luogo di residenza*

### Indice di longevità popolazione maschile

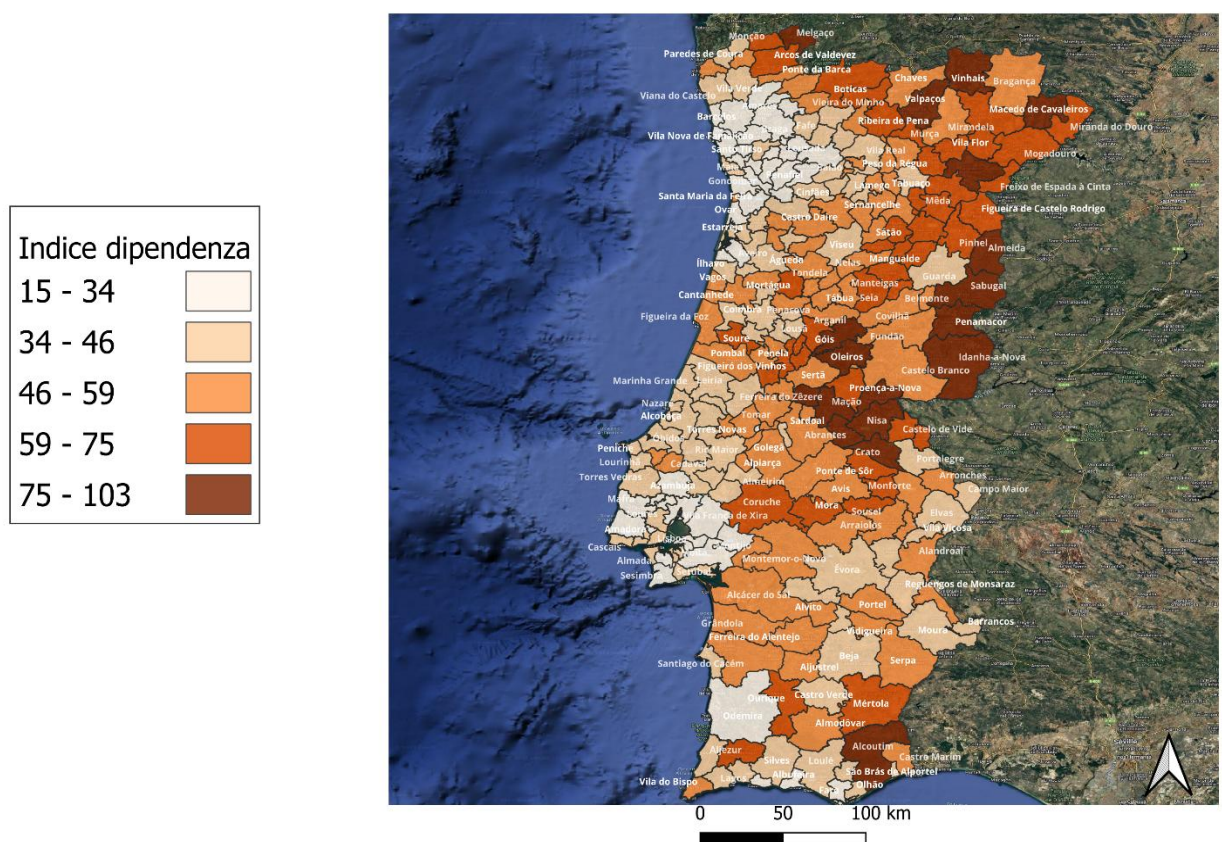


*Fonte: elaborazione dei dati Censimento INE 2021; rappresentazione su QGIS (ver.3.28.2).*

Entrando nel vivo della sostenibilità sociale ed economica, l'indice di dipendenza anziani<sup>30</sup>, è in grado di mostrare dove la maggiore incidenza di popolazione over 65, possa costituire una sfida.

Fig.11- Indice di dipendenza anziani, per luogo di residenza

## Indice di dipendenza anziani



Fonte: elaborazione dei dati Censimento INE 2021; rappresentazione su QGis (ver. 3.28.2)

Il *conchelo* con l'indice di dipendenza più alto è quello di *Alcoutim* (102,83) nel distretto di Faro, a seguire *Vila Velha de Ródão* 100,47; *Pampilhosa da Serra* (96,49); *Oleiros*

<sup>30</sup> L'indice è il risultato del rapporto tra la popolazione residente con 65 anni e oltre e la popolazione compresa tra 15 e 64 anni.

(94,07); *Sabugal* (94,01). In coerenza con quanto per l'età media, si mostra un valore più basso dell'indice di dipendenza in alcuni *concelhos* delle zone insulari delle Azzorre e dell'isola di Madeira: *Ribeira Grande*, con il valore minimo, di (15,09); *Lagoa* (18,16); *Ponta Delgada* (21,27); *Vila Franca do Campo* (21,22); *Santa Cruz* (20,86). Le ipotesi restano coerenti e medesime con quelle esposte per l'età media e rimandano ad un altro livello di analisi, e non esclude ulteriori considerazioni di stampo qualitativo.

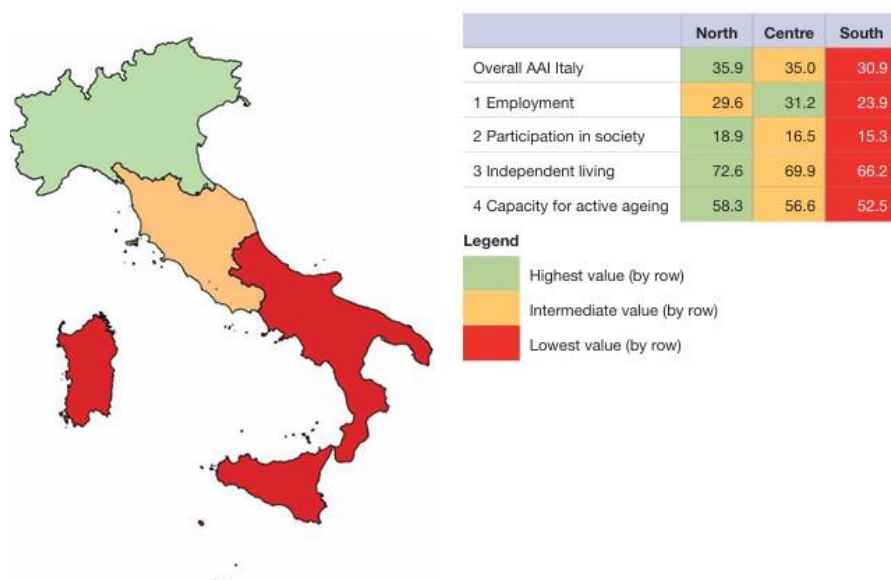
Quanto fin qui esposto mostra come l'invecchiamento della popolazione debba tenere conto dell'eterogeneità dei territori, e come un'analisi sull'*active ageing index*, per quanto utile ad una comparazione tra i diversi stati, raggruppa, nella sua rappresentazione a livello nazionale, contesti territoriali molto eterogenei. La lettura delle rappresentazioni cartografiche mostra un territorio a strati, più giovane nella fascia litorale e più anziano nella fascia interna. In merito a quanto e come il sistema di welfare influenzi il punteggio sull'invecchiamento attivo, si ritiene di non potere fornire una risposta esaustiva a fronte della necessità di esplorare le differenti pratiche e abitudini sui territori, almeno in considerazione di una comparazione tra fascia litorale e fascia interna, per cui si ritiene che vi siano nette differenze e possibilità di esperire l'invecchiamento attivo, a fronte di minori e maggiori indici di dipendenza, e si ipotizza, pertanto che al di là dal considerare gli *anziani portoghesi* come unico corpo di indagine, è probabile che *anziani portoghesi*, abitanti in determinati contesti socio-territoriali, abbiano influenzato maggiormente i punteggi dell'*active ageing index*; la risposta non può prescindere da studi qualitativi, raccolta di dati primari e una più approfondita valutazione del sistema pensionistico portoghese, nonché dall'applicazione dell'*active ageing index* a livello subnazionale, per il quale è necessaria la disponibilità dei dati, fedeli alla costruzione originale dell'indice.

#### **II.4 L'*active ageing index* al livello NUTS 1 e NUTS 2, in Italia**

Con la finalità dell'utilizzo dell'*active ageing index* a supporto dei *policy makers*, la possibilità di applicazione dell'indice ad un livello subnazionale potrebbe fornire strumenti utili alla gestione delle risorse interne agli Stati e a prefissare obiettivi di *policy* contestualizzati e supportati empiricamente. Nella già citata pubblicazione UN, 2019, sono riportati alcuni esempi di applicazione dell'*active ageing index* a livello

subnazionale: per l'Italia al livello NUTS<sup>31</sup> 1 (figura 12); a livello NUTS 2 in Polonia, e NUTS 3 in Germania. Il livello NUTS 1 in Italia prevede quattro distinte macroregioni: *Nord-Est*; *Nord Ovest*; *Centro* e *Sud*, comprendente, quest'ultima, le isole *Sicilia* e *Sardegna*.

Fig. 12 – Active ageing index in Italia, 2016 al livello NUTS 1



Fonte: UN, 2019, p.20.

Lo studio in questione (UN, 2019) accorpa le macroregioni *Nord-Est* e *Nord-Ovest*, in un unico *Nord*<sup>32</sup>. La figura 12 mostra le ripartizioni con i relativi punteggi dell'AAI classificati come “basso” (in rosso); “medio” (in arancio) e “alto” (in verde), mostrando una chiara condizione di svantaggio nella macroregione *Sud*, una condizione intermedia al *Centro* e una migliore condizione al *Nord*. Il più basso punteggio dell'*active ageing index* al *Sud*, come mostra la tabella sui domini, è una tendenza confermata in tutti i

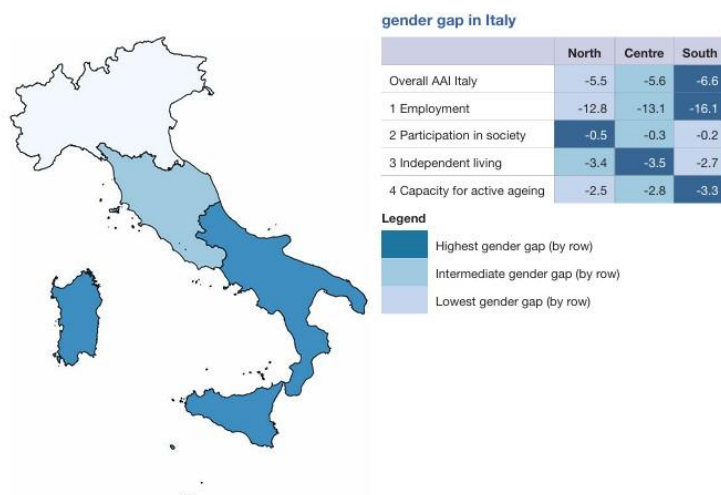
<sup>31</sup>Al fine di consentire la rilevazione di statistiche regionali armonizzate nell'UE, l'Unione Europea ha introdotto una classificazione territoriale gerarchica, comune a tutti gli Stati membri, entrata in vigore nella sua versione attuale, il 1° gennaio 2021. È organizzata su tre livelli territoriali: NUTS 1, NUTS 2 e NUTS 3. Le unità territoriali al livello NUTS 3 sono suddivisioni del livello NUTS 2, a loro volta suddivisioni del livello NUTS 1. Talvolta gli Stati applicano ulteriori suddivisioni amministrative e territoriali al (https://www.europarl.europa.eu/factsheets/it/sheet/99/nomenclatura-comune-delle-unita-territoriali-statistiche-nuts-).

<sup>32</sup> Il Nord è costituito da Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Lombardia, Trentino – Alto Adige, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Emilia-Romagna. Il Centro è costituito da Toscana, Umbria, Marche, Lazio. Il Sud e le isole, da Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna (UN, 2019, p.20).

quattro domini, come riflesso di divari territoriali strutturali ben noti e di lunga durata. Al contrario, infatti, il *Nord* denota punteggi più alti, ad esclusiva eccezione dell'ambito occupazionale: il *Centro*, infatti, mostra il punteggio più alto influenzato dal tasso di occupazione dei lavoratori anziani nel settore pubblico (UN, 2019).

Rispetto al divario di genere (*figura 13*) vi è in tutte e tre le aree uno sbilanciamento a favore del genere maschile, che, sebbene più marcato, nel complesso, al *Sud*, presenta alcune difformità e specificità rispetto ai domini della partecipazione alla società e della vita indipendente, per i quali sono registrati punteggi più bassi, al *Sud* è l'elevato divario di genere nell'occupazione che ha un impatto considerevole sul divario di genere complessivo dell'*active ageing index* (*ibidem*).

Fig.13- Active ageing index in Italia, gender gap 2016 al livello NUTS 1



Fonte: UN, 2019, p.21.

Lo studio italiano è stato, tra l'altro, condotto in quattro anni diversi, abbracciando complessivamente un periodo che va dal 2007 al 2018. È stato, così, possibile osservare un incremento dei punteggi dell'*active ageing index* più marcato al *Nord* e al *Centro* rispetto al *Sud*, a rimarcare il divario territoriale, e il suo tendenziale ampliamento (*ibidem*).

Il calcolo dell'*active ageing index* a livello subnazionale, e a livello regionale, appare di grande importanza in quanto, a seguito del processo di decentralizzazione amministrativa, le politiche per l'invecchiamento attivo sono state più un'iniziativa regionale e locale, che nazionale (Principi *et al.*, 2017).

Tra le pubblicazioni più rilevanti in tal senso, nel 2020, *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani* (ISTAT, 2020), fornisce un quadro di insieme, a partire dal fenomeno dell'invecchiamento demografico, sul concetto di invecchiamento attivo, nonché un'analisi dell'*active ageing index* a livello regionale, resa possibile da un confronto tra le fonti originali dell'*active ageing index* dell'UNECE, e le fonti dei dati disponibili in Italia. La necessità di utilizzare i dati delle indagini ISTAT per il livello subnazionale deriva dalla natura delle indagini europee utilizzate per il calcolo dell'indice i cui campioni, per ampiezza, perderebbero significatività ad un livello subnazionale. La scelta degli indicatori tratti dalle indagini nazionali italiane è stata operata con la finalità di assicurare al contempo la maggiore fedeltà alla misura originale, la robustezza e la replicabilità. Alcuni indicatori corrispondono fedelmente all'*active ageing index* /Unece, in quanto tratti da indagini armonizzate a livello europeo: si tratta delle prima menzionate: indagine sulle forze di lavoro (*Lfs*); l'indagine su reddito e condizioni di vita (*Eu-Silc*); le tavole di mortalità; l'indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (*Ehis*).

La pubblicazione di ISTAT (2020) ha fornito un dettaglio a livello regionale, livello NUTS 2, sull'*active ageing index*, rivelando dei punteggi che risentono, come prima anticipato dalle indagini sul livello NUTS 1 (UN, 2019), del divario tra il Nord e il Sud in Italia, in materia di sviluppo economico, qualità delle infrastrutture e politiche di welfare.

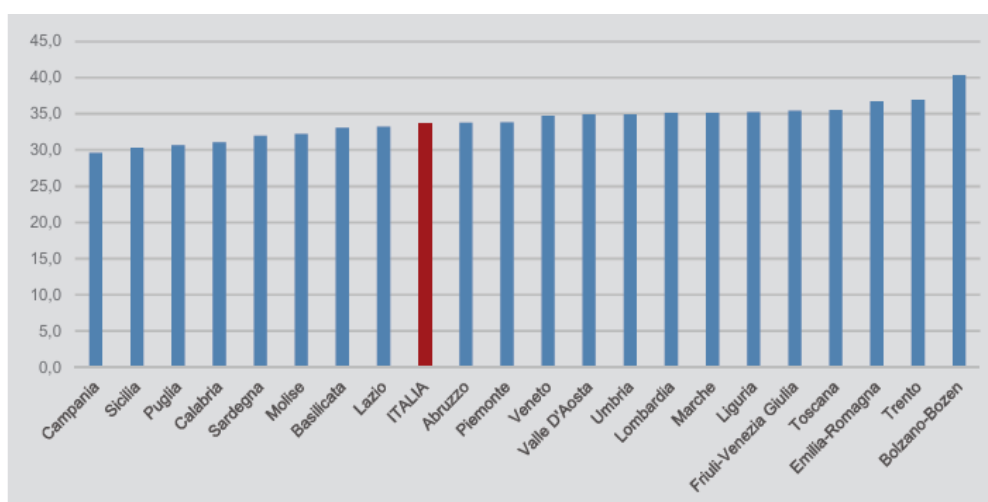
Sulla base di un accordo tra il *Dipartimento per le Politiche della Famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri* e l'*Istituto Nazionale Invecchiamento (IRCCS-INRCA)* relativo ad un progetto triennale finalizzato al *Coordinamento partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo* in Italia, nel 2019 è stata avviata un'indagine basata sull'*active ageing index* a livello NUTS 2, con la finalità di supportare le 20 regioni italiane nell'elaborazione di politiche legate all'invecchiamento attivo. Il primo risultato dell'accordo, nella direzione prima esposta, è stata l'elaborazione di un report tecnico (Principi *et al.*, 2020), avente lo scopo di fornire elementi metodologici per il calcolo dell'indice con le fonti dati italiane, attraverso i dati delle indagini nazionali italiane dell'ISTAT, che riporta le prime pubblicazioni tecniche sul tema (Principi *et al.*, 2019; ISTAT, 2020).

Successivamente, nel 2021, un articolo dal titolo *The Active Ageing Index and policy making in Italy*, pubblicato nella rivista internazionale *Ageing and Society*, opera un confronto tra le regioni italiane attraverso un'analisi simile a quella condotta per i paesi europei, avente come esito la clusterizzazione, in cinque cluster, delle 20 regioni italiane.

Infine, ancora nel 2021, *Active Ageing: The Need to Address Sub-National Diversity. An Evidence-Based Approach for Italy*, (Zannella et al., 2021) pubblicato sull'*International Journal of Environmental Research and Public Health*.

Dalla pubblicazione di ISTAT (2020), la *figura 14* mostra i punteggi dell'*active ageing index* per l'anno 2018 per le diverse regioni italiane, e separatamente per le province autonome di Bolzano e Trento, che occupano, tra l'altro, le migliori posizioni in termini di punteggio sul complessivo

*Fig.14 – Active ageing index delle regioni italiane, nell'anno 2018*

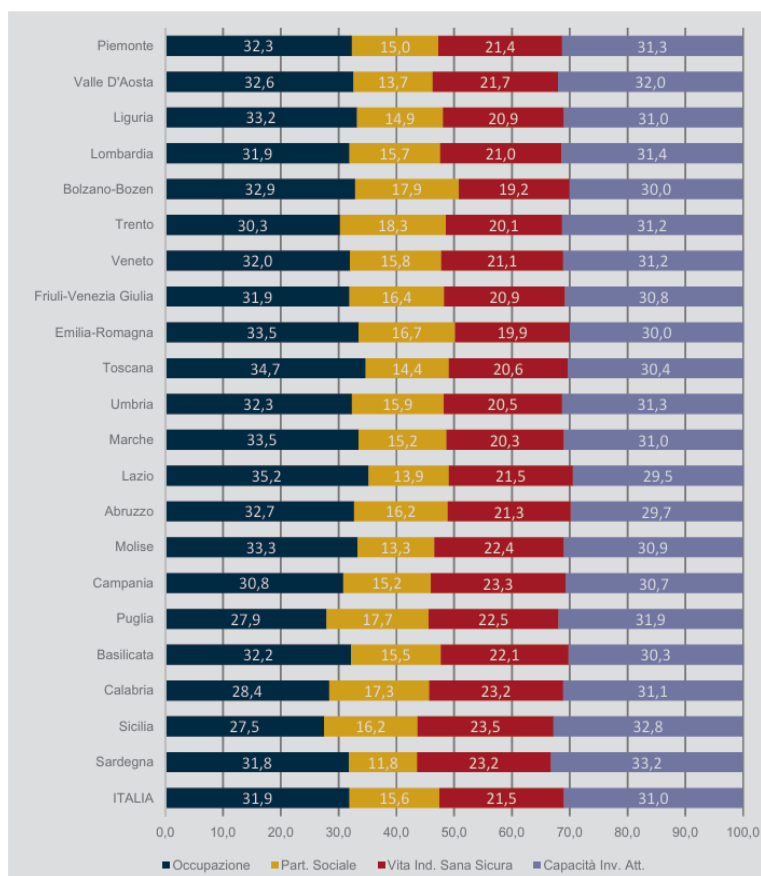


Fonte: ISTAT, 2020 p.48.

Il punteggio più alto è della provincia autonoma di Bolzano, superando di poco i 40 punti, e mostrando; pertanto, una condizione positiva che resta relativa in quanto il punteggio dell' *active ageing index* è espresso in centesimi, quindi ancora potenzialmente molto distante da una condizione ottimale. Sopra la media italiana, che si assesta sotto i 35 punti, le regioni Emilia-Romagna; Toscana; Friuli-Venezia Giulia; Liguria; Lombardia; Valle d'Aosta; Veneto e Piemonte del *Nord Italia*; Marche ed Umbria del Centro. Appare netta la discrepanza tra il *Nord* e il *Sud* in quanto tutte le regioni meridionali hanno punteggi al di sotto della media italiana, ad eccezione dell'Abruzzo, leggermente al di sopra della

media nazionale. I punteggi più bassi si registrano nella Regione Campania e a seguire, in Sicilia. La *figura 15* mostra, invece, il contributo che ciascun dominio occupa nel calcolo del complessivo indice.

*Fig.15- Contributo relativo dei quattro domini all'active ageing index complessivo, per regione, nell'anno 2018.*



Fonte: ISTAT 2020, p. 50.

In Zannella *et al.*, 2021, lo studio dell'invecchiamento attivo ha interessato il periodo dal 2007 al 2018, analizzando, altresì, il divario di genere nei punteggi dell'indice, avente come risultato un *trend* positivo per gli uomini in tutte le regioni. Nella suddetta pubblicazione, gli indicatori sono stati costruiti con l'obiettivo specifico di ridurre quanto più possibile le discrepanze dell'indice regionale italiano rispetto all'indice originale dell'invecchiamento attivo dell'UNECE, utilizzando il prima menzionato confronto tecnico tra le fonti dati UNECE e ISTAT (Principi *et al.* 2020).

Lo studio ha rivelato differenze territoriali tra le regioni del Nord e quelle del Sud, in relazione ai progressi sull'*active ageing index* esperiti nel tempo: le regioni meridionali e le isole registrano, infatti, minori incrementi nei punteggi dell'indice, partendo già da valori iniziali inferiori. Lo studio mostra anche l'andamento dei punteggi differenziati per genere, rivelando come, a livello nazionale, le differenze di genere siano complessivamente diminuite (da 6,4 punti nel 2007 a 5,5 punti nel 2018), mostrando tuttavia un divario più marcato nelle regioni che hanno mostrato un punteggio più basso nel complessivo, ovvero le regioni del Sud, rimarcando ancora una volta il divario territoriale *Nord-Sud*, confermato, con uno sguardo longitudinale ai due momenti considerati, da una più propulsiva riduzione del divario al *Nord*, e ancor più nel *Nord-Est*. I risultati mostrano anche che l'entità del divario di genere era già maggiore nel *Sud-Italia* e nelle isole Sicilia e Sardegna, confermando che le regioni che in cui si registra un minor punteggio sull'invecchiamento attivo, siano anche quelle che hanno riportato le maggiori disuguaglianze di genere. Inoltre, le stime dei modelli indicano che i progressi nella riduzione del divario di genere siano stati più rapidi nel *Nord* (e soprattutto nel *Nord-Est*), dove anche le differenze iniziali tra uomini e donne erano inferiori, rispetto al resto del Paese.

In media, dallo studio menzionato (Zannella *et al.*, 2021), in Italia il calcolo dell'*active ageing index* è di 32,4 punti, con una variazione che va dal punteggio più basso, 27,9, in Sicilia, a quello più alto, 37,2 in Trentino-Alto Adige. L'aumento del valore complessivo dell'indice, dall'anno 2007 all'anno 2018 di 5,4 punti a livello nazionale, non mostra di aver significato un aumento dei valori per tutte le regioni alla stessa velocità: incrementi più lenti si sono registrati in Campania; Calabria; Sicilia e Puglia, ampliando, nel complesso, le disparità regionali.

Considerando i punteggi differenziati per sesso, quanto precedentemente accennato, la tendenza, ovvero, delle regioni con punteggi più bassi a registrare anche un maggiore *gap* tra i punteggi di uomini e di donne, è confermata: nel 2018, il Trentino-Alto Adige ha registrato i punteggi più alti sia per gli uomini (39,1), che per le donne (35,5), mentre la Sicilia ha registrato il punteggio più basso (31,3 per gli uomini e 24,6 per le donne).

Dal confronto tra i punteggi dell'indice nel 2007 e nel 2018, è possibile osservare un divario di genere che si è gradualmente attenuato, mantenendo, tuttavia un vantaggio per i punteggi riferiti agli uomini, e per nessuna regione il *gap* è stato colmato.

Uno scenario così frammentato apre la riflessione sulle politiche messe in campo con tempi, misure e strumenti e risorse differenti nelle varie regioni, da cui derivano, come si evince chiaramente, un quadro d'insieme diversificato e stratificato.

## Capitolo III

### Norme e politiche per l'invecchiamento attivo in Italia

#### III.1 La crescente attenzione politica al tema dell'invecchiamento attivo

Negli ultimi anni alcune proposte di legge hanno avuto come finalità quella di predisporre una cornice normativa al concetto di invecchiamento attivo. Il primo esempio è rappresentato dalla Proposta di Legge n. 3538 presentata il 18 gennaio 2016, dal titolo *“misure per favorire l'invecchiamento attivo della popolazione attraverso l'impiego delle persone anziane inattività di utilità sociale e le iniziative di formazione permanente”*, avente come obiettivo il miglioramento della qualità della vita attraverso la valorizzazione dell'esperienza professionale, e a sostegno del ruolo attivo delle persone anziane nella trasmissione delle conoscenze alle nuove generazioni, con il concorso delle imprese e delle organizzazioni sindacali, intendendo l'invecchiamento attivo in qualità di processo di ottimizzazione della salute, della sicurezza e a promozione della partecipazione alle attività sociali.

A questa, si è affianca, poi, la Proposta di Legge del 12 gennaio 2016, Camera dei deputati n. 3528 dal titolo *“Disposizioni per la promozione e la diffusione dell'attività fisica delle persone anziane quale strumento di miglior salute e di invecchiamento attivo”* che enfatizzava più il ruolo dell'attività fisica e della partecipazione delle persone anziane alla vita sociale, culturale ed economica.

La prima proposta di una legge quadro nazionale sull'invecchiamento attivo è di recente iniziativa: nel 2019, sostenuta in prima linea da *Age Platform Italia*, in collaborazione con rappresentanti dell'*Associazione Nazionale Anziani e Pensionati (ANAP)* (Lucantoni e Principi 2020; Lucantoni e Principi, 2023). Ancora, nell'aprile 2019 ha avuto avvio il progetto di *“Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo”*<sup>33</sup>, avente lo scopo di implementare la prima menzionata strategia Mipaa/Ris, coinvolgendo tutti i livelli di governo e gli stakeholders,

---

<sup>33</sup> Cfr.: <http://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/progetto-di-coordinamento-nazionale/>

rappresentando un tardivo ma consistente punto di inizio per la definizione di modalità di intervento condivise, a favore della promozione dell'invecchiamento attivo, in mancanza di una specifica strategia nazionale (INAPP e MLPS, 2021; Lucantoni e Principi 2023).

L'avvio del progetto deve il suo *input* all'articolo 1, comma 482 della Legge di Bilancio 2019 (Legge n. 145/2018), che, con la priorità di far fronte alla crisi demografica, era volta al sostegno alla famiglia, alla procreazione e alla genitorialità, nonché al contrasto della crisi demografica, a sostegno dei componenti anziani entro le famiglie. Il progetto di coordinamento è nato da un iniziale accordo di collaborazione triennale, predisposto inizialmente per il triennio 2019-2021, a cui ne successivamente susseguito un secondo, dal 2022 al 2024, tra il *Dipartimento per le Politiche della Famiglia* (DIPOFAM), la *Presidenza del Consiglio dei Ministri* (PdCM), l'*Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani* di Ancona (IRCSS INRCA), con la partecipazione del *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali* (MLPS), e dell'*Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche* (INAPP), *focal point* nazionale dell'UNECE per l'invecchiamento (Barbarella *et al.*, 2020; Lucantoni e Principi, 2023).

Il primo triennio ha avuto come esito la costruzione di una rete di relazioni tra *stakeholders*: dalla società civile; dal terzo settore; nonché dal contesto accademico e dagli attori formalmente già in rete, ed ha avuto come esito la pubblicazione del rapporto su "*Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia. Rapporto sullo stato dell'arte*" (Barbarella *et al.*, 2020).

Attraverso interviste collettive con gli *stakeholders* è stato poi possibile elaborare delle raccomandazioni per le possibili, prossime, aree di intervento. Il secondo triennio, inaugurato nel 2022, ha posto come obiettivo quello di creare le condizioni adatte all'attuazione degli obiettivi per l'implementazione di interventi volti all'invecchiamento attivo (Lucantoni e Principi, 2023). Il rapporto per l'Italia, sul quarto ciclo di monitoraggio e valutazione dell'attuazione del *Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento*, pubblicato nell'ottobre 2021, descriveva alcuni risultati ottenuti nel corso dello scorso ventennio, annoverando tra questi una maggiore salienza del tema della prevenzione dei fattori di rischio, elencando, tra questi, alcune condizioni socio-economiche ritenute facilitanti di morbidità o disabilità, a scapito di una considerazione dell'anzianità concomitante al momento dell'avverarsi della morbidità e, o, disabilità. Sul

piano pratico, tale assetto ha comportato l'attuazione di misure intersettoriali per il miglioramento delle condizioni di salute, la riduzione delle diseguaglianze e una migliore qualità della vita, con interventi di presa in carico globale, comprendenti politiche inerenti a settori differenti: dall'educazione alla pianificazione urbana; dai trasporti alle politiche e interventi sociali, trasversali a diversi livelli, ambienti, e ministeri (INAPP e MLPS, 2021).

Il tema dell'invecchiamento attivo interessa, infatti, diversi Ministeri e Dipartimenti, e le esperienze positive sul tema, a livello nazionale e a livello locale, sono il frutto di collaborazioni interministeriali o, interassessorili a livello regionale, il coordinamento orizzontale e verticale rappresenta, di fatto, uno degli obiettivi del *mainstreaming ageing* della strategia Mipaa/Ris. A livello nazionale, esso infatti riguarda tanto il *Dipartimento per le Politiche della Famiglia* (DIPOFAM), che nell'ambito del *Progetto di Coordinamento Nazionale Partecipato Multilivello delle Politiche sull'Invecchiamento Attivo*, ha attivato la collaborazione con l'IRCSS-INRCA di Ancona, quanto il *Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale* (MAECI), che ha il compito di supportare e coordinare i Dipartimenti competenti in materia di diritti umani e cooperazione allo sviluppo in sede internazionale, membro dell'*Open Ended Working Group on Ageing* (OEWG), a difesa della dignità e dei diritti delle persone anziane. È coinvolto il *Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali* (MLPS), in quanto interessato al problema dell'invecchiamento demografico, evidente se si guarda alla funzione di coordinamento che svolge nell'ambito degli interventi e dei servizi sociali, e riscontrabile anche nell'attività del *Tavolo Interistituzionale sull'Apprendimento*. Ancora, il *Ministero dell'Economia e delle Finanze* (MEF), centrale nella gestione della spesa pubblica, nonché il *Ministero dello Sviluppo Economico* (MISE). Anche l'attività del *Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste* (MASAF), soprattutto a partire dalla costituzione dell'osservatorio nazionale dell'agricoltura sociale. Infine, il *Dipartimento per le Politiche Giovanili e il Servizio Civile Universale*, avente quale destinataria degli interventi la popolazione più giovane, i quali potrebbero favorire un possibile ritorno in termini di invecchiamento attivo, in quanto promuove azioni volte a favorire lo scambio intergenerazionale tra giovani anziani, ed inoltre, assistenza alla terza età; educazione; promozione culturale e dello sport attraverso attività di animazione

culturale con anziani, sono alcuni degli ambiti di azione del Servizio Civile Universale (Lucantoni e Principi, 2023).

Tuttavia, nonostante il tema è, come descritto di interesse di diversi Ministeri, è possibile affermare il primario affidamento, sul piano della prevenzione lungo il corso di vita, al *Ministero della Salute*, che dispone, in questo senso, di due strumenti di *policy*: il Programma Nazionale “*Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari*” per il quale, nel 2019, sono state approvate alcune Linee di indirizzo per il contrasto alla sedentarietà sul luogo di lavoro; e il “*Piano Nazionale della Prevenzione*” (PNP), di durata quinquennale, dal 2020 al 2025, che in ottemperanza al modello *Workplace Health Promotion (WHP)*, proposto dall’OMS, implementa in Italia in Programma “*Luoghi di lavoro che promuovono salute*” (INAPP e MLPS, 2021).

È attivo, inoltre, già dal 2012, il sistema di sorveglianza *Passi d’Argento*, come sezione del più ampio sistema “*Passi*”, attivo dal 2007 e dedicato alla sorveglianza della popolazione da 18 a 69 anni. “*Passi*” e “*Passi d’Argento*”, dedicato quest’ultimo alla popolazione di oltre 64 anni, raccoglie dati e monitora la condizione di salute e di malattia della popolazione, con un dettaglio di informazione a livello regionale.<sup>34</sup>

La valutazione della condizione dell’Italia oggi, rispetto all’invecchiamento attivo, e oltre, non può esimersi, tra l’altro, dagli esiti della pandemia da Covid-19. È attraverso il *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza* (PNRR), approvato il 13 luglio 2021, finanziato dalla *Recovery and Resilience Facility* (RRF) dell’Unione Europea, inserita entro il più ampio quadro del programma *Next Generation EU* (NGEU), che si perseguono gli obiettivi volti alla realizzazione della transizione ecologica e digitale, operando contestualmente in favore dell’attenuazione del divario occupazionale esistente tra Nord e Sud del Paese, tra giovani e meno giovani, tra uomini e donne. Il Piano fa riferimento anche agli anziani, ma non vi è alcun riferimento all’invecchiamento attivo. Le misure immaginate e perseguite dalla Missione 5C2 “*Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore*”, e dalla Missione Salute 6C1 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*”; prendono in considerazione gli anziani non autosufficienti, in relazione alle questioni sanitarie connesse all’invecchiamento della

---

<sup>34</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

popolazione, al ruolo del servizio sociale e delle funzioni di cura, con l'ottica di riforma, sì, ma con lo sguardo alla non autosufficienza, sebbene mirano ad un grande investimento in infrastrutture innovative.(INAPP e MLPS, 2021; Lucantoni e Principi, 2020; Lucantoni e Principi, 2023).

Nonostante ciò, tuttavia, è attualmente in atto un tentativo di riforma, ricompreso entro la legge 23 marzo 2023 n. 33 “*Deleghe al governo in materia di politica in favore delle persone anziane*”, in attuazione delle norme della *legge di bilancio 2022*, nonché del PNRR. In ottemperanza a quest'ultimo è volta perlopiù alla non autosufficienza, ma presenta anche, all'art 2 comma 3, la proposta del “*Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana*” insieme al “*Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana*”, in sostituzione del “*Piano per la non autosufficienza*”, e più mirato riferimento all'invecchiamento attivo all'art. 3 “*Delega al Governo in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità*”.<sup>35</sup> A partire da questa Legge, l'emanazione dei decreti attuativi potrebbe rappresentare il primo concreto tentativo per l'inquadramento e la regolamentazione dell'invecchiamento attivo a livello nazionale (Lucantoni e Principi, 2023).

### **III.2 L'invecchiamento attivo nella Legge Delega 33/2023**

Prima ancora del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), e relativi e obiettivi, la legge delega 33/2023 è stata l'esito di un *iter* iniziato decenni prima, la cui prima proposta risale al 1997, la Commissione Onofri del governo Prodi. Nei 26 anni che intercorsi tra il 1997 e il 2023 varie proposte di riforma sull'assistenza agli anziani non autosufficienti, non hanno avuto esito (Gori, 2023).

L'impulso è di certo scaturito dall'impatto da COVID-19, e degli effetti della pandemia a danno della popolazione anziana (Falasca, 2023).

Anche la prima versione del PNRR non includeva tale riforma, inserita poi nel nuovo governo Draghi ad aprile 2021, su iniziativa del *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non*

---

<sup>35</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023;33>

*Autosufficienza*, che ha consentito l'approvazione del Disegno di Legge Delega nell'ottobre 2022 e successivamente approvato dal governo Meloni nel gennaio 2023 e approvata dal Parlamento il 21 marzo 2023 (Gori, 2023), entrata in vigore il 31 marzo 2023<sup>36</sup>. Gli obiettivi perseguiti dalla riforma, in linea con l'esigenza di rivedere le necessità di welfare, hanno a che fare con la governance, ovvero la costruzione di un sistema unitario di gestione; con la definizione di modelli in intervento e con opportune ricalibrature dell'offerta dei servizi, con ricaduta sul piano finanziario.

Se attualmente, per i soggetti anziani, il sistema di welfare segue tre principali linee, quella sanitaria; quella sociale e quella pensionistica, l'introduzione di un *Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana Non Autosufficiente* (SNAA) previsto dalla Delega, consentirebbe l'integrazione dei tre sistemi, con un sistema che lascia le attuali responsabilità alle istituzioni pubbliche e ai livelli amministrativi preposti, ma che prevederebbe una Valutazione multidimensionale unificata (Vamu), di cui è responsabile lo Stato: uno strumento standardizzato e informatizzato per la valutazione ai fini dell'accesso all'indennità di accompagnamento, prevista dalla legge n. 104/1992, o ad altri servizi erogabili dallo stato, mentre le regioni e i comuni continueranno ad utilizzare le Unità di Valutazione Multidimensionale (Uvm), per la definizione del Progetto Assistenziale Integrato (Pai).

La novità principale è rappresentata dall'introduzione di misure specifiche per la non autosufficienza dell'anziano, fino adesso ricompresa nella non autosufficienza, per la quale si attua il servizio dell'assistenza domiciliare integrata (Adi), di titolarità delle ASL, e pertanto un servizio di tipo sanitario domiciliare, con una copertura oraria attualmente adatta alla condizione di anziano non autosufficiente: condizione di durata pluriennale, e richiedente interventi integrati multiprofessionali (Gori, 2023).

Nel più ampio quadro della legge per la non autosufficienza dell'anziano, si colloca l'inedita considerazione dell'invecchiamento attivo, con elementi espliciti introdotti solo dopo una seconda revisione della prima bozza di Legge Delega, di cui al Capo II "*Deleghe al Governo in materia di politiche per l'invecchiamento attivo, la promozione*

---

<sup>36</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sg>

*dell'autonomia, la prevenzione della fragilità, l'assistenza e la cura delle persone anziane anche non autosufficienti”<sup>37</sup>.*

L'Art. 3 della legge di riforma “*Delega al Governo in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione della fragilità*”, al c.1 “*Il governo è delegato ad adottare [...] uno o più decreti legislativi finalizzati a definire la persona anziana e a promuoverne la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità, anche con riferimento alla condizione di disabilità*”. Al c.2 “*il Governo si attiene ai seguenti ulteriori principi e criteri direttivi a) con riguardo agli interventi per l'invecchiamento attivo e la promozione dell'autonomia delle persone anziane: 1) promozione della salute e della cultura della prevenzione lungo tutto il corso della vita attraverso apposite campagne informative e iniziative da svolgere in ambito scolastico e nei luoghi di lavoro; 2) promozione di programmi e di percorsi integrati volti a contrastare l'isolamento, la marginalizzazione, l'esclusione sociale e civile, la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane; 3) promozione di interventi di sanità preventiva presso il domicilio delle persone anziane, anche attraverso la rete delle farmacie territoriali in sinergia con gli erogatori dei servizi socio-sanitari, nei limiti delle compatibilità finanziarie di cui alla presente legge; 4) promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, nonché in attività di sorveglianza, tutoraggio e cura delle altre fasce di età, svolte nell'ambito dell'associazionismo e delle famiglie; 5) promozione di azioni volte a facilitare l'esercizio dell'autonomia e della mobilità nei contesti urbani ed extraurbani, anche mediante il superamento degli ostacoli che impediscono l'esercizio fisico, la fruizione degli spazi verdi e le occasioni di socializzazione e di incontro promozione di azioni di alfabetizzazione informatica e pratiche abilitanti all'uso di nuove tecnologie idonee a favorire la conoscenza e la partecipazione civile e sociale delle persone anziane; 8) al fine di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e mantenere una buona qualità di vita, individuazione, promozione e attuazione di percorsi e di iniziative per il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive, lavorative e sociali, mediante l'attività sportiva e la relazione con animali di affezione; 9) promozione di programmi e percorsi volti a favorire il turismo del benessere e il turismo lento come attività che agevolano la*

---

<sup>37</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sg>.

*ricerca di tranquillità fisiologica e mentale per il raggiungimento e il mantenimento di uno stato di benessere psico-fisico, mentale e sociale, come obiettivo ulteriore rispetto a quello della cura delle malattie ovvero delle infermità*<sup>38</sup>.

Altresì, altri articoli, artt. 2 e 4, fanno riferimento al concetto di invecchiamento attivo, sebbene in modo secondario, rispetto alla *ratio* dell'articolo: l'art. 2 *“Oggetto, principi e criteri direttivi generali di delega e istituzione del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana”*, i cui commi 1 e 2 sono tacitamente connessi all'invecchiamento attivo, in quanto : *“ La presente legge reca disposizioni di delega al Governo per la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza delle persone anziane”*, altresì, *“ il Governo si attiene ai seguenti principi e criteri direttivi generali: a) promozione del valore umano, psicologico, sociale, culturale ed economico di ogni fase della vita delle persone [...] b) promozione e valorizzazione delle attività di partecipazione e di solidarietà svolte dalle persone anziane nelle attività culturali, nell'associazionismo e nelle famiglie, per la promozione della solidarietà e della coesione tra le generazioni, anche con il supporto del servizio civile universale, c) 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; g) promozione dell'attività fisica sportiva nella popolazione anziana, mediante azioni adeguate a garantire un invecchiamento sano”*<sup>39</sup>.

Riferimento esplicito è invece costituito dalla proposta di introduzione del CIPA (Comitato Interministeriale per le politiche in favore della Popolazione Anziana) il quale, secondo quanto definito nel comma 3: *“adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa in sede di Conferenza unificata [...] sentite le parti sociali e le associazioni di settore nonché le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, il «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana» d) monitora l'attuazione del Piano*

---

<sup>38</sup> Ibidem.

<sup>39</sup> Ibidem.

*nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana*"<sup>40</sup>.

La declinazione operativa della Delega prevedeva la stesura dei Decreti Legislativi attuativi della stessa, entro il marzo 2024, ove fossero esplicitate le decisioni sull'impiego dei fondi, e sui modi di applicazione a tutti i livelli istituzionali, nonché alla costituzione del CIPA, e la definizione LEA (Livelli essenziali di assistenza) e dei LEPs (Livelli essenziali di Prestazioni), e alla stessa definizione di "anziano".

Tramite il Decreto Legislativo 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>41</sup>, in vigore dal 19 marzo 2024, viene data definizione, al c.2 dell'art. 2, di "*persona anziana*"; "*persona grande anziana*"; "*persona anziana non autosufficiente*", definendole, rispettivamente come: "*la persona che ha compiuto 65 anni*"; "*la persona che ha compiuto 80 anni*"; "*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*"<sup>42</sup>.

Indica, altresì, le funzioni del CIPA all'art. 3, avente la funzione di indicare i criteri generali per l'applicazione del "*Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana*", nonché "*i criteri generali per l'elaborazione dei progetti di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo, degli interventi di prevenzione della fragilità e dell'esclusione sociale e civile, nonché dei servizi di carattere sociale, sanitario o sociosanitario, da attuare a livello regionale e locale*"<sup>43</sup>.

Il capo II, "*Misure per la prevenzione della fragilità e per la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane*", dall'art 4 all'art. 10, insiste su un approccio di prevenzione della salute lungo tutto il corso della vita, con appositi Piani d'azione a

---

<sup>40</sup> Ibidem.

<sup>41</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024;029>

<sup>42</sup> Ibidem.

<sup>43</sup> ibidem

livello regionale (art.4.4), con attenzione specifica anche alla promozione della salute e dell'invecchiamento attivo anche nei luoghi di lavoro (art.5), considerando l'impegno sociale e il volontariato come strumenti per la promozione della salute (art.6.). Aspetti di mobilità (art.7); turismo lento (art.8). Considerare questi ultimi tre aspetti costitutivi della promozione alla salute acquista già di per sé significato. Su aspetti strumentali, l'art.9 regola l'espletamento di interventi di telemedicina e medicina preventiva. Il capo III *“Misure volte a contrastare l'isolamento e la deprivazione relazionale e affettiva delle persone anziane, nonché a promuovere il mantenimento delle capacità fisiche, intellettive e sociali”*, sposta l'attenzione sugli aspetti relazionali, e contempla attività intergenerazionali, interessando anche le istituzioni scolastiche e universitarie, nonché la previsione che strumenti didattici quali il PTOF<sup>44</sup>, possano essere utilizzati per promuovere l'invecchiamento attivo (art. 11); l'art. 12, pur riguardando *“Misure per la promozione dell'attività fisica e sportiva nella popolazione anziana”*, contempla *“programmi di attività sportiva organizzata come strumento di miglioramento del benessere psico-fisico, di promozione della socialità e di integrazione intergenerazionale tra giovani e anziani”*, e ancora, l'art. 14 prevede l'utilizzo del servizio civile universale, e i progetti ad esso connessi, come strumenti per *“promuovere la solidarietà e la coesione tra le generazioni”*.

Il Capo IV: *“Coabitazione solidale domiciliare (senior cohousing) e coabitazione intergenerazionale (cohousing intergenerazionale)”*, concerne aspetti inerenti all'abitazione e la coabitazione, riguardando anche la rigenerazione urbana. Sono definite dalla norma le linee guida del senior cohousing così come del cohousing intergenerazionale, nonché prescrizioni e criteri per la realizzazione di progetti di cohousing che si sviluppino tramite interventi di rigenerazione urbana, regola altresì alcuni progetti pilota già avviati in attuazione della Missione 5 del PNRR, Inclusione e coesione; Componente 2, Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore.

Il Capo V: *“Misure in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale”* prevede due articoli (artt. 19 e 20). E assume il divario digitale, generazionale, come un ostacolo al pieno accesso, da parte delle persone anziane, *“ai servizi e alle informazioni attraverso l'uso delle tecnologie”* (art.20). La norma prevede ancora una volta la

---

<sup>44</sup> Il PTOF è il Piano Triennale dell'Offerta Formativa, introdotto con la Legge 107 del 13 luglio 2015.

possibilità di fare ricorso ai PTOF e alle iniziative delle istituzioni scolastiche. Il capo V conclude il Titolo I della norma, dedicato ai *“Principi generali e misure a sostegno della popolazione anziana”*.

Il Titolo II *“Disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti”*, riguarda perlopiù il riordino delle norme che classicamente hanno riguardato i servizi sociosanitari dedicati all’anziano.

Al Capo I, *“Riordino, semplificazione e coordinamento delle attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti e valutazione multidimensionale unificata”*, con l’introdotta novità del CIPA, con la funzione di programmazione nell’ambito dell’invecchiamento attivo, dell’inclusione e del monitoraggio dell’intero sistema dei servizi dedicati all’anziano. Il riordino riguarda altresì i LEPS, e relativi sistemi di monitoraggio; la definizione delle funzioni degli organismi e degli ambiti territoriali; nonché i servizi residenziali o semiresidenziali, e le cure palliative.

Infine, il Capo II *“Disposizioni in materia di prestazione universale, agevolazioni contributive, fiscali e caregiver familiari”*, è dedicato agli aspetti di carattere finanziario, quali la prestazione universale, di cui all’art.34, stabilita in forma sperimentale, a partire dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2026, erogata dall’INPS a beneficio della persona di età anagrafica uguale o superiore a 80 anni; con un livello di bisogno assistenziale gravissimo; e un basso valore ISEE, non superiore a euro 6.000; nonché titolare dell’indennità di accompagnamento<sup>45</sup>(art. 35). Gli artt.38 e 39 sono, invece, dedicati a chi presta cura agli anziani non autosufficienti. L’art.38 stabilisce gli standard formativi del personale dedicato alla suddetta funzione, puntando ad una *“riqualificazione del lavoro di cura”* (art. 38.2), e *“Al fine di potenziare e riqualificare l’offerta professionale dei servizi di assistenza familiare”* è rimandato alle regioni la possibilità di offrire percorsi formativi per l’acquisizione della qualificazione di assistente familiare. Art. 39, *“Caregiver familiari”*, *“al fine di sostenere il progressivo miglioramento delle condizioni di vita dei caregiver”* (art. 39 comma1), prevede le modalità attraverso le quali può avvenire il dialogo tra il caregiver e i servizi sociosanitari; altresì prevede la possibilità di

---

<sup>45</sup> di cui all'[articolo 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18](#).

riconoscere la prestazione in via formale, al fine, ovvero, di ottenere la qualifica di operatore sociosanitario.

Per concludere, un'analisi dei punti del programma del D.Lgs. n 29/2024 (Dipartimento per il programma di Governo, 2024), suddividendo i punti proposti in quattro distinti ambiti (*politiche sociali; salute; pubblica amministrazione; mercato del lavoro* ) mostra una netta predominanza dei punti che sottendono interventi di politiche sociali (il 79,63%), e i restanti punti, di cui la percentuale residua è complessivamente del 20,37 %

Il Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29 rappresenta, di certo, nel suo assetto formale, una assoluta novità in ambito di invecchiamento e di invecchiamento attivo. Tuttavia, non è ancora possibile stabilire come e quanto esso verrà concretamente applicato, e i suoi effetti a breve e lungo termine sulle dinamiche dell'invecchiamento attivo.

Risulta essere imprescindibile osservare l'attività delle singole regioni in merito all'invecchiamento attivo, in quanto lo sviluppo del tema ha seguito un andamento differenziato e frammentato.

A livello regionale e locale e nel Terzo Settore, si riscontra una maggiore vivacità nella promozione dell'invecchiamento attivo che in ambito nazionale, in cui il tema è di recentissima implementazione. Attualmente, 13 regioni e provincie autonome italiane sono dotate di una legge in vigore sulla promozione dell'invecchiamento attivo<sup>46</sup>. Tuttavia, anche se il quadro può essere considerato positivo nel suo complesso, si delinea un quadro in cui è generalmente carente il dialogo e l'interazione tra i diversi livelli e attori, ed è evidente una discrepanza non indifferente rispetto allo stato di attuazione nelle diverse Regioni, sintomo dell'assenza, fino a poco tempo fa, di una chiara volontà politica a livello nazionale, dalla quale è derivata anche una scarsa allocazione di risorse che hanno consentito alle Regioni e alle P.A. di procedere con sofferenza (Barbarella *et al.* 2020; Lucantoni e Principi, 2023; Varricchio, 2023).

---

<sup>46</sup> Informazione aggiornata agli ultimi report regionali, 2025, *Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*.

### III.3 Le politiche per l'invecchiamento attivo messe in campo nelle Regioni

A seguire, la presentazione dello stato dell'arte sulle politiche introdotte dalle singole regioni italiane, è frutto della consultazione dei singoli report regionali redatti in ottemperanza del progetto di *Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*, altresì, da alcuni siti istituzionali delle regioni. In particolare, la stesura dello stato dell'arte è avvenuta consultando per ogni report regionale il paragrafo su *Politiche di invecchiamento attivo*, per i report del 2020; le *osservazioni conclusive* delle pubblicazioni del 2021, raccolte quali risultato di consultazione tra amministrazione, stakeholders e società civile, e la sezione sulle *Politiche di invecchiamento attivo* aggiornate al 2025, ai relativi report regionali.

La *tabella 1* mostra in un quadro di sintesi quali regioni e in che anno abbiano adottato una legge regionale sull'invecchiamento attivo. Questa sintesi è adatta a cogliere solo questo aspetto. Ogni realtà regionale, infatti, come si vedrà nella descrizione delle politiche delle singole regioni, può avere attuato interventi virtuosi per l'invecchiamento attivo, pur non possedendo una legge dedicata. Viceversa, regioni dotate di una legge trasversale riscontrano gravi ostacoli nell'applicazione della stessa.

Si vedrà, ad esempio, come la Regione Emilia-Romagna, pur non possedendo una legge regionale sull'invecchiamento attivo, si è mostrata all'avanguardia rispetto alle altre regioni e rappresenta un esempio virtuoso, tanto da essere tra i *Reference Site*<sup>47</sup> nell'ambito dell'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing –EIP-AHA*.

---

<sup>47</sup> I *Reference Sites* possono essere regioni, città, ospedali integrati o organizzazioni di assistenza, focalizzati ad un approccio basato sull'innovazione all'invecchiamento attivo e sano. Fungono da "ecosistemi ispiratori", che offrono soluzioni creative e praticabili che migliorano la vita e la salute delle persone anziane e della comunità intera (<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>).

Tab.1- Anno di implementazione di una Legge Regionale sull'invecchiamento attivo

<i>Anno di implementazione</i>	
<i>Liguria</i>	2009
<i>Umbria</i>	2012
<i>Friuli-Venezia Giulia</i>	2014
<i>Abruzzo</i>	2016
<i>Veneto</i>	2017
<i>Basilicata</i>	2017
<i>Calabria</i>	2018
<i>Campania</i>	2018
<i>Piemonte</i>	2019
<i>Marche</i>	2019
<i>Puglia</i>	2019
<i>Lazio</i>	2021
<i>P.A Bolzano</i>	2022
<i>Valle d'Aosta</i>	-
<i>Lombardia</i>	-
<i>Toscana</i>	-
<i>P.A. Trento</i>	-
<i>Sardegna</i>	-
<i>Emilia-Romagna</i>	-
<i>Molise</i>	-
<i>Sicilia</i>	-

Fonte: elaborazione dell'autrice.

Questo è stato possibile grazie a un'attenzione mirata già a partire dal 2004 con il *Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana (PAR)*, che di fatto funge da strumento quadro agli albori del tema dell'invecchiamento attivo, e una sensibilità verso il ruolo dei

caregiver familiari, ai quali ha riconosciuto la centralità di ruolo attraverso norme e interventi.

Anche la Provincia Autonoma di Bolzano, nonostante sia approdata a una legge sull'invecchiamento attivo nel 2022, risulta essere attenta e all'avanguardia sul tema, così come la sorella sudtirolese, Provincia Autonoma di Trento, che non possiede attualmente una legge esplicitamente rivolta all'invecchiamento attivo, ma è esempio considerato virtuoso anche a livello europeo, anch'essa *Reference Site*, così come la Regione Toscana, anch'essa dal 2016 *Reference Site* e non in possesso di una legge trasversale.

Al contrario, altre regioni possiedono una legge sull'invecchiamento attivo ma faticano a portare avanti politiche coerenti, spesso a causa di scarsi finanziamenti o di una macchina organizzativa non ancora del tutto messa a punto. Il caso emblematico di questa condizione è la Regione Liguria, prima in Italia a dotarsi di una legge trasversale sull'invecchiamento attivo, assai precocemente rispetto alle altre regioni, nel 2009, ma in difficoltà rispetto all'applicazione della stessa. Possono essere considerati affini il caso, del Piemonte, della Lombardia, della Calabria.

Altre regioni, come la Valle d'Aosta, il Molise, la Sicilia e la Sardegna mostrano di aver avuto intuizioni precoci, alcune già a partire dagli anni '80 o '90, ma non hanno avuto uno sviluppo lineare e in certi casi non hanno avuto accesso a finanziamenti adeguati.

Altre realtà, invece, come l'Umbria, il Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo possiedono una legge regionale e sembrano attuare quanto previsto e funzionare in modo lineare.

Su altre regioni, come le Marche, Lazio, la Campania, la Puglia, la Basilicata è possibile intuire che abbiano recentemente subito una spinta, talvolta adottando anche delle leggi regionali, ma risulta precoce stabilirne la qualità dell'implementazione, o, altrimenti possiedono una legge regionale ma continuano a funzionare, principalmente, attraverso altre azioni.

A seguire, il dettaglio delle regioni, offre una panoramica utile a comprendere i principali sviluppi e orientamenti di ogni realtà, in merito a quanto esplicitamente sotto l'etichetta di invecchiamento attivo. Nel dover scegliere un ordine per la presentazione delle 20

Regioni, ci si è avvalsi dell'ordine proposto da ISTAT, nell'attribuzione dei relativi codici, che vanno da 01, per il Piemonte, a 20 per la Sardegna.

### **III.3.1 Piemonte**

La Regione Piemonte possiede una legge sull'invecchiamento attivo dal 2019, *Legge regionale n. 17 del 09 aprile 2019 Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo*, la cui introduzione mira a valorizzare il ruolo dell'anziano, promuovendone la partecipazione sociale, civile, economica e culturale, attraverso azioni volte anche al mantenimento della salute psico-fisica, e scoraggiando fenomeni di discriminazione ed esclusione basati sull'età.

La legge, tuttavia, non ha da subito visto avviato un piano di attuazione. Dopo la sua emanazione è seguito un periodo di stallo dovuto a una frammentata volontà di rivedere alcuni punti della stessa legge, e altresì, dall'esiguità di risorse finanziarie a disposizione. Una svolta in positivo è avvenuta nel 2022, anno in cui, con la Deliberazione n. 8-4810 del 25 marzo 2022, sono state definite le modalità di funzionamento e organizzazione per l'attuazione della suddetta legge e, con la stessa, è iniziato il percorso di approvazione del *Piano Regionale sull'Invecchiamento Attivo 2022-2025*, attraverso il quale sono stati stanziati fondi utili alla progettazione per enti sia pubblici che privati (Intraligi, 2025d).

Nel 2023, con la Delibera del Consiglio Regionale n. 261-1401 del 24/01/2023, ha, di fatto, adottato, il *Piano per l'invecchiamento attivo* di durata triennale, con valore di indirizzo e con rimando all'attuazione dei Settori regionali di competenza, ponendosi non come strumento di programmazione, quanto di integrazione tra le politiche messe in atto (Regione Piemonte, 2023).

Un nuovo Avviso è stato poi emanato nel 2024, con lo stanziamento di ulteriori fondi, che hanno consentito, insieme alle azioni precedenti che la Regione riprendesse energia nell'attuazione della Legge Regionale (Intraligi, 2025d).

Prima della legge 17/2019: la legge 1/2004, *Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento* promuoveva all'art. 13 azioni volte alla partecipazione civica, come il servizio civico volontario, che prevedeva, formalmente, la fruizione di attività culturali o

ricreative in cambio del servizio prestato in forma di volontariato, ma che, nei fatti, si tradusse nell'utilizzo dei fondi da parte dei Comuni per sostenere servizi già esistenti, fino al 2009, anno in cui si conclusero i finanziamenti a causa della crisi economica.

Ancora, la legge regionale n. 11/2018 *Disposizioni coordinate in materia di cultura*, ha interessato gli anziani in quanto, con la finalità di promuovere la pratica della lettura, operava anche nei contesti residenziali per anziani, o interessava l'Università della Terza Età (Cela, 2020c).

Per concludere, la Regione Piemonte possiede un buon assetto formale, essendo già dotata di una legge sull'invecchiamento attivo, ma gli interventi previsti dalle norme non hanno sempre trovato attuazione a causa degli scarsi finanziamenti (Zannella, 2021c).

### **III.3.2 Valle D'Aosta**

La Regione Valle D'Aosta non possiede attualmente una legge trasversale e organica in materia di invecchiamento attivo. Tuttavia, un primo movimento in favore dell'invecchiamento attivo è rappresentato dalla Legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 *Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili*, che ha istituito le Università della terza età e possiede al suo interno articoli volti all'invecchiamento attivo: un'attenzione al tema che può dirsi precoce, vista l'approvazione della legge agli inizi degli anni '80, ma che non ha avuto poi riscontro nell'approvazione di una nuova legge organica e trasversale, rendendo il tentativo del 1982 l'unico e l'ultimo concretamente portato a conclusione, precoce come primo sforzo ma non completamente in linea .

Con la Legge regionale 4 maggio 1984, n. 15, *Concessione di un contributo annuo per il funzionamento della Cooperativa Culturale Regionale "Università Valdostana della Terza Età"*, l'istituzione delle Università della terza età, ha fatto sì che la presenza fitta di poli universitari, anche in località minori, con circa 2000 abitanti, diventasse pretesto per l'invecchiamento attivo, promuovendo, di ritorno, una cultura volta allo stesso (Di Matteo, 2020e).

Affinché l'invecchiamento attivo possa promuoversi nella Regione Valle D'Aosta, è necessario che la Regione si doti di un migliore coordinamento tramite norme e strumenti

operativi, nonché la costruzione di una rete di stakeholders (Lucantoni, 2021e), e sembra un momento simbolicamente rilevante, l'insediamento del *Tavolo interistituzionale per l'invecchiamento attivo*, costituito da rappresentanti amministrativi regionali e della società civile, avvenuto 26 gennaio 2024 (Lucantoni, 2025d).

### III.3.3 Lombardia

La Regione Lombardia non possiede, attualmente, una legge trasversale in materia di invecchiamento attivo, e non possiede strumenti di coordinamento assimilabili ai tavoli regionali permanenti per l'invecchiamento attivo, presenti in altre regioni.

Nonostante ciò, ha comunque perseguito la promozione dell'invecchiamento attivo, tramite politiche inserite entro il POR, *Programma Operativo Regionale*: in merito alla salute, in ottica preventiva e a promozione del benessere, e, nello specifico, attraverso un Piano a vigenza quadriennale<sup>48</sup>: *il Piano Regionale di Prevenzione (PRP)*, nonché attraverso politiche per l'agricoltura sociale, aventi lo scopo di promuovere l'inclusione sociale e la salubrità degli stili di vita, di cui: la Legge Regionale 1 luglio 2015, n. 18 *Gli orti di Lombardia. Disposizioni in materia di orti didattici, sociali periurbani, urbani e collettivi*; nonché la Legge Regionale 12 dicembre 2017, n. 35 *Disposizioni in materia di agricoltura sociale*, in riferimento anche all'art. 159 della Legge Regionale 5 dicembre 2008, n. 31 *Testo unico delle leggi regionali in materia di agricoltura, foreste, pesca e sviluppo rurale*. In particolare, le fattorie sociali (L.R. 35/2017), non esclusivamente rivolte agli anziani, ma a diverse fasce di popolazione, dai bambini a soggetti a rischio devianza, disoccupati, soggetti in difficoltà economica, aventi come elemento di connessione il rischio di esclusione. Gli orti sociali, ad esempio, di cui alla L.R. 18/2015, orti urbani da coltivare assegnati ai soggetti anziani o altri cittadini, tengono conto dell'*Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)*. Le prestazioni dell'agricoltura sociale, in questi casi, sono volte sia ad attività formative, che a soluzioni in forma di *housing sociale*.

Focalizzato, invece, sulla promozione della salute; sul contrasto alla sedentarietà, al fine di evitare la non autosufficienza è il prima menzionato PRP: uno strumento di indirizzo

---

<sup>48</sup> in linea con il Piano Nazionale di Prevenzione.

intersettoriale per le Agenzie di Tutela della Salute<sup>49</sup>, le quali programmano, in attuazione dello stesso, il *Piano Integrato Locale Annuale degli interventi di Promozione della Salute*. Quest'ultimo è volto alla salute in senso ampio, anche al volontariato; ad attività di formazione; attività sportive; ricreative nonché di rigenerazione urbana.

Nonostante nella Regione Lombardia non sia stato istituito un Tavolo permanente, il sistema di politiche, che si sviluppa attraverso le *Agenzie di Tutela della Salute*, vuole che vi sia un'interazione tra il livello regionale e locale, nonché con gli altri stakeholders (Cela, 2020a).

Complessivamente, la Regione Lombardia presenta alcuni aspetti positivi, come, ad esempio lo sforzo di adottare una visione del corso di vita, per la prevenzione nel settore della salute, includendo nei suoi programmi la popolazione di 45 anni e oltre, ma resta ancora carente, nello sviluppo di un Tavolo regionale, che possa coinvolgere, la società civile. Inoltre, è di grande salienza il tema dei *caregivers*, a fronte di una necessaria rivisitazione dei servizi domiciliari (Zannella, 2021b).

Nel triennio 2022-2024, la Lombardia ha attuato alcune delibere: la DGR n. 2168 del 15/4/2024, con la quale si finanzia l'attuazione di *Piani d'Azione Territoriali*, affidate alle *Agenzie di Tutela della Salute* (ATS); la DGR n. 2308 del 13/5/2024 con la quale si finanziano progetti di cohousing con il coinvolgimento delle Università lombarde e con il Terzo Settore, e la DGR n. 3509 del 2/12/2024 in merito agli orti riabilitativo-terapeutici, che insiste ancora sui temi consolidati dell'agricoltura sociale (Intraligi, 2025c).

### **III.3.4 Trentino-Alto Adige**

Il Trentino-Alto Adige ha seguito percorsi differenziati nelle due province autonome di Bolzano e Trento nella promozione delle leggi e delle politiche sull'invecchiamento attivo, che verranno di seguito distintamente esposti.

La Provincia autonoma di Bolzano è tra le realtà italiane a possedere una legge trasversale sull'invecchiamento attivo. Prima di questa, la provincia prendeva in considerazione

---

<sup>49</sup> il corrispettivo delle ASL nelle altre regioni.

l'invecchiamento attivo in altre leggi e nelle politiche messe in atto, tramite le delibere della Giunta Provinciale.

In merito alle leggi, la L.P. 13/1991 *Riordino dei servizi sociali in Provincia di Bolzano* e la L.P. 8/2013 *Sviluppo e sostegno della famiglia in Alto Adige*, esse promuovono, in specifici articoli, attività sociali per anziani, rispettivamente all'art. 20 bis, comma 1, lettera c della prima; e degli artt. 6 e 7 della seconda.

In merito alle politiche, varie delibere della Giunta Provinciale, a partire dal 2000, con il *Decreto del Presidente della Giunta provinciale 11 agosto 2000 Regolamento relativo agli interventi di assistenza economica sociale ed al pagamento delle tariffe nei servizi sociali*, che regola il funzionamento e i costi dei servizi residenziali per anziani. Esempio applicativo tale decreto è il D.G.P. 760/2016 *Sistema tariffario e condizioni di utilizzo dei servizi di trasporto pubblico di persone in Alto Adige*, che istituiva l'*Alto Adige Pass 65+*, un pass nominativo per i residenti over 65, atto a facilitare l'utilizzo di tutti i mezzi pubblici da parte delle persone anziane, che, suddivise per fasce d'età, hanno così la possibilità di accedere ai servizi a prezzi via via più bassi, in relazione alla fascia di età<sup>50</sup>.

Successivamente, la D.G.P. 531/2018 *Criteri per la concessione di contributi per l'attività per la formazione per la famiglia ai sensi della LP n. 8/2013*, che oltre agli interventi meramente assistenziali, finanziava circoli autogestiti da anziani.

Ancora, la D.G.P. 332/2018 *Criteri per la concessione di contributi ad enti pubblici e privati attivi in ambito sociale* promuoveva, attraverso finanziamenti, spazi di incontro adatti alle famiglie e al mantenimento dei rapporti tra diverse generazioni, coinvolgendo anche gli anziani in attività ludiche e educative con i bambini (Barbarella, 2020d).

Nel rapporto di monitoraggio del 2021, in merito al *Progetto di coordinamento nazionale multilivello*, risultava tra le prospettive imminenti e future la finalizzazione della legge provinciale sull'invecchiamento attivo (Barbarella, 2021d), concretizzatasi poi pochi mesi dopo. La Provincia Autonoma di Bolzano ha, infatti, approvato la Legge provinciale 6 ottobre 2022, n. 12: *Promozione e sostegno dell'invecchiamento attivo in Alto Adige*, avente come obiettivo il miglioramento della qualità della vita degli anziani attraverso la

---

<sup>50</sup> Si pensi che la tariffa per l'abbonamento annuale è di 20 euro per gli over 75 (Barbarella, 2020d).

promozione dell'autonomia e della vita indipendente, con un'azione mirata anche alla sensibilizzazione della società entro cui questi anziani vivono.

La legge introduce alcuni strumenti operativi quali: la *Consulta provinciale per le persone anziane* e le *Consulte per le persone anziane a livello comunale*<sup>51</sup>. La Consulta gode di un proprio regolamento, ed è composta da rappresentanti delle amministrazioni comunali, dai Servizi sociali, dalla Consulta per il sociale, dalle Consulte degli anziani dei singoli comuni e provincie, dalle organizzazioni sindacali e dei pensionati, e dai rappresentanti del terzo settore, ed è presieduta dall'Assessora a Coesione sociale, Famiglia, Anziani, Cooperative e Volontariato. Nel gennaio 2025 la consulta sta già lavorando al programma triennale 2026-2028. Ulteriore e significativo passo è stato quello di istituire un Garante della terza età (Barbarella, 2025d).

A differenza della sorella sudtirolese, la Provincia Autonoma di Trento non ha finora sviluppato una legge trasversale sull'invecchiamento attivo, ma si è largamente occupata del tema in altre leggi o nell'attuazione di alcune politiche, interessando diversi settori: dal volontariato alla formazione, alla prevenzione nell'ambito della salute, e alla promozione dell'attività fisica. L'esperienza della Provincia Autonoma di Trento può essere, comunque, considerata virtuosa, e, a testimonianza di ciò essa è, insieme ad altre realtà italiane, tra i *Reference Sites*.

In merito al volontariato, esso è normato tramite la Legge Provinciale 11/2008 *Istituzione del servizio di volontariato civile delle persone anziane, istituzione della consulta provinciale della terza età e altre iniziative a favore degli anziani*, stabilisce il tipo di attività e i principi per lo svolgimento delle stesse. In merito al tipo di attività, esse possono variare da attività da svolgersi in ausilio alla regolare fruizione dei luoghi pubblici, presso scuole, scuolabus, ad esempio, fino ad attività di natura ecologica, orticoltura e giardinaggio sociale. Altresì, può essere inerente all'assistenza ad altri, in attività di accompagnamento, compagnia o aiuto, nonché, attività volte alla stessa promozione del volontariato.

---

<sup>51</sup> <https://news.provincia.bz.it/it/news/la-legge-sull-invecchiamento-attivo-e-realta> [consultato il 16.10.2024]

L'organizzazione e il finanziamento delle attività è delegata agli enti locali, i quali possono anche erogare contributi economici agli stessi volontari o agli enti promotori delle attività.

La *consulta provinciale della terza età*, istituita con la stessa legge, è composta da quindici rappresentanti di vari organismi operanti sul territorio provinciale da non meno di un anno. Essa ha il compito di sintesi e di raccordo tra i vari attori coinvolti nelle suddette attività.

Con l'art.14 della L.P. 16/2010 *Tutela della salute in provincia di Trento*, la PA istituisce l'*Osservatorio per la Salute*<sup>52</sup>, che porta avanti le attività del già menzionato sistema di monitoraggio nazionale *Passi d'Argento*. L'art. 24, comma 2, della stessa LP 16/2010, istituisce un *Centro di Competenza sulla Sanità Digitale*<sup>53</sup>, attraverso il Programma *TrentinoSalute4.0*, gestito congiuntamente dalla Provincia Autonoma di Trento e dall'*Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari* (APSS), nonché *dalla Fondazione Bruno Kessler*, e compreso entro il *Piano per la Salute del Trentino 2015-2025*. L'attenzione alla salute e al benessere delle persone anziane è stata portata avanti anche nel *Piano di Sviluppo Provinciale 2018-2023*.

Continuando la narrazione in senso cronologico, in attuazione dell'art.48 della L.P. 25/2012 *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013-2015 della Provincia autonoma di Trento*, è stata costituita, nel 2013, la *Fondazione Franco Demarchi*<sup>54</sup>, una fondazione non-profit, che gioca un ruolo fondamentale per la formazione permanente degli anziani: nata dall'*Istituto Regionale di Studi e Ricerca Sociale* (IRSRS), membro istituzionale della stessa, insieme alla PA di Trento, alla *Federazione Trentina della Cooperazione*, nonché al Comune di Trento. La Fondazione porta avanti l'*Università della terza età e del tempo disponibile* (UTETD).

La Provincia di Trento si è occupata, inoltre, politiche mirate alla promozione delle attività sportive. In particolare, con la delibera della Giunta D.G.P. 1321/2019 *Modifica dei criteri approvati con deliberazione n. 111 del 27 gennaio 2017 attuativi della "Legge*

---

<sup>52</sup> <https://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Osservatorio-per-la-salute>

<sup>53</sup> <https://trentinosalutedigitale.com>

<sup>54</sup> [www.fdemarchi.it](http://www.fdemarchi.it)

*provinciale sullo sport 2016"* (l.p. n. 4/2016), che promuove l'attività sportive per gli anziani, concedendo anche dei costi agevolati.

La Provincia di Trento si è distinta anche in ambito Europeo: è, infatti, dal 2016 uno dei 12<sup>55</sup> *Reference Site* nell'ambito dell'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing –EIP-AHA*. È inoltre da annoverare il progetto Europeo *Alpine Space Transnational Governance of Active and Healthy Ageing*<sup>56</sup> (*ASTAHG*), del programma *Interreg Alpine Space 2014-2020*, che riunisce diversi siti europei aventi la priorità di trattare il tema dell'invecchiamento attivo nelle regioni montuose, con le questioni connesse all'invecchiamento nel vivere lo Spazio Alpino (Barbarella, 2020e).

Infine, in attuazione della L.P. 16 novembre 2017, n. 14, che riformava la L.P. 28 maggio 1998, n. 6 "*Interventi a favore degli anziani e delle persone non autosufficienti o con gravi disabilità*", la L.P. 27 luglio 2007, n. 13 "*Politiche sociali nella provincia di Trento*" e la L.P. 23 luglio 2010, n. 16 "*Tutela della salute in provincia di Trento*", con deliberazione n. 1719 del 23 settembre 2022, la Giunta provinciale ha approvato le linee guida per l'avvio di *Spazio Argento* su tutto il territorio provinciale. Un ufficio dedicato ai servizi integrati per il welfare degli anziani e per i caregivers: uno spazio unitario per il settore welfare anziani, attivo dal 1° gennaio 2023<sup>57</sup>.

Nonostante è possibile annoverare la Provincia di Trento tra le realtà virtuose in tema d'invecchiamento attivo, è stato indicato quale possibile ed ulteriore nodo di sviluppo il tema delle disuguaglianze e dell'esclusione, sia in merito alla questione di genere, che alla povertà.

Resta, inoltre, come obiettivo da perseguire, l'istituzione di una legge trasversale sull'invecchiamento attivo (Barbarella, 2021e), cui primo passo sembra essere rappresentato dalla nascita del *Tavolo di regia provinciale per l'age management e l'invecchiamento attivo*, nel 2019, che è stato recentemente formalizzato con la DGP 456/2024. Esso coinvolge diversi *stakeholder* quali sindacati, rappresentanti del mondo del terzo settore, Servizi Sociali e diversi Uffici provinciali (Barbarella, 2025e).

---

<sup>55</sup> <https://www.rscn.eu/aha-reference-sites/> [consultato il 25/10/2024].

<sup>56</sup> [www.alpine.space.eu/projects/astahg/en/home](http://www.alpine.space.eu/projects/astahg/en/home)

<sup>57</sup> <https://www.provincia.tn.it/Argomenti/Focus/Spazio-Argento>

### III.3.5 Veneto

La Regione Veneto, con la LR 23/2017, ha avviato con successo l'attuazione di iniziative e progetti locali, possibili grazie ad una pianificazione triennale operata da un Tavolo di lavoro permanente, con i relativi piani attuativi redatti annualmente (Barbarella *et al.* 2020; Lucantoni e Principi, 2023; Varricchio, 2023).

La già menzionata LR 23/2017, veniva posta in sostituzione della precedente LR 9/2010, che regolava il servizio civile degli anziani, volendone ampliare gli ambiti di azione e di interesse oltre il volontariato, trattando anche di lavoro, sport, cultura, turismo, salute, ambiente, contesti abitativi, sicurezza e formazione, con un approccio integrato, atto a favorire progetti ed interventi provenienti da enti sia pubblici che privati.

La LR è stata, infatti, il risultato di uno sviluppo sistematico del concetto di invecchiamento attivo, precedentemente regolato solo nell'ambito del volontariato operato da soggetti anziani, nonché il risultato della collaborazione tra la *Direzione per i Servizi Sociali dell'Area Sanità e Sociale*, la *Direzione per la Programmazione Sanitaria (Area Sanità e Sociale)* e la *Direzione per il Lavoro (Area Capitale Umano, Cultura e Programmazione Comunitaria)*, con istituzione di una Consulta Regionale sull'invecchiamento attivo.

Il sistema continua a funzionare e l'ultima Consulta Regionale è stata istituita nel 2024, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 725 del 26 giugno 2024, "*Nomina componenti della nuova Consulta regionale per l'invecchiamento attivo. Legge regionale 8 agosto 2017, n. 23 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo"*<sup>58</sup>.

La Consulta e la Giunta, insieme, redigono un *Piano triennale sull'Invecchiamento Attivo*, oggetto di successiva approvazione nel Consiglio Regionale. Il piano triennale viene poi attuato attraverso dei piani attuativi annuali, proposti attraverso il Tavolo permanente della Regione Veneto, coordinato dalla *Direzione per i Servizi Sociali*. I piani attuativi annuali sono poi condivisi con la Consulta e approvati dalla Giunta Regionale. Essi delineano le priorità di intervento, le risorse, e i requisiti per il finanziamento di progetti.

---

<sup>58</sup> <https://bur.regione.veneto.it/BurvServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=533207> [consultato il 25/08/2024].

La legge regionale sull'invecchiamento attivo del 2017 è stata poi accompagnata da un'ulteriore delibera della Giunta Regionale (DGR 1315/2019), esplicitamente rivolta ai lavoratori anziani, con la quale è stata approvata l'erogazione di finanziamenti tramite bandi volti a progetti atti a valorizzare l'esperienza personale e professionale, proponendo loro l'obiettivo di rimanere attivi il più a lungo possibile, fungendo da promotori dello sviluppo economico sociale e culturale, nell'ottica dal trasferimento delle competenze, dello sviluppo dell'aziende e del passaggio generazionale delle conoscenze e competenze. (Barbarella *et al.* 2020; Barbarella, 2020c; Barbarella, 2021c; Lucantoni e Principi 2023; Varricchio 2023).

I programmi attuativi della LR 23/2017 continuano oggi a sostenere le iniziative per l'invecchiamento attivo, ultima la DGR 1370/2024, con la quale sono stati stanziati i fondi per la sua attuazione (Barbarella, 2025c).

### **III.3.6 Friuli-Venezia Giulia**

Con la Legge regionale 14 novembre 2014, n. 22, *Promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche all'articolo 9 della legge regionale 15/2014 (in materia di protezione sociale)*, il Friuli-Venezia Giulia è tra le regioni ad aver approvato una legge trasversale all'invecchiamento attivo.

L'approvazione della legge ha iniziato un percorso verso l'affermazione dell'importanza dell'invecchiamento attivo per la società, che è poi continuato attraverso la modifica della stessa, tramite la Legge regionale 18/2020, *Contrasto della solitudine e promozione dell'Invecchiamento Attivo*<sup>59</sup>. L'attenzione al problema della solitudine mostra una sensibilità inedita verso i beneficiari degli interventi previsti ai sensi della legge del 2014: unanimemente gli attori del Tavolo riscontrano il forte impatto della solitudine, incidente sullo stato di fragilità, nella popolazione over 65: uno stato scarsamente dichiarato per sentito di imbarazzo o vergogna.

Attualmente, per mettere in pratica i suoi propositi, la regione si serve di Piani Annuali, inseriti in più ampi Programmi triennali. L'ultimo piano annuale, con delibera n.312 del

---

<sup>59</sup> <https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/it/aree-intervento/contrasto-solitudine/azioni-attivita/> [consultato il 25/10/2024].

29 febbraio 2024, attua anche i principi della neonata Legge 33/2023 “*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*”.

In passato la regione ha inglobato il tema dell’*invecchiamento attivo* nel più ampio quadro delle non autosufficienze sostenendo il ritardo dell’*istituzionalizzazione* attraverso azioni preventive, inerenti allo stile di vita, la salute e il contesto abitativo. Già prima del 2014 l’*invecchiamento attivo* veniva perseguito, in qualche modo, attraverso altre leggi: all’art. 45 della Legge regionale 31 marzo 2006, n. 6: *Sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale* si riconoscono i principi di autonomia e autodeterminazione, altresì, si promuove il volontariato, sebbene oggetto più specifico della successiva Legge regionale 09 novembre 2012, n. 23: *Disciplina organica sul volontariato e sulle associazioni di promozione sociale*.

Ancora, è da annoverare la Deliberazione della Giunta Regionale 1243/2015, *Piano di Prevenzione Regionale - Programma V: “Promozione dell’attività fisica”*; e la Deliberazione della Giunta regionale 26 ottobre 2017, n. 2089 *Linee guida per il perfezionamento delle sperimentazioni avviate ai sensi della DGR 671/2015 e per nuove sperimentazioni in materia di “abitare possibile” e “domiciliarità innovativa”* (Di Matteo, 2020c; Lucantoni, 2021b).

Contando sulla solidità della legge trasversale sull’*invecchiamento attivo*, la regione Friuli-Venezia Giulia si trova attualmente nella fase di implementazione del nuovo Piano triennale 2025-2027. Un altro passo in avanti è rappresentato dall’emanazione di una legge regionale per la tutela e la valorizzazione del ruolo del *caregiver familiare*, la LR 8/2023 “*Disposizioni per il riconoscimento, la valorizzazione e il sostegno dei caregiver familiari*” (Lucantoni, 2025b).

### **III.3.7 Liguria**

La Regione Liguria è stata la prima Regione ad adottare una legge sull’*invecchiamento attivo*, la Legge 48/2009 *Promozione e valorizzazione dell’invecchiamento attivo*, ma è una di quelle regioni che, pur possedendo tale assetto normativo, non godono di sistemi e finanziamenti congrui all’espletamento degli obiettivi posti dalle stesse leggi, o di strumenti di confronto sistematici.

La Liguria, prima in Italia a dotarsi di una legge trasversale sull'invecchiamento attivo, nata su iniziativa dell'assessorato Politiche Sociali, e avente come destinatari gli ultrasessantenni, a sostegno della valorizzazione della persona anziana per sé e per la società, il cui funzionamento dovrebbe passare attraverso una programmazione triennale, ricompresa entro il *Piano Sociale Integrato Regionale (PSIR)* e con previsione di coordinamento non soltanto con enti pubblici quali Enti Locali ed Enti del Terzo Settore, ma anche privati quali imprese, organizzazioni sindacali, e condividendo protocolli operativi con le ASL e il mondo del non-profit.

La legge non ha comportato finanziamenti direttamente volti agli obiettivi della stessa, ma la Regione ha, comunque agito per vie traverse, già a partire già dal 2009, tramite varie delibere regionali. Di questa pratica trasversale è esempio anche l'avviamento della partnership con la banca Carige, a partire dal 2015.

Al di là della legge regionale sull'invecchiamento attivo, la L.R. n. 12 del 2006 dal titolo "*Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari*", non volta esclusivamente all'invecchiamento attivo, ma di fatto contingente, promuove al suo interno azioni espressamente volte al perseguimento di obiettivi congrui ad una popolazione anziana e attiva, considerando l'anziano sia come beneficiario degli interventi di protezione sociale, che come risorsa. Tuttavia, anche le azioni proposte da quest'ultima legge non hanno ottenuto risorse finanziarie dirette, e sono state portate avanti attraverso delibere di giunta, utilizzando i fondi statali.

Questa traiettoria politica, l'utilizzo, ovvero, delle delibere di giunta ha, dagli albori, trovato larga applicazione: uno degli esempi più rappresentativi è costituito dalla DGR n. 873 del 15/7/2011, "*Servizi di Comunità per Anziani*", possibile ai sensi della Legge 241/1990, che consentiva la stipula di Patti di Sussidiarietà con soggetti privati non-profit. Portata avanti da successive DGR, nel tempo la politica ha coinvolto soggetti del Terzo Settore, quali: l'*Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà (AUSER)* e l'*Associazione Nazionale Tutte le Età Attive per la Solidarietà (ANTEAS)*, l'*Associazione per i diritti degli anziani (ADA)* e l'*Associazione Terza Età Sestri Levante*. Successivamente, nella DGR 937 del 25/7/2014, *Interventi di Comunità per Anziani e Invecchiamento Attivo, anno 2014. Impegno di spesa di euro 1.568.000,00*, lo

stanziamento dei nuovi fondi era esplicitamente volto a favore dell'invecchiamento attivo.

Un anno dopo, la DGR 1210 DEL 1210 del 3/11/2015, *Avviso pubblico per la concessione di contributo per il progetto a rilevanza regionale 'Custodi Sociali e Call Center Anziani*, dava risalto alle figure del custode sociale, quale figura volta all'assistenza e all'accompagnamento nella gestione della vita quotidiana dell'anziano, e supportava l'anziano attraverso i *call center* gestiti dai volontari dell'AUSER.

Ancora, nel 2016, la DGR n. 431, *Interventi di comunità per l'invecchiamento attivo, la prevenzione e il sostegno alle fragilità degli anziani*, integrava in modo più solido gli interventi di comunità di natura assistenziale, con quelli esplicitamente volti all'invecchiamento attivo.

Nel 2018 la DGR 1176, *Sostegno sviluppo attività di co-progettazione regionale da parte di Organizzazioni di Volontariato e Associazioni di Promozione Sociale per la realizzazione di progetti regionali, ai sensi della DGR. 513/2018 - area ANZIANI*, finanzia ancora a Enti del Terzo Settore, quali organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, per la progettazione sui temi dell'invecchiamento attivo.

Un'ulteriore linea di finanziamento è stata la DGR n.400 del 5/4/2013, *Progetti regionali: Attività Fisica Adattata (AFA) e Memory Training (MT)*, una politica trasversale all'*Assessorato Politiche Sociali, al Terzo Settore, alla Cooperazione allo Sviluppo, alle Politiche Giovanili e Pari Opportunità*, che si proponeva di agire in ottica preventiva, per la conservazione sia delle abilità psicologiche e cognitive, che hanno ricadute positive o negative sulla socializzazione; sia per quelle fisiche (Barbarella *et al.* 2020; Cela, 2020b; Zannella, 2021a; Lucantoni e Principi 2023; Varricchio 2023).

Nel 2024 la Regione Liguria, con l'approvazione del Piano Sociale Integrato 2024-2026, ha l'intento di istituire un Tavolo regionale permanente sull'invecchiamento attivo, ancora in via di attuazione (Intraligi, 2025b).

### III.3.8 Emilia-Romagna

L'Emilia-Romagna si mostra all'avanguardia, rispetto alle altre regioni. Nel 2004 tramite una politica di indirizzo, il *Piano di Azione Regionale per la popolazione anziana* (PAR)<sup>60</sup>, (DGR 2299/2004), aveva già posto l'attenzione alla specifica popolazione e al tema dell'invecchiamento attivo, con l'obiettivo di creare *una società per tutte le età*, in linea con gli obiettivi e con la visione della *Conferenza mondiale sull'invecchiamento* di soli due anni prima e di fatto in quel momento non ancora entrata nel dibattito italiano.

Il PAR si rivolge alla comunità intera, dagli enti pubblici e privati, ai cittadini, e pur in mancanza di una legge regionale, è esso stesso strumento quadro: di coordinamento degli interventi e delle policy intersettoriali. Esso definisce obiettivi, ma rimanda la pianificazione e l'attuazione degli stessi, nonché lo stanziamento di finanziamenti, attraverso gli interventi di settore della Regione, costituendo un valido strumento per l'invecchiamento attivo, pur in mancanza di una legge regionale.

È il Tavolo interassessorile ad occuparsi della promozione degli obiettivi del PAR, anche con l'ausilio di altri stakeholders con i quali nel tempo sono stati stipulati protocolli di intesa, e di un Gruppo tecnico, che si riunisce annualmente, di cui fanno parte i dirigenti di Regione, gli enti locali e i rappresentanti dei sindacati e del Terzo settore, costituendo, di fatto, un modello partecipativo. Sebbene inizialmente partito in maniera propulsiva, il PAR ha necessitato, e necessita, di alcune nuove spinte durante il tempo, in risposta alle conseguenze dell'avvicinarsi di diverse Giunte e figure politiche, che hanno talvolta spostato il *focus* sulle priorità di intervento.

Uno dei più rilevanti risultati della politica avviata dal PAR è la DGR n. 2230/2016, con la quale si disciplina l'accompagnamento sociale, attraverso i servizi di trasporto di soggetti con scarsa autonomia, misura ampiamente richiesta dal Terzo Settore, e considerata centrale ai fini dell'inclusione e della partecipazione della popolazione anziana.

La regione Emilia-Romagna, già connotata come una regione di forte fermento associativo, aveva emanato nel 2002 la L.R. n. 34/2002, atta a valorizzare le associazioni di promozione sociale e il volontariato in esse, come forma libera di partecipazione, non

---

<sup>60</sup> <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par>

esclusivamente rivolta all'anziano, ma con un approccio di formazione lungo il corso della vita, che abbraccia anche la prospettiva di invecchiamento attivo.

Nella stessa direzione la successiva L.R. n. 8/2014, *Legge di semplificazione della disciplina regionale in materia di volontariato, associazionismo di promozione sociale, servizio civile. Istituzione della giornata della cittadinanza solidale*. Con la DGR n. 689/2019 sono stati destinati finanziamenti ai progetti di promozione sociale, molti dei quali esplicitamente rivolti ad anziani e alla promozione dell'invecchiamento attivo.

È utile in questa sede menzionare anche il *Piano sociale e sanitario regionale (PSSR) 2017-2019* che, in linea con il sistema integrato di interventi e servizi sociali, a norma della L. n. 328/2000, ha indirizzato gli interventi, attraverso la gestione dei principali fondi (*Fondo Sociale Regionale; Fondo Sociale per la non Autosufficienza*), nonché attraverso la redazione dei Piani di Zona.

Il PSSR si muove su tre concezioni strategiche: concepisce il distretto come “luogo” strategico di integrazione dei servizi sociosanitari; promuove l'inclusione ed è volto alla realizzazione di strumenti nuovi di prossimità dei servizi. Questi tre linee, sono state declinate poi in cinque aree di policy (prossimità; riduzione delle diseguaglianze e promozione della salute; promozione dell'autonomia; partecipazione e dei cittadini, qualità dei servizi), generando un sistema che, vertendo sulle policy più che sul target di utenza, rendono il PSSR uno strumento di welfare comunitario, a discapito di una visione segmentata degli interventi, rendendo anche gli interventi sull'invecchiamento attivo trasversali rispetto alle dimensioni sopra menzionate.

Oltre alle politiche esplicitamente rivolte all'invecchiamento attivo, gravitante attorno ad esso è la L.R. n. 2/2014, poi applicata e approvata con DGR n. 858/2017.

La legge, per la prima volta in Italia, ha riconosciuto e valorizzato la figura del *caregiver* familiare, il cui rimando all'invecchiamento attivo è da connettersi con l'elevata prestazione alla cura familiare da parte di soggetti anziani. Riconoscere con legge tali figure di cura familiare ha consentito una maggiore possibilità di contrasto all'isolamento, e all'azione volta alla partecipazione sociale e al benessere, tramite esperienze formative; informative; di supporto; forme di consulenza legale e assistenziale; nonché gruppi di mutuo aiuto e sostegno economico tramite assegno di cura.

La L.R. n. 19/2018 *Promozione della salute, del benessere della persona e della comunità e prevenzione primaria*, sostiene, inoltre, l'invecchiamento attivo attraverso il perseguimento dell'invecchiamento sano dell'OMS, con accorgimenti che riguardano tutto il corso della vita.

Infine, la Regione Emilia-Romagna collabora attivamente a livello europeo e internazionale, riconosciuta quale *reference site* del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento sano e attivo (EIP-AHA), già dal 2013, uno status di merito per le organizzazioni meritevoli nelle pratiche per l'invecchiamento attivo. L'approccio dell'Emilia-Romagna si è mostrato resistente anche alla pandemia, consolidando il funzionamento avviato più di un decennio fa, con un coordinamento armonioso e organico tra gli stakeholder e l'Amministrazione regionale (Barbarella *et al.* 2020; Socci, 2020; Socci, 2021; Lucantoni e Principi 2023; Varricchio 2023).

La regione si è mostrata, nel tempo, efficace e ha consolidato il suo impegno sul tema dell'invecchiamento attivo. A testimonianza di ciò, il servizio regionale che coordina le politiche di invecchiamento attivo, ha attivato un sistema di mappatura con le informazioni utili, che ha la cura di aggiornare. Gli interventi vengono monitorati e programmati nella più ampia cornice degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile, e dei *commitments* della Strategia MIPAA, e del PNRR. È inoltre attivo il tentativo di connettere le politiche e le iniziative sul tema con il potenziamento dei servizi territoriali, previsto dal PNRR e dal DM 77/2022 (Socci, 2025).

### **III.3.9 Toscana**

La Regione Toscana, pur non possedendo una legge trasversale sull'invecchiamento attivo, è da annoverarsi tra le regioni più virtuose. È stata, infatti, riconosciuta già nel 2016 *Reference Site dell'European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*, ed è attiva sul tema in ambito europeo attraverso la partecipazione all'*EuroHealthNet (Partenariato europeo per migliorare la salute, "equità e il benessere)*; e l'*RHN (Rete delle regioni per la salute)*.

La Regione Toscana ha portato avanti, nel tempo, diverse politiche per l'invecchiamento attivo, soprattutto nell'ambito della promozione della salute, attraverso il coinvolgimento

delle autorità governative locali, dei rappresentanti dell'industria, dei cittadini e dell'accademia, formalizzatisi attraverso delibere della Giunta regionale.

La Regione ha il merito di aver sviluppato un proprio modello sanitario basato sulla partecipazione attiva dei pazienti, e fondato sulla qualità della relazione tra i professionisti del servizio sanitario e gli stessi pazienti. Le iniziative sono sostenute tramite percorsi strutturati di formazione rivolti ai pazienti e ai caregivers, al fine di favorire le conoscenze atte comprendere l'efficacia dei programmi, e i reali benefici per la salute. Nello specifico, nel 2005 la D.G.R. 595/2005 *Percorso assistenziale per le prestazioni specialistiche di medicina fisica e riabilitazione*, dava avvio alla pratica dell'*attività fisica adattata (AFA)*, la cui programmazione era inclusa entro il *Piano Integrato di Salute*, e aggiornata poi nel tempo tramite ulteriori delibere. La D.G.R. 903/2017 *Azioni a sostegno della popolazione anziana e aggiornamento AFA*, rendeva esplicita la destinazione dell'*AFA* alla popolazione anziana, e con essa il concetto di invecchiamento attivo.

Prima della suddetta delibera, i programmi erano volti alla promozione di uno stile di vita attivo, attraverso l'esercizio fisico per persone con malattie croniche. L'iniziativa nel tempo ha potuto godere di buoni finanziamenti, e ha visto ampia partecipazione della popolazione di riferimento, e un incremento della stessa, sia nell'ambito della bassa che della alta disabilità.

Oltre all'Attività Fisica Adattata, la Regione ha promosso diverse attività anche in ambito domiciliare, come, ad esempio l'OEP<sup>61</sup>, gestito da personale appositamente formato.

Le buone pratiche della Regione Toscana si sono intersecate, quindi, con il Piano Regionale della Prevenzione 2014-2019 (DGR 693/2015, DGR 1314/2015, DGR 740/2018), entro cui la promozione dell'invecchiamento attivo era esplicito obiettivo strategico, godendo di buoni finanziamenti per interventi a favore degli anziani, e avviando servizi sperimentali, come il *Protocollo di Intesa Progetto. A casa, in buona compagnia*, della DGR 1614/2019, che coinvolgeva la SPI CGL Toscana; la FNP CISL Toscana, e l'UILP Toscana, e avente come obiettivo il rafforzamento dell'assistenza agli

---

<sup>61</sup> Il *Programma di Esercizi Otago (OEP)* porta il nome della Scuola di Medicina dell'Università di Otago, Nuova Zelanda, dove è stato sviluppato attraverso il lavoro di un team diretto dal Professor John Campbell.

anziani nel proprio domicilio, o in unità residenziali condivise, promuovendo la continuità abitativa (Barbarella, 2020b).

La regione mostra e ha mostrato, nel tempo continuità e coesione per gli obiettivi di invecchiamento attivo, che lascia intravedere la possibilità di stesura di una legge regionale sull'invecchiamento attivo (Barbarella 2021b). Le politiche settoriali sanitarie e sociosanitarie sono state consolidate, nella direzione che avevano precedentemente intrapreso. Attualmente il Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, comprende diversi programmi inerenti all'invecchiamento attivo: il programma PP02 relativo alle “Comunità attive”, dove l'invecchiamento attivo è obiettivo esplicito e attuato in merito a vaccinazione, stili di vita e attività fisica, interventi legati alla sfera dell'affettività e della sessualità, sicurezza, e altri; il programma PP03, “*Luoghi di lavoro che promuovono salute*”, in merito alla salute sul luogo di lavoro, volgendo quindi un'attenzione mirata ai lavoratori più anziani. Il programma PP05 “*Sicurezza negli ambienti di vita*”, che mira a contenere il rischio di infortunio domestico. Attualmente la Regione sta lavorando al nuovo Piano Sociale Integrato 2024-2026, non menzionando, tuttavia l'invecchiamento attivo nelle politiche sociosanitarie.

Inoltre, sono da annoverare alcune azioni intraprese con il fine di infittire la rete di collaborazione: nel 2022 con un accordo tra la regione e AUSER Toscana; e nel 2024 con i sindacati dei pensionati, al fine di monitorare la possibilità di accesso ad alcuni servizi (Barbarella, 2025).

### **III.3.10 Umbria**

Precocemente, rispetto alla maggior parte delle altre regioni, la Regione Umbria nel 2012 emanava la L.R. n. 14 del 27 settembre 2012 “*Norme a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo*”, con l'esplicito obiettivo volto alla promozione dell'invecchiamento attivo, che ha comportato lo stanziamento di buone risorse finanziarie, risultando, di fatto, avanti a molte altre realtà sul panorama nazionale. L'Umbria, insieme all'Emilia Romagna, rappresenta un caso *sui generis*, regioni precocemente attive sul piano dell'invecchiamento attivo.

Nel 2015, la legge di cui sopra, è stata abrogata per essere inglobata nel più generale “*Testo unico in materia di Sanità e Servizi sociali*” (TU) (L.R. n. 11/2015), inerente tutta la popolazione in merito alla sanità e ai servizi sociali, ma con specifiche indicazioni per la popolazione over 65 in settori specifici e anche trasversali.

Anche altre leggi menzionano l’invecchiamento attivo, in articoli o commi: ne è esempio la Legge regionale 9 aprile 2015, n. 12 *Testo unico in materia di agricoltura*, che si occupa di agricoltura sociale, così come espresso al Titolo VIII *Agriturismo, fattorie didattiche, agricoltura sociale e fattorie sociali*; un altro esempio è l’articolo 11 della Legge regionale 28 novembre 2003, n. 23 *Norme di riordino in materia di edilizia residenziale sociale*, in cui sono previsti contributi per strutture abitative da destinare ad anziani autosufficienti; ancora, il Regolamento regionale 7 novembre 2012 n. 16, promuove il cohousing per il perseguimento dell’invecchiamento attivo, e forme residenziali e semiresidenziali per anziani autosufficienti, pensate al fine di conservare lo stato di autosufficienza.

Gli obiettivi di invecchiamento attivo sono presenti anche nella Legge regionale 29 aprile 2014 n. 9, *Norme in materia di sviluppo della società dell’informazione e riordino della filiera ICT (Information and Communication Technology) regionale*, inerente all’utilizzo e la diffusione delle ICT, in cui l’invecchiamento attivo è perseguito in quanto la suddetta legge ha promosso azioni volte all’inclusione digitale e alla riduzione del *digital divide*.

Infine, nella Regione sembra emergere una fruttuosa pratica progettuale *bottom-up*, con una gestione efficace e mirata dei progetti. La Regione Umbria, infatti, nel periodo 2012-2019, ha goduto di finanziamenti tali da finanziare 55 progetti per gli anziani, sulla scorta degli obiettivi previsti dal *Testo Unico*, con conseguente e progressivo miglioramento della qualità progettuale e gestionale. (Barbarella *et al.*, 2020; Socci e Principi, 2020b; Lucantoni e Principi 2023; Varricchio 2023). Essendo già una realtà virtuosa sul tema dell’invecchiamento attivo, la regione Umbria aveva posto i presupposti per riproporre e consolidare l’attenzione al fenomeno nel nuovo ciclo di programmazione 2021-2027, ponendo le basi per un Tavolo regionale, avente l’obiettivo di coinvolgere le istituzioni, così come la società civile (Socci, 2021b), istituito, poi con la DGR n. 274 del 27 marzo 2024, e comprendente sia soggetti pubblici che parte della società civile.

Negli ultimi anni, nel 2023 e nel 2024, la regione ha anche attivato 12 Piani di programmazione territoriale per l'invecchiamento attivo, che sono stati attuati e finanziati. Tra gli altri interventi, la Regione ha inoltre voluto riflettere sul ruolo dell'invecchiamento nelle aree interne, con attenzione alla creazione di efficaci connessioni con la Strategia regionale aree interne 2021-2027 (Socci, 2025b).

### **III.3.11 Marche**

La Regione Marche si trova, dal 2019, nel pieno dello sviluppo delle norme sull'invecchiamento attivo, e del consolidamento e applicazione della recente legge trasversale: Legge regionale 28 gennaio 2019, n. 1 *Promozione dell'invecchiamento attivo*. La legge mira a sostenere trasversalmente i diversi ambiti inerenti all'invecchiamento attivo, con attenzione anche rivolta ai caregivers, e con il coordinamento dei diversi assessorati, guidati dal servizio Politiche Sociali e Sport, utilizzando come strumento pratico un Tavolo regionale permanente, istituito dopo la L.R. n. 1/2019 con DGR n. 474/2019, che coinvolge anche i destinatari degli interventi attraverso alcuni stakeholders, quali: i sindacati dei pensionati; le varie associazioni e un esperto in materia di IA.

La norma prevede la stipula di un programma annuale sull'invecchiamento attivo, che coinvolge i diversi settori, definendo interventi per gli anziani sottoforma di aiuti ai caregivers; attività sociali e civili associative e/o di volontariato, nonché sportive; promozione della salute; utilizzo delle nuove tecnologie; attività culturali e formative; continuità lavorativa. Questo è possibile tramite il coinvolgimento dei singoli comuni, degli Ambiti territoriali sociali e degli altri enti del servizio sanitario regionale.

Prima della legge trasversale, la Regione Marche aveva già avviato alcuni interventi, tra i più rilevanti: la L.R. n. 3/2018, che ha istituito il servizio civile volontario degli anziani, ma non è stata tuttavia subito compresa e assorbita da alcuni enti locali, non culturalmente pronti all'opportunità di impiegare le specifiche risorse degli anziani.

La L.R. n. 32/2014, *Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia*, in particolare all'art. 21, prevedeva interventi a favore della vita familiare e sociale, sostenendo la domiciliarità. L'art.21, prima ancora della legge

sull'invecchiamento attivo, consideravano la vita indipendente, la gestione del tempo libero, delle relazioni quale ambiti di applicazione dell'invecchiamento attivo.

La Regione ha promosso anche iniziative inerenti allo sport, con la L.R. n. 5/2012, che sottolinea l'ambito la pertinenza della Regione per la programmazione e il coordinamento in materia, e la DGR n. 1118/2017, che ha, poi, concretamente promosso alcuni progetti, come, ad esempio: *Sport senza età*, con il servizio di Sanità e integrato con il Piano Regionale della Prevezione 2014-2018.

La DGR *Salute d'Argento* n. 887/2018, che prevedeva diverse linee di intervento a sostegno dell'informazione sui rischi per la salute, nonché per la prevenzione.

È inoltre da annoverare lo sforzo sperimentale nell'ambito dell'agricoltura sociale. Prima attraverso la L.R. n. 21/2011, si sosteneva la multifunzionalità dell'azienda agricola, prima ancora della L. n. 141/2015: *Disposizioni in materia di agricoltura sociale*, legge nazionale in materia. L'attenzione posta in generale al mondo delle aziende agricole, non nello specifico volte a obiettivi di interesse sociale e o volti alla popolazione anziana, ha subito una svolta nel 2012, quando l'Assessorato all'Agricoltura ha stipulato un accordo con l'INRCA<sup>62</sup> (DGR n. 637/2012), che avviava studi e progetti innovativi e sperimentali, che hanno condotto poi, nel 2015 al *modello del laboratorio di longevità attiva in ambito rurale della Regione Marche*, con DGR n. 1130, che rappresenta una buona pratica su tutto il territorio nazionale.

La recente implementazione della legge trasversale sull'invecchiamento attivo doveva, ancora, nel 2021, trovare verifica della sua reale applicazione e della sua efficacia: inizialmente, la percezione dei comuni e gli Ambiti territoriali era quella di un intervento top down, e non ancora recepibile e imposta dall'alto. Compito della Giunta regionale, quello di perseverare nella promozione della legge (Socci e Principi, 2020; Socci, 2021a), che ha effettivamente avuto la sua prima concreta applicazione nel 2022, quando con DGR n. 1788 del 27 dicembre 2022, è stato approvato il primo Programma annuale sull'invecchiamento attivo, favorito dall'attività di ricerca dell'INRCA e esito del coordinamento del Tavolo regionale permanente per l'invecchiamento attivo, previsto dalla legge del 2019, e organizzato su tre fondamentali azioni in merito alla governance

---

<sup>62</sup> Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani [<https://www.inrca.it/inrca/>].

regionale; al supporto per i caregivers familiari e sull'invecchiamento attivo in ambito rurale.

In merito al primo punto, l'azione intrapresa è stata la costruzione di un sito web informativo su tutte le iniziative e informazioni inerenti all'invecchiamento attivo, che risulta completo nella sua progettazione ma non ancora fruibile online.

In merito al secondo punto, con il coinvolgimento del *Gruppo tecnico regionale caregiver familiare*, istituito con Decreto n. 270/CDI/2021 e aggiornato con Decreto n. 4 23/CDI/2023, si è interrogato sui criteri regionali dei LEPS in merito ai *Servizi sociali di sollievo*, servizi per la non autosufficienza, definiti con DGR n. 1581/2024, anche in accordo con il *Gruppo di lavoro per la non autosufficienza*.

In merito alle attività in ambito rurale, sono state portate avanti principalmente attraverso l'apertura di spazi pubblici per la realizzazione, da parte dei comuni o degli Ambiti Territoriali Sociali, di orti sociali, o aziende agricole, sotto il nome del bando ORTOINCONTRO – Longevità, che ha visto finanziati cinque progetti sperimentali, in collaborazione tra Comune, Ambito Territoriale Sociale e azienda agricola, coniugando mondo sociale e mondo della produzione agricola.

Si segnala, inoltre che nel 2024 la regione ha avviato una ricognizione delle azioni per l'invecchiamento attivo messe in campo, rilevandone alcune tra le quali: *Programma sport/Misura, contributi per la diffusione per lo sport per tutti; Cantieri lavoro invecchiamento attivo e accompagnamento alla pensione; Bussola digitale: OrientiAMO LE MARCHE verso nuove competenze digitali; Interventi per la promozione delle Università della terza età*.

Ultimamente la Regione si è posta il proposito di semplificare il processo di implementazione della legge, così che la Direzione Politiche Sociali ha proposto delle modifiche all'art. 3 e all'art. 15 della L.R. n. 1/2019, modificando il periodo di programmazione da annuale a triennale, tale modifica non risulta ad oggi adottata (Socci, 2025a).

### **III.3.12 Lazio**

Nel 2021 la regione Lazio si è dotata di una Legge regionale per l'invecchiamento attivo L. R. n. 16 del 17 novembre 2021, *Disposizioni a tutela della promozione e della valorizzazione dell'invecchiamento attivo*, che prevede la costituzione di un *Tavolo per la terza età*, portando avanti azioni per l'inclusione e il benessere e la realizzazione di progetti innovativi (Intraligi, 2025a).

Già prima della legge, la Regione aveva avviato un processo di trasformazione dei *Centri Anziani in Associazioni di Promozione Sociale*, rafforzando, così la cooperazione con il Terzo Settore nell'erogazione dei servizi utili (Damiano, 2021). Prima dell'emanazione della L. R. n. 16 del 17 novembre 2021, la Regione si serviva di diverse leggi di settore, che avevano impatto, anche se non organicamente organizzato, sull'invecchiamento attivo.

La legge regionale 11/2016, sul "*Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio*" all'art.13 valorizzava il ruolo degli anziani come soggetti attivi e come destinatari di prestazioni sociali integrate, ai sensi della legge 328/2000. La legge si occupava trasversalmente del tema dell'invecchiamento attivo tramite azioni volte alla socializzazione; al mantenimento dei rapporti intergenerazionali; al contrasto all'isolamento sociale; alla partecipazione in attività sportive, ludiche e culturali; nonché piani di cohousing, inseriti in un più ampi progetti di rigenerazione urbana.

Prima ancora, la legge n. 53/1993 istitutiva le Università della terza età, favorendo l'inserimento delle persone anziane in attività socioculturali, successivamente integrata dalla legge regionale n. 4/2007 che valorizzava le Università popolari quali patrimonio associativo del territorio da sostenere ed incrementare e raccordare con le Università della Terza età.

La L. R. n. 16 del 17 novembre 2021 promuoveva il gioco delle bocce, presso i centri sociali gestiti dai Comuni, in collaborazione con il CONI, gli Enti di Promozione Sportiva (EPS) riconosciuti dal CONI, e con la Federazione Italiana Bocce (FIB).

Con la legge regionale del 22 dicembre 1999, n. 38 *Norme sul governo del territorio* e il relativo Regolamento del 2 settembre 2015, n. 11 *Attuazione della ruralità multifunzionale*, la Regione introduce la pratica dell'agricoltura sociale, non

esclusivamente volta ai soggetti anziani, ma utile al per la promozione dell'invecchiamento attivo, sebbene non esplicitamente declinato come obiettivo della stessa. La Regione si è, inoltre, ampiamente occupata del reinserimento lavorativo dei disoccupati e inoccupati oltre i quaranta anni di età, a partire dalla legge regionale n. 28/2009 (Damiano, 2020).

### **III.3.13 Abruzzo**

La Regione Abruzzo ha mostrato sensibilità sul tema dell'invecchiamento attivo, sviluppando il lungo tre diverse linee di sviluppo e adottando una legge regionale trasversale nel 2016. La Regione ha, inoltre, il merito di aver istituito la *Giornata regionale per l'invecchiamento attivo*, celebrata in data 22 aprile, giorno in cui ricorre la nascita del Premio Nobel Rita Levi Montalcini.

Per il primo verso, la Regione Abruzzo ha sviluppato pratiche e norme sull'invecchiamento attivo in ottica integrata, in primis attraverso la prima menzionata Legge Regionale n. 16 del 9 giugno 2016 *Promozione dell'Invecchiamento Attivo*, connessa all'attuazione del Piano Sociale Regionale, che opera ai sensi della L. 328/2000. La legge mira alla promozione di percorsi di autonomia nel proprio contesto di vita, promuovendo azioni di prevenzione; formazione continua; socialità e impiego formale e informale, ed è attuata tramite un programma operativo triennale e programmi attuativi annuali. In secondo luogo, la Regione si è occupata ampiamente dei caregiver familiari, istituendo la L.R. 27 dicembre 2016, n. 43 *Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare (persona che presta volontariamente cura e assistenza)*, arrivando seconda sul tema, dopo l'Emilia-Romagna.

La legge predisponva interventi a sostegno del ruolo di caregiver, con servizi a supporto sia informativi che di affiancamento. L'attenzione alla categoria è manifesta anche nella chiamata a partecipare alla stesura dei Piani di Zona, delle rappresentanze associative sul tema. Infine, la Regione Abruzzo persegue gli obiettivi di promozione della salute degli anziani attraverso il *Piano Regionale di Prevenzione*, con iniziative volte alla promozione dell'attività fisica e di sani stili di vita (Cela, 2020), anche nei recenti aggiornamenti del *Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025* (Intraligi, 2025).

L'impegno che la regione Abruzzo ha posto per il perseguimento degli obiettivi di invecchiamento attivo è stato costante e si è rafforzato nel tempo. Il *Piano Sociale Regionale 2021-2023* possedeva già al suo interno un asse tematico dedicato solo all'invecchiamento attivo (Zannella, 2021) e questo è nuovamente avvenuto nel nuovo *Piano Sociale Regionale 2022-2024*.

Inoltre, i Piani Sociali Distrettuali 2023-2025 hanno previsto alcuni interventi in merito ai centri diurni e a progetti per l'invecchiamento attivo (Intraligi, 2025). La Regione Abruzzo mostra, in tal modo, una tradizione virtuosa, ma ancora ancorata da barriere culturali in merito al ruolo dell'anziano nella società (Zannella, 2021).

### **III.3.14 Molise**

La Regione Molise non ha attualmente una legge trasversale sull'invecchiamento attivo, e nonostante si sia occupata del tema tramite altre norme e interventi, fatica a mettere in atto un sistema organico di politiche.

Gli ostacoli incontrati e ancora irrisolti, vedono un tentativo di avvio nello stanziamento di alcuni fondi per il triennio 2024-2026, e nella proposta di avvio di una Consulta regionale per l'invecchiamento attivo (Lucantoni, 2025e). La difficoltà nel reperimento delle risorse finanziarie ha da sempre rappresentato, nella Regione Molise, un motivo di blocco nelle proposte per l'invecchiamento attivo (Lucantoni, 2021c).

Diversa è, invece, l'attenzione che la Regione ha posto al tema dell'invecchiamento. Infatti, già negli anni '90 mostrava attenzione al tema. Con la Legge Regionale 2 maggio 1990, n. 21, *Interventi in favore delle persone anziane*, si mettevano per iscritto obiettivi di inclusione, e per la continuità sociale e familiare, con attenzione mirata agli ultrasessantacinquenni in stato di povertà. I principi sanciti dalla suddetta legge sono stati poi ricompresi entro gli interventi dei servizi integrati, sociali e sanitari, che sono stati riorganizzati al seguito della Legge Regionale 6 maggio 2014, n.13, legge di riordino del sistema regionale integrato. Tale legge non presenta alcun esplicito riferimento all'invecchiamento attivo, ma ha rappresentato un importante punto di inizio per la collaborazione tra settori.

Dalle linee di indirizzo scaturite dalla L.R. 13/2014 il Piano Sociale Regionale 2015 – 2018, di cui l'art.46 era dedicato alle politiche per gli anziani. Tuttavia, la Regione non ha potuto sviluppare una linea di politiche sull'invecchiamento attivo, in quanto tendenzialmente impegnata sul tema della non autosufficienza, o, comunque gli interventi a favore dell'invecchiamento attivo non hanno goduto di continuità, ma si annoverano alcuni interventi circoscritti.

Dal *Piano Sociale Regionale triennale 2015-2018*, è scaturito un Avviso pubblico per l'elaborazione di progetti da parte degli *Ambiti Territoriali* della Regione, in merito alla solidarietà intergenerazionale, al superamento del *digital divide*.

Nel 2019, con Delibera n. 251 del 10 luglio 2019, la Giunta regionale ha indetto un Avviso pubblico per progetti promossi da associazioni di volontariato, che ha visto finanziati alcuni progetti, tra i quali alcuni toccano tematiche inerenti esplicitamente all'invecchiamento attivo: il progetto *Anziani in forma'*, promosso dall' *Associazione Nazionale Terza Età Attiva per la Solidarietà* (ANTEAS) ,che ha visto l'implementazione di uno sportello informativo per gli over 65, in merito ai servizi territoriali in materia di sport e attività fisica e ricreativa; ha attuato laboratori di attività manuali, sportivi e attività formative.

Un altro progetto: *Scopri invecchiando*, attuato a Campobasso, volto alla sensibilizzazione sul tema dell'invecchiamento attivo; il *Progetto Ambulatorio Sociale*, attuato da AUSER in collaborazione con gli enti comunali, volto all'aiuto di anziani in condizioni di disagio socioeconomico, tramite l'accesso ad ambulatori medici a fruizione gratuita, appositamente creati e funzionanti grazie all'attività di medici in pensione.

I tentativi di azione e promulgazione in merito all'invecchiamento attivo, vedono una Regione che tenta di coinvolgere il Terzo Settore, in modo da attuare finanziamenti mirati a singoli progetti, con l'obiettivo, nel lungo termine di irrobustire gli Enti del Terzo settore nella progettazione e attuazione delle azioni, e ottenere una ricaduta immediata, sebbene poco strutturalmente definita (Di Matteo, 2020d).

### **III.3.15 Campania**

La Regione Campania possiede attualmente una legge trasversale per l'invecchiamento attivo, L.R. 2/2018 *Norme per la promozione dell'invecchiamento attivo e modifiche alla legge regionale 3 agosto 2013, n. 9 - Istituzione del servizio di Psicologia del territorio della Regione Campania*, e successivamente modificata dalla L.R. 31/2018 *Modifiche alla legge regionale 12 febbraio 2018, n. 2.*, che si pone a tutela della qualità della vita, e della sicurezza, garantendo la partecipazione sociale e culturale, promuovendo l'autonomia dell'anziano, e il benessere psico-fisico, contrastando fenomeni discriminatori, e il cui funzionamento dovrebbe prevedere un programma triennale, che è approvato dalla Giunta Regionale.

La norma introdotta nel 2018 andava in continuità con la precedente L.R. 11/2007 *Legge per la dignità e la cittadinanza sociale*. Atta a garantire pari dignità sociale e corresponsabilità istituzionale, soprattutto valorizzando il ruolo degli anziani in relazione alle generazioni più giovani, come conoscitori di saperi e detentori di competenze, e abili del trasmetterle. Operativamente tale legge si è intersecata con il *Piano Sociale Regionale 2019-2021*. Attualmente, la LR 2/2018, non ha trovato applicazione, se non con interventi integrati nel *Piano Sociale Regionale 2022-2024*, e di conseguenza nei *Piani Sociali di Zona*.

Gli obiettivi di invecchiamento attivo sono stati perseguiti attraverso quello che è già previsto dal *Fondo Nazionale Politiche Sociali*, che prevede la spesa per alcune finalità sociali inerenti all'invecchiamento attivo, quali: offerta di sistemi di telesoccorso; teleassistenza; creazione di centri sociali e centri polifunzionali; attività laboratoriali e per la formazione giovanile; attività culturali.

Un altro settore sul quale la Regione Campania ha investito in maniera quasi pionieristica rispetto alle altre regioni italiane, è il settore della cura informale. Nel 2017, con la L.R. 33/2017 *Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare*, la Regione si dotava di un apparato normativo a sostegno della causa. La legge vuole supportare l'attività dei caregiver attraverso servizi a supporto, contributi economici, e creando le condizioni per coniugare tempi di cura e di lavoro, rendendo, altresì partecipe il caregiver nella stesura del Progetto individuale per la persona assistita, dando dignità e definizione formale al ruolo e valorizzandone il ruolo, in qualità di soggetto chiave nell'erogazione

dei servizi per l'assistito. Ha inoltre istituito un registro per i caregiver familiari e un sistema di formazione e riconoscimento delle competenze. L'attenzione della Regione Campania alla cura e all'accompagnamento dei caregiver familiari è manifesta nell'istituzione del *Caregiver Day*, che ricorre l'ultimo sabato del mese di maggio.

Infine, già tramite il *Piano Regionale della Prevenzione 2014 2019* (DGR 860/2015), si promuoveva, in uno dei suoi specifici obiettivi, la promozione della salute per gli anziani.

In relazione all'invecchiamento attivo, devono essere menzionate anche le disposizioni regionali in materia di promozione della salute per gli anziani. In questo senso, l'ultimo prevede uno specifico obiettivo dedicato alla promozione della salute degli anziani nella comunità, concretizzato tramite l'*Attività Fisica Adattata* (AFA).

Da annoverare, in ultimo, una esperienza isolata, che ha visto il finanziamento di una iniziativa, tramite il fondo FSE+, un progetto dal titolo "Viva gli Anziani", avviato nel 2023, che prevede interventi per l'autonomia, la partecipazione sociale e l'indipendenza (Barbarella, 2020; 2021; 2025).

### **III.3.16 Puglia**

La Regione Puglia ha sviluppato trasversalmente le politiche per l'invecchiamento attivo, ed è recentemente approdata ad una legge regionale, la L.R. 16/2019 *Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della buona salute, e successive linee di indirizzo* di cui alla D.G.R. 2039/2019. La legge vuole essere uno strumento per la programmazione degli interventi a favore dell'invecchiamento attivo, fungendo da canale per il finanziamento di progetti proposti dagli Enti pubblici e/o da enti del Terzo Settore. Tale programmazione è previsto che avvenga attraverso l'approvazione, da parte della Giunta regionale, di un programma triennale integrato con il *Piano Regionale delle Politiche Sociali*.

Inizialmente, anche a causa del periodo pandemico, la legge non ha trovato grande applicazione, e gli obiettivi posti dalla Regione non risultavano raggiunti al 2021 (Barbarella, 2020a; 2021a), e la legge non attuata. La legge prevedeva anche l'istituzione di un Tavolo interdipartimentale, con l'originale DGR 2039/2019, aggiornata poi con la

DGR 559/2022, anno in cui ha effettivamente avviato i lavori. Il tavolo prevedeva la coordinazione della *Sezione Benessere Sociale, Innovazione e Sussidiarietà* e composto dal *Dipartimento Politiche del Lavoro, Istruzione e Formazione*; dal *Dipartimento Turismo, Economia della Cultura e Valorizzazione del Territorio*; dalla *Struttura Speciale Comunicazione Istituzionale* e l'*Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale* (AReSS). Tale gruppo di lavoro opera assicurando il metodo della concertazione tra i diversi livelli istituzionali e gli stakeholder della società civile. Il Tavolo ha effettivamente avviato i lavori dal 2022-2023, alla fine dell'emergenza pandemica.

Superato il periodo pandemico, è stata avviata una collaborazione tra il *Dipartimento Welfare della Regione Puglia* e l'*Agenzia Regionale Strategica per la Salute ed il Sociale* (AReSS), dalla cui cooperazione sono stati pubblicati due bandi per il finanziamento di progetti per l'invecchiamento attivo, nel 2022 e nel 2024. Il primo, focalizzato per lo più allo svolgimento di progetti sul tema dell'alfabetizzazione digitale e alle barriere connesse al *digital divide*, che ha visto la realizzazione di 31 progetti; e il secondo, volto alla promozione sociale, impegno civile e tempo libero, che ha permesso il finanziamento di 56 progetti (Barbarella, 2025a).

Prima dell'emanazione della Legge Regionale, la Puglia era impegnata sul fronte della formazione permanente, sostenuta dalla LR 14/2002, sulle Università Popolari e della Terza Età, sulle quali la Regione continua a puntare, e per il quale nel 2018 è stato aggiunto un nuovo Regolamento Regionale (Barbarella, 2020a).

La Regione ha incluso, inoltre, il tema dell'invecchiamento attivo all'interno del *Piano Regionale delle Politiche Sociali 2022-2024* (DGR 353/2022), nonché all'interno della *Strategia Regionale di Specializzazione Intelligente*, con il piano "*Smart Puglia 2030*", che tocca il tema dell'invecchiamento in merito alle tecnologie utili per la sicurezza domestica e per la salute, in senso riabilitativo, e uso di telemedicina, e ha ancora perpetuato tali obiettivi attraverso investimenti in nome della *Bussola per il Decennio Digitale 2030 dell'Agenda Digitale Europea*, con progetti sul tema finanziati dal PNRR e con la collaborazione dell'Università di Foggia.

Ancora, a partire dal 2021 la Regione si muove anche attraverso il programma *Puglia Capitale Sociale 3.0*, volta alla promozione della cittadinanza attiva e del welfare di comunità, che hanno avuto come uno degli output, le portinerie di quartiere, frutto di

attivismo giovanile e volte alla promozione delle relazioni intergenerazionali e al mantenimento della memoria delle tradizioni e dei mestieri del territorio. L'invecchiamento attivo è tema anche dell'Avviso pubblico "*Impresa possibile*", lanciato nel 2024; e della *Strategia regionale di attrazione e valorizzazione dei talenti*, (DGR 1989/2023) (Barbarella, 2025a).

Da menzionare, inoltre, la partecipazione della Regione Puglia come partner italiano tra 43 enti del consorzio europeo, al progetto finanziato dall'Unione Europea "*Smart living homes – Whole interventions demonstrator for people at health and social risks*", avente come obiettivo la creazione di una piattaforma utile a creare rete tra vari enti sanitari, imprenditori e aziende, nonché cittadini e comunità.

La regione Puglia è, inoltre, dotata di una legge a sostegno dei caregiver familiari (LR 3/2020); e, come la Regione Abruzzo, ha istituito la "*Giornata regionale per l'invecchiamento attivo*", ricorrente il 22 aprile (Barbarella, 2020a; 2025a).

### **III.3.17 Basilicata**

La Regione Basilicata possiede una legge sull'invecchiamento attivo, dal 2017, Legge regionale 20 novembre 2017, n. 29, *Promozione e Valorizzazione dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tre generazioni*. Si presenta come una legge trasversale, connettendo nei suoi intenti vari assessorati e interventi multisettoriali volti al miglioramento delle condizioni di vita e a sostegno di una società inclusiva. La legge si occupa di diversi ambiti di interesse dell'invecchiamento attivo: dalla formazione permanente, alla cultura, al tempo libero e attività di volontariato e di partecipazione, nonché al sostegno e promozione dei rapporti familiari e di vicinato, con una sensibilità alla condizione di domiciliarità, così come portato avanti anche dalla DGR n.175 del 26.02.2018, che con Avviso pubblico aperto ai soggetti di Terzo Settore, vuole proporre azioni volte a sviluppare e mantenere un sistema di servizi quanto più vicino all'ambiente domestico dell'anziano (Di Matteo, 2020).

Tuttavia, solo nel 2023 è stata costituita la *Consulta regionale per l'invecchiamento attivo*, prevista dalla LR 29/2017, composta da rappresentanti dei diversi e afferenti

assessorati e servizi regionali, dai sindacati e dal mondo del Terzo Settore (Lucantoni, 2025)

La Regione ha agito sull'invecchiamento attivo anche a partire dal *Fondo di Sviluppo e Coesione*, con il quale sono stati finanziati alcuni programmi, tra i quali i Laboratori di Comunità, di cui alla DGR n.970 del 25 settembre 2017. I Laboratori mirano a promuovere attività a partecipazione intergenerazionale; di impatto culturale e di valorizzazione del territorio.

Prima dell'attuazione della legge sull'invecchiamento attivo, un'altra norma in materia, sebbene trasversalmente, è stata la Legge Regionale 13 agosto 2015, n. 30 – Sistema Integrato per l'apprendimento permanente e il sostegno alla vita attiva (S.I.A.P.), successivamente aggiornata con la L.R. 5 marzo 2016, n.5, che ha promosso attività a sostegno del momento di transizione dal mondo del lavoro alla pensione.

Un altro intervento è a capo della Legge Regionale 17 agosto 1998, n. 26 - *Norme per la promozione ed il sostegno dell'attività delle Università della Terza Età in Basilicata*, n. 26, con la quale sono state istituite le Università della Terza Età, seppure nel tempo non ha sempre goduto di un'ampia promozione e utilizzo.

Un'altra iniziativa della Regione, è la Legge Regionale 17 dicembre 2018, n. 53 – *Disposizioni in Materia di Agricoltura Sociale*, tramite la quale gli anziani vengono compresi in un più ampio disegno che guarda alla mitigazione del rischio di esclusione sociale. In questa materia è preponderante il ruolo *dell'Osservatorio Regionale sull'agricoltura sociale* (Di Matteo, 2020).

Si ritiene, da quanto esposto nei report, che la Regione Basilicata possa implementare le azioni virtuose che ha già intrapreso, rafforzando alcune pratiche peculiari, quali, ad esempio, i Laboratori di comunità, e integrando con strumenti adatti ed efficaci per far fronte alle sfide poste da un tema così ampio e all'attenzione di vari servizi e settori. È emersa, altresì, la proposta di costituire nuovi strumenti per la raccolta puntuale dei dati sui bisogni emergenti della popolazione (Lucantoni, 2021). Infine, la Regione è attualmente impegnata sul fronte della promozione delle tecnologie con il progetto *"Digitale Facile"*, che mira a ridurre il *digital divide*, in ottemperanza della misura PNRR 1.7.2 *"Rete di servizi di facilitazione Digitale"* (Lucantoni, 2025).

### III.3.18 Calabria

La Regione Calabria è dotata di una legge sull'invecchiamento attivo dal 2018, nello specifico, con la Legge regionale 16 maggio 2018, n. 12 *Norme in materia di tutela, promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo*, la Regione metteva a sistema vari ambiti inerenti alla promozione dell'invecchiamento attivo: da attività di partecipazione sociale, quali, volontariato, attività culturali, attività di formazione e di turismo sociale, svago, nonché attività intergenerazionali; ad altri ambiti più strettamente legati all'assistenza, in forme di abitare assistito, al sostegno dei caregivers; con un approccio innovativo nella definizione dei propri destinatari, in quanto prevede interventi a beneficio di ultrasessantenni non autosufficienti, adottando delle definizioni proprie di anziano e assimilando profili di autosufficienza e di non autosufficienza.

Se nella teoria il progetto era da ritenersi virtuoso, la regione non ha opportunamente goduto di fondi utili a sostenere e implementare le azioni per l'invecchiamento attivo. Un primo tentativo, fallito, fu quello di finanziare le iniziative con i fondi PAC (Piano di Azione Coesione); si prevedeva di andare avanti tramite lo stanziamento di precise voci di spesa attraverso i Piani di Zona, che però non risultano totalmente implementati nella regione (Di Matteo, 2020b).

Nei primi anni, dopo il 2018, il mancato insediamento della *Conferenza permanente sulle problematiche degli anziani e dei pensionati*, ha costituito un ulteriore ostacolo allo sviluppo delle azioni per l'invecchiamento attivo (Lucantoni 2021a).

Questa ha avuto luogo con la Delibera di Giunta n. 182 del 30 aprile 2022, con la quale si istituiva anche il *Tavolo permanente di lavoro sull'invecchiamento attivo*. Grazie a questi due istituti, nonostante si perpetuino i problemi relativi ai finanziamenti, in attuazione dell'art. 10.6 della LR 12/2018, con Deliberazione n. 539 del 19 ottobre 2024, è stato elaborato il primo *Programma Operativo Triennale (POT) sull'invecchiamento attivo, 2024-2026*, resta ancora da stipulare e avviare il piano operativo annuale (Lucantoni, 2025a).

### **III.3.19 Sicilia**

La Regione Sicilia, pur non essendo dotata di una Legge Regionale riportante l'etichetta di *invecchiamento attivo*, ne sostiene sotto altra terminologia, già dal decennio 1980-1990 politiche sociali a favore. Il principale riferimento normativo è la L.R. 6 maggio 1981, n. 87 *Interventi e servizi a favore degli anziani* (ovvero persone che hanno compiuto 65 anni di età), e successive modifiche. Le dimensioni che possono essere ricondotte all'invecchiamento attivo riguardano la partecipazione sociale: alla vita familiare; ad attività sportive e del tempo libero; culturali; turistiche e la promozione di una vita indipendente.

Alla L.R. 6 maggio 1981 si è aggiunta poi la L.R. 25 marzo 1986, n. 14 *Integrazioni e modifiche alla legge regionale 6 maggio 1981, nr. 87 e nuove norme in materia di interventi e servizi a favore degli anziani*, che, all'art.9, integra l'ambito dell'integrazione lavorativa degli anziani.

Successivamente, la legge di riordino L.R. del 9 Maggio 1986, n. 22 *Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia* prevedeva l'utilizzo di una rete integrata di servizi anche a carattere abitativo, quali: centri diurni e case albergo per gli autosufficienti; comunità alloggio; case protette soggetti privi di assistenza familiare: minori, anziani o inabili; centri di accoglienza per ospitalità temporanea o diurna; assistenza abitativa.

La L.R. 7 Agosto 1990, n. 27 *Modifiche, integrazioni ed ulteriori disposizioni per l'attuazione delle leggi regionali 6 maggio 1981, n.87 e 25 marzo 1986, n.14, recanti interventi e servizi a favore degli anziani, e della legge regionale 9 maggio 1986, n.22, di riordino dei servizi socio-assistenziali*, sostituiva con il suo art. 3, l'art. 15 della precedente legge n.87 del 1981: se nel 1981 si accennava alla costituzione di una *Commissione comunale di consulenza*, il nuovo art. 3 della legge n.27 del 1990 stabiliva la possibilità di costituire in ogni comune una commissione consultiva composta dai rappresentanti dell'amministrazione locale, e da rappresentanti dei sindacati dei pensionati, chiamati ad esprimere parere obbligatorio ma non vincolante sugli standard e sull'organizzazione dei servizi socio-assistenziali per gli anziani, l'iniziativa fu, tuttavia, successivamente abolita.

Ancora oggi la legge n.87 del 1981, e successive modifiche, è in vigore, ma ha trovato poca applicazione per la scarsa disponibilità finanziaria. Dopo la legge 328 del 2000, solo in alcuni distretti sociosanitari, e in maniera sporadica, sono stati previsti degli interventi per gli anziani, finanziati con il fondo nazionale politiche sociali, rimanendo, tuttavia, iniziative episodiche e circoscritte. Sebbene alcuni dei servizi avviati nel decennio '80-'90 siano rimasti attivi, sono poi scomparsi al progressivo diminuire delle risorse (Cela, 2020d).

Il 2020 e la pandemia da Covid-19 sono stati dei momenti e delle circostanze propulsive in Sicilia per lo sviluppo delle politiche per la terza età. Di recente introduzione, è, infatti, il *Comitato tecnico per la Terza età*, istituito con la Deliberazione n. 392 del 10 settembre 2020, che coinvolgeva perlopiù i Dipartimenti regionali della Salute e della Famiglia, e avente come obiettivo quello di predisporre un *Piano per la vecchiaia* per tutto il territorio regionale, che, sebbene di carattere prettamente sanitario, risponde alle esigenze per il perseguimento dell'invecchiamento attivo.

Il 2020 è stato, inoltre, l'anno in cui il dialogo tra le diverse istituzioni si è intensificato attraverso la costituzione di un *Tavolo per la terza Età*, che incluse, oltre ai *Dipartimenti per la Famiglia e per la Salute*, il *Dipartimento per la Pianificazione Strategica*; l'Università; il *Consiglio Superiore di Sanità* e la Provincia (Lucantoni, 2021d).

Ad oggi, risulta essere approvato un Piano per l'invecchiamento attivo, la cui stesura è avvenuta in presenza degli stakeholders della regione, e approvato il 23 maggio 2023 (Intraligi, 2025e).

### **III.3.20 Sardegna**

Sebbene già nel 2010 era stata presentata una proposta di legge inerente "*Norme a tutela della promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo*", questa non ha, fino ad ora, trovato emanazione e applicazione (Principi e Di Matteo, 2020). La Regione Sardegna, infatti, non possiede, alla data attuale, una legge trasversale sull'invecchiamento attivo, ma ha avviato recentemente, con la Deliberazione n. 23/44 del 3 luglio 2024 un Tavolo regionale e ha predisposto un Disegno di Legge Regionale sull'invecchiamento attivo (Lucantoni, 2025c).

Sebbene non posseda ancora una legge esplicitamente riferita all'invecchiamento attivo, la Regione Sardegna ha attuato nel tempo tre diverse linee di intervento al fine di perseguirne gli obiettivi. La via più consolidata passa attraverso la *Direzione Generale della Pubblica Istruzione Servizio Politiche per la Formazione Terziaria e per la Gioventù*, e attraverso la Legge Regionale 22 giugno 1992, n. 12 - *Interventi a sostegno delle attività delle Università della "terza età" in Sardegna*, che istituisce le Università per la Terza Età, nella logica del *lifelong learning*: un percorso di lunga implementazione, duraturo ed efficace.

Altre politiche non ancora del tutto consolidate, del *Servizio sviluppo dei territori e delle comunità rurali*, riguardano le iniziative avviate con la Legge regionale 11 maggio 2015, n. 11, *Norme in materia di agriturismo, ittiturismo, pescaturismo, fattoria didattica e sociale*, con la quale sono state avviate iniziative nell'ambito dell'educazione, in ambito assistenziale e formativo, sebbene non espressamente rivolte all'anziano, ma aperte ad ogni fascia di età. Con le Direttive di attuazione del 2016, si centrava il ruolo delle fattorie sociali quali luoghi per incoraggiare l'inclusione sociale.

Infine, la *Direzione Generale per le Politiche Sociali*, tramite il Fondo Nazionale Politiche Sociali, ha provato di recente ad implementare l'organizzazione di centri diurni per anziani autosufficienti, con l'obiettivo di sostenerne l'inclusione sociale e il ruolo attivo degli stessi soggetti anziani nella società (Principi e Di Matteo, 2020).

In generale la Sardegna, rispetto alle altre regioni non si mostra particolarmente virtuosa nella promozione dell'invecchiamento attivo, e si ritiene che questo possa essere influenzato da problemi infrastrutturali, quali, ad esempio, la carenza della rete internet su tutto il territorio regionale (Lucantoni, 2021).

## Capitolo IV

### Costruzione di una misura sintetica: l'indice di limitazione nelle regioni italiane

#### IV.1 Premesse teoriche e definizione del concetto di limitazione

Il presente lavoro sperimentale prende in prestito alcune assunzioni del modello *competence-pressure*, altrimenti detto modello *ecologico* di Lawton, M. P., Nahemow, L. (1973), (vedasi cap.I) e adotta intuizioni proprie delle scienze psicologiche, per ampliarne il raggio e le possibilità di applicazione.

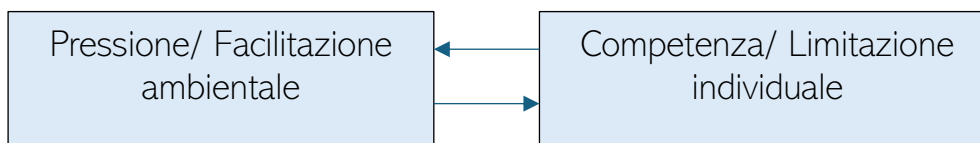
In particolare, il modello “*explores the interplay between individuals and their environments*” (Nahemow, 2000, p.3), e, più nello specifico la relazione “*between a person, characterized in terms of competence, and environment of a given level of pressure*” (Lawton, 1999, p.92), ne determina il livello di adattamento (Sheidt e Norris-Baker, 2003).

Il termine *livello di adattamento*, riferito al modello, indica propriamente “*all points at which competence and environmental pressure are exactly matched*” (*ibidem*), ma rimanda ad accezioni puramente appannaggio della psicologia e della psicologia ambientale.

Ribadendo la natura del modello, e il diverso ambito di competenza del sociologo, l'esperienza proposta assorbe l'idea di considerare, pertanto, l'esistenza di una relazione tra fattori individuali e fattori ambientali, valorizzando la nascita e l'applicazione del modello *competence-pressure* proprio in riferimento alla popolazione anziana, oggetto di questo studio, rimarcando la volontà della scrivente di immaginare una prospettiva sull'invecchiamento che sia esplicitamente basata sull'ambiente di vita.

Prendendo in prestito i concetti di *pressione* (dell'ambiente) e *competenza* (dell'individuo), si sviluppano le coppie antonimiche *pressione/facilitazione* e *competenza/limitazione*. In un modello così immaginato (*figura 16*), in cui le caratteristiche dell'ambiente e dell'individuo si influenzano vicendevolmente.

Figura 16- Rappresentazione grafica di un ipotetico modello



Fonte: elaborazione dell'autrice.

Per lo sviluppo di un modello teorico, che resta, in questa sede, in una sua fase ideativa, sarebbe opportuno prendere in considerazione alcune importanti teorie<sup>63</sup> e opere<sup>64</sup>, con la consapevolezza e la necessità di ampliare le considerazioni in merito alla complessità e la multidimensionalità dei fenomeni presi in esame.

L'esperimento posto in essere vuole, attraverso un esempio concreto, mostrare le possibilità applicative di un approccio pensato sulla base delle caratteristiche individuali, e in relazione a quelle ambientali, in cui gli aspetti inerenti all'ambiente sarebbero esposti nei termini di *facilitazione*, mentre quelli inerenti all'individuo, nei termini della *limitazione* (figura 17).

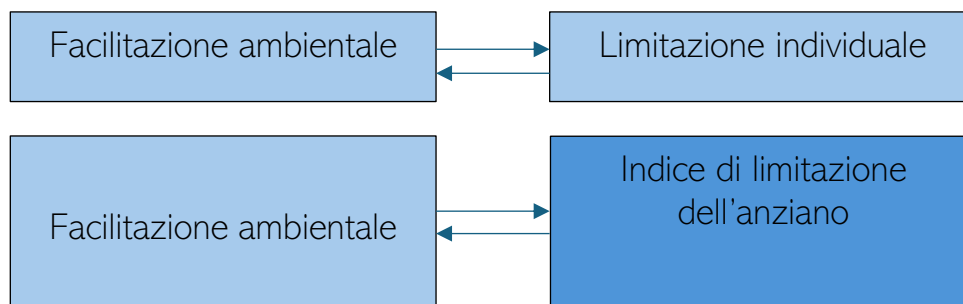
In particolare, in merito alla *limitazione individuale*, verrà sviluppato un *indice di limitazione* dell'anziano, che tenga conto della letteratura di *gerontologia positiva*, sulla cui costruzione verrà approfondito nel prossimo paragrafo, e si rimanda ad un futuro prosieguo della ricerca la controparte legata alla facilitazione ambientale.

---

<sup>63</sup> È il caso, ad esempio, della teoria generale dei sistemi, Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

<sup>64</sup> Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press.

Figura 17 - Rappresentazione di un'idea di modello



Fonte: elaborazione dell'autrice.

Il concetto di *limitazione*, presentato inizialmente come opposto al termine *competenza*, si serve, in principio, delle definizioni di competenza presentate da Lawton.

Essa può essere definita come “*relatively stable capacities of biological health, sensory and motor skills, and cognitive function*” (Lawton, 1999, p.92). Il termine scelto vuole indicare una condizione di limitata possibilità di azione, dovuta a condizioni di salute, sensoriali e delle funzioni cognitive senza, tuttavia, trascurare la dimensione socioeconomica.

#### **IV.2 La scelta del database di riferimento, il *Sistema di Sorveglianza Passi d'Argento***

La proposta sperimentale si serve dei dati raccolti sulla popolazione di oltre 64 anni dal sistema di sorveglianza nazionale *Passi d'Argento*, sezione del sistema *Passi*, che dal 2007 monitora la condizione di salute della popolazione dai 18 ai 69 anni, e strumento del *Sistema Sanitario Nazionale* (SSN) coordinato dall'*Istituto Superiore di Sanità* (ISS).

Il primo input per la nascita del sistema di sorveglianza è del 2004, quando il *Ministero della Salute*, il *Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie* (CCM) e le Regioni, gettavano le basi per la promozione di sistemi di monitoraggio della salute, stratificati per fasce d'età e finalizzati all'indirizzo delle politiche per la prevenzione dei rischi correlati alla salute, nel perseguimento degli obiettivi dei *Piani Nazionali della Prevenzione* (PNP), declinati nei *Piani Regionali di Prevenzione*.

Il sistema di raccolta dati fu sperimentato per la prima volta nel 2009, e successivamente realizzato nel 2012 come indagine trasversale, assumendo carattere periodico a partire dal 2016. Oggi *Passi d'Argento* è riconosciuto dal DPCM del 3 marzo 2017 “*Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie*”, quale fonte di alcuni indicatori LEA<sup>65</sup> del PNP, godendo, quindi, di una solida validazione normativa. La volontà di istituire il sistema di sorveglianza periodico *Passi d'Argento*, dedicato solo alle persone over 64, nasceva dall'esigenza di volgere un'attenzione mirata ad una fascia di popolazione in continua crescita e al sotteso cambiamento della struttura demografica, a promozione di una società che possa considerare questa fetta di popolazione come risorsa per la società.

Dalla lettura dei dati è possibile trarre indicazioni operative a promozione della salute, individuando condizioni problematiche o potenzialmente tali. La raccolta dei dati, orientata ai suddetti obiettivi, si serve di indicatori latamente connessi alla salute in senso stretto, ma correlati a quanto può essere vicino al concetto di *benessere* in senso ampio. La varietà dei temi indagati è data da alcuni indicatori inerenti alla sfera personale, e la raccolta dei dati tramite questionari consente di rilevare aspetti riguardanti la percezione del proprio stato di salute, la soddisfazione per la propria vita.

Altri aspetti, invece, fanno riferimento a scale internazionali standardizzate, come la rilevazione dei sintomi di depressione<sup>66</sup>, l'autonomia nelle attività funzionali e strumentali<sup>67</sup>, l'attività fisica e lo stile di vita<sup>68</sup>. Altri indicatori raccolgono informazioni sulle abitudini e la ricorrenza di alcuni avvenimenti o comportamenti, e la ricorrenza di fattori di rischio per la salute, come il verificarsi di cadute; l'uso dei farmaci e la somministrazione di vaccinazione antiinfluenzale; l'abitudine al fumo; il consumo di alcol; una dieta ricca di frutta e verdura; eccesso ponderale; perdita di peso involontaria.

---

<sup>65</sup> I LEA (livelli essenziali di assistenza) “sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)”. [https://www.salute.gov.it consultato il 12/03/2025]

<sup>66</sup>Misurata attraverso la Patient Health Questionnaire-2.

<sup>67</sup>Misurate attraverso la ADL, Activities of Daily Living, e la IADL, Instrumental Activity of Daily Living.

<sup>68</sup>Misurati attraverso la Physical Activity Scale for the Elderly – PASE.

Aspetti, invece, legati alla partecipazione alla vita sociale, mirano a rilevare l'esercizio di attività lavorative retribuite; di attività informale, a supporto della famiglia o per terzi; alla partecipazione a eventi sociali o a corsi di formazione.

Ulteriori aspetti indagati riguardano l'accessibilità ai servizi sociosanitari; la qualità dell'ambiente domestico e del quartiere; informazioni anagrafiche e relative alle condizioni socioeconomiche. Il sistema di sorveglianza, così costituito, presenta delle caratteristiche innovative, prima tra tutte la collaborazione tra gli operatori sociali e sanitari, sia in fase di raccolta dei dati, sia per l'analisi e l'interpretazione dei risultati, da cui possono scaturire azioni concertate.

Sul piano strettamente metodologico, la popolazione di riferimento è la popolazione ultrasessantatreenne iscritta alle liste sanitarie di ciascuna ASL, e il campione, rappresentativo della popolazione di riferimento, viene estratto con campionamento casuale semplice stratificato dalle liste anagrafiche degli assistiti delle Asl nelle regioni.

La raccolta dei dati avviene per mezzo di interviste telefoniche strutturate, della durata di circa venti minuti, dirette da operatori sociosanitari delle ASL, precedentemente formati, tramite un questionario standardizzato<sup>69</sup>, elaborato dall'*Istituto Superiore di Sanità*. La raccolta dei dati avviene in ogni Regione o Asl aderente ogni 1-2 anni, consentendo la comparazione tra le regioni e tra le Asl, e nel tempo (ISS, 2023).

Il campione è quindi composto da "*Persone di età maggiore o uguale a 65 anni non istituzionalizzate residenti in Italia e iscritte alle anagrafi sanitarie delle ASL*"<sup>70</sup>, e sono criteri di esclusione dal campione l'essere "*residenti in RSA, RSSA, Case di riposo, Case protette o in comunità (es. convitti, carceri); ricoverati in ospedale al momento dell'indagine; domiciliati durante l'indagine in comuni diversi da quello di residenza*"<sup>71</sup>.

---

<sup>69</sup> Configurandosi come in intervista semi direttiva.

<sup>70</sup> ISS, 2023, p.8.

<sup>71</sup> Ibidem.

### IV.3 Scelta e descrizione degli indicatori

Non sempre la natura della proprietà in esame consente di operare una “*definizione operativa diretta*” (Marradi, 2007 p.165). Alberto Marradi (2007) riconosce Stuart Dodd come il primo studioso ad aver introdotto, nelle scienze sociali, il concetto di indicatore (Dodd, 1942), ma attribuisce a Paul Lazasferd il riconoscimento della funzione degli indicatori rispetto all’indice, inteso come combinazione di più indicatori. Nella scelta degli indicatori “*la condizione essenziale è che il ricercatore percepisca una stretta relazione semantica tra l’indicatore e il concetto indicato*” (Marradi, 2007, p. 169), definendo l’indicatore come una proprietà sulla quale è possibile operare una definizione operativa diretta. Costituiscono, pertanto, proprietà indispensabili dell’indicatore sia la possibilità di operare una definizione operativa diretta; sia una stretta relazione semantica con la proprietà da misurare, che prende il nome di *rapporto di indicazione* (Marradi, 2007, p. 167).

Nel caso specifico, nell’adottare il suddetto modello teorico, si è voluto avviare un esperimento che potesse misurare la dimensione personale della *capacità* dell’anziano. Sulla scorta della letteratura internazionale e dei dati disponibili, sono stati scelti quattro indicatori semanticamente opposti al concetto di *capacità*, che consentono di misurare il fenomeno nei termini della ridotta capacità, conducendo alla scelta di nominare la misura sintetica in coerenza con il suo contenuto, pertanto, *indice di limitazione*, piuttosto che *di capacità*.

Le implicazioni sul piano dell’analisi riguardano chiaramente la possibilità di osservare il fenomeno come una proprietà problematica della popolazione di riferimento sottesa all’unità territoriale, in questo caso le regioni italiane, ovvero: quanto più il punteggio dell’indice è alto, tanto più la popolazione ultrasessantatreenne risulta essere limitata nelle proprie abilità personali. Al contrario un minore punteggio dell’indice rappresenta una dimensione meno problematica pertanto più virtuosa.

La scelta di soli quattro indicatori, di cui tre più strettamente legati alla sfera funzionale, e uno legato alla sfera economica, è connessa alla volontà di avere il controllo sui risultati, ed inoltre, ottempera alla necessità di inserire dimensioni la cui direzione semantica è la medesima in larga parte della letteratura. È volontà di chi scrive, in questa iniziale fase di studio, utilizzare esclusivamente indicatori che rimandino alla dimensione funzionale e

non allo stato di salute, in quanto si riterrebbe opportuno, in quel caso, ampliare lo studio in senso multidisciplinare.

Inoltre, la selezione degli indicatori ha dovuto tener conto della volontà di operare un confronto diacronico, tra la più recente rilevazione di *Passi d'Argento* (del biennio 2022-2023), e la meno recente, con sufficienti dati a disposizione (del quadriennio 2016-2019). La possibilità di operare un confronto tra due diversi momenti temporali, uno antecedente alla pandemia da COVID-19, e l'altro successivo, rappresenta una grande possibilità di studio nell'osservare due fotografie: pre e post pandemia, tenendo a mente, tuttavia, che il confronto si basa su due momenti temporali differenti e altrettanto, su due differenti campioni. Lo studio non è da intendersi come uno studio longitudinale: il campione ha gli stessi criteri di selezione e rappresentatività nei due momenti, ma non è da riferirsi ai medesimi soggetti. Gli indicatori selezionati per l'indice sono quattro, indicati nel database *Passi d'Argento* come: *disabili; fragili; almeno un problema sensoriale; molte difficoltà economiche*. A seguire, verrà illustrato nel dettaglio ognuno dei quattro indicatori, specificata la motivazione alla scelta e disambiguazione rispetto ad altri concetti simili o pertinenti.

Tra i quattro indicatori scelti, tre sono esplicitamente riferiti alla dimensione della funzionalità fisica, e uno è riferito alla dimensione socioeconomica. Qualsiasi sia il modello di invecchiamento "positivo" di riferimento, la possibilità di mantenere l'autosufficienza è inequivocabilmente correlato a ciò che possiamo definire un *buon invecchiamento*, che sia *attivo, in salute, di successo*, o qualsiasi altra etichetta. La possibilità di mantenere l'autonomia nella vita quotidiana, è considerata propedeutica ad un buon inserimento sociale, e alla possibilità di esperire in libertà esperienze e impegni significativi lungo tutto il corso della vita, pertanto, di prioritario interesse rispetto ad altre dimensioni potenzialmente riconducibili ad un buon invecchiamento.

Tre gli indicatori di funzionalità fisica, di seguito espressi come etichettati dal database *Passi d'Argento*: *disabilità; fragilità; uno o più problemi sensoriali*; e uno l'indicatore socioeconomico, *molte difficoltà economiche*, che, unico indicatore di natura non funzionale in senso fisico, rappresenta una possibilità sintetica di osservare al fenomeno della "limitazione", come ridotta capacità di agire nel proprio ambiente di vita, anche in seno a fattori sociali ed economici.

L'indicatore *disabilità* risulta essere di imprescindibile importanza per il fenomeno indagato, misurando la quota di anziani definiti tali nel dato territorio regionale. Nello specifico: “*disability is defined as difficulty or dependency in carrying out activities essential to independent living, including essential roles, tasks needed for self-care and living independently in a home, and desired activities important to one’s quality of life*” (Fried *et al.*, 2004, p.255). Operativamente, l'indicatore di *Passi D'Argento* utilizza la nota scala ADL (*Activity of Daily Living*), sulla quale vi è largo accordo internazionale di utilizzo per la rilevazione della disabilità fisica. La scala o indice ADL, altrimenti detta scala o indice *di Katz*, dall'introduzione della stessa ad opera di Sidney Katz (1963), fu originariamente sviluppata a partire da alcune osservazioni su un gruppo di pazienti con frattura all'anca, effettuate da medici, infermieri, sociologi e altri professionisti opportunamente formati (Katz *et al.*, 1963). La scala valuta l'autonomia sulla base delle prestazioni in sei attività ritenute fondamentali per il vivere quotidiano: lavarsi; vestirsi; andare in bagno; spostarsi; gestire la continenza e alimentarsi (*ibidem*). Tali attività sono considerate, nel loro insieme, attività indispensabili per il vivere in autonomia. Seguendo l'indice di Katz, è considerato disabile il soggetto di 65 anni o più che dichiara di non poter svolgere in autonomia una o più di una delle sei attività fondamentali sopra elencate. E, considerato che le rilevazioni *Passi d'Argento* si basano sulle dichiarazioni degli stessi anziani, è considerato *disabile* il soggetto *che dichiara* di non riuscire a svolgere in autonomia una o più delle sei attività fondamentali della vita quotidiana. È già intuitiva e univoca la relazione tra qualsiasi etichetta di gerontologia positiva e il mantenimento delle ADL, ma se ne riportano alcuni più rilevanti esempi: in primis, dal modello di Rowe e Kahn (1987; 1997), in cui “*successful ageing is defined as high physical, psychological, and social functioning in old age without major diseases*” (Urtamo *et al.*, 2019, p. 359); nel modello *aging well* di Fernández-Ballesteros *et al.* (2008; 2013), “*successful ageing is defined by the domains of health and activities of daily living (ADL), physical and cognitive functioning, social participation and engagement, and also positive affect and control*” (Urtamo *et al.* 2019, p. 359), e ancora, l'*Healthy Ageing* è descritto come “*the process of developing and maintaining the functional ability that enables well-being in older age*” (WHO 2015, p.28). Nello specifico, la scheda tecnica dell'indicatore *disabili* riporta che questo è il rapporto tra: *Persona con 65 anni o più, residente in Italia, che dichiara di avere*

*problemi a svolgere in maniera autonoma 1 o più attività fondamentali della vita quotidiana, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere contenente, usare i servizi igienici per fare i propri bisogni (Activity of Daily Living – Adl); e gli intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sulle Adl, esclusi i valori mancanti; corrispondente all'intero campione<sup>72</sup>.*

È necessario sottolineare che il termine *disabilità* qui utilizzato non è da sovrapporre a quanto, in senso comune e agli addetti ai lavori, è classificabile come persona non autosufficiente o con disabilità in riferimento alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104. *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*. La non autosufficienza o disabilità di cui alla suddetta legge, e oggetto pertanto di interventi integrati sociosanitari, è valutata in senso multidimensionale, rispetto a quattro dimensioni: clinica; funzionale; mentale e sociale.

Brevemente, la dimensione *clinica*, valuta la presenza o assenza di patologie croniche, la comorbidità di più patologie, e in risposta a queste, i bisogni sanitari e la valutazione di servizi infermieristici da attivare; l'assunzione di farmaci; lo stato nutrizionale; lo stile di vita, soprattutto in riferimento alle abitudini considerate fattori di rischio quali il consumo di alcol o l'abitudine al fumo.

La dimensione *mentale* esplora le capacità cognitive; eventuali disturbi o deflessione dell'umore; il manifestarsi di deliri, allucinazioni, stati di ansia, di euforia, di irritabilità, labilità emotiva, attraverso test validati per la valutazione del deterioramento mentale, o per la valutazione della presenza di stati depressivi.

La dimensione *sociale* valuta invece le condizioni abitative; l'accessibilità ai servizi; la condizione economica della persona e della sua famiglia; le prestazioni sociali e sanitarie di cui il soggetto usufruisce già (Raineri e Corradini 2019).

Queste tre dimensioni non sono oggetto di ciò che in questo esperimento viene proposto sotto l'etichetta di *disabilità* che invece, fedelmente alla definizione proposta dal sistema di sorveglianza *Passi d'Argento*, accoglie esclusivamente la dimensione funzionale dell'individuo, ovvero la sua capacità di svolgere funzioni necessarie per la gestione quotidiana.

---

<sup>72</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili#indicatori>, [consultato il 02/05/2025].

Come esposto in precedenza, la scelta degli indicatori vuole, in questa prima fase, valutare il livello di *limitazione*, inteso come impossibilità o limitata possibilità di agire autonomo. La mera presenza di una o più patologie croniche non restituisce informazioni sulla gestione delle stesse e, al contrario, potrebbe far cadere in una illusoria dicotomia tra *sani* e *malati*, così come avveniva agli albori degli studi gerontologici. Scegliere un indicatore meramente funzionale filtra questa informazione, concedendo di accedere al funzionamento della persona a prescindere dall'essere portatrice o meno di taluni disturbi o malattie. Il pensiero che orienta questa scelta è che, non è lo stato di cronicità di una o più malattie a determinare la qualità della vita, ma quanto queste possano inficiare, o meno, il quotidiano vivere. Infine è opportuno rimarcare che l'indicatore non restituisce informazioni sul grado di disabilità, piuttosto è da intendersi in senso dicotomico: disabilità assente/presente: questo è giustificato in considerazione del fatto che le attività della scala ADL, sono attività considerate basilari: è pertanto già molto rilevante non poterne svolgere una, sebbene la determinazione della disabilità presente o assente generi, di fatto, un appiattimento dell'informazione. Non è dato conoscere il livello di disabilità tramite l'utilizzo di dati secondari provenienti dal database *Passi d'Argento*, ma sarebbe opportuno indagare altre fonti di dati o valutare il reperimento di dati primari.

L'indicatore *fragili*, mira come il precedente, *disabili*, a valutare le abilità funzionali del soggetto anziano. In generale, non vi è in letteratura una univoca definizione di fragilità dell'anziano, ma vi è generale accordo che si tratti di uno stato di vulnerabilità, che si esprime in una maggiore possibilità di sfociare in uno stato di disabilità e dipendenza (Fried et al. 2004), in particolare, "*frailty can be defined as a physiologic state of increased vulnerability to stressors that results from decreased physiologic reserves, and even dysregulation, of multiple physiologic systems*" (Fried et al. 2004, p. 256), o ancora, può essere considerato come uno stato di accresciuta vulnerabilità, dovuta ad uno scompenso fisiologico, in risposta ad eventi stressanti (Clegg et al., 2013).

È opportuno sottolineare che ciò che *Passi D'Argento* chiama *fragilità* è riconducibile a ciò che è stato già illustrato come *disabilità* in riferimento alla sua dimensione funzionale illustrata in merito alla Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Questo indicatore, però, a differenza del precedente, prende in considerazione attività più complesse delle ADL dal punto

di vista fisico e cognitivo<sup>73</sup>, determinando livelli di disabilità *potenziale*, utilizzando la scala basata sulle IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*), introdotta da Lawton e Brody nel 1969.

Le IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*) sono attività complesse dal punto di vista fisico e/o cognitivo, che non riguardano esclusivamente l'ambiente domestico. Lo svolgimento di queste attività, seppure in maniera saltuaria, è necessario affinché un soggetto possa considerarsi autonomo. Le IADL, considerate, appunto, attività strumentali, riguardano le capacità di: effettuare e ricevere chiamate; recarsi a fare acquisti; preparare i propri pasti; eseguire i lavori domestici; fare il bucato; utilizzare mezzi di trasporto pubblici o privati; autosomministrarsi medicinali; gestire il denaro (Raineri e Corradini, 2019).

*Passi d'Argento* considera *fragile* la Persona con 65 anni o più, residente in Italia, che dichiara di avere problemi a svolgere in maniera autonoma 2 o più attività strumentali della vita quotidiana (*Instrumental Activity of Daily Living*), ma è completamente autonomo in tutte le funzioni fondamentali della vita quotidiana, come mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continente, usare i servizi igienici per fare i propri bisogni (*Activity of Daily Living – Adl*)<sup>74</sup>; espresso nel rapporto tra questi e tutti gli intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) alla domanda sulle IADL e ADL, esclusi i valori mancanti<sup>75</sup>.

L'indicatore, così costruito, consente di valutare nel complesso le capacità funzionali, senza che la popolazione intesa *disabile* e *fragile* si sovrapponga, dal momento che l'indicatore *fragili* li considera tali solo nel caso in cui questi non rispondano positivamente all'indicatore *disabili*.

In merito all'indicatore *almeno un problema sensoriale*, si fa riferimento a vista, udito e masticazione, ovvero la variabile è intesa in senso dicotomico, mostrando la percentuale di popolazione nella data regione, rispetto al campione, che abbia riferito almeno uno dei tre problemi sensoriali sopra elencati.

La presenza o assenza di un problema sensoriale è demandata alle risposte degli intervistati, pertanto non riferita ad una diagnosi clinica, ma alla personale esperienza e percezione della stessa.

---

<sup>73</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/fragili#indicatori>, [consultato il 02/05/2025].

<sup>74</sup> ibidem

<sup>75</sup> ibidem

In particolare, in merito alla vista le domande dell'indagine mirano a comprendere quanto sia possibile per l'anziano svolgere determinate attività, sulla base delle possedute capacità visive. Le attività indagate sono: leggere; cucire; leggere l'ora; svolgere piccoli lavori. Gli intervistati, avendo tre possibilità di risposta ("sì, abbastanza"; "sì, solo se indosso gli occhiali"; "no, non vedo bene"), sono considerati deficitari nel caso in cui dichiarino di non vedere bene, da cui si deduce che, anche con l'utilizzo delle lenti generalmente utilizzate per la presbiopia, vi siano altri problemi correlati alla vista che non è possibile correggere con le lenti. Perdere la vista ha un grandissimo impatto nella vita dell'anziano: ha conseguenze sulla possibilità di spostamento autonomo, sulla possibilità di camminare, guidare, avere accesso al trasporto pubblico; sull'abilità di partecipare a attività di volontariato o di impiego; di cogliere le opportunità di formazione continua e di mantenere le relazioni sociali. Quest'ultima problematica è dovuta sia alle sopraggiunte difficoltà di comunicazione, dovute all'impossibilità di accedere alla comunicazione non verbale e all'impossibilità di cogliere alcuni dettagli dell'esperienza che si vive, causando un aumento del senso di solitudine e di esclusione dalle reti sociali, e rendendo impossibile il reinserimento nei luoghi e nelle attività, anche sociali, dove è richiesta una normale capacità visiva. (De la Fuente-Núñez 2023).

È possibile affermare che *"Successful aging may be more challenging for visually impaired older adults as they must manage medications, compensate for physical limitations, and cope with psychological stressors while lacking ideal vision."* (Swenor, 2020, p.990). Alcuni studi mostrano come una significativa riduzione della vista abbia conseguenze anche sul tutto l'assetto funzionale, ad esempio, nel ridurre la capacità e la velocità di deambulazione; nel limitare la capacità di salire le scale e di camminare per tempi prolungati (Miyata *et al.*, 2021). La perdita di autonomia risulta, inoltre, essere maggiore in quei contesti che non sono adeguatamente forniti di servizi che possano andare incontro all'esigenza della persona non vedente (De la Fuente-Núñez, 2023).

In merito all'udito, e rispetto alla perdita della vista, si ritiene che *"Age-related hearing loss is more frequent and is associated with a greater risk of depression, impairs quality of life and the ability to conduct activities of daily living"* (Gopinath *et al.* 2021, p.203), e ancora lo studio di Gopinath *et al.* (2021), mostra chiaramente come *"the resulting com-*

*munication problems associated with age-related hearing loss can lead to reduced quality of life, depressive symptoms, cognitive decline, functional disability and reduced life expectancy*” (Gopinath *et al.* 2021, p. 206). Non soltanto la perdita di udito è, di per sé, una perdita di capacità funzionale, ma influenza negativamente altri aspetti della funzionalità dell’anziano. Nello specifico, *Passi d’Argento* si serve delle autodichiarazioni degli anziani, dando rilievo alla percezione e alla personale esperienza piuttosto che alla diagnosi clinica; questo aspetto è rilevante nella misura in cui consente di misurare l’effettivo funzionamento della persona, e non il presunto funzionamento dovuto da una o più diagnosi cliniche. Alla domanda posta “*Sente bene da poter fare quattro chiacchiere con qualcuno?*”, con la possibilità di fornire tre diverse risposte: “*sì, abbastanza*”; “*sì, solo se indosso l’apparecchio acustico*”; “*no, non sento bene*”, solo quest’ultima risposta viene interpretata come presenza del deficit sensoriale uditivo.

L’indicatore è, pertanto, il rapporto tra le *Persone con 65 o più anni che hanno risposto “no, non sento bene” alla domanda sulla difficoltà a fare quattro chiacchiere con qualcuno* e gli *Intervistati che hanno risposto alla domanda sulla difficoltà a fare quattro chiacchiere con qualcuno, corrisponde in pratica all’intero campione*<sup>76</sup>. In merito alla masticazione, in riferimento all’anziano, “*lo stato di salute e di funzionalità del cavo orale incide in maniera determinante sia sulle normali attività di vita quotidiana, sia sulle capacità relazionali e sociali. Una condizione molto frequente nell’anziano come la perdita dei denti (edentulia) è responsabile infatti non solo di riduzione della funzione masticatoria, con mutamento delle abitudini alimentari, disfagia e difficoltà digestive, ma anche di cambiamento nelle relazioni per disagio a parlare e sorridere fino all’isolamento e alla depressione*” (Martini e Lunardelli, 2010).

Inoltre, i problemi di masticazione possono compromettere la salute, compromettendo le scelte alimentari, adeguate alle difficoltà riscontrate<sup>77</sup>. In *Passi d’Argento* i problemi di masticazione sono rilevati, come per gli altri due problemi sensoriali, attraverso una domanda all’intervistato, formulata come segue: *Di solito, può mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele?*” con le possibilità di risposta: “*sì, abbastanza*”, “*sì, solo se uso la dentiera*”, “*no, non riesco a mangiare cibi difficili*”<sup>78</sup>. Quest’ultima risposta connota la presenza di un problema nella masticazione.

---

<sup>76</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/vista#indicatori> [consultato il 02/05/2025]

<sup>77</sup> *Ibidem*

<sup>78</sup> *Ibidem*.

In dettaglio, l'indicatore è l'esito del rapporto tra *Persone con 65 o più anni che hanno risposto "no, non riesco a mangiare cibi difficili"* alla domanda sulla difficoltà a mangiare cibi difficili e *Intervistati che hanno risposto alla domanda sulla difficoltà a mangiare i cibi difficili da masticare, come la carne o le mele*<sup>79</sup>. L'indicatore preso in considerazione *almeno un problema sensoriale* rappresenta la quota di anziani che possiedono uno o più problemi sensoriali (problema uditivo; di vista o di masticazione), senza tuttavia esplicitare a quale problema si faccia riferimento, e se è presente uno o più dei suddetti problemi. Non si esclude che in una fase più avanzata della ricerca si possa stabilire se e in che misura uno specifico *deficit* sensoriale possa assumere maggiore gravità rispetto ad altri, operando, eventualmente, una ponderazione dei risultati.

L'ultimo indicatore, indicante le difficoltà economiche, nel sistema *Passi d'Argento* etichettato *come molte difficoltà economiche* rappresenta la percezione che lo stesso anziano ha della sua condizione economica, ovvero la quota di anziani che *riferisce di avere molte difficoltà ad arrivare alla fine del mese con risorse proprie o familiari di cui dispone*<sup>80</sup>. La scelta di utilizzare questo indicatore della condizione economica, piuttosto che altri a disposizione, è motivato dalla volontà di mantenere valide le operazioni tra gli indicatori, in quanto riferiti allo stesso campione, tuttavia, l'aspetto limitante di questa scelta, è che l'indicatore potrebbe essere soggetto ad alcune distorsioni in quanto la propria condizione economica è autodichiarata dagli intervistati, pertanto fortemente dipendente dalla percezione personale delle difficoltà, assumendo la possibilità che i soggetti sottostimino o sovrastimino la propria condizione economica, sulla base della propria condizione individuale e culturale.

Tra gli indicatori della dimensione socioeconomica, è stata scelta la condizione economica in quanto ritenuta certamente impattante nel limitare le possibilità di azione. Infatti, *"The positive correlation between health and socioeconomic status has been widely documented in economic, epidemiological and sociological studies"* (Dumontet *et al.* 2024, p. 7). L'influenza dello status socioeconomico sulla salute è sostenuta da diversi studi longitudinali, e si ritiene che scarse risorse economiche possano condurre a difficoltà

---

<sup>79</sup> Ibidem.

<sup>80</sup> <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/socio> [consultato il 02/05/2025]

nell'ottenimento di assistenza medica, così come diagnosi e cure tardive e ridotto accesso a servizi di tipo preventivo. Altresì, la salute influisce sullo status socioeconomico contribuendo a ridurre la capacità lavorativa (*ibidem*), e l'associazione tra le due variabili, disponibilità economica e stato di salute, è stata confermata in diversi momenti, luoghi e per differenti fasce di età (Goldman, 2001; Adams *et al.* 2003).

Molti studi e tentativi di operativizzare il concetto di *successful ageing* tengono in considerazione la condizione economica, con risultati in cui “*better economic status increased the possibility of achieving successful aging*” (Jang, 2020, p.9), e revisioni sistematiche degli studi sugli indicatori da includere entro il concetto di *successful ageing*<sup>81</sup>, individuano studi che segnalano un alto livello di reddito, alti livelli di istruzione e occupazioni di alto livello come positivamente correlate al *successful ageing* (Domènech-Abella *et al.* 2018; Cooney e Curl 2019, Lee-Bravatti *et al.* 2021).

Considerare la dimensione funzionale, e costruire un indice di *limitazione*, è in linea, anche con la recente introduzione della definizione di *persona anziana non autosufficiente*, di cui al Decreto Legislativo 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>82</sup>, la cui definizione descrive *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*”<sup>83</sup>.

Infine, la *tabella 2*, mostra graficamente l'assetto degli indicatori scelti, e le dimensioni, funzionale e socioeconomica sottostante, utile a chiarire il *rapporto di indicazione* (Marardi, 2007, p.167) degli indicatori rispetto all'indice, e la *ratio* della costruzione di quest'ultimo.

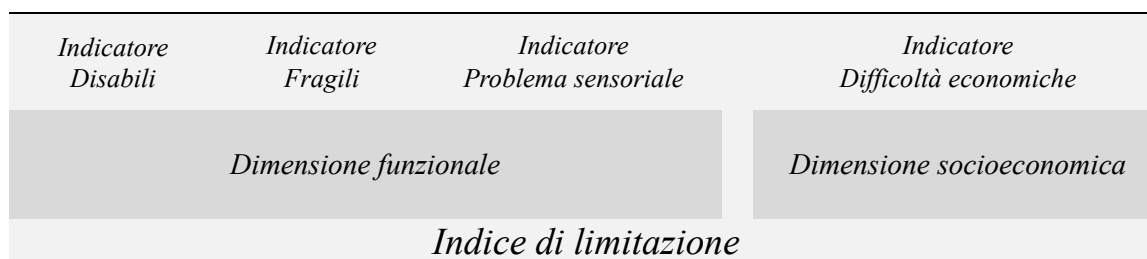
---

<sup>81</sup> Si veda un esempio di recente pubblicazione, Rodrigues *et al.* ,2023.

<sup>82</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2024;029>

<sup>83</sup> *Ibidem*.

Tab.2- Rappresentazione grafica della costruzione dell'indice di limitazione.



Fonte: rappresentazione dell'autrice.

#### IV.4 Le regioni come unità territoriale

Lo studio ammette come unità territoriali le regioni italiane, ovvero il livello *NUTS 2* della nomenclatura utilizzata nell'Unione Europea. La ragione più rilevante per tale scelta è da ricercare entro la letteratura prodotta al momento: non esiste, ovvero, un *background* sperimentale, tale da consentire un'analisi ad un livello territoriale più dettagliato.

Il sociologo del territorio non avrebbe stupore nel cogliere sostanziali differenze nei territori, anche limitrofi o appartenenti a regioni che appaiono virtuose nella loro totalità. Questo livello di analisi potrebbe essere condotto solo alla luce di considerazioni dettagliate su fenomeni che interessano oggi la nostra penisola. Si pensi, ad esempio allo spopolamento delle aree interne e ciò che ne consegue per la popolazione più anziana. O ancora, alle differenze territoriali nella fornitura di servizi. A questo si aggiunga la disponibilità dei dati: la *Sorveglianza Passi d'Argento* raccoglie i dati al livello delle ASL. Richiedendo l'accesso a questo livello di analisi, per il quale i dati non sono direttamente disponibili come i dati regionali, il massimo livello di dettaglio è appunto un livello ancora abbastanza macro da non rilevare differenze, per esempio, tra aree interne e non, o tra le diverse amministrazioni comunali, ma consentirebbe comunque di osservare come e se le singole ASL abbiano attuato processi virtuosi e se e come questi abbiano impattato nella vita dei loro anziani.

Un altro rilevante motivo della scelta riguarda le differenti traiettorie che ogni regione ha intrapreso nello sviluppo di politiche per l'invecchiamento attivo (vedasi cap.IV). Ogni regione possiede una sua tradizione nella cura dell'anziano e nella promozione dell'invecchiamento attivo, tale da produrre effetti e condizioni molto differenziati tra le varie regioni, che hanno propri servizi e iniziative. A questo proposito, la regione Trentino-Alto Adige non è presente nelle analisi, ma sono prese in considerazione e trattate alla stregua delle altre regioni, la Provincia Autonoma di Trento e la Provincia Autonoma di Bolzano: questo orientamento è seguito anche dal sistema *Passi d'Argento*, e dai report del *Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*. Inoltre, condizione necessaria per includere le regioni nel calcolo dell'indice è la partecipazione alla raccolta dei dati ai due momenti temporali: 2016-2019 e 2022-2023. Questo non è avvenuto per le regioni Toscana, Lombardia e Valle d'Aosta, quest'ultima è stata comunque rappresentata, vista la disponibilità del dato, al fine di non perdere l'informazione, ma solo per il secondo momento temporale, il che rende impossibile operare un confronto diacronico, che è uno degli obiettivi di questo studio.

#### **IV.5 Il calcolo dell'indice di limitazione**

Scelti i quattro indicatori, la costruzione dell'indice ha previsto l'utilizzo del *software* di analisi dei dati SPSS<sup>84</sup>. Costruita la matrice dei dati con gli indicatori scelti, per il primo momento temporale 2016-2019 e per il secondo 2022-2023, si è proceduto all'analisi attraverso gli strumenti di *riduzione delle dimensioni*, selezionate le quattro variabili e operato l'analisi fattoriale. Si precisa che non è stata operata una standardizzazione dei valori delle quattro variabili, in quanto i dati riportati erano già mostrati per valori percentuali, pertanto già ordinati un medesimo range di variazione (0-100), e di conseguenza ritenuti già comparabili.

L'aspettativa per la riuscita del calcolo dell'indice è l'estrazione di un unico fattore latente che spieghi buona parte delle relazioni tra gli indicatori. Questa tecnica si ritiene valida

---

<sup>84</sup> Ibm-Spss 26.

in quanto già collaudata in altri studi di stampo territoriale<sup>85</sup>. L'unico fattore estratto costituisce, di fatto, lo stesso *indice di limitazione*. Inoltre, dà una prima conferma della validità<sup>86</sup> degli indicatori, per costruito<sup>87</sup>.

In questo particolare caso, costruendo l'indice per due momenti temporali differenti, era necessario che le operazioni fossero valide per entrambi i range temporali. La conferma dei risultati per entrambi i momenti è considerata una ulteriore dimostrazione di validità della misura.

In particolare, l'aspettativa di cui sopra è soddisfatta: la *tabella 3* mostra i risultati dell'analisi fattoriale per i quattro indicatori (componenti), per il calcolo dell'indice di limitazione per gli anni 2016-2019, in cui il fattore principale estratto spiega l'83,34 % della varianza, fornendo un risultato solido al presente esperimento.

*Tab.3- Indice di limitazione, media degli anni 2016-2019: varianza totale spiegata*

<i>Componente</i>	<i>Autovalori iniziali</i>			<i>Somme dei quadrati di estrazione</i>		
	<i>Totale</i>	<i>% di varianza</i>	<i>% cumulativa</i>	<i>Totale</i>	<i>% di varianza</i>	<i>% cumulativa</i>
1	3,33	83,34	83,34	3,33	83,34	83,34
2	0,46	11,37	94,71			
3	0,16	4,04	98,75			
4	0,05	1,25	100,00			

*Fonte: elaborazione dell'autrice*

Allo stesso modo la *tab.4* mostra come, anche per i dati riferiti al biennio 2022-2023, è stata ottenuta l'estrazione di un unico fattore, che spiega il 70, 33% della varianza, for-

<sup>85</sup> Cfr. Colleoni e Lipari, 2023.

<sup>86</sup> "La validità è una proprietà del concetto I in quanto possibile indicatore del concetto C in un determinato ambito spazio-temporale e con una determinata unità d'analisi" (Marradi, 2007, p. 176).

<sup>87</sup> "La cosiddetta validazione per costruito (*construct validation*), nella quale il supposto indicatore non si associa con indicatori dello stesso concetto, ma con variabili che - secondo le aspettative teoriche ho il senso comune - dovrebbero avere una relazione empirica forte (positiva o negativa) col concetto da indicare. L'indicatore si giudica valido se le relazioni sono simili a quelle che si aspettavano." (Marradi, 2007, p. 178).

nendo un risultato meno solido del precedente ma molto valido. Questo risultato per entrambi i periodi temporali consente di procedere con sicurezza al confronto diacronico e offre ricchezza di interpretazione dei risultati in senso longitudinale.

*Tab.4- Indice di limitazione, media degli anni 2022-2023: varianza totale spiegata*

<i>Componente</i>	<i>Autovalori iniziali</i>			<i>Somme dei quadrati di estrazione</i>		
	<i>Totale</i>	<i>% di varianza</i>	<i>% cumulativa</i>	<i>Totale</i>	<i>% di varianza</i>	<i>% cumulativa</i>
1	2,81	70,33	70,33	2,81	70,33	70,33
2	0,65	16,15	86,48			
3	0,37	9,36	95,84			
4	0,	4,17	100,00			

*Fonte: elaborazione dell'autrice*

Dall'analisi fattoriale i punteggi fattoriali ottenuti sono stati salvati come variabili, e mostrati nella *tab.5*.

I punteggi fattoriali, che il software ha prodotto con il metodo della regressione, mostrano punteggi sia positivi che negativi: questo è chiaramente esplicabile in senso alla relazione che ciascuna regione ha rispetto alla misura del costruito *indice di limitazione*, ovvero punteggi più bassi, negativi in questo caso, denotano un minore valore dell'*indice di limitazione*, e pertanto una migliore condizione relativa. Al contrario, alti punteggi nell'*indice di limitazione* denotano una condizione più problematica, in relazione al resto dei risultati.

Dai punteggi ottenuti, tuttavia non vi era possibilità e immediatezza di operare il confronto diacronico per il quale è stato elaborato l'indice nei due anni. Si è ritenuto che il differente campo di variazione dei punteggi fosse un ostacolo alla confrontabilità dei risultati.

Ciò che si intende, più nello specifico, è: data una distribuzione statistica disaggregata, si chiama campo di variazione la differenza tra il valore più grande e quello più piccolo della distribuzione (Cicchitelli, 2012).

*“Il campo di variazione [...] è maggiore o uguale a zero, assume il valore zero se i termini della distribuzione sono tutti uguali; resta invariato se si aggiunge a ogni termine della distribuzione una quantità costante; se ogni termine della distribuzione viene moltiplicato*

*per una costante, l'indice risulta moltiplicato per il valore assoluto della costante” (Cicchitelli, 2012, p.139).*

In particolare, per l'indice degli anni 2016-2019 il campo di variazione è uguale a 3,07; mentre per l'indice degli anni 2022-2023, uguale a 4,05.

Si è valutato opportuno riadattare i due campi di variazione, al fine di renderli uguali e, pertanto, dare luogo alla comparazione diacronica. Per fare questo, i punteggi sono stati nuovamente calcolati sulla base di un campo di variazione arbitrario, scelto mantenendo la qualità esplicativa del dato positivo e negativo, e la valenza centrale che assume il valore 0 come valore medio, riadattando i valori a un range di variazione compreso tra -50 e 50.

*Tab.5- Punteggi fattoriali, indice di limitazione, anni 2026-2019, anni 2022-2023.*

<i>Territorio</i>	<i>Indice di limitazione anni 2022-2023</i>	<i>Indice di limitazione anni 2016-2019</i>
Basilicata	2,75571	1,46196
Puglia	0,70146	1,40205
Campania	1,15637	1,30931
Calabria	0,28298	1,24639
Sicilia	0,75453	0,95194
Sardegna	0,86942	0,78213
Abruzzo	0,16864	0,59447
Marche	0,23929	0,41356
Umbria	0,33335	0,20757
Lazio	0,18023	-0,12527
Emilia-Romagna	-0,92336	-0,49631
Veneto	-1,03298	-0,60178
Liguria	-0,73079	-0,68517
Provincia di Trento	-1,23938	-0,77646

Friuli-Venezia Giulia	-0,70121	-0,95561
Provincia di Bolzano	-1,29685	-1,07442
Molise	-0,59276	-1,25354
Piemonte	-0,46928	-1,60435

---

Fonte: elaborazione dell'autrice

Per svolgere questa operazione è stata utilizzata la tecnica di *rescaling* del *min-max scaling*, o *min-max normalization*, e applicata la seguente formula:

$$x' = \min(x') + \frac{(x - \min(x)) (\max(x') - \min(x'))}{\max(x) - \min(x)} \quad 88$$

Dove:

- $x'$  è il valore trasformato nel nuovo intervallo  $[\max(x') - \min(x')]$
- $x$  è il valore originale nel vecchio intervallo  $[\min(x), \max(x)]$
- $[\min(x), \max(x)]$  è l'intervallo di partenza
- $[\max(x') - \min(x')]$  è il nuovo intervallo

Posto il nuovo intervallo, dove  $\max(x')$  è uguale a 50 e  $\min(x')$  è uguale a -50, applicato il calcolo a tutti i punteggi (di cui alla tab. 3), i nuovi punteggi ottenuti sia *nell'indice di limitazione* negli anni 2016-2019, sia in quello riferito agli anni 2022-2022, sono compresi entro i nuovi valori e consentono un immediato confronto dei risultati (tab.6 e tab.7), che verranno analizzati nel dettaglio a seguito dell'esposizione delle relative rappresentazioni cartografiche.

---

<sup>88</sup> Si consideri tale espressione come il risultato dello svolgimento della seguente equazione, che esprime, al primo membro, la formula per il range di variazione con i valori iniziali, e al secondo membro la medesima formula con i valori del nuovo intervallo:

$$\frac{x - \min(x)}{\max(x) - \min(x)} = \frac{x' - \min(x')}{\max(x') - \min(x')}$$

## IV.6 Rappresentazioni cartografiche, descrizione e commento dei risultati

Nel volere utilizzare gli strumenti del *Sistema Informativo Geografico (Geographic Information System, GIS)*, si è proceduto alla rappresentazione dei punteggi dell'indice in due cartogrammi, tramite l'utilizzo del software *QGis*<sup>89</sup>, al fine di renderne immediatamente leggibili le proprietà, sia nei due singoli momenti, che in senso comparativo.

Pensare spazialmente i fenomeni sociali consente, con la sensibilità che è propria di chi osserva e studia in relazione ai territori, di osservare e scorgere interpretazioni che potrebbero sfuggire alla sola lettura del dato.

Operativamente, i risultati dei punteggi trasformati sono stati riportati in un database, poi caricato come *layer di testo delimitato*.

Prima di procedere alla rappresentazione è stato necessario costruire uno *shapefile* che, in linea con l'orientamento seguito nella rassegna delle politiche, e nel calcolo dei punteggi, ammettesse separatamente la rappresentazione della Provincie autonome di Trento e di Bolzano. Creato lo *shapefile*; caricati i dati; effettuata la *join*, è stata operata poi la classificazione e la rappresentazione.

La classificazione definitiva<sup>90</sup> è stata operata su cinque classi, con metodo di classificazione a intervalli costanti “*basato sull'assegnazione delle unità di osservazione a classi caratterizzate da un uguale intervallo dei valori di una variabile*” (Boffi, 2004, p.147). Questo metodo “*produce una classificazione intuitiva e di facile comparazione*” (Boffi, 2004, p.62). L'operazione di adattamento dei campi di variazione precedentemente operata consente in questa fase di ottenere due cartogrammi con le medesime classi della medesima ampiezza.

La *fig.18* e la *fig.20* mostrano le rappresentazioni cartografiche prodotte. Come è possibile notare dalle stesse rappresentazioni, le classi sono state rappresentate in modo da rendere evidente la relazione tra il punteggio dell'indice e il risultato che il punteggio assume. Ovvero, le classi con punteggio negativo (che includono i punteggi compresi tra -30 e -

---

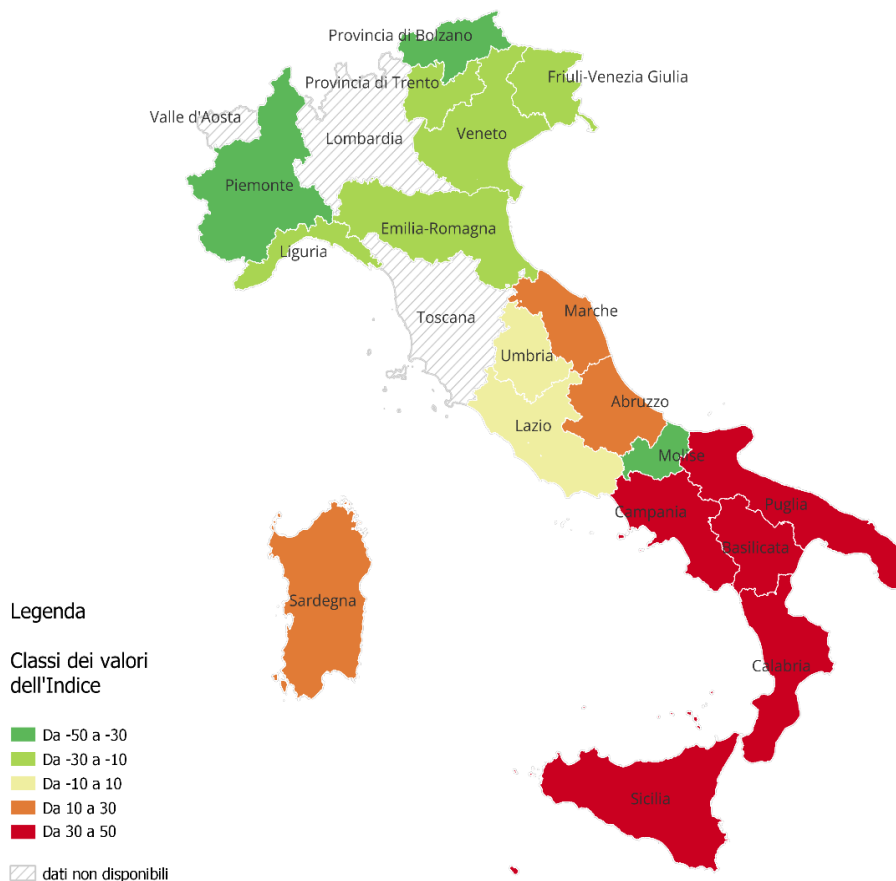
<sup>89</sup>Ver 3.34.4

<sup>90</sup> Prima della scelta del metodo definitivo di rappresentazione, sono stati operati dei tentativi esplorativi, per meglio conoscere la distribuzione dei risultati e individuare la rappresentazione idonea: ovvero sono stati rappresentati i dati anche su tre classi, e con metodo di classificazione naturale (Jenks).

50) sono rappresentate in due gradienti di verde, che corrispondono a un minore un punteggio nell'indice di limitazione, e pertanto una migliore condizione relativa dell'anziano. Al contrario, le classi positive (che includono i punteggi compresi tra 30 e 50), che indicano, pertanto, un maggiore punteggio nell'indice di limitazione, sono rappresentati con due gradienti di rosso, a simboleggiare una peggiore condizione relativa dell'anziano, a fronte di un più elevato punteggio nell'indice di limitazione.

Un' ulteriore classe comprende i valori centrali (compresi tra -10 e 10), ed è rappresentata in giallo. Sulla base delle classi ottenute i punteggi sono stati ulteriormente rappresentati per classe, con i relativi punteggi nella tabella 5 e nella tabella 6.

*Fig.18- Indice di limitazione, anni 2016-2019*



*Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento, 2016-2019.*

La *fig.17* mostra i risultati dell'indice per la media degli anni 2016-2019. La rappresentazione risulta essere quasi a gradiente, con un Sud marcatamente “*in rosso*” e un Nord “*in verde*”, con dei risultati che seguono da Nord a Sud i gradienti della classificazione. Ciò che si evince è, di certo, un mercato divario tra Nord e Sud, e di un centro che assume caratteristiche miste, collocandosi, perlopiù nella classe centrale.

La lettura della *tabella 6* consente di osservare nel dettaglio i risultati per le singole regioni. Il punteggio più basso dell'indice è della Regione Piemonte, seguito sorprendentemente da una Regione del Sud, il Molise (con punteggio -38,6), e dalla Provincia Autonoma di Bolzano (con un punteggio di -32).

*Tab.6- Indice di limitazione, media degli anni 2016-2019*

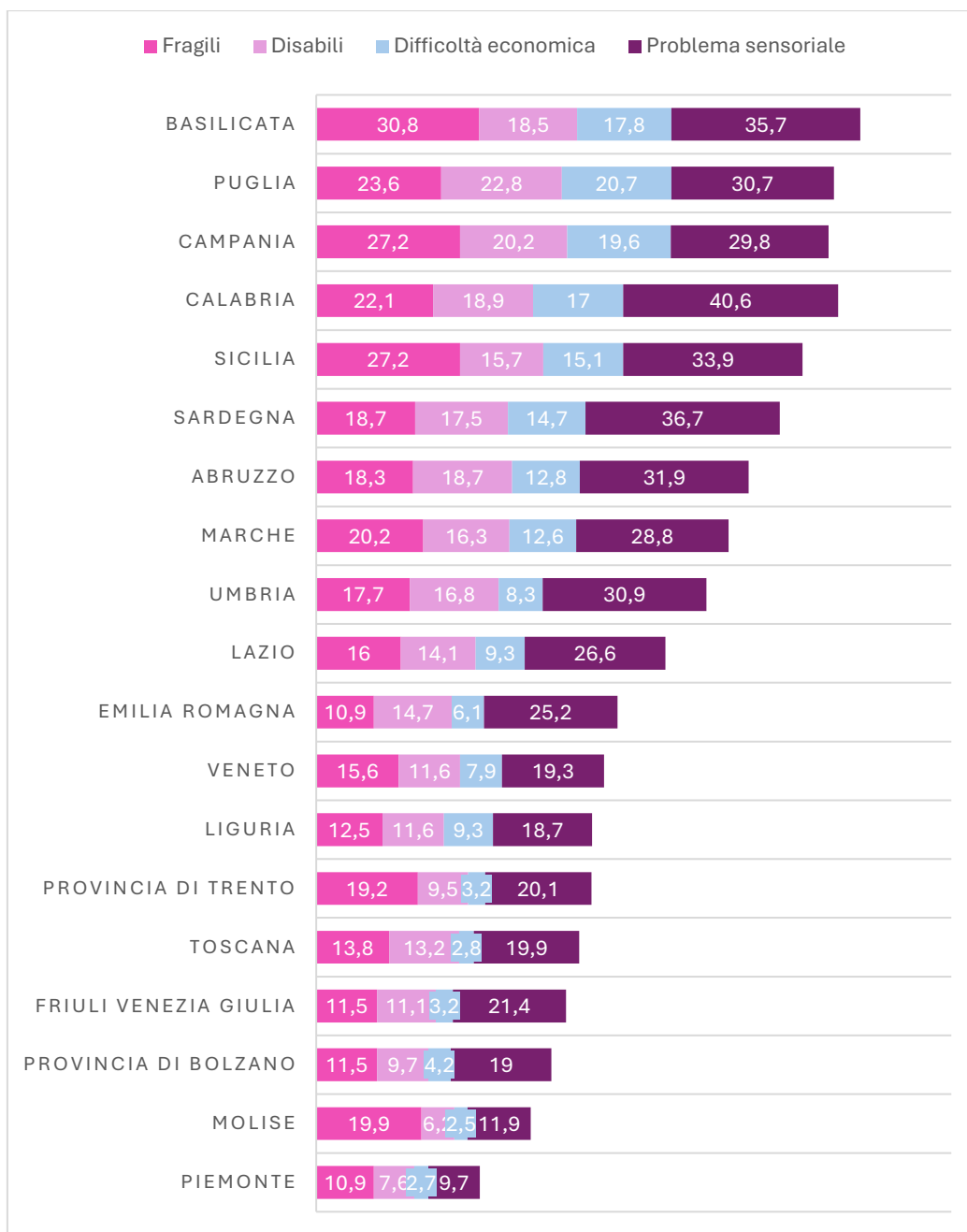
<i>Punteggi dell'Indice di limitazione negli anni 2016-2019</i>	
<i>Territorio</i>	<i>Punteggio</i>
Piemonte	-50,0
Molise	-38,6
Provincia di Bolzano	-32,7
Friuli-Venezia Giulia	-28,8
Provincia di Trento	-23,0
Liguria	-20,0
Veneto	-17,3
Emilia-Romagna	-13,9
Lazio	-1,8
Umbria	9,1
Marche	15,8
Abruzzo	21,7
Sardegna	27,8

Sicilia	33,4
Calabria	43,0
Campania	45,0
Puglia	48,0
Basilicata	50,0

*Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento, 2016-2019.*

Seguono: Friuli-Venezia Giulia; Liguria; Veneto Emilia-Romagna e la Provincia di Trento. Le regioni centrali Lazio e Umbria sostano sulla classe centrale, con un più basso punteggio dell'indice per la Regione Lazio (-1,8) e un più alto punteggio per l'Umbria, 9,1 che, pertanto denota una peggiore condizione relativa. Seguono Marche, Abruzzo e Sardegna, e l'ultima classe ospita cinque regioni del Sud: la Sicilia; la Calabria; la Campania, la Puglia, ed infine, con il punteggio più alto, denotando, così la peggiore condizione di limitazione dell'anziano, la Basilicata.

Fig.19- Composizione degli indicatori, anni 2016-2019



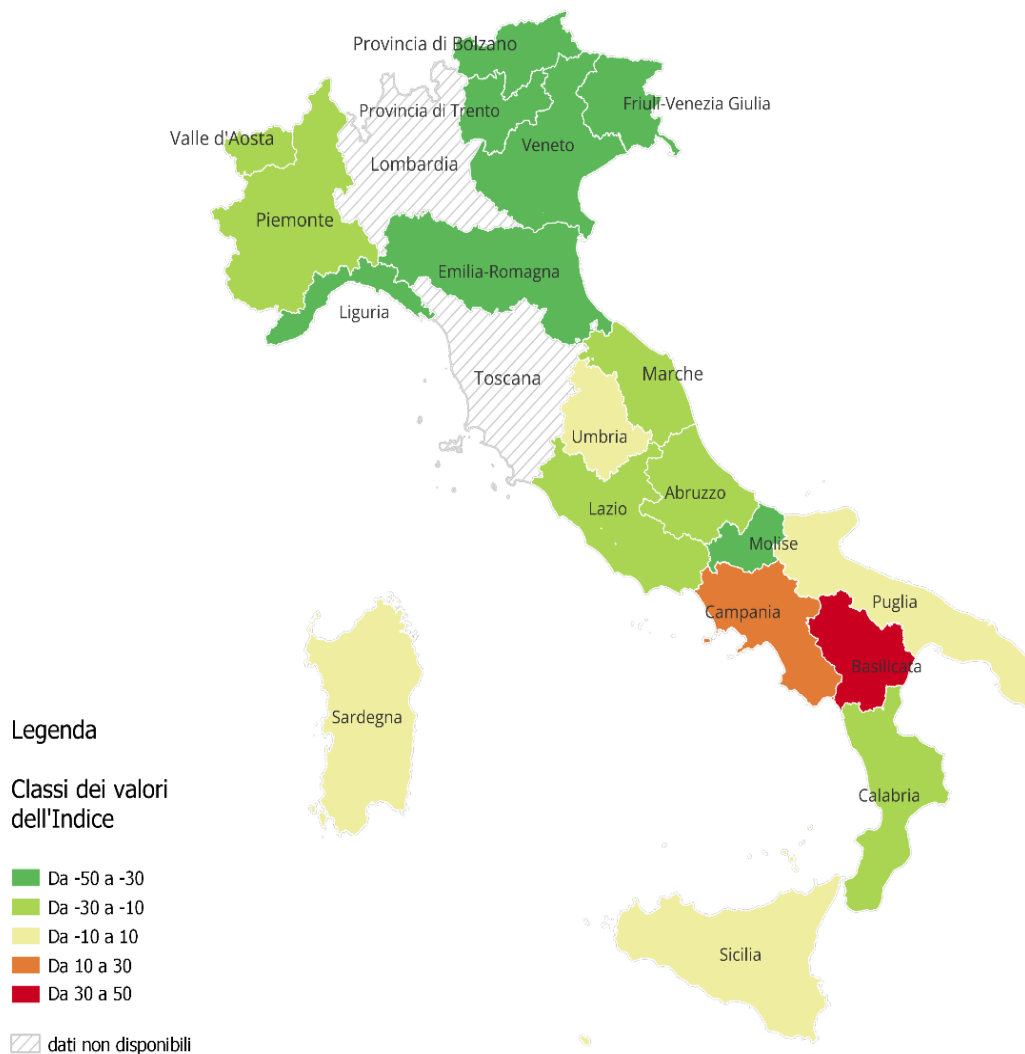
Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento, 2016-2019.

La figura 18 mostra la composizione degli indicatori che compongono l'indice, al fine di osservare quale, tra gli indicatori, possa maggiormente aver pesato sui risultati per le singole regioni. L'istogramma si mostra ordinato sulla base del punteggio totale sull'indice di limitazione, e riporta gli indicatori sulla base dei dati originali del sistema *Passi d'Argento*. A colpo d'occhio, l'indicatore che pesa meno sui risultati è l'indicatore di *difficoltà*

*economiche*, mentre risulta quasi preponderante l'indicatore relativo a *problemi sensoriali*, soprattutto per le regioni del Sud Italia, che registrano i punteggi più alti. Le regioni appartenenti all'ultima classe: Sicilia, Calabria, Campania, Puglia, Basilicata, mostrano anche punteggi più alti nell'indicatore *fragili*. La Regione Molise, che sembra un caso anomalo, rispetto alle regioni limitrofe, spiega il suo risultato in relazione ad una bassissima registrazione di anziani *disabili* e pochi dichiaranti in *difficoltà economica*. Se si osservano i punteggi, infatti, il Molise registra sui due indicatori un punteggio più basso del Piemonte, ma non è la regione più virtuosa, in quanto "recupera" con più alto punteggio nell'indicatore *fragili*.

La *fig. 19* mostra la rappresentazione cartografica per l'*indice di limitazione* negli anni 2022-2023. La situazione appare molto diversa dalla prima immagine, relativa agli anni 2016-2019, con un generale "schiarimento" dell'Italia, che tende a punteggi più bassi, e di conseguenza, ad una migliore condizione rispetto alla limitazione dell'anziano. Le regioni del Nord, assumendo ancora i toni del verde, mostrano, in generale un miglioramento con più regioni che appartengono alla classe più virtuosa. La regione Piemonte, che negli anni 2016-2019 mostrava la migliore condizione tra le regioni italiane, lascia adesso il posto alla Provincia di Bolzano (*tab.7*), seguita dalla Provincia di Trento, con uno scarto di punteggio di 1,4. Le altre regioni della prima classe: Veneto; Emilia-Romagna; Liguria; Friuli-Venezia Giulia, e infine, Molise. Ancora, con punteggi negativi rispetto all'indice di limitazione, la regione Piemonte, che in questo caso, pur trovandosi in una condizione relativamente virtuosa, ha peggiorato la sua condizione; la regione Valle d'Aosta, che è stata inserita solo per gli anni 2022-2023, per indisponibilità dei dati, la regione Abruzzo, che nei primi anni mostrava punteggi al di sopra della media, quindi una condizione peggiore, una maggiore limitazione dell'anziano rispetto alla media italiana, Lazio, Marche, e Calabria. Limitando lo sguardo, in questa fase, alla descrizione dei risultati, si rimanda alla discussione per motivarne l'esito. La classe centrale acquisisce nuove regioni e, insieme all'Umbria, la Puglia, la Sicilia e la Sardegna, migliorano la loro condizione e ottengono un punteggio più basso sull'indice di limitazione. Solo la Campania appartiene alla classe "arancio", con un punteggio di 10,5, e mantiene la peggiore condizione la regione Basilicata, unica nella classe "rossa".

Fig.20- Indice di limitazione, anni 2022-2023



Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento, 2022-2023.

A seguire, la rappresentazione della composizione degli indicatori rispetto al totale del punteggio dell'indice di limitazione (figura 21), sui dati originali del Sistema Passi d'Argento, consente uno sguardo più analitico.

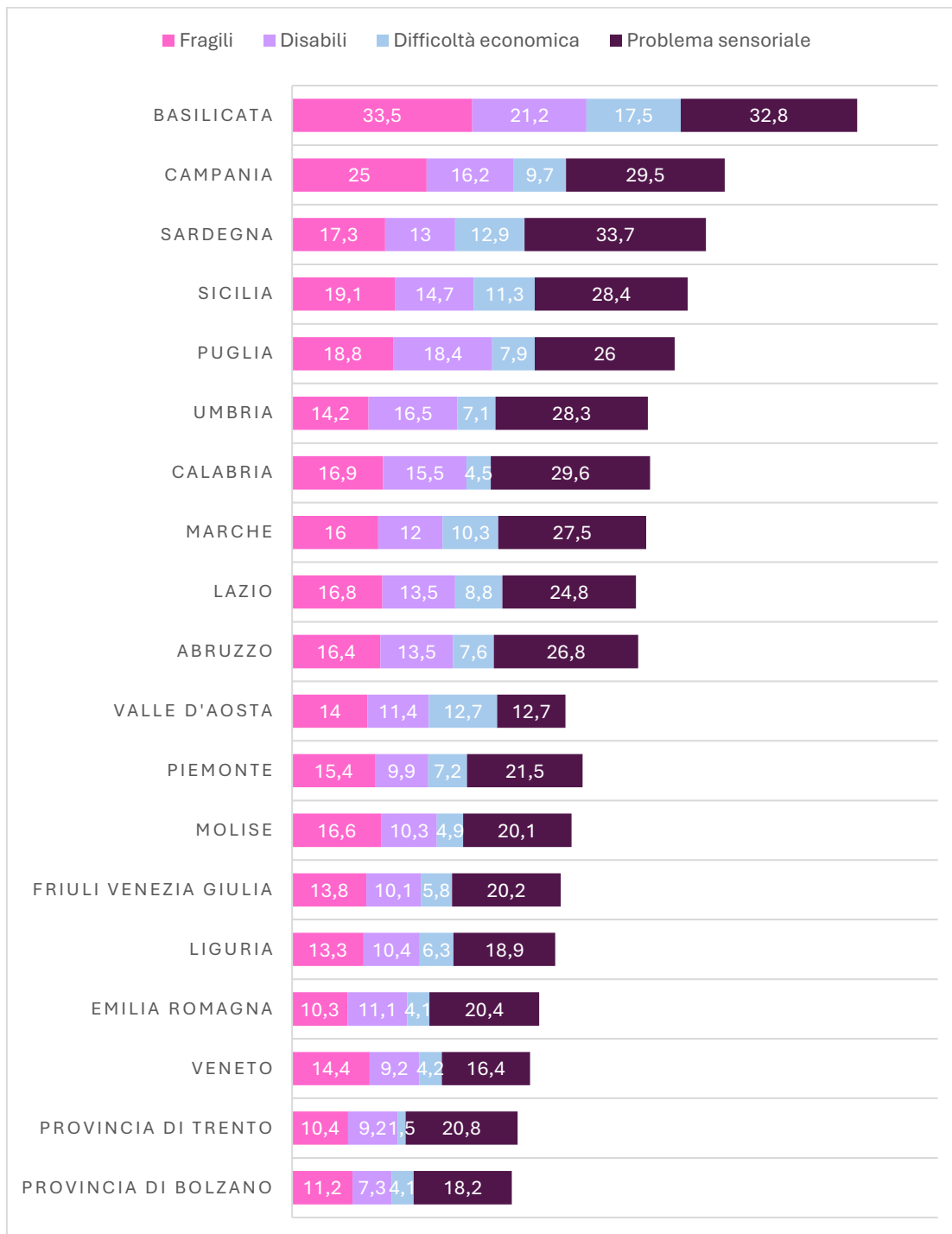
Tab.7- *Indice di limitazione, media degli anni 2022-2023.*

<i>Punteggi dell'Indice di limitazione, anni 2022-2023</i>	
<i>Territorio</i>	<i>Punteggio</i>
Provincia di Bolzano	-50,0
Provincia di Trento	-48,6
Veneto	-43,5
Emilia-Romagna	-40,8
Liguria	-36,0
Friuli-Venezia Giulia	-35,3
Molise	-32,6
Piemonte	-29,6
Valle d'Aosta	-29,2
Abruzzo	-13,8
Lazio	-13,6
Marche	-12,1
Calabria	-11,0
Umbria	-9,8
Puglia	-0,7
Sicilia	0,6
Sardegna	3,5
Campania	10,5
Basilicata	50,0

Fonte: *elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento, 2022-2023.*

La *figura 21* mostra, anche per gli anni 2022-2023, una preponderanza dell'indicatore riguardante i *problemi sensoriali* e la quota di anziani definiti *fragili*, mentre meno manifeste risultano le condizioni di *difficoltà economica*, e, nell'insieme, di *disabilità*.

Fig.21- Composizione degli indicatori, anni 2022-2023



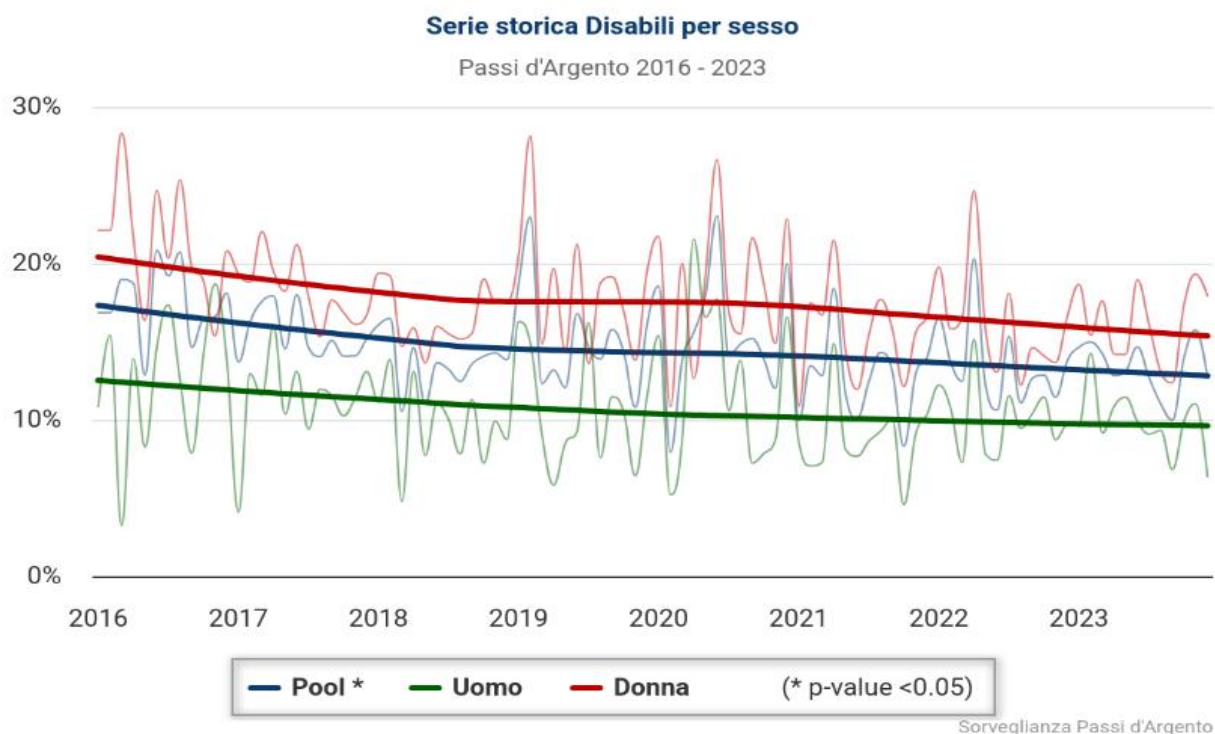
Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento, 2022-2023.

Entrando nel merito delle trasformazioni avvenute nel periodo compreso tra gli anni 2016-2019 e gli anni 2022-2023, si osserveranno le serie storiche per i singoli indicatori,

per sesso; per fascia di età e per macroarea, che mostrano le relative variazioni percentuali<sup>91</sup>.

La prima serie (fig.22) mostra come, in generale, in Italia, siano lievemente diminuiti i soggetti che dichiarano di essere in una condizione di disabilità<sup>92</sup>.

Fig.22- Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “disabili”, per sesso.



Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento<sup>93</sup>

L'andamento mostra una iniziale condizione di disparità tra donne e uomini, in favore di questi ultimi, che mostrano livelli di disabilità inferiori. La disparità va ad affievolirsi nel tempo, per un andamento lievemente discendente per gli uomini e più marcatamente per le donne. L'andamento non sembra risentire di brusche evoluzioni o involuzioni, si mostra costante nella media.

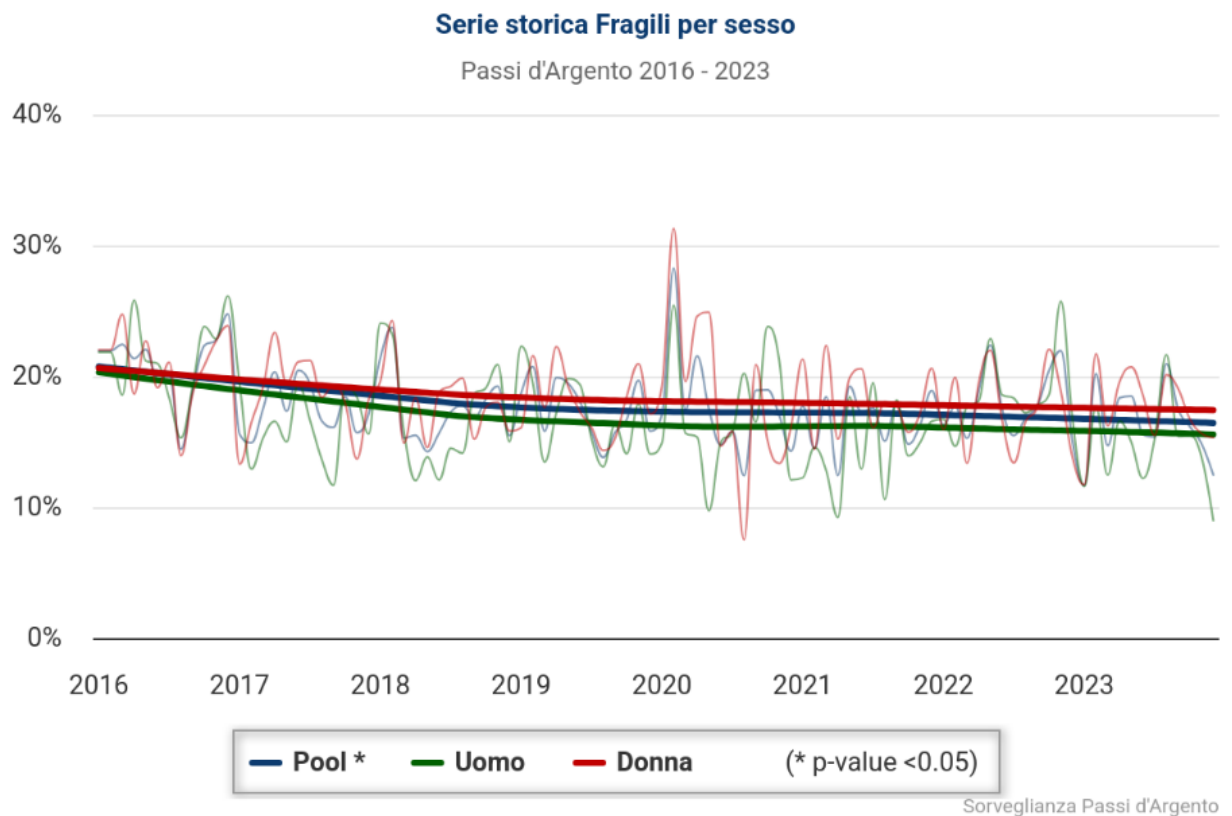
<sup>91</sup> Le serie storiche sono state estratte dal sito ufficiale del Sistema Passi d'Argento, consultando la voce "trend" per i singoli indicatori, consultato il 02.05.2025.

<sup>92</sup> Si tenga presente che nell'utilizzare il termine *disabilità* ci si riferisce esclusivamente alle dichiarazioni degli intervistati sulle attività ADL, così come chiarito nel paragrafo "dagli indicatori all'indice".

<sup>93</sup> Il sito web dei dati Passi d'Argento, consente di osservare le variabili in serie storica, dall'anno 2016 all'anno 2019, selezionando la voce "trend".

A diverse osservazioni conduce, invece, la serie relativa all'indicatore *fragili*. La *fig.23* mostra un'iniziale identica condizione per i due sessi. Tuttavia, si nota nel tempo un decremento dei punteggi, che lascia intravedere un lieve miglioramento della condizione di fragilità. Questo è vero per entrambi i sessi, ma lievemente maggiore per gli uomini.

*Fig.23- Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore "fragili", per sesso.*

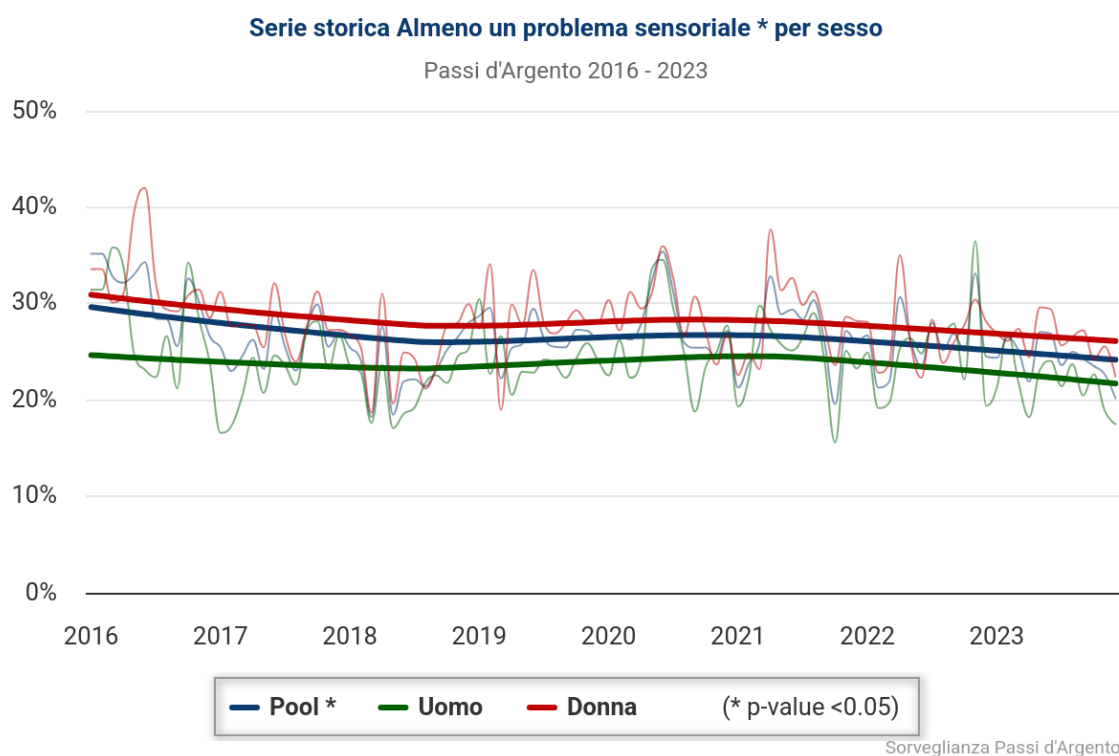


*Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento*

Si vuole specificare che l'indicatore di cui sopra, è misurato sulla base delle autodichiarazioni degli e delle intervistate. Pertanto, alcune delle sei attività ADL si ritiene che possano essere percepite, e pertanto dichiarate, in seno a un maggiore esperimento di determinati ruoli, influenzati proprio dal genere. Si pensi ad esempio alla preparazione dei pasti, alla gestione del bucato, è plausibile che un maggior numero di donne dichiarino autonomia nelle attività di gestione domestica rispetto agli uomini, soprattutto in considerazione del fatto che il campione è costituito da over65.

La fig.24 mostra la variazione dell'indicatore *almeno un problema sensoriale*. Anche in questo caso si denota un andamento parallelo dei punteggi dei due sessi, con un divario costante tra i punteggi delle donne, poco più alti, e quelli degli uomini. Complessivamente si registra un decremento dei dichiaranti aventi almeno un problema sensoriale.

Fig.24- Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “almeno un problema sensoriale”, per sesso.



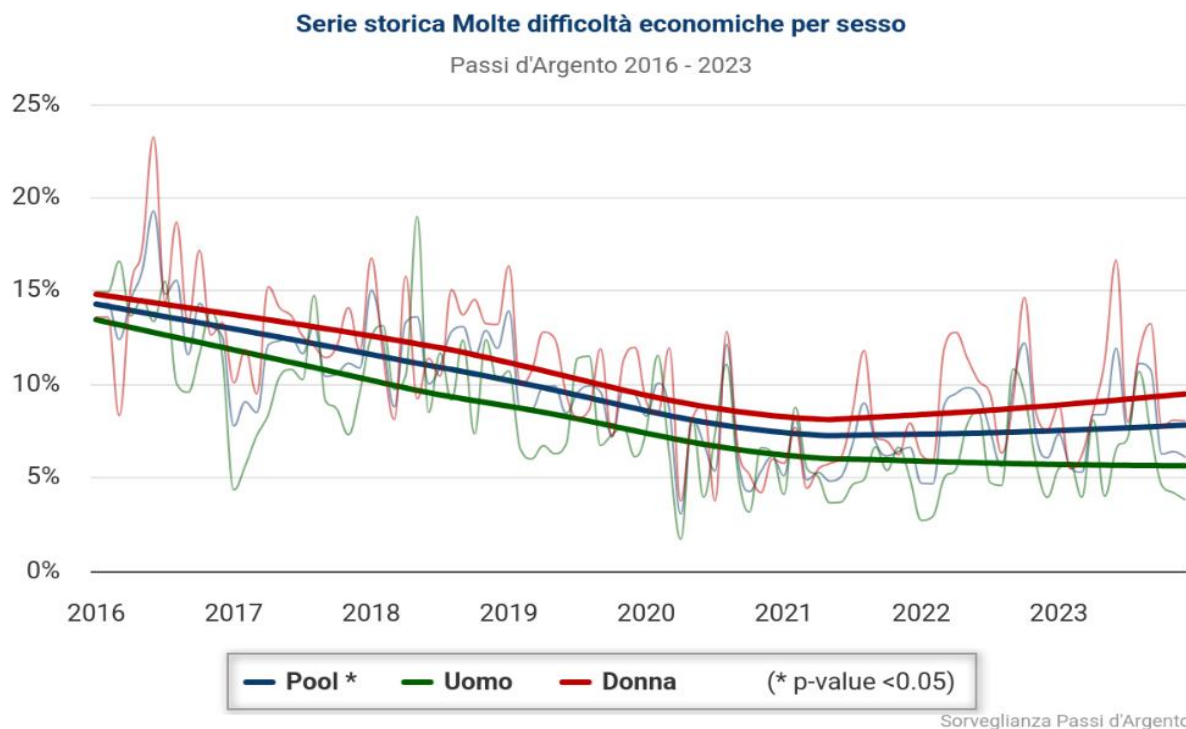
Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

Diverso è lo scenario in merito all'unico indicatore non riferito alla dimensione funzionale dell'anziano, ma piuttosto alla dimensione socioeconomica (fig.25).

L'indicatore *molte difficoltà economiche* ha subito un netto decremento, sono diminuiti, ovvero, gli anziani che dichiarano di essere in condizione di difficoltà economica. Questo è avvenuto con un drastico decremento dall'anno 2016 all'anno 2021, circa, per poi subire un nuovo incremento dopo il 2021 che, però non recupera i punteggi precedenti, facendo registrare, nel complesso degli anni 2016-2023, un decremento. Si noti che anche in questo caso il divario tra uomo e donna è evidente ed è ancora a sfavore delle donne, che

esperiscono la percezione di maggiore difficoltà economica, e tale divario ha la tendenza ad aumentare dal 2021 al 2023.

Fig.25- Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “molte difficoltà economiche”, per sesso.



Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

Dal momento che i dati utilizzati per il calcolo dell'*indice di limitazione* sono raccolti su un campione di soggetti di 65 anni e oltre, osservare le serie storiche per i diversi indicatori, sulla base di diverse fasce di età, consente di osservare più nel dettaglio se, ed eventualmente, quale fascia di popolazione anziana, possa registrare punteggi critici rispetto ad altri segmenti di popolazione. In particolare, il *Sistema Passi d'Argento* offre la possibilità di osservare gli indicatori, nel complesso dei dati nazionali, per tre distinte fasce di età: da 65 a 74; da 75 a 84; da 85 in su<sup>94</sup>.

<sup>94</sup> Tale accorgimento non è sovrapponibile a quanto viene stabilito nel Decreto Legislativo 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.”, che all’art 2 comma 2 delinea due differenti profili di persona anziana, definendo anziana, la persona che ha compiuto 65 anni; e grande anziana, la persona che ha compiuto 80 anni. Tuttavia, la *ratio* della distinzione tra *anziani* e *grandi anziani* è la medesima

Sul primo indicatore, *disabili* (fig.26), si nota con molta evidenza come gli intervistati di 85 anni e più registrino più alti livelli di disabilità, con un andamento che si mostra nel tempo leggermente in decremento, denotando quindi un sostanziale lieve sollievo delle condizioni di disabilità, per gli ultra-ottantacinquenni. Il lieve decremento interessa anche le altre due fasce di età: da 65 a 74 e da 75 a 84, con punteggi più alti per quest’ultima fascia e più bassi per la fascia più giovane.

Fig.26- Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “disabili”, per fascia di età.



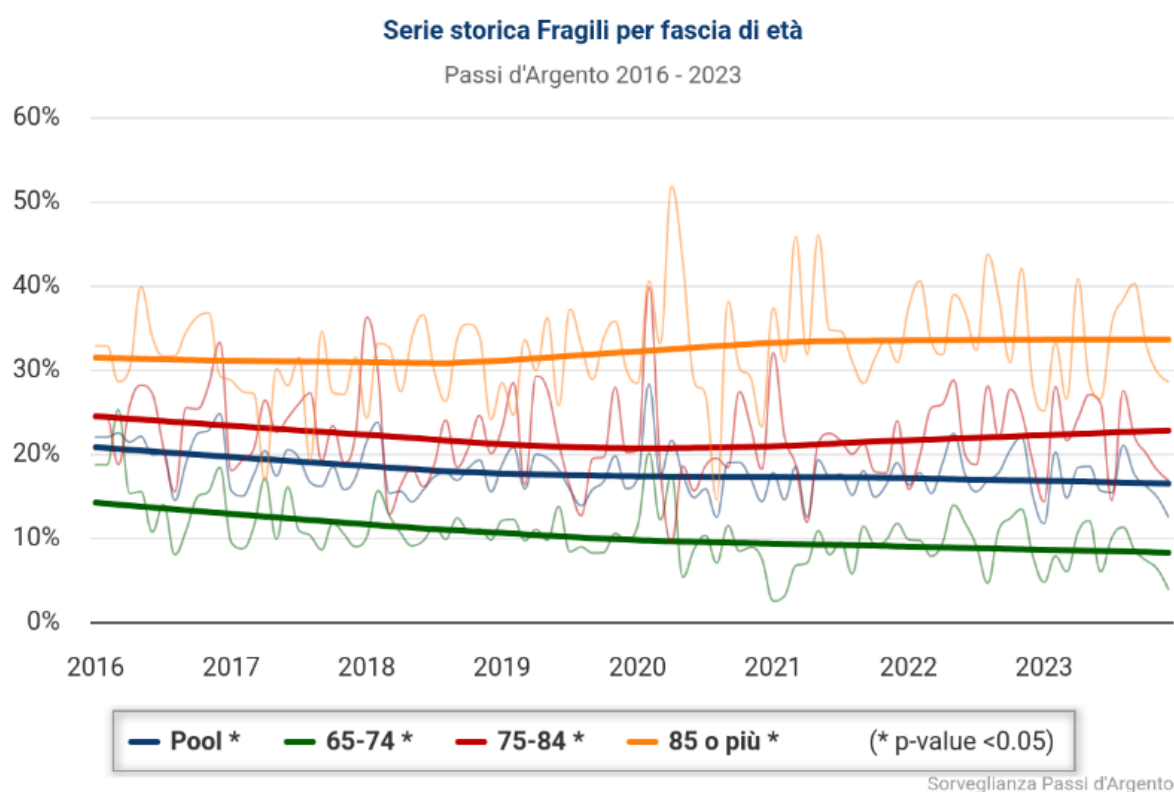
Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

La medesima, e poco sorprendente, rappresentazione ha luogo per l’indicatore *fragili* (fig.27), tuttavia con uno scarto inferiore tra le fasce di età. Nel complesso degli anni osservati, dal 2016 al 2023, la fascia di età più alta mostra un aumento della condizione

dell’esposizione dei dati per fasce di età: ci si aspetta che all’aumentare dell’età aumentino le possibilità di esperire condizioni di non autosufficienza.

di *fragilità* dopo il 2019, così come la fascia 75-84. Al contrario, la fascia più giovane mostra un lieve miglioramento, soprattutto dopo il 2020.

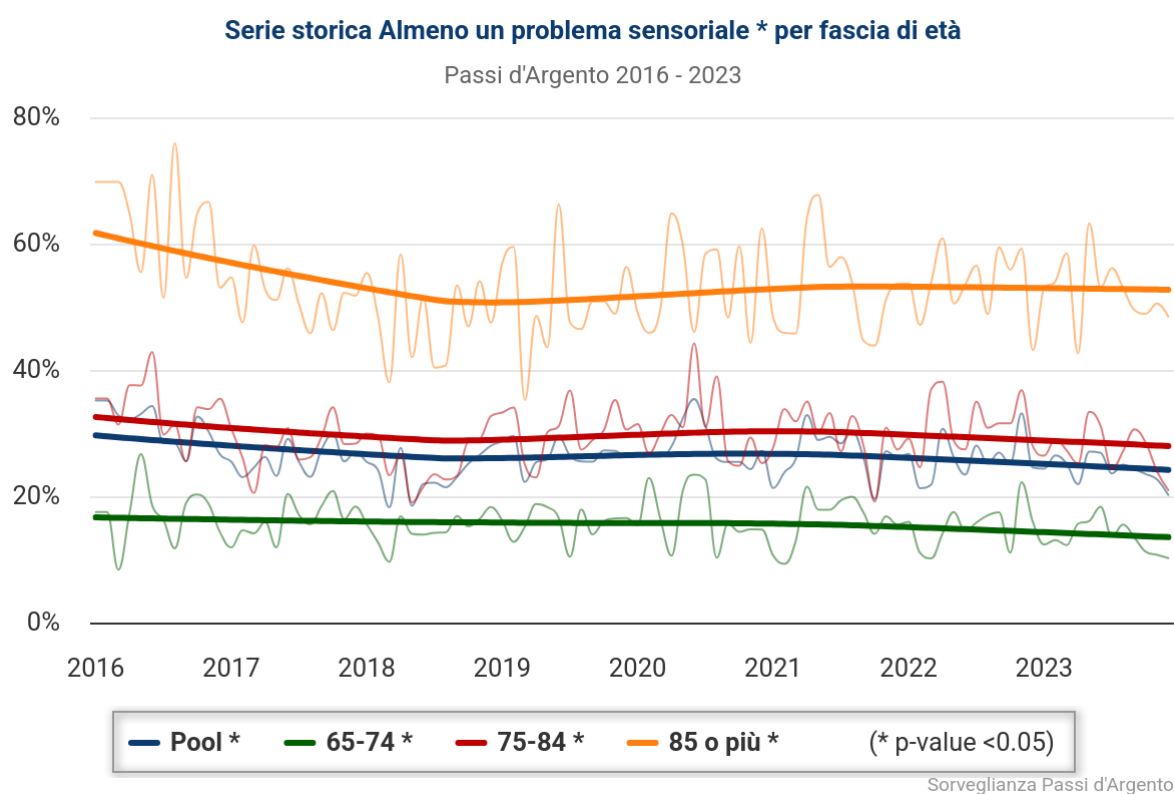
Fig.27 - Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “fragile”, per fascia di età.



Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

In merito all'indicatore *almeno un problema sensoriale* (fig.28), il divario tra le tre fasce di età è ancora netto e segue il medesimo ordine: più bassi punteggi per la fascia 65-74; più alti punteggi per la fascia 85 e oltre, e medi per la fascia intermedia 75-84. Le due fasce di età più giovani hanno mantenuto nel tempo un andamento perlopiù costante. Invece, la fascia più anziana ha registrato un notevole decremento tra il 2016 e il 2019, appianando lievemente lo scarto tra le fasce di età che si è poi mantenuto comunque evidente e costante dal 2019 al 2023.

Fig.28 - Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “almeno un problema sensoriale”, per fascia di età.

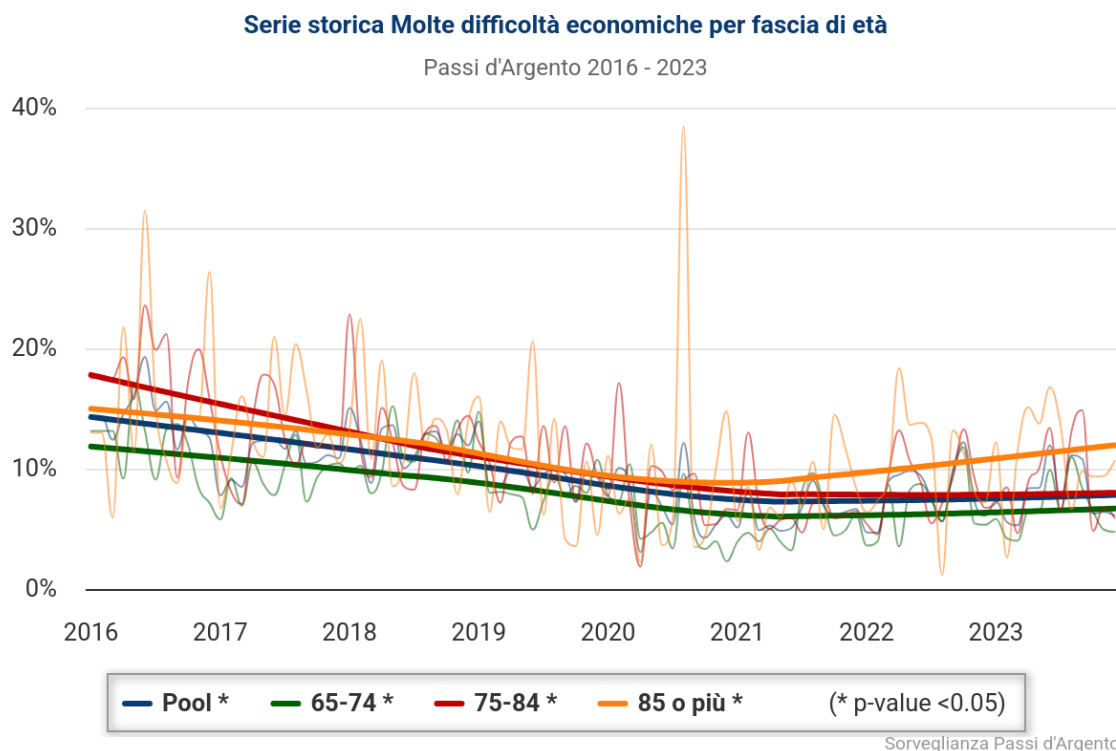


Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

In merito alle difficoltà economiche, l’iniziale percezione di tale indicatore è più marcata per la popolazione compresa tra 75 e 84 anni di età, seguita dalla popolazione di 85 anni e più; e a seguire, con una condizione meno problematica per la fascia di età più giovane (da 65 a 74 anni). La situazione cambia dopo il 2020: nel 2021, infatti, la situazione diventa più problematica per la fascia più anziana, i cui punteggi subiscono un incremento, mentre, al contrario, la fascia 75-84 subisce un decremento. In generale, la percezione delle difficoltà economiche ha subito un declino, dal primo anno considerato (2016) all’ultimo (2023), che fino al 2018 sembrava essere assecondato da tutte e tre le fasce di

età, e subisce, invece un'inversione di rotta per la fascia di età più anziana, divenuta poi marcata negli anni successivi alla pandemia da Covid-19.

Fig.29 - Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “molte difficoltà economiche”, per fascia di età.



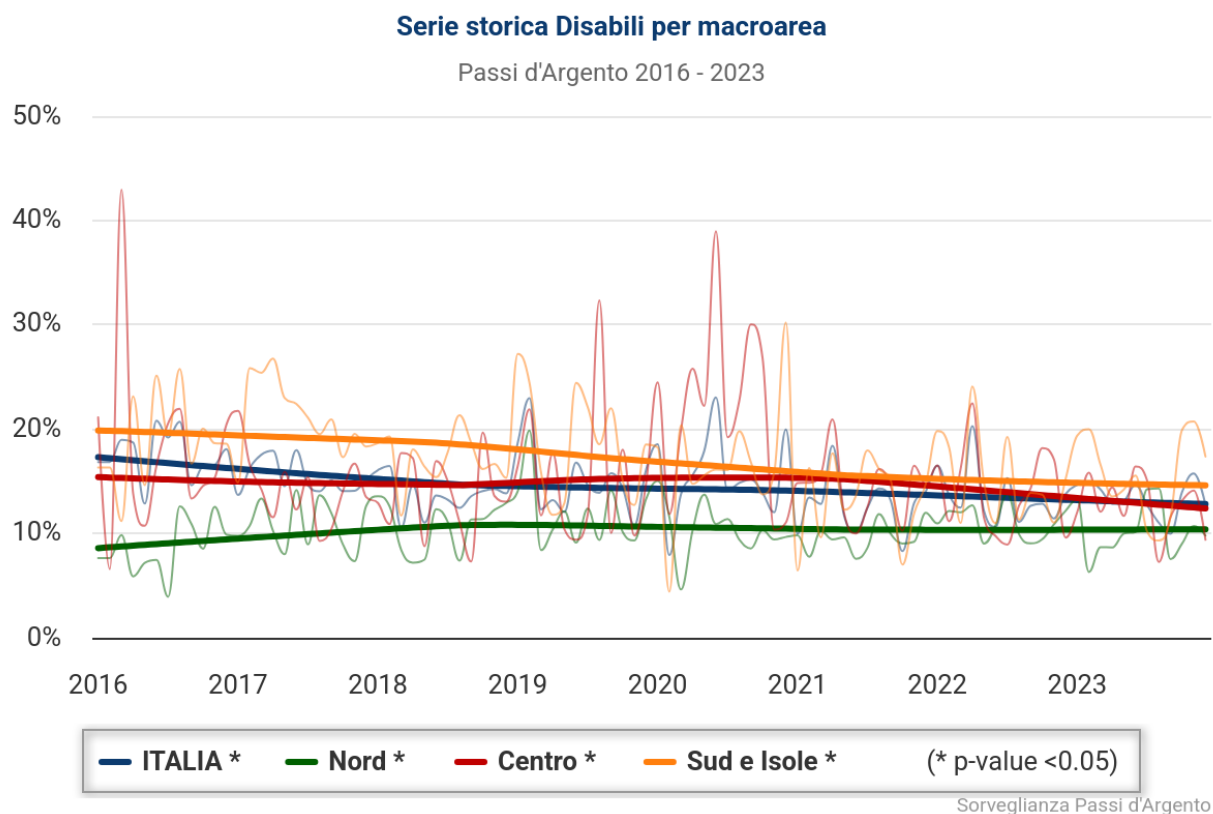
Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

Entrando nel vivo della questione territoriale, le figure 30; 31; 32 e 33 mostrano l'andamento degli indicatori per macroaree (Nord, Centro, Sud e Isole), rivelando ulteriori linee di interpretazione dei risultati; le figure 14; 16; 18 e 20 mostrano il dettaglio delle variazioni dei punteggi per il primo periodo considerato (2016-2019), e per il secondo (2022-2023), per le singole regioni.

In merito all'indicatore *disabili* (fig.30), i punteggi per le tre macroaree sembrano tendere ad una convergenza: se nel momento iniziale (2016) il Sud e il Nord mostravano uno scarto di più di 10 punti percentuali, in favore del Sud, che mostrava quindi una più marcata condizione di disabilità; questa differenza tende a diminuire con il passare del tempo, e lo scarto tra i due punteggi diviene di circa il 5%, a fronte di una drastica riduzione dei soggetti *disabili* nel Sud e Isole, e un leggero aumento al Nord. Il Centro mantiene, invece

valori quasi sovrapponibili alla media, interposto tra Sud e Nord e tendenzialmente costante nel tempo.

Fig.30 - Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “disabili”, per macroarea.

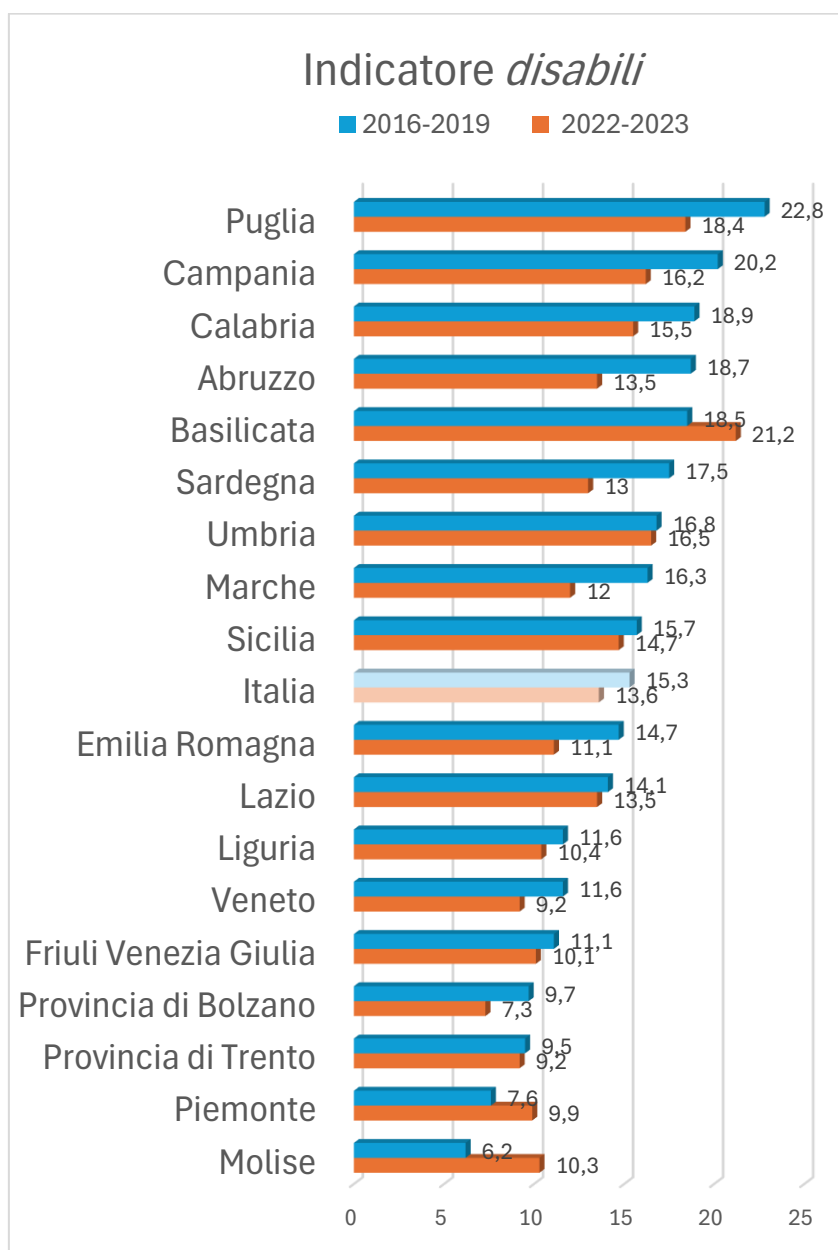


Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

Osservando la figura 31 è possibile osservare il dettaglio delle variazioni intercorse nelle distinte regioni. In merito alla convergenza dei punteggi osservata in merito alla *figura 30*, è possibile notare come, effettivamente, al Sud le regioni Abruzzo; Campania; Puglia; Calabria; Sicilia e Sardegna, mostrino un apparente miglioramento della condizione di disabilità; mentre un peggioramento è registrato per le regioni Molise e Basilicata. Si veda, infatti, come il Molise abbia seguito tendenzialmente il medesimo andamento delle regioni del Nord, anche per quanto concerne i risultati dell'*indice di limitazione*, e sia coerente a questo andamento anche nello specifico indicatore; mentre la Basilicata che registra il peggiore punteggio nel complessivo indice di limitazione, sia per gli anni 2016-2019, sia per gli anni 2022-2023, non ci si aspetta, pertanto che punteggi sui singoli indi-

catori mostrino miglioramenti. Tra le regioni del centro che hanno partecipato alla rilevazione, l'Umbria e il Lazio mantengono punteggi costanti, lievemente ma trascurabilmente in discesa, mentre la Regione Marche mostra una riduzione sostanziale del punteggio. Tra le regioni del Nord, invece, ad aumentare il proprio punteggio è la regione Piemonte, mentre si mantiene costante la Provincia autonoma di Trento, e diminuiscono il proprio punteggio sull'indicatore la regione Liguria e la Provincia di Bolzano.

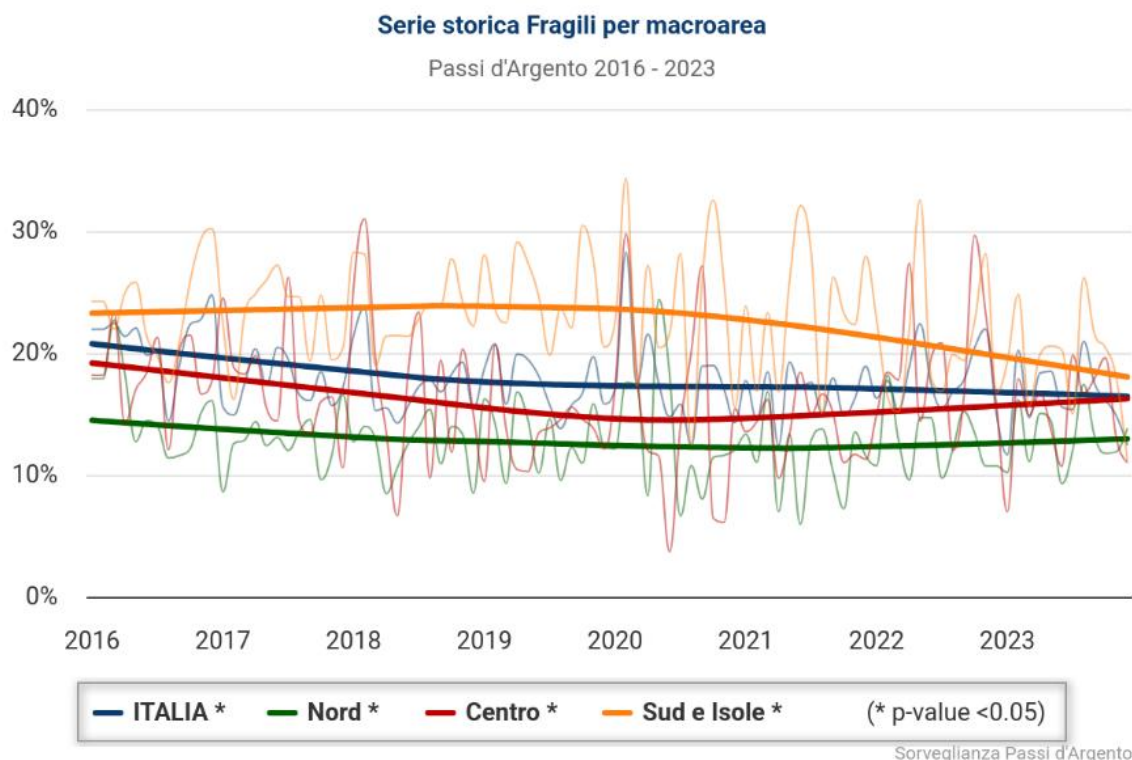
Fig.31 – Punteggi indicatore “disabili”, anni 2016-2019; 2022-2023; tutte le regioni.



Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento anni 2016-2019; 2022-2023.

Una tendenza simile si osserva anche in merito all'indicatore *fragili*. La figura 32 mostra ancora una convergenza dei punteggi, soprattutto tra Centro e Sud, che però in questo caso è preceduta da un divario molto ampio. I due punteggi, infatti, si trovano alla massima distanza nell'anno 2020, per poi subire un reciproco avvicinamento: il Centro, che manteneva punteggi che divenivano costantemente più bassi, registrando, quindi, una migliore condizione relativa, in quanto in decremento la condizione di fragilità, modifica la sua condizione dopo il 2020 con un lieve, ma pur sempre presente, incremento. Al contrario, il Sud, in cui la condizione di disabilità si è mantenuta costante fino al 2020, dopo questa data subisce un decremento. Immaginare che le condizioni di disabilità e di fragilità possano essere migliorate dopo la pandemia da Covid-19, rimanda alla ricerca di altre variabili latenti, in quanto appare ragionevolmente improbabile che alcune condizioni possano essere drasticamente migliorate a seguito di una fatica mondiale di tale portata.

Fig.32 - Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “fragili”, per macroarea.

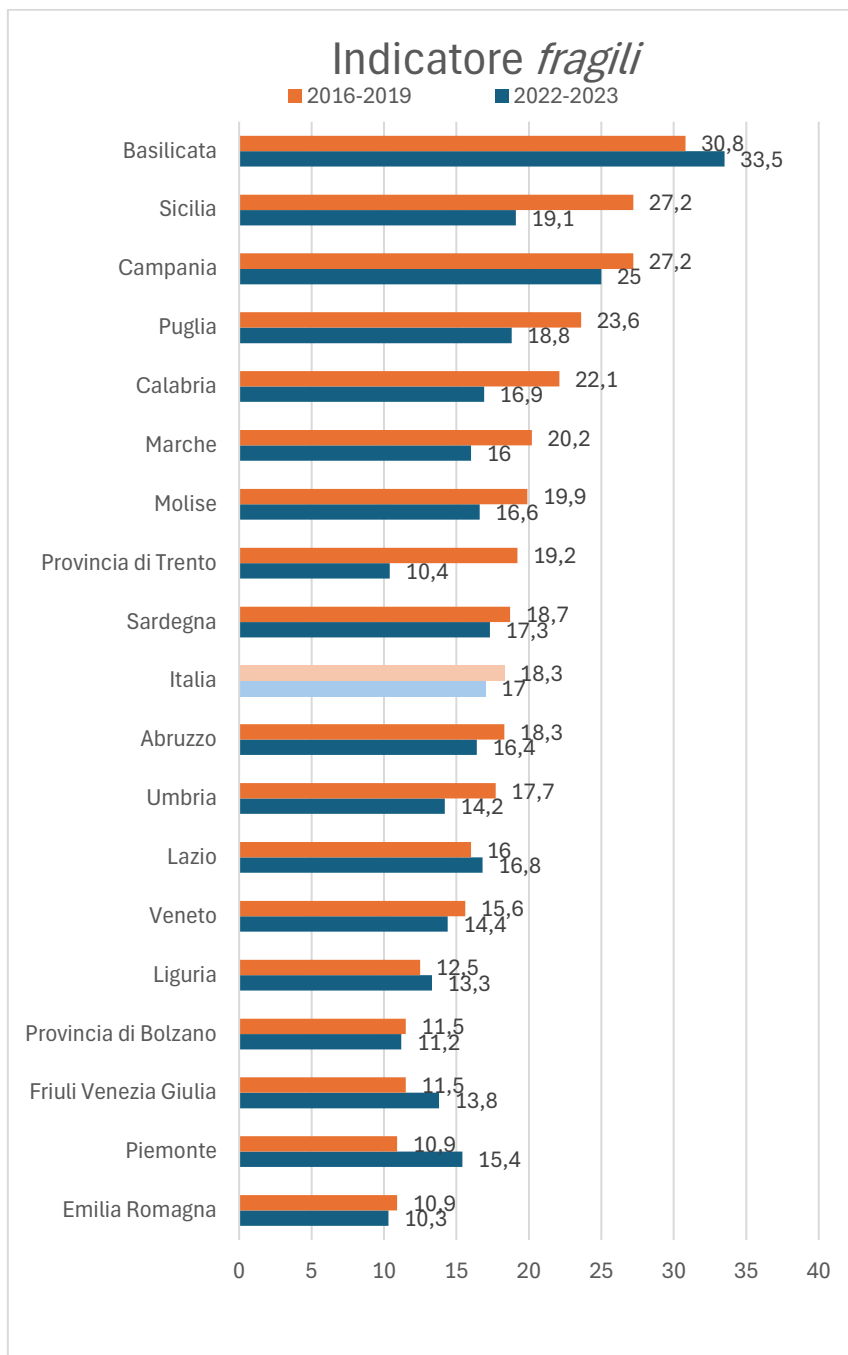


Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

Così come mostrano la figura 32, e la figura 33, il punteggio per l'indicatore “*fragili*” in media, in Italia, diminuisce. Entrando nel merito, una riduzione sostanziale è registrata al

Sud, e in particolare nelle regioni Abruzzo; Molise; Campania; Puglia; Calabria; Sicilia; Sardegna.

Fig.33 – Punteggi indicatore “fragili”, anni 2016-2019; 2022-2023; tutte le regioni.

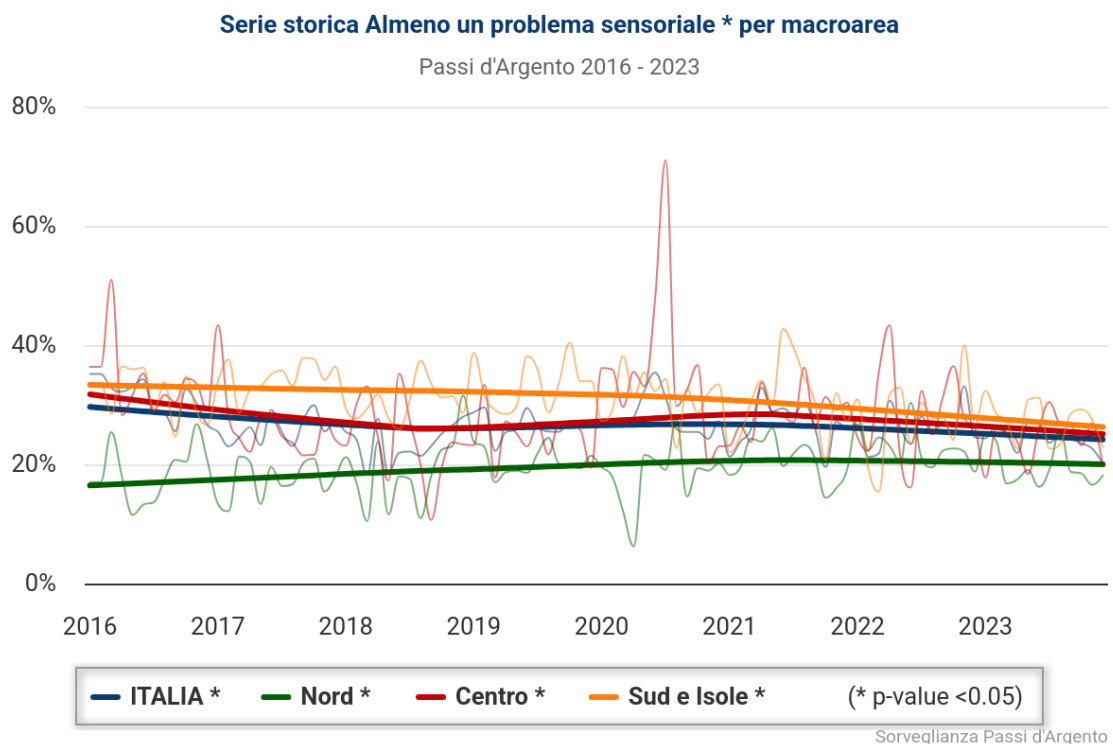


Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento anni 2016-2019; 2022-2023.

Solo in Basilicata il punteggio aumenta, in coerenza con quanto detto in precedenza, in quanto la regione registra i peggiori punteggi complessivi. Al Centro, Umbria e Marche diminuiscono i loro punteggi, mentre il Lazio aumenta leggermente la quota di anziani *fragili*. In merito al Nord, le regioni seguono percorsi diversificati, che mantengono nel complesso costante l'andamento della ripartizione: se i punteggi aumentano per le regioni Piemonte, Liguria e Friuli-Venezia Giulia, diminuiscono, invece, per la Provincia di Bolzano e di Trento; per il Veneto e per l'Emilia-Romagna.

La *fig.34* mostra un andamento simile a quello della condizione illustrata nella figura 30, ovvero una tendenziale convergenza dei punteggi nel tempo. In questo caso, il Sud e il Centro si trovano accomunati da punteggi nettamente più elevati rispetto al Nord, e quasi sovrapposti alla fine della serie considerata. Il Sud registra un lento e costante decremento; il centro incrementa la registrazione di problemi sensoriali nel 2021, mentre il Nord ha un lento ma trascurabile incremento dal 2016 al 2019.

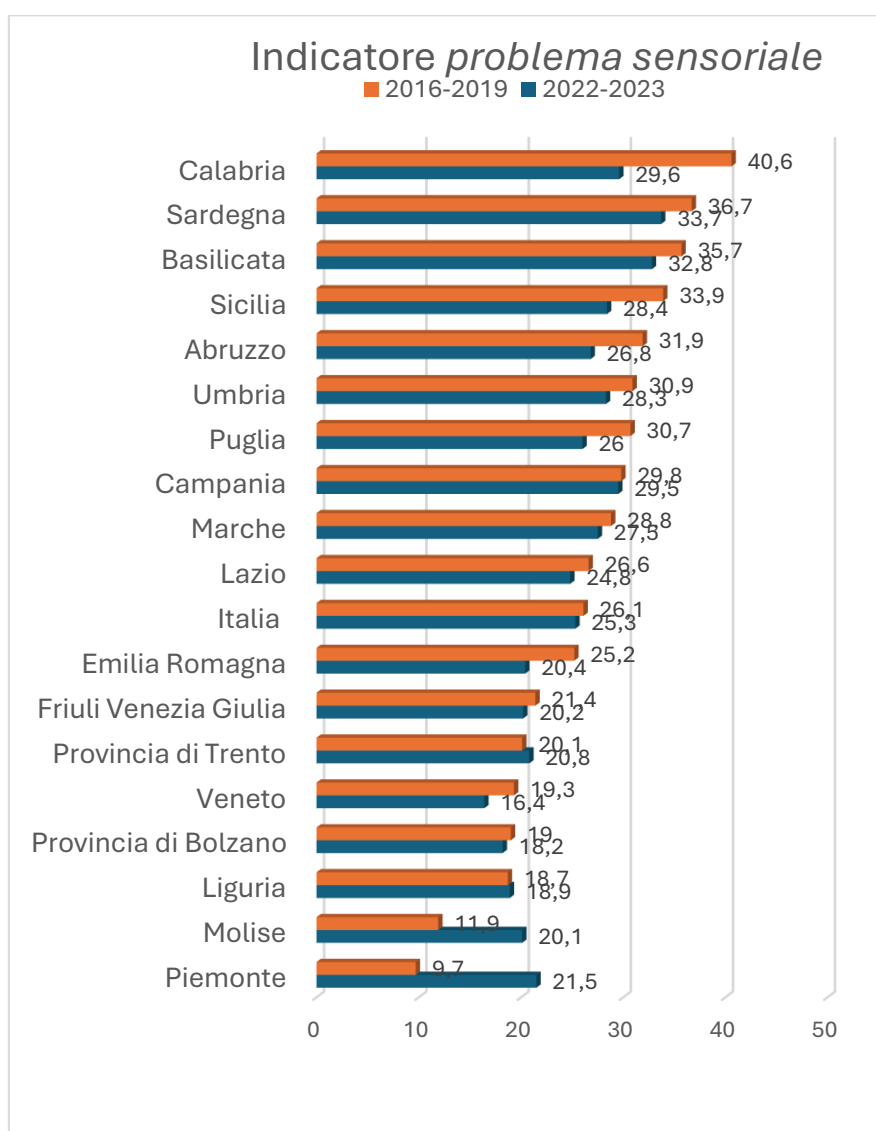
*Fig.34- Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore “almeno un problema sensoriale”, per macroarea.*



Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

Dai dati della *figura 34*, la registrazione di problemi sensoriali resta, nel complesso, quasi invariata in Italia. Il lieve aumento dei problemi sensoriali al Nord è dovuto ad un maggiore riscontro nella Provincia di Trento e in Piemonte. È l'aumento del punteggio in quest'ultima regione a giustificare la maggior parte dell'incremento dei punteggi al Nord. La Liguria mantiene punteggi per lo più costanti, mentre le altre regioni e la Provincia di Bolzano subiscono un lieve decremento.

*Fig.35 – Punteggi indicatore “almeno un problema sensoriale”, anni 2016-2019; 2022-2023; tutte le regioni.*

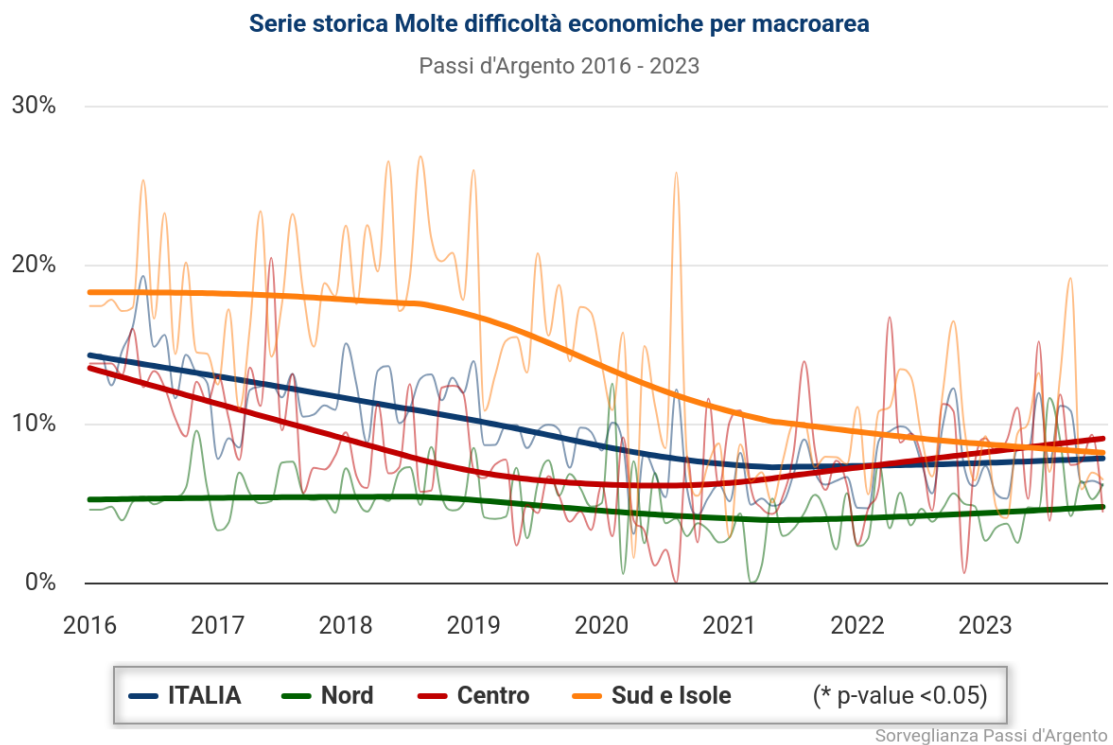


*Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento anni 2016-2019; 2022-2023.*

Le regioni del centro si mantengono perlopiù costanti, ad eccezione dell'Umbria, in cui sembrano diminuire leggermente i problemi sensoriali. In merito al Sud, il decremento registrato interessa tutte le regioni, tra le quali la regione Calabria, in modo netto. Solo il Molise registra un aumento degli anziani che dichiarano di convivere con almeno un problema sensoriale.

Infine, la *fig.36* rivela con chiarezza la necessità di indagare e di esplorare nuove ipotesi, su quale fenomeno non esplicito nel calcolo dell'indice, abbia potuto influenzarne i risultati, e avvalorare la scelta di inserire un indicatore socioeconomico all'interno del calcolo dell'indice.

*Fig.36 - Variazioni percentuali, anni 2016-2023, indicatore "molte difficoltà economiche", per macroarea.*

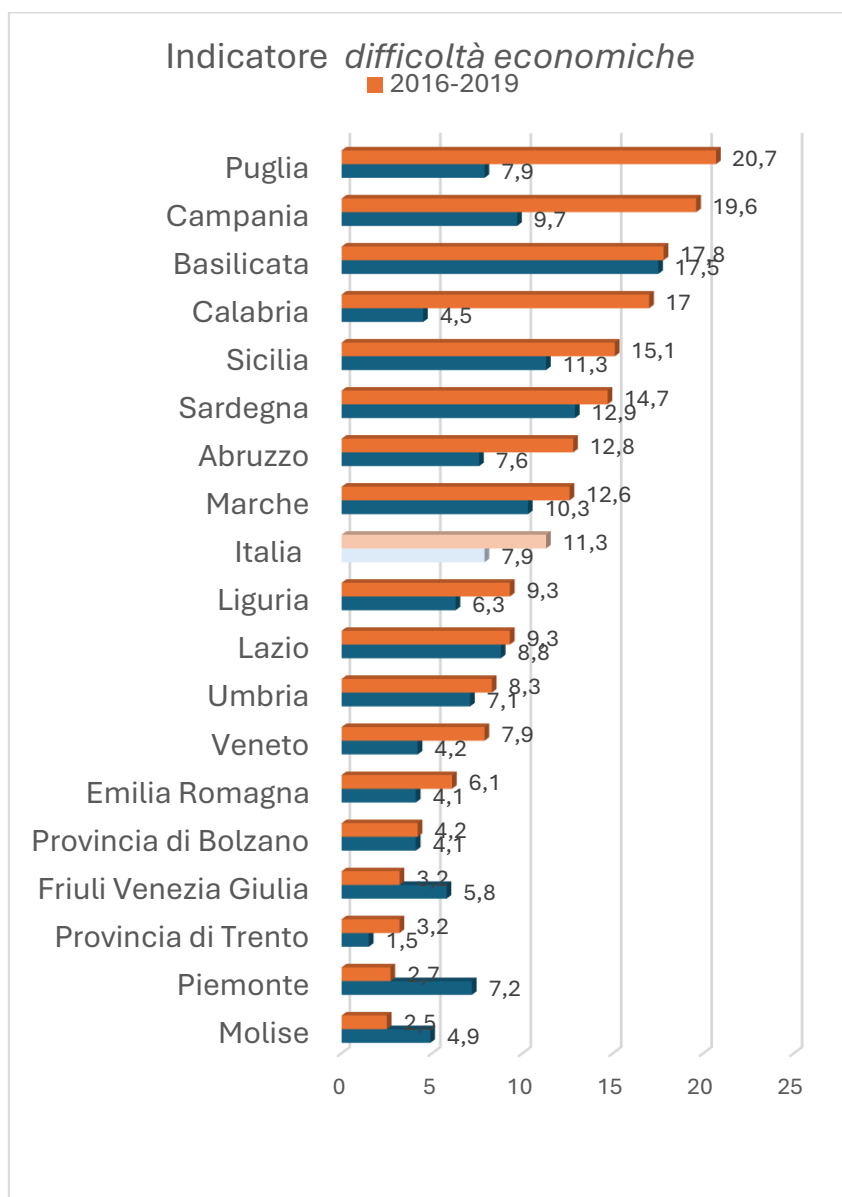


Fonte: Sorveglianza Passi d'Argento

La figura mostra un Sud con un drastico decremento di soggetti che dichiarano di trovarsi una condizione di difficoltà economica, in modo assai repentino tra l'inizio del 2019 e la fine del 2021. Il Centro registra, invece, un innalzamento dei punteggi dopo il 2020, una

aumentata condizione di difficoltà economica, che appare essere coerente con il periodo pandemico. Le due tendenze opposte si manifestano massimamente nel 2023, quando le due linee, che rappresentano il Sud e il Centro si incrociano, scambiando le loro posizioni: il Centro possiede adesso più soggetti in difficoltà economica, e il Sud e le Isole appaiono averne meno. Il Nord, invece, gode di una condizione costante e migliore delle altre due ripartizioni, per tutto il periodo considerato.

Fig.37 – Punteggi indicatore “difficoltà economiche”, anni 2016-2019; 2022-2023; tutte le regioni.



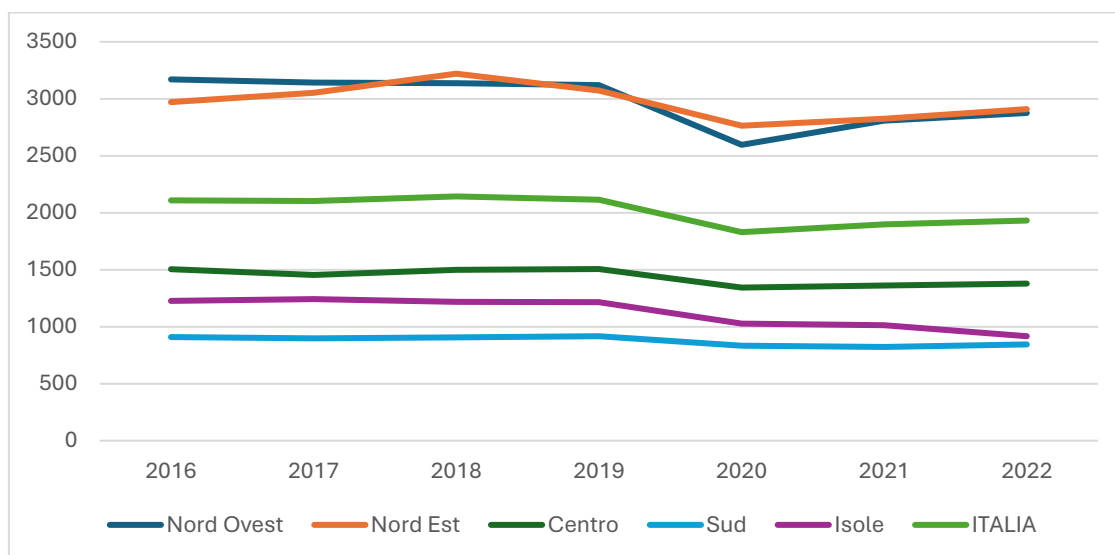
Fonte: elaborazione dell'autrice, dati Sorveglianza Passi d'Argento anni 2016-2029; 2022-2023.

Nel dettaglio delle regioni (*fig.37*), mostra come in Italia, in media, si registri un calo complessivo degli anziani che dichiarano di trovarsi in una condizione di difficoltà economica. Una drastica riduzione viene registrata al Sud, nelle regioni Calabria; Campania e Puglia, e meno nettamente in Abruzzo; Basilicata; Sicilia e Sardegna. Il Molise aumenta, invece il suo punteggio, rappresentando l'unica regione del Sud a registrare un incremento del punteggio. Al centro si registra un generale decremento. Al Nord, il decremento interessa le regioni Liguria; Veneto; Emilia-Romagna e la Provincia di Trento. Resta quasi invariato nella Provincia di Bolzano, mentre subisce un aumento nelle regioni Piemonte e Friuli-Venezia Giulia.

Infine, appare di grande interesse, e lascia di certo spazio a dubbi e necessità di proseguire lo studio e individuare cause latenti ai risultati, a fronte di un inverosimile e così repentino miglioramento delle condizioni di *limitazione* dell'anziano dal primo momento (anni 2016-2019), al secondo momento post pandemico (2022-2023), ad un a più marcata velocità nelle regioni del Sud. Il confronto tra il cartogramma di cui alla *figura 18*, per gli anni 2016-2019; ed il secondo, di cui alla *figura 20*, per gli anni 2022-2023, mostra una trasformazione da un primo momento di netto divario tra Nord, Centro, e Sud, ad eccezione della Regione Molise che si è mostrata dal primo momento più virtuosa delle regioni limitrofe e con punteggi più vicini alle regioni del Nord; ad un secondo momento di generale miglioramento e un divario Nord – Sud non nettamente esistente, ma bensì uno scenario che mette in luce diverse traiettorie di evoluzione dei punteggi, con un netto miglioramento per tutte le regioni, fuorché per la Basilicata che mantiene il più basso punteggio d'Italia. Sembra verosimile considerare la possibilità che i punteggi vadano interpretati alla luce di ulteriori considerazioni. Così che, le ipotesi interpretative, in primis debbano tenere conto della natura del campione. Esso, infatti, è un campione casuale, e costruito allo stesso modo nel primo e nel secondo momento, ma non intervista gli stessi soggetti. Le risposte non sono assolutamente vere, ma sono le risposte che gli intervistati appartenenti al campione hanno fornito sulla base della loro esperienza e percezione. Sarebbe da valutare se e quali fattori possano avere influenzato, e migliorato, la percezione di alcuni fenomeni.

È imprescindibile tenere in considerazione che il campione è costituito da “*Persone di età maggiore o uguale a 65 anni non istituzionalizzate residenti in Italia e iscritte alle anagrafi sanitarie delle ASL*”<sup>95</sup>, e che sono criteri di esclusione dal campione l’essere “*residenti in RSA, RSSA, Case di riposo, Case protette o in comunità (es. convitti, carceri); ricoverati in ospedale al momento dell’indagine; domiciliati durante l’indagine in comuni diversi da quello di residenza*”<sup>96</sup>. Una valida ipotesi considera la possibilità che la pandemia da Covid-19 abbia escluso dal campione la maggior parte della popolazione in condizione di limitazione, a fronte di maggiori ricoveri presso le suddette strutture socio-sanitarie, che escluderebbero dal campione di riferimento i soggetti già precedentemente più fragili, pertanto più inclini a necessitare di cure e di assistenza intensivi. Osservare i dati alla *figura 38*, sembrerebbe escludere questa ipotesi. Si osservi, infatti, che, contrariamente a quanto ci si aspettasse, si registra, dopo il 2019, in particolare nel 2020 una diminuzione dei ricoveri presso strutture residenziali socioassistenziali e socio-sanitari.

*Figura 38 - Ospiti anziani delle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per ripartizione geografica. 31 dicembre 2016 - 31 dicembre 2022. (tassi per 100.000 ab.)*



Fonte: elaborazione dell’autrice su dati Istat, 2022<sup>97</sup>

<sup>95</sup> ISS, 2023, p.8.

<sup>96</sup> Ibidem.

<sup>97</sup> <https://www.istat.it/comunicato-stampa/le-strutture-residenziali-socio-assistenziali-e-socio-sanitarie-anno-2023/>

Il dato è riferito solo alla popolazione anziana, che Istat definisce tale, per convenzione, dal compimento dei 65 anni. Si mette in evidenza che, la *figura 38* vuole esclusivamente rappresentare l'andamento della presenza di anziani nelle strutture e non è utile ad operare un confronto tra le diverse ripartizioni, in quanto i dati non sono ponderati sulla densità di popolazione.

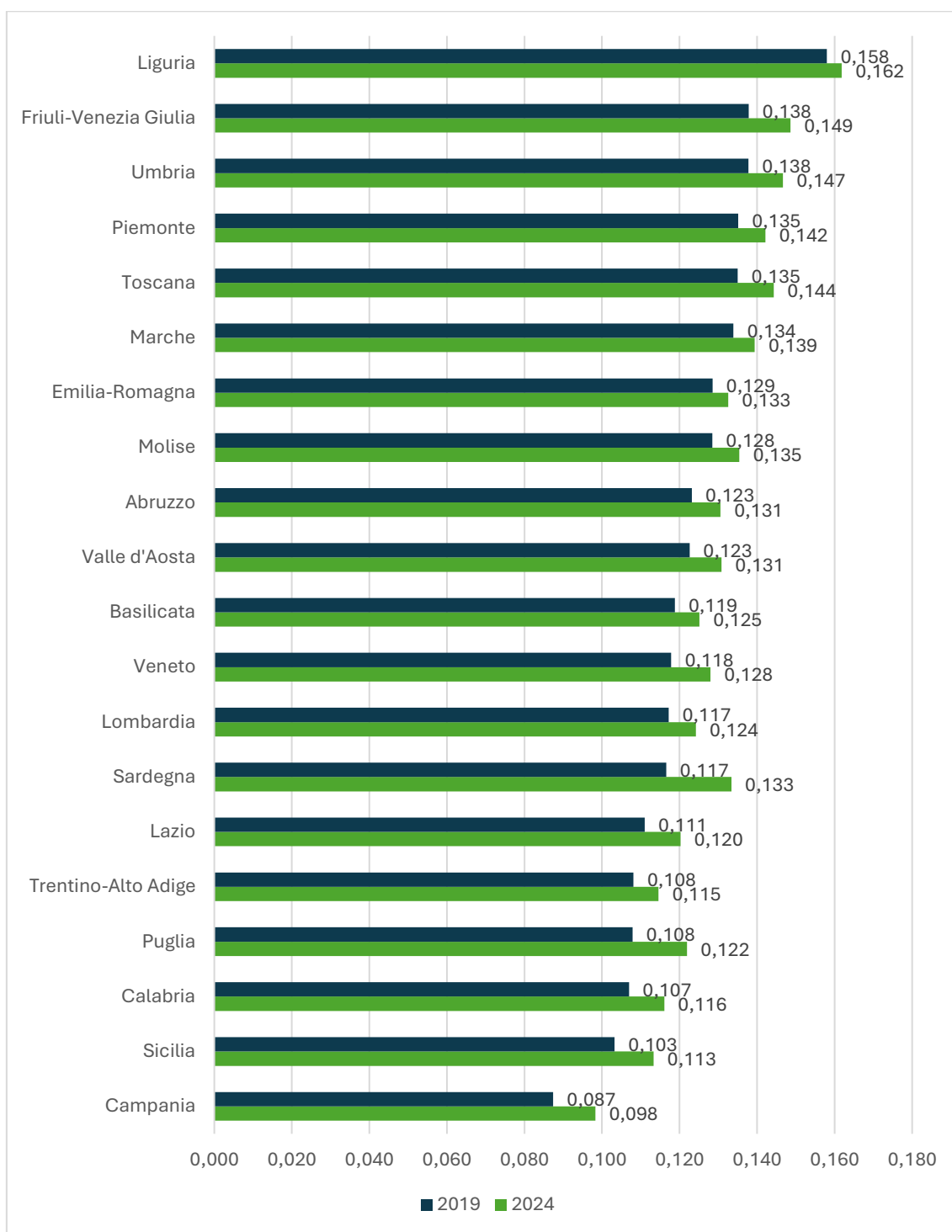
Da ciò è possibile, però, evincere un'altra informazione. I report dei dati relativi agli ospiti nelle strutture socioassistenziali e sociosanitarie suggeriscono, dopo la pandemia, una repentina diminuzione degli ospiti presso le suddette strutture. Se, a partire dal 2015 il ricovero degli ospiti anziani e fino al 2019 la presenza di anziani nelle strutture resta per lo più costante, dopo la pandemia la presenza di ultrasessantacinquenni ha subito una riduzione consistente, soprattutto anziani non autosufficienti di sesso maschile. Nel corso del 2020 il tasso dei decessi tra gli ospiti anziani delle strutture sociosanitarie è, infatti, aumentato del 43% (Istat, 2022).

Si ipotizza, pertanto, che proprio l'esito della pandemia abbia potuto escludere dal campione i soggetti più *limitati*, fornendo una migliore condizione dell'indice di limitazione dopo la pandemia, non dovuto ad un miglioramento delle condizioni, o per lo meno non esclusivamente, ma dovuto soprattutto al decesso di soggetti già in condizione di *limitazione*.

A sostegno di questa ipotesi, può essere utile osservare alcuni dati demografici. L'istogramma alla *figura 39* mostra, per ogni regione, la prevalenza dei residenti, nelle diverse regioni, che abbiano 75 anni e oltre, sul totale della popolazione. Questa fascia di età è stata scelta in quanto le *figure 26; 27; 28 e 29*, escludono dalle condizioni più problematiche la fascia di età 65 – 74.

Nell'aspettarsi una diminuzione della prevalenza di tale fascia di età, e a fronte di un opposto risultato, che mostra come dall'inizio del 2019 , all'inizio del 2024, gli anziani della fascia di età 75 e oltre, siano aumentati complessivamente in Italia e in ogni singola regione italiana, sarebbe valutabile una ulteriore stratificazione della popolazione, in quanto i dati della *Sorveglianza Passi d'Argento*, di cui alle suddette figurano , mostrano una ulteriore condizione di problematicità per la fascia 85 e oltre. E ancora, non è certo che una tale rappresentazione possa restituire dei risultati validi.

Figura 22 – Percentuale di persone di 75 anni e oltre, sul totale della popolazione, anni 2019 -2024.



Fonte: elaborazione dell'autrice, su dati Istat, popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2019; popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2024.

Si ritiene che un aumento della prevalenza di anziani vada nella direzione dell'invecchiamento della popolazione, avviatosi decenni addietro. Piuttosto, sono da ricercare fattori latenti che possano aver selezionato e condotto a decesso, gran parte della popolazione con i più alti punteggi dell'*indice di limitazione* negli anni 2016-2019.

Le diverse traiettorie che le regioni italiane, e in particolare le regioni insulari e meridionali, non possono essere spiegate con un unico, o con pochi nessi causali. Per meglio chiarire, a titolo esemplificativo, si osservino le diverse traiettorie delle tre regioni del Sud: Calabria, Basilicata e Sicilia. Tra le tre regioni, quella che ha avuto un notevole miglioramento nell'indice di limitazione è la regione Calabria, a seguire la regione Sicilia, e invariata la regione Basilicata. Tuttavia, se ammettessimo vera l'ipotesi che la pandemia abbia condotto a decesso i soggetti già più fragili, e considerati *limitati*, l'apparente inerzia della regione Basilicata, potrebbe rilevare una resilienza della popolazione anziana *limitata* che appare ancora presente sul territorio in quanto non deceduta, ribaltando la lettura dei dati: dove, ovvero, il miglioramento è più marcato, è probabile che i decessi abbiano interessato la popolazione in esame. Questo è sostenuto da una letteratura che osserva scenari disastrosi nella gestione del Covid-19, nell'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari.

Nella Regione Calabria è emersa, infatti, in periodo pandemico, l'inadeguatezza di un sistema sanitario già in difficoltà. La grande carenza di posti in terapia intensiva, le difformità nell'erogazione dei servizi sul territorio, a svantaggio di territori scoperti e tempi di percorrenza molto lunghi per raggiungere le Aziende ospedaliere, aggravati da un sistema di viabilità carente, hanno esacerbato le criticità infrastrutturali che erano già oggetto della Strategia nazionale delle aree interne (SNAI). Nel delineare, però, l'esito dell'evento pandemico, si manifesta una grande complessità che porta a non poter considerare univocamente in una direzione una determinata condizione. La condizione di *perifericità*, ad esempio, che caratterizza molte regioni del Sud e i territori, cosiddette aree interne, e che è oggetto della SNAI, è stata un fattore conservativo in alcuni casi, ma non in tutti i casi. In generale, la pandemia si è diffusa più rapidamente in quei contesti con più densi flussi di mobilità, di commercio. La perifericità di tutta la Basilicata, si è rivelata, in questo caso, un fattore conservativo per il contagio del Covid-19. Ciò non esclude criticità dei suoi sistemi sanitari, tanto che la posizione limitrofa ad altre regioni è con-

suetamente pretesto di emigrazione sanitaria. Il caso della Sicilia, che mostra l'emblematica tendenza del Sud a sviluppare maggiori criticità nei grandi centri urbani, soprattutto nella prima ondata del virus, a differenza di una più larga diffusione che si è manifestata nella Regione Lombardia. Rende altresì manifesto come il discorso sulle regioni debba essere rimandato ad un livello territoriale a misura delle differenti velocità che ogni territorio possiede al suo interno. (Matarazzo *et al.* 2022; Scrofani *et al.* 2022; Ronconi *et al.*, 2022).

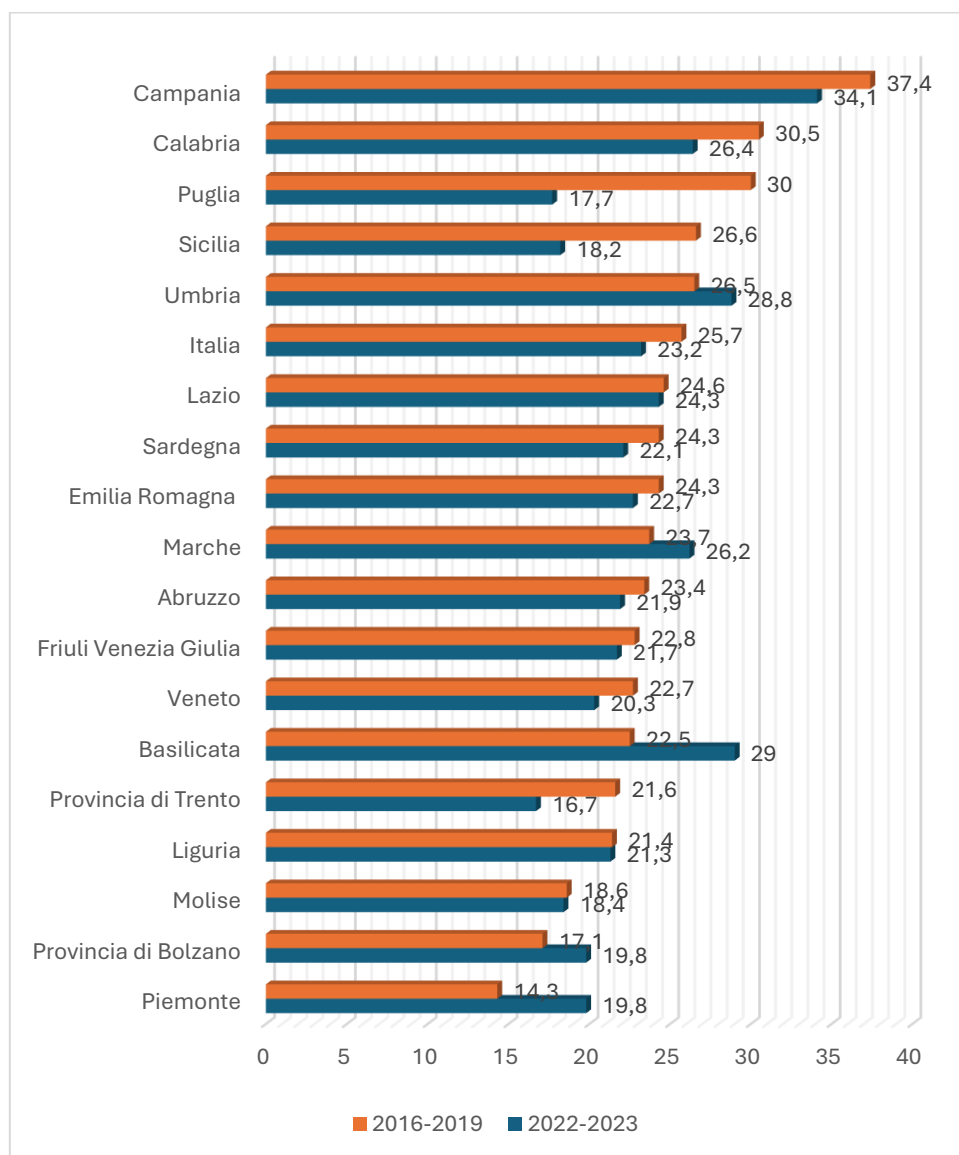
Un quadro che delinea una tale criticità avvalorata l'ipotesi dei decessi, che possono essersi manifestati non esclusivamente a fronte di infezione da virus *Sars-cov-2*, ma anche a fronte di una carenza nei sistemi di prevenzione o semplicemente della presa in cura di nuovi oncologici. Tale ipotesi potrebbe essere vagliata attraverso serie storiche sui decessi e sulle cause di decesso nelle regioni, per fascia di età.

Si osservi inoltre, tramite i dati del *Sistema di sorveglianza integrata COVID-19*, avviata in Italia con la Circolare ministeriale n.1997 del 22 gennaio 2020, e successivamente dal decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24 (art. 13), è possibile fornire alcune osservazioni utili.

Dalla data di inizio della pandemia, all'ultimo report della sorveglianza, si osserva che l'età media dei deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è di 80 anni. Il sistema di sorveglianza suddivide la popolazione in più fasce di età: quelle di nostro interesse sono da 60 a 69 anni; da 70 a 79 anni; da 80 a 89; da 90 in su. Le fasce di età "anziana" più colpite sono, quindi, la fascia di età 80-89; poi 70-79; 90 e oltre, e infine, 60-69. L'effetto del "*Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2*" ha dato priorità alle vaccinazioni in favore dei soggetti anziani, così che è verosimilmente spiegata una diminuzione dell'età media dei decessi tra la fine del 2020 e l'inizio del 2021. Quanto osservato in merito agli indicatori dell'indice di limitazione, sarebbe coerente in quanto condizioni maggiormente problematiche sono riscontrate nelle fasce di età sopra i 74 anni di età: l'esclusione per effetto del decesso di una larga fetta di popolazione attorno a questa età, può avere compromesso i risultati per gli anni 2022, 2023.

Inoltre, attraverso l'analisi delle cartelle cliniche di un campione di 8.436 deceduti, sono state osservate le eventuali patologie croniche preesistenti, con diagnosi precedente all'infezione. Le condizioni croniche riscontrate in media, sono 3 per i pazienti morti a seguito della terapia intensiva e di 3,9 per i pazienti deceduti in Pronto Soccorso (ISS, 2022).

Figura 40 – Persone con 2 o più patologie croniche<sup>98</sup>, anni 2016 -2019; 2022-2023.



Fonte: elaborazione dell'autrice, dati *Sorveglianza Passi d'Argento* anni 2016-2019; 2022-2023.

Da qui, in riferimento al campione utilizzato per la costruzione dell'*indice di limitazione*, è possibile osservare l'andamento della variabile relativa alle malattie croniche, indicante, ovvero, la quota di partecipanti all'indagine che hanno dichiarato di convivere con due o più patologie croniche. Osservare drastiche riduzioni di tali dichiarazioni potrebbe, alla

<sup>98</sup>Le patologie croniche considerate sono: *Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale.*

luce di quanto detto dalle indagini del *Sistema di Sorveglianza integrata Covid- 19*, denotare un aumento dei decessi di tale popolazione, dato anche che le malattie croniche sono, per loro natura, condizioni non remissive; pertanto, è improbabile immaginare un così ampio miglioramento della popolazione-campione.

La *figura 40* mostra quanto immaginato in via ipotetica, ovvero una popolazione con due o più patologie croniche in diminuzione, in quelle regioni che migliorano drasticamente il proprio indice di limitazione: si vedano, ad esempio, la Calabria; la Puglia la Sicilia. La Basilicata, invece, con il peggior punteggio sull'indice di limitazione nei due anni, aumenta i malati cronici, avvalorando l'ipotesi di una maggiore resistenza della popolazione in condizione di *limitazione*. Sulla correlazione *limitazione* e malattie croniche, si rimanda ad ulteriori studi, che terranno in considerazione vari e nuovi aspetti in senso multidisciplinare, e che possano scendere ad un livello territoriale adatto a scorgere le differenze che esistono entro i territori della penisola.

#### **IV.7 Limiti e possibili sviluppi dell'*indice di limitazione***

Alcuni evidenti limiti, a partire proprio dai risultati dell'indagine, spingono a problematizzare la natura di alcune scelte, e valutare l'ampliamento dello studio sulla scorta di alcune considerazioni.

In primis, lo studio analizza l'indice di limitazione in due momenti distinti: (anni 2016-2019) e (2022-2023), da cui il confronto tra il cartogramma alla *figura 18*, ed il secondo, di cui alla *figura 20*, mostrano un netto miglioramento per tutte le regioni, fuorché per la Basilicata.

La prima considerazione è da farsi in merito al campione: l'indagine illustra due momenti significativamente diversi, ma non gode delle proprietà di uno studio longitudinale: non raggiunge, ovvero, i medesimi soggetti in due momenti differenti, bensì è basato su differenti campioni, sebbene i due campioni siano stati costruiti allo stesso modo e con gli stessi criteri di campionamento, considerati, pertanto rappresentativi per i due momenti. Tale considerazione appare significativa e limitante nella misura in cui gli indicatori scaturiscono da autodichiarazioni: le percezioni rispetto alle proprie condizioni, non soltanto possono essere influenzate dalle diverse individualità, e dai ruoli di genera, ma possono

altresì aver risentito dell'allarme pandemico, portando a sottovalutare alcune condizioni personali, all'indomani della pandemia. Resta un'ipotesi che può essere esplorata attraverso lo studio dei dati sul prossimo biennio, non appena disponibili, e attraverso il controllo con altri dati. Si pensi alla condizione economica, e al relativo indicatore *molte difficoltà economiche*, operare una comparazione tra le dichiarazioni registrate dal database *Passi D'Argento* e altri indicatori quantitativi, quali, ad esempio, il reddito o patrimonio; dati sulla povertà relativa e assoluta, potrebbe rivelare una significativa discrepanza che porterebbe a problematizzare la costruzione dell'indice. Osservando la *figura 37*, è possibile notare come le difficoltà economiche percepite diminuiscono significativamente al sud nel secondo momento, il calcolo dell'indice con altre fonti di dati potrebbe rilevare che si tratti esclusivamente di un fenomeno percettivo.

Infine, La *figura 41* mostra un possibile ampliamento dell'indice di limitazione, valutando l'inclusione della dimensione clinica, inizialmente esclusa. A questa, si aggiunge, proprio per i motivi in seno ai quali la suddetta dimensione non è stata inizialmente compresa entro il calcolo dell'indice, la volontà, ovvero, di superare la dicotomia malato/sano, e di valutare la dimensione funzionale come parametro dell'autonomia e della possibilità di azione a prescindere dallo stato di cronicità di alcune condizioni, e in considerazione del fatto che, a fronte del progressivo aumento dell'aspettativa di vita, la condizione di morbidità per una o più malattie croniche, è una condizione molto più comune di un tempo. Tuttavia, dalle evidenze del raffronto tra i due momenti temporali è apparsa l'esigenza di tenere in considerazione tale dimensione. Una via percorribile potrebbe essere quella di verificare, attraverso ulteriori studi, eseguibili a fronte dei nuovi prossimi dati della *Sorveglianza Passi d'Argento*, l'andamento dei dati con e senza la dimensione di morbidità. Altresì, si potrebbe procedere attraverso studi di carattere qualitativo, attraverso interviste a testimoni privilegiati, alle ASL e altresì, scegliendo alcune regioni e sperimentando l'incrocio con interviste e/o questionari che possano più a fondo indagare le dimensioni indagate dalla sorveglianza, su altri campioni.

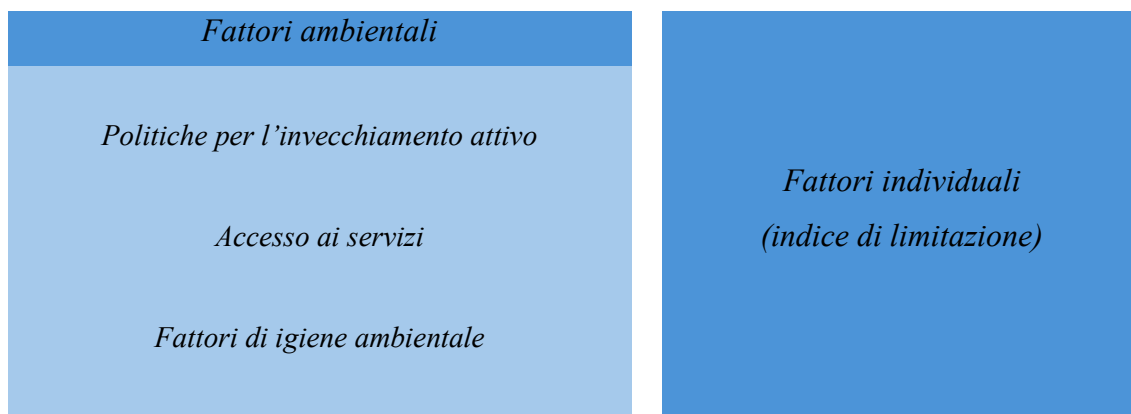
Figura 41 – Modello raffigurante possibilità di ampliamento dell'indice di limitazione



Fonte: elaborazione dell'autrice.

Altresì la figura 42 contestualizza l'ampliamento alle premesse che hanno aperto questo esperimento, la possibilità, ovvero che tale indice di limitazione individuale possa essere messo in relazione con i fattori dell'ambiente *socio-fisico*, di cui quelli rappresentati sono presentati come un primo eventuale tentativo, e non rappresentano la totalità delle dimensioni da prendere in esame. Si mostra una possibile espansione dell'iniziale intento di sviluppare un modello per l'invecchiamento positivo, in grado di considerare e mettere in relazione fattori individuali, di competenza/limitazione; e fattori ambientali, di pressione/facilitazione

Figura 42 – Modello raffigurante possibilità di ampliamento dello studio in relazione ai fattori ambientali



Fonte: elaborazione dell'autrice.

Le tre dimensioni descritte restano esemplificative e non esaustive di un modello che può considerare, in ottica sistemica, più fattori inerenti diverse dimensioni. Ogni dimensione

ha la sua complessità intrinseca, si pensi alla varietà degli scenari sulle politiche per l'invecchiamento attivo, descritte nel capitolo IV. Già a livello regionale è complesso immaginare una categorizzazione, pertanto studi quantitativi devono necessariamente interfacciarsi con studi qualitativi. La possibilità di accesso ai servizi è coerente, in ottica preventiva, al mantenimento di una buona qualità della vita. Fattori di igiene ambientale devono, invece, tenere in considerazione la letteratura in merito alle correlazioni, ad esempio, tra qualità dell'aria, delle acque e incidenza di determinate condizioni cliniche invalidanti.

## Per concludere: ulteriori prospettive di studio e di ricerca

Per concludere, verranno argomentate ulteriori possibilità di studio e di ricerca, con particolare riferimento agli studi sulle popolazioni longeve, e con uno sguardo trasversale alla Regione Sicilia, che lascia intravedere la possibilità di studio di zone a più alta longevità, soprattutto in un perimetro delimitato di comuni insistenti sull'area del Parco delle Madonie e dei Monti Sicani. Altresì si dà risalto al *luogo* in senso puntuale, come spazio in cui, attraverso progetti intergenerazionali, possa perseguirsi l'invecchiamento attivo.

### 1. Identificazione di alcune zone di interesse per la longevità in Sicilia

Il progressivo aumento dell'aspettativa di vita è un fenomeno tanto evidente quanto l'incremento della popolazione centenaria e ultracentenaria. Dai dati anagrafici di ISTAT, al 1° gennaio 2024, i centenari italiani risultavano essere 22.552, con una netta prevalenza del sesso femminile (81%), registrando, rispetto agli ultimi dieci anni, un incremento che supera il 30%. A quella data la maggiore percentuale di centenari si trovava in Liguria, in Molise e in Friuli-Venezia Giulia, anche se la maggior parte, in valori assoluti, abitavano in Lombardia, Lazio e Emilia-Romagna. I semi-supercentenari<sup>99</sup>, risultavano essere 677, con una netta prevalenza del sesso femminile, e con una maggiore densità in Molise, in Liguria e in Basilicata, mentre i supercentenari<sup>100</sup> erano a quella data, 21 in tutta Italia, di cui 20 donne e un uomo (ISTAT, 2024b). Questo scenario apre riflessioni sulla possibilità di interpretare l'incremento della longevità, e di avviare studi, che, coerentemente con lo scopo di individuare traiettorie di percorribili di invecchiamento *di successo*, possano identificare caratteristiche utili a perseguimento di una buona e lunga vita. Nella definizione di Treccani, *longevità* indicherebbe il “*termine con cui in biologia si definisce la capacità fisiologica di un organismo di sopravvivere oltre il limite ritenuto medio per la specie cui esso appartiene*”.<sup>101</sup> Altresì, nel 1970, N.N. Sachuk scriveva: “*the problem of longevity has attracted the attention of both scientists and laymen for a long time. [...]. There is no generally accepted definition of longevity, nor any reliable measuring*

---

<sup>99</sup> individui di età compresa tra 105 e 110 anni.

<sup>100</sup> Individui di 110 anni e più.

<sup>101</sup> <https://www.treccani.it/enciclopedia/longevita/> [consultato il 12/07/2023]

*instrument of this phenomenon*” (Sachuk, 1970 p.262). In assenza di una univoca ed universale definizione della *longevità*, poteva assumersi come tale “*the attainment of high age limits, as a possibility for a considerable part of the population*” (*ibidem*, p.262). All’emergere della gerontologia positiva, la maggior parte dei biologi del tempo credevano che la longevità umana dipendesse esclusivamente dal corredo genetico, e tra questi, lo stesso James Fries, pioniere nelle intuizioni che hanno portato allo sviluppo del modello *successful ageing* (Robine, 2019). L’intuizione di Rowe e Kahn, di cui è in questo studio largamente menzionato il modello *successful ageing*, è stata proprio quella di intravedere la possibilità di modificare le traiettorie di invecchiamento: a una già evidente rettangolarizzazione della curva di sopravvivenza, riconobbero come obiettivo gerontologico quello di aumentare la durata della salute e il mantenimento delle piene funzionalità il più vicino possibile alla fine della vita (Rowe e Kahn, 1987). Tale intuizione, può considerarsi confermata in seno ad alcune sorprendenti scoperte, che hanno portato alcuni studiosi a rilevare popolazioni dalla straordinaria longevità, che sono oggi di non trascurabile importanza nell’ipotizzare che non solo la genetica, ma l’ambiente di vita possa avere una notevole influenza nelle traiettorie di invecchiamento. Si fa riferimento al filone di studi sulle popolazioni longeve, avviato quando, nel 2002, il giornalista americano Dan Buettner lanciò un programma di ricerca, con la finalità di identificare le persone più longeve del mondo, e rintracciarne le caratteristiche comuni, muovendo dalla presupposta possibilità che alcuni individui abbiano l’opportunità di vivere molto più a lungo del resto della popolazione. L’autore viaggiò così nell’isola di Okinawa, in Giappone e in Sardegna, attirando poi altri collaboratori e iniziando il filone di ricerca sulle *Zone Blu* con la prima rilevante pubblicazione (Poulain *et al.*, 2004). Già nel 1999 alcuni studiosi si erano concentrati sul fenomeno dell’eccezionale numero di centenari maschi nella Sardegna Centrale, individuando un *cluster* di villaggi all’interno della regione, delimitata graficamente dagli studiosi con delle linee blu, dando origine così all’ormai diffuso termine *Zona Blu*. Da allora il concetto di *Zona Blu* vuole definire un’area nella quale la popolazione è caratterizzata da un livello di longevità significativo rispetto alle regioni limitrofe; una zona piuttosto limitata e omogenea geograficamente, in cui la popolazione condivide lo stesso stile di vita e lo stesso ambiente, e la sua longevità è provata essere eccezionalmente alta (Poulain *et al.*, 2020).

Attualmente le *Zone Blu* riconosciute si trovano nei territori dell'isola di Ikaria, in Grecia, di Okinawa, in Giappone; in una zona circoscritta della Sardegna; nel distretto di Nicoya in Costa Rica<sup>102</sup>, a Loma Linda, in California (Poulain *et al.* 2004; 2013; 2020), sebbene quest'ultima non sia sempre inclusa in letteratura tra le Blue Zones, in quanto deficitaria su alcuni criteri demografici (Errigo *et al.*, 2025). Altre località sono state prese nel tempo in esame, e candidate a possibili nuove *Blue Zones*, ma mai dichiarate tali e rimasti ancora casi studio: è il caso dell'area del Cilento, nell'Italia meridionale, un comune dei Paesi Bassi; l'isola di Martinica nelle Antille francesi, mentre altre località, come Minorca nelle Baleari, risultavano non soddisfare tutti i criteri per essere dichiarata una *Blue Zone* (*ibidem*).

La Sardegna ospita una comunità di uomini dediti alla pastorizia. Per svolgere la loro attività percorrono a piedi circa 8 chilometri al giorno in montagna: si ritiene che tale percorrenza prevenga rischi cardiovascolari. La comunità si nutre di molti vegetali, verdura, frutta, fagioli e pane di farina integrale. Vi è l'abitudine di consumare moderate quantità di alcol, in particolare di *Cannonau*, che ha il vantaggio di contenere più elevate concentrazioni di flavonoidi, rispetto ad altri vini, che avrebbero un ruolo nella salute vascolare. Okinawa è un'isola nell'Oceano Pacifico meridionale, facente parte di un arcipelago giapponese, è oggetto di interesse in quanto ospita le donne più longeve al mondo. Quest'isola si distingue per la particolare solidità delle reti sociali: dall'età di 5 anni, gli abitanti vengono inseriti in un *moai*, un gruppo stabile costituito da cinque persone, che giornalmente si incontra per passare del tempo e che si assumono l'impegno di sostenere gli altri quattro componenti del gruppo. La tradizione di Okinawa di formare un *moai* fornisce reti sociali sicure. Queste reti di sicurezza offrono supporto finanziario ed emotivo nei momenti di bisogno e danno ai loro membri la sicurezza antistress di sapere che c'è sempre qualcuno lì per loro. I nicoyani hanno una solida fede e legami familiari stretti, perseguono un *plan de vida*, mantenendo uno stile di vita attivo e positivo. Si nutrono di molta frutta tropicale, che è ricca di antiossidanti, bevono acqua ricca di calcio e magnesio, utili nella prevenzione delle malattie cardiache e delle ossa. Gli isolani, abitanti di Ikaria, nel cuore dell'Egeo, sono esenti da casi di demenza. Seguono la dieta mediterranea in una delle sue varianti, consumando molta frutta e verdura, legumi e

---

<sup>102</sup> <https://info.bluezonesproject.com/origins>

cereali, patate e olio d'oliva. Hanno abitudini per calmierare lo stress lavorativo, praticando il sonno a metà del pomeriggio. La comunità di Loma Linda, in California, è una comunità avventista, che mostra uno straordinario vantaggio, in termini di aspettativa di vita, rispetto alla media americana, di ben dieci anni. Sono abituati ad una dieta vegana e sono ancora attivi fino, in media, all'età di 90 anni (Buettner e Skemp, 2016).

Le *Zone Blu* individuate condividono alcune caratteristiche, sebbene resti evidente che la longevità umana sia un tratto complesso: fattori ambientali, stili di vita, alimentazione e genetica, agiscono in modo complesso nel determinare la longevità di una popolazione. Tra i fattori ambientali ritenuti positivamente correlati all'esistenza di popolazioni longeve, si è discusso a proposito dell'altitudine e dell'inclinazione del terreno: un terreno con evidenti pendenze e il suo attraversamento quotidiano, può essere un fattore conservativo in quanto implica un maggiore dispendio di energia fisica. O altresì, in merito alla probabilità che si generino le condizioni per l'isolamento delle comunità, in quanto le *Zone Blu* risultano essere zone ben circoscritte geograficamente. Le *Zone* condividono abitudini alimentari diverse, ma accomunate dall'apporto di alimenti non provenienti dall'industria. Inoltre, condizioni sociali e personali, l'autopercezione e la bassa prevalenza di depressione, le condizioni di relazioni sociali e familiari ben mantenute, dovute spesso a un basso tasso di persone sole, in quanto il coniuge resta per molto tempo in vita o per una marcata differenza di età tra sposi (Poulain *et al.* 2020).

Constatando che non soltanto la genetica abbia impatto sulla durata media della vita, ma che grande influenza è data dallo stile di vita, i ricercatori hanno identificato alcune condizioni comuni alle *Zone Blu*, nove aspetti specifici dello stile e dell'ambiente di vita, che si ritiene rallentino il processo di invecchiamento. Il primo riguarda il movimento: le persone più longeve al mondo svolgono regolarmente attività fisica in modo naturale, vivendo in ambienti che li costringono a muoversi naturalmente, sprovvisti talvolta dei mezzi meccanici per attività di coltura, domestici e di giardinaggio. L'attività fisica avviene in modo naturale nel normale svolgimento delle attività quotidiane, e non è svolta in modo intenzionale e mirato al mantenimento fisico. Il secondo è avere uno scopo nella propria vita, *Ikigai* per gli abitanti di Okinawa e *plan de vida* per i nicoyani, è il motivo per cui le loro giornate sono intrise di senso. Avere delle abitudini per calmierare lo stress, a lungo termine evita le malattie correlate allo stress. Le comunità citate hanno modi propri di rallentare e liberarsi dallo stress, che sia attraverso la preghiera, momenti di

condivisione o attraverso il sonno. Tre dei nove punti riguardano le abitudini alimentari: in merito alle quantità di cibo e al senso di sazietà, queste popolazioni tendono ad avere la sana abitudine di non eccedere e di consumare pasti più leggeri alla fine della giornata. Sono consumatori di legumi: fagioli; fave; soia; lenticchie, fanno ampiamente parte delle loro abitudini alimentari, ed è molto limitato l'apporto di carne. Inoltre, è considerato un fattore conservativo il consumo moderato e regolare di alcolici, quale il vino nella quantità di uno o due bicchieri al giorno: si ritiene che un bevitore moderato viva più a lungo di un astemio. Altre abitudini riguardano la vita sociale e le reti, il senso di appartenenza ad un gruppo. In merito a quest'ultima, si registra una forte appartenenza religiosa dei centenari longevi delle *Zone Blu*, prescindendo dalla confessione religiosa di riferimento. Frequentare regolarmente luoghi di culto è ritenuto un fattore conservativo per la longevità. Sono forti le reti familiari, i genitori e i nonni vivono in prossimità della famiglia. Infine, hanno scelto o sono nati in comunità che hanno abitudini o meccanismi che favoriscono i legami e il sostegno reciproco. (Buettner e Skemp, 2016)

Le scoperte sulle *Blue Zones* assumono anche carattere di azione di contrasto a stili di vita che non sostengono un buon invecchiamento della popolazione, così che Dan Buettner iniziò il "*Blue Zones Project*" (Poulain *et al.* 2020), atto alla promozione di programmi comunitari per il benessere e la salute, nonché un sito web di riferimento<sup>103</sup>. Le ricerche sulle popolazioni longeve hanno avuto e hanno molti limiti, così che gli studi in questo campo sono molto limitati: le ricerche sono molto dispendiose, riguardano spesso piccole comunità, per cui è difficile fare riferimento a misure statistiche, data anche la multidisciplinarietà del fenomeno (*ibidem*).

Nell'approccio al tema della longevità, in senso sociologico, è utile distinguere tra longevità individuale e longevità della popolazione. Se, spesso, gli studi sulla longevità che riguardano gli individui hanno come obiettivo quello di identificare tratti specifici di longevi considerati in una condizione di eccezionalità, concentrando l'indagine sulle caratteristiche personali che abbiano permesso a quel determinato individuo di sopravvivere più a lungo di chi gli vive intorno, di coloro, ovvero, che non presentano questo eccezionale vantaggio, nonostante legami di sangue, medesime condizioni abitative e di comunità. Identificare una popolazione longeva significa, invece, che

---

<sup>103</sup> <https://info.bluezonesproject.com/home>

l'eccezionale sopravvivenza è condivisa dalla maggior parte dei soggetti presi in esame, i quali condividono una migliore aspettativa di vita, rispetto alla media della popolazione (*ibidem*). Identificare una popolazione longeva non è semplice: se lo stesso esercizio di definizione del concetto di longevità può presentare non poche difficoltà e similarità con altri concetti, le stesse difficoltà aumentano nel momento in cui ci si pone l'obiettivo di quantificare e stimare il fenomeno. I principali problemi metodologici riguardano principalmente la scelta di una adeguata fonte di dati, e l'individuazione di indici adeguati. Per quanto riguarda il primo aspetto, i dati censuari e le tabelle sull'aspettativa di vita hanno, tra i propri punti di forza, la disponibilità della rilevazione nella maggior parte degli Stati, ma è un limite che il tasso di natalità e le migrazioni abbiano influenza sulla distribuzione della popolazione per età di un determinato territorio. Le tabelle di mortalità, invece, sono teoricamente meglio corrispondenti al fenomeno della longevità rispetto al dato censuario, ma hanno una struttura più complessa, e richiedono un maggiore dispendio per ottenere i dati. I dati censuari erano spesso utilizzati per calcolare la proporzione di persone di età pari o superiore a 80 o 90 anni sul totale della popolazione (*General Index of Longevity*), o ancora, per calcolare il *Level of Longevity of Elderly*, operando un rapporto tra persone di 80 o 90 anni e oltre, utilizzando come denominatore il totale di persone anziane<sup>104</sup>, col vantaggio di subire meno influenza da fattori quali tasso di natalità e migrazione della popolazione più giovane (Sachuk, 1970). Successivamente, altre due misure sintetiche proposte per lo studio della longevità entro entità territoriali, sono il *Longevity Index* e il *Centenarity Index*, proposte per lo studio della longevità della popolazione italiana (Magnolfi *et al.*, 2007). Rispettivamente, il *Longevity Index* è costruito mediante il rapporto tra gli ultranovantenni e il totale della popolazione al di sopra dei 65 anni; il *Centenarity Index* è rappresentato, invece, dal rapporto tra i centenari e il totale della popolazione sopra i 90 anni (*ibidem*).

Un'altra misura largamente utilizzata in letteratura per comparare i livelli di longevità è la *prevalenza di centenari*<sup>105</sup> ovvero, il rapporto tra il numero di centenari viventi in una data popolazione e il totale dei residenti della stessa popolazione. Per diverse ragioni l'affidabilità di tale indicatore non è certa: diversi sono i fattori che possono influenzare la composizione demografica: le migrazioni o il tasso di nascite, ad esempio. (Poulain *et*

---

<sup>104</sup> Indicato da Sachuk (1970) come over 60, oggi convenzionalmente definito, in Italia, over 65.

<sup>105</sup> Tradotto dall'originale "*Centenarian prevalence*" (Poulain *et al.*, 2013, p.94)

al., 2013), ma, nonostante le criticità evidenziate, la *prevalenza di centenari* resta l'indicatore più utilizzato dai gerontologi, così come dalle autorità nazionali e regionali (*ibidem*). Un altro indicatore utile è il *Centenarian Rate*: il rapporto tra il numero di persone di 100 anni che 40 anni prima avevano sessant'anni e abitavano nello stesso territorio. Questo indice ha il vantaggio di mantenere il controllo sul ruolo dell'immigrazione, sulla fertilità, sulla mortalità infantile e tutti i fenomeni che possono influenzare i risultati al di sotto dei sessanta anni di età (Poulain *et al.*, 2013).

Infine, un indicatore chiamato *Extreme Longevity Index* è stato proposto per misurare il livello di longevità come il rapporto tra il numero dei centenari, ancora vivi o già morti, nati durante un dato periodo e il totale numero dei nati registrato durante lo stesso intervallo. Questo indice espresso come numero di centenari per 100 nuovi nati è equivalente alla probabilità per ogni persona nata in una determinata municipalità di raggiungere i 100 anni di vita. Il vantaggio di questo indicatore è che l'unica distorsione può risultare a fronte di una più bassa registrazione dei centenari emigrati all'estero. (Poulain *et al.*, 2013).

Nel volere avviare una esplorazione sul territorio siciliano, si tiene in considerazione che: *The area with the highest concentration of centenarians could not be simply identified by grouping all municipalities with the highest percentage of the centenarians among the residents. In fact, the percentage of living centenarians can be largely influenced by migrations and changes in the structure of the population over the century.*, (Poulain *et al.*, 2004, p.1425), altresì, nonostante ciò, ci si avvarrà, in questa fase esplorativa, della prevalenza di anziani sul totale della popolazione, in linea con gli studi condotti tramite la prevalenza di centenari, con la consapevolezza che, questa prima fase esplorativa, debba necessariamente proseguire con studi longitudinali, qualitativi e multidisciplinari, per cui, in questa sede, non si dispone delle risorse necessarie

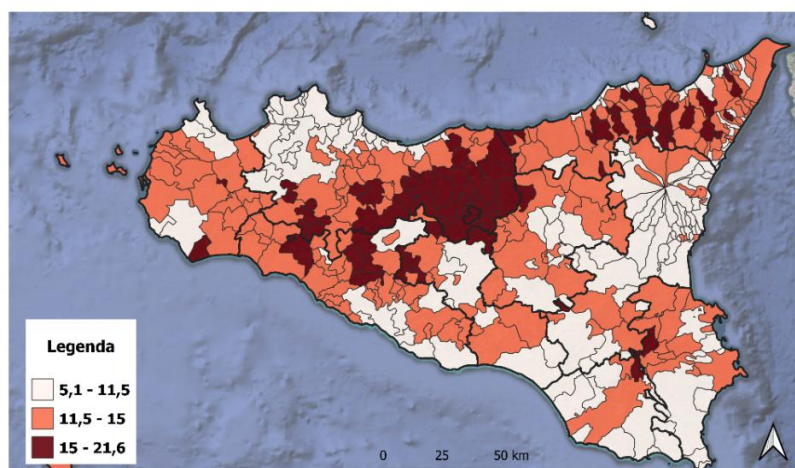
Sulla base dei dati disponibili è stato possibile operare delle elaborazioni a partire dai confini amministrativi dei 391 comuni della Regione. L'obiettivo della rappresentazione è quello di scorgere eventuali contiguità geografiche del fenomeno della longevità, che possano far emergere un probabile legame tra un invecchiamento di qualità e la qualità dell'ambiente fisico e/o sociale, e pertanto aprire nuove ipotesi per nuove strade di ricerca. Volendo considerare la popolazione anziana a partire da 75 anni, considerandola come

soglia orientativa e media rispetto alle differenze di genere, sono state elaborate delle mappe demografiche, a partire dai dati demografici di Istat, sulla popolazione residente al 1° gennaio 2023<sup>106</sup>, adottando come unità d'analisi i 391 comuni della Regione Sicilia. L'elaborazione dei dati e le conseguenti rappresentazioni cartografiche mirano a rappresentare l'incidenza percentuale di anziani, considerando la quota di persone in un determinato range di età, sul totale della popolazione di riferimento. In particolare, per ogni comune della Regione Sicilia, a partire dai dati demografici disponibili in termini di frequenza per ogni singolo anno di età, sono state operate delle aggregazioni la cui somma restituisce la frequenza sui determinati range di età: da 75 a 100 anni e oltre (*fig.43*); da 90 a 100 anni e oltre (*figure 44 e 45*). La scelta delle classi di età è motivata come segue: la classe che comprende la popolazione tra 75 e 100 e oltre anni (*fig.43*), vuole rappresentare quella fetta di popolazione che, sulla base delle considerazioni sulle età equivalenti, possano oggi essere oggetto di una più mirata attenzione in relazione alle problematiche legate all'invecchiamento. Gli studi sulla longevità prendono in considerazione perlopiù i novantenni, i centenari, e gli ultracentenari: da qui, la volontà di rappresentare una classe da 90 a 100 anni e oltre (*figure 44 e 45*); ed un'altra rappresentazione esclusivamente riferita ai centenari e agli ultracentenari (*figure 46 e 47*). Le rappresentazioni cartografiche sono state elaborate con software *QGis*, mentre le classificazioni sono state elaborate per *intervalli naturali di Jenks*, utile, in questa fase esplorativa, al fine di individuare classi emergenti del fenomeno. La *figura 43* mostra una concentrazione di anziani over 75, da cui risulta una certa contiguità, in alcuni comuni che afferiscono perlopiù alla provincia di Palermo, e altri comuni per cui non si nota una forte aggregazione tra i comuni, le più alte percentuali di ultrasettantacinquenni sono del comune di Limina (ME), con 21,57%; Alcara li Fusi (ME), 20,15 %; Blufi (PA), con 20,09 %; Bompietro (PA), 20,05 %; Sclafani Bagni (PA), 19,73 %. I comuni, invece, con le più basse percentuali, sono Camporotondo Etneo 5,10%); San Pietro Clarenza (6,10%); Aci Sant'Antonio (6,92%); Aci Catena (7,06), della provincia di Catania.

*Fig.43 – Incidenza percentuale della popolazione di 75 anni e oltre, nei Comuni della Regione Sicilia, al 1° gennaio 2023.*

---

<sup>106</sup> <https://demo.istat.it/app/?i=POS>.

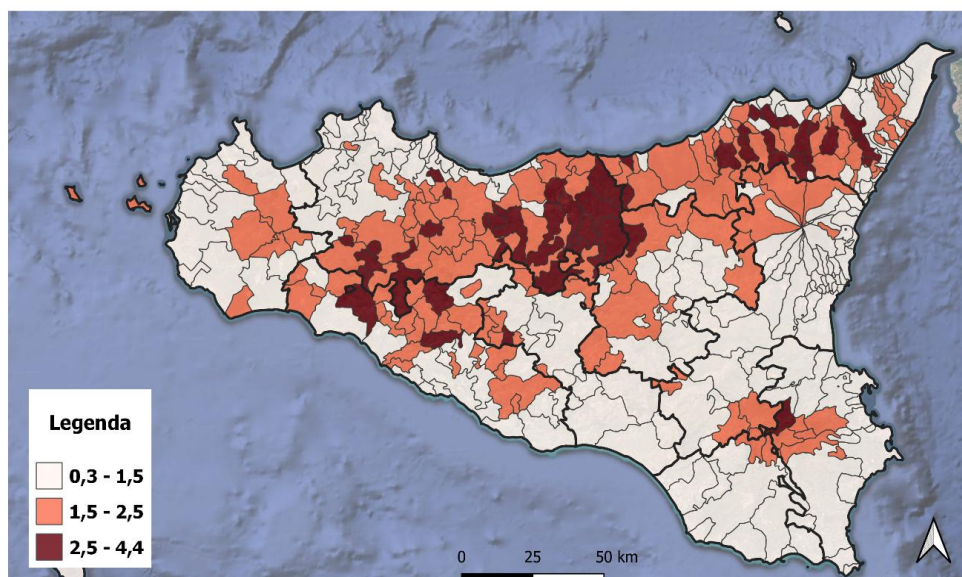


*Fonte: Fonte: elaborazione e rappresentazione dell'autrice, da Istat, popolazione residente al 1° gennaio 2023<sup>107</sup>.*

La rappresentazione di cui alla *figura 43*, consente di osservare la distribuzione della popolazione ultrasettantacinquenne, non restituendo informazioni circa la longevità, nel senso espresso al paragrafo precedente. È chiaro che una tale distribuzione risente dello spopolamento delle aree interne, ma è utile presupposto per l'argomentazione di cui alle prossime figure. La *figura 44* mostra l'incidenza percentuale della popolazione di 90 anni e oltre, fornendo informazioni circa la distribuzione della popolazione anziana, ma gettando già uno sguardo sulla longevità, in quanto è certo che una misura di incidenza su tutta la popolazione renda la lettura influenzata da una probabile minore presenza di giovani e bambini negli specifici territori, ma è certo anche che se questa popolazione ultranovantenne è presente, significa che una data percentuale arrivi a quell'età.

<sup>107</sup> <https://demo.istat.it/app/?i=POS>.

Figura 44 – Incidenza percentuale della popolazione di 90 anni e oltre, nei Comuni della Regione Sicilia, al 1° gennaio 2023.

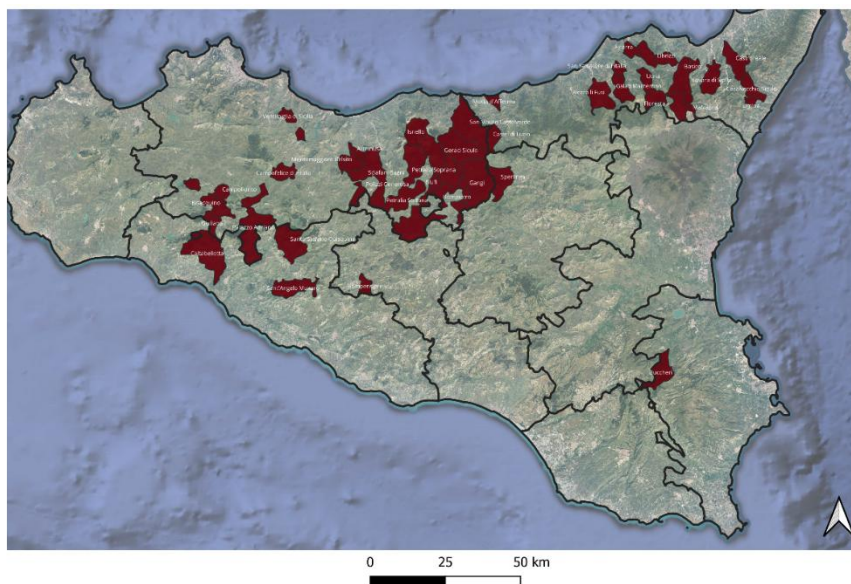


Fonte: elaborazione e rappresentazione dell'autrice, da Istat, popolazione residente al 1° gennaio 2023<sup>108</sup>.

La figura 45 mostra esclusivamente i comuni che il sistema di classificazione di *Jenks* ha ricompreso entro la classe più alta, circa 50 comuni di piccole dimensioni. Appare evidente un “nodo”, in alcuni comuni del palermitano, che desta maggiore attenzione rispetto agli altri comuni dell’ultima classe, in quanto mostra una chiara contiguità del fenomeno, che lascia intravedere la possibilità di una comune condizione ambientale o territoriale sottostante. Osservando la mappa fisica è infatti possibile scorgere che l’aggregato di alcuni comuni rappresentati (Geraci Siculo, San Mauro Castelverde, Castel di Lucio, Gangi, Sperlinga, Isnello, Petralia Soprana, Petralia Sottana), insistono perlopiù sul Parco delle Madonie. Ad avvalorare tale considerazione, uno studio condotto e presentato da Aiello A., Accardi G., Candore G., Poulain M., Caruso C., *Longevity hotspot in Sicily. The exploration of a new possible blue zone*, al 14<sup>th</sup> International Seminar *Supercentenarians*. svoltosi a Parigi, in data 28/11/2019, in cui alcuni comuni del Parco delle Madonie vengono considerati parte di una possibile, nuova *Blue Zone*, per cui gli stessi autori rimandano ad ulteriori studi.

<sup>108</sup> <https://demo.istat.it/app/?i=POS>.

Figura 45 – Incidenza percentuale della popolazione di 90 anni e oltre, nei Comuni della Regione Sicilia, al 1° gennaio 2023.



Fonte: elaborazione e rappresentazione dell'autrice, da Istat, popolazione residente al 1° gennaio 2023<sup>109</sup>.

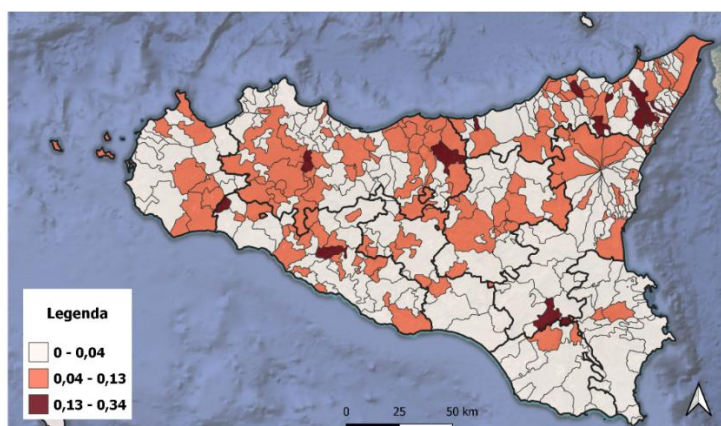
Nel dettaglio, i comuni che al 2023 risultano avere una maggiore prevalenza di ultranovantenni, sono il comune di Novara di Sicilia (ME), 4,43%; Blufi (PA) 4,11%; Campofelice di Fitalia (PA) 3,98%; Sperlinga (EN) 3,71%; Limina (ME) 3,60%, e a seguire, Bonpietro (PA); Giuliana (PA); Petralia Sottana (PA); Malvagna (ME).

Infine, la figura 46 mostra i comuni a più alta percentuale di abitanti di cento anni e oltre in tre distinte classi. Dal database, è possibile stabilire che i comuni a più alta percentuale di centenari, al 1° gennaio 2023, corrispondano ai comuni di Basicò (ME); Malvagna (ME), Limina (ME), Antillo (ME), Geraci Siculo (PA), Godrano (PA). Tuttavia, è da precisare che tali comuni, hanno una popolazione molto esigua, tra i 600 e i 1800 abitanti; pertanto, una buona percentuale di ultracentenari può essere già data da due soggetti sul totale della popolazione, che non sono sufficienti a spiegare popolazioni longeve. Piuttosto, vista la poca numerosità della popolazione, un ulteriore e utile step di ricerca sarebbe quello di considerare aggregati di comuni insistenti sulla medesima area

<sup>109</sup> <https://demo.istat.it/app/?i=POS>.

geografica, come è il caso dei comuni di cui alla *figura 46*, appartenenti alla seconda classe, in arancio: tale operazione potrebbe rivelare concentrazioni che non emergono su una analisi condotta sul livello dei confini amministrativi comunali.

*Figura 46 – Incidenza percentuale della popolazione di cento anni e oltre, nei Comuni della Regione Sicilia, al 1° gennaio 2023.*



*Fonte: elaborazione e rappresentazione dell'autrice, da Istat, popolazione residente al 1° gennaio 2023<sup>110</sup>.*

Alcuni recenti studi condotti in Sicilia avvalorano l'interesse per la longevità nella suddetta regione. Uno studio svolto sul suddetto territorio individua un'area di interesse sui Monti Sicani (Vasto *et al.*, 2012), quell'area delimitata a nord dal Bosco della Ficuzza, a est da Caltanissetta, a ovest da Salemi e a sud da Agrigento, dove risulta essere presente una alta presenza di centenari, che osserva le abitudini di 19 di essi, residenti nei comuni di Giuliana, Bisacquino, Castronovo, Chiusa Scalafani e Prizzi, e indagando la correlazione tra longevità e alimentazione. Ciò che gli studiosi hanno riscontrato è un'elevata presenza di centenari in buona salute, con un buon livello di indipendenza sulle scale ADL e IADL, e una scarsa presenza di cardiopatie, deterioramento cognitivo o fisico, con un netto vantaggio per la popolazione maschile.

Le quantità di cibo consumate dagli intervistati sono suddivise in tre porzioni giornaliere, con poche quantità di carboidrati e carne e grandi quantità di frutta e verdura stagionali, applicando una dieta a basso carico glicemico, confermando come alcune abitudini alimentari, tradizionalmente tramandate nei paesi mediterranei, e riconosciute,

<sup>110</sup> <https://demo.istat.it/app/?i=POS>.

nell'insieme e nella varietà delle applicazioni e degli usi, come *dieta mediterranea*, abbiano il vantaggio di essere in linea con più bassi tassi di malattie croniche legate all'età, mostrando quindi un effetto protettivo e preventivo, sulla salute e a sostegno della longevità. Come hanno affermato gli studiosi, “*our results are consistent with data described in Dan Buettner’s book on the importance of the diets in 5 populations with high longevity [...]. To reach successful ageing it is advisable to follow a diet with low quantity of saturated fat and high amount of fruits and vegetable, rich in phytochemicals*” (*ibidem*, p. 5).

Lo studio assimila alcune caratteristiche della circoscritta area siciliana ad alcune riscontrate nella Blue Zone sarda, dichiarando che “*we have started a demographic study in Sicily showing that in mountain zones of Sicily there is a zone of male longevity with similar features to those found in Sardinia, in the so-called Blue Zone*” (Vasto *et al.* 2012, p. 3). Ciò che accomuna i due casi, oltre la prevalenza maschile dei centenari, sono alcune caratteristiche del territorio: in entrambi i casi si tratta di aree montane non inquinate, di piccole dimensioni e con un numero esiguo di abitanti: ne risulta anche una minore incidenza di morte a causa di cancro e malattie cardiovascolari. Il territorio sicano è, appunto, una zona collinare e montuosa, dove è molto diffusa la coltivazione dell'olivo (*ibidem*).

Uno studio successivo svolto in Sicilia (Vasto *et al.* 2014), ha mostrato ancora con chiarezza come la dieta mediterranea, abbia avuto, e ha tutt'ora, influenza nei processi di *buon* invecchiamento, evidenziando anche come nelle grandi città, questa venga sempre meno seguita, rimanendo una pratica osservata maggiormente nei piccoli villaggi di campagna, determinando così anche una longevità geograficamente situata nelle aree più interne. La dieta non è solo l'insieme delle scelte alimentari, ma è da considerarsi in senso più ampio una tradizione storica prima che geografica, la cui aderenza dipende anche dalla classe sociale di appartenenza. Inoltre, la dieta è da considerarsi in seno ad uno stile di vita che ne favorisca gli effetti benefici: il consumo dei pasti in famiglia, la socializzazione, il riposo adeguato e una moderata attività fisica, l'approccio alla “cultura del cibo” (*ibidem*).

Infine, lo studio che in questa sede è ritenuto più rilevante e risonante con le osservazioni proposte, è tanto attuale da risultare ancora in fase di pubblicazione: *An emerging*

*Longevity Blue Zone in Sicily: The Case of Caltabellotta and the Sicani Mountains* (Errigo *et al.*, 2025). Lo studio è stato avviato con l'obiettivo di comprendere se esistessero in Sicilia, e in particolare nei già menzionati Monti Sicani, caratteristiche per *Zone Blu* emergenti. Per farlo sono state comparate le misure della longevità della Regione Sicilia, con quelle della *Zona Blu* già validata in Sardegna. Attraverso due *step* di rilevazione. Il primo si è servito dei dati ISTAT sulla popolazione residente al 1° gennaio 2025 delle 391 municipalità siciliane, e il secondo dei registri civili delle singole municipalità. Utilizzando i dati sul totale della popolazione, il numero di residenti sopra i 90 anni di età e il numero di residenti sopra i 60 anni di età. Tramite questi dati è stato calcolato il rapporto tra gli ultranovantenni e gli ultrasessantenni, rappresentato in mappa per i singoli comuni, e ulteriormente dal suddetto rapporto rapporto è stata poi rappresentata una mappa di densità, previo utilizzo della tecnica non parametrica *Kernel Density Estimation*. Entrambe le mappe hanno mostrato tre principali *clusters* di longevità, che hanno la caratteristica di trovarsi in aree montane e di condividere stili di vita e tradizioni alimentari simili: uno corrispondente all'area dei Monti Sicani; uno corrispondente ad un'area delle Madonie, ed un altro in provincia di Messina, sulla catena dei Nebrodi. Le municipalità con il maggiore valore percentuale sulla base del rapporto 90+/60+ sono, in ordine Novara di Sicilia, Geraci Siculo, Bompietro, Sant'Angelo Muxaro, Giuliana e Caltabellotta (Errigo *et al.* 2025).

Quanto emerso dal suddetto studio, avvalora ciò che emerge in *figura 45* elaborata dall'autrice. Lo studio differisce da quello sopra esposto in quanto, elaborato precedentemente, si serve dei dati sulla popolazione residente al 1° gennaio 2023, ultimi dati disponibili al momento dell'elaborazione, e altrettanto lo studio ideato in quella sede è condotto tramite il rapporto tra gli ultranovantenni e il totale della popolazione. Nonostante ciò, in entrambi gli studi emergono visivamente i tre clusters, e i punteggi calcolati dall'autrice identificavano l'eccellenza di alcuni comuni, poi rimarcata dallo studio esposto, in particolare entrambi gli studi identificano Novara di Sicilia; Bompietro e Giuliana come comuni a più alta percentuale di ultranovantenni. Inoltre, la *figura 46* mostra ancora una volta Geraci Siculo tra i comuni a più alta percentuale di centenari al 2023, rendendo il comune di particolare interesse per ulteriori studi.

Tra i clusters emersi sono state poi selezionati i comuni con in più alto valore del rapporto 90+/60+, che registrassero almeno 3.000 abitanti. Selezionate le municipalità è stata

avviata una ricerca demografica retrospettiva, tramite i registri civili. Che ha consentito di calcolare la probabilità di raggiungere i 90 anni per coorte di nascita, per ogni anno. Così, particolare attenzione è stata volta al comune di Caltabellotta, in provincia di Agrigento, a 949 metri s.l.m, comune particolarmente isolato e con limitati contatti esterni. Dall'analisi dei registri di stato civile, dall'anno 1900 all'anno 1924, è stata operata una comparazione con la Blue Zone sarda, che ha rilevato una minore percentuale di individui over 90 nel comune di Caltabellotta, rispetto all'area della Sardegna, con una quota i novantenni di 8,9% per il comune siciliano e di 12,6% per la Sardegna. Questi dati non escludono che il suddetto comune possa rientrare in futuro tra le *Blue Zones*, in considerazione del fatto che alcuni dati sui registri possono non figurare e altresì, in considerazione dei dati, non analizzati in questa sede, sui centenari e supercentenari (Errigo *et al.* 2025).

## **2. Spazi intergenerazionali per l'invecchiamento attivo**

Infine, si vuole accennare ai *programmi* e agli *spazi intergenerazionali*, come prospettiva futura di ricerca-azione che possa fornire un ulteriore spunto per riflessioni e soluzioni sostenibili nella gestione del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, prospettiva che assume valore in considerazione di un sistema normativo e politico ancora frammentato sul tema dell'invecchiamento attivo e, più in generale, dell'invecchiamento positivo, che ha spesso, in alcuni contesti, funzionato attraverso interventi puntuali di progettazione e messa in opera di singole iniziative locali, spesso coadiuvate da enti del Terzo Settore.

Con il termine *intergenerazionale* si vuole intendere quanto alcuni autori contrappongono a *multigenerazionale* (Villar, 2007), un'esperienza focalizzata sulla relazione tra due o più generazioni, e non la mera coesistenza o compresenza delle due. Tale relazione implica interazione; influenza reciproca e cooperazione al fine di perseguire obiettivi comuni (*ibidem*). In altre parole, "*intergenerational relationships has been used to refer to relationships between (and in some cases among) members of different generations;*

*while multigenerational relationships has been used to refer to two or more generations considered together as a static system*” (Brownell e Resnick, 2005, p. 73).

Prima di entrare nel merito dei *programmi*, degli *spazi* e delle relazioni tra generazioni, è utile accennare al significato del concetto di generazione.

Dal latino *generatio -onis*, il termine “generazione” indica, genericamente, “*l’atto del generare, il processo per cui esseri viventi producono esseri viventi della stessa specie*”<sup>111</sup>. Negli studi demografici, il termine generazione si riferisce ad una “*coorte*”, indicando come tale l’insieme di coloro che hanno in comune l’essere nati in un determinato arco di tempo, da cui deriva una comune scansione del tempo e delle principali tappe evolutive. L’origine del concetto di generazione è poi strettamente connessa, anche in senso etimologico, alle relazioni familiari in senso ascendente e discendente (Naldini *et al.*, 2012): il significato originario di generazione è senza dubbio biologico-genealogico, ed è riferito al fatto che i discendenti di un antenato comune, nel genere umano, impiegano in media circa trent’anni per sposarsi e avere figli (Jaeger 1985). Nel voler attribuire una definizione di senso comune al concetto di generazione, lo si può intendere a partire dalla concezione che “*l’essere nati in un determinato periodo e aver vissuto gli anni cruciali della formazione in un determinato clima culturale, caratterizzato da particolari eventi storici, lascia una traccia sui modi di sentire, pensare e agire degli individui*”<sup>112</sup>. In merito all’uso che del concetto di generazione viene fatto nelle scienze sociali, esso non si scosta molto dalla nozione di senso comune. Nelle scienze sociali è, infatti, possibile identificare due macro-filoni teorici: quello demografico e quello storico, culturale, sociologico e politologico<sup>113</sup>. Tale dualità è esplicitata in uno dei principali testi del secondo orientamento teorico, “*Das Problem der Generationen*” pubblicato nel 1928, ad opera di Karl Mannheim. Lo sviluppo del concetto di generazione in sociologia si sviluppa in parallelo al concetto di generazione

---

<sup>111</sup>Vocabolario treccani sito: <https://www.treccani.it/vocabolario/generazione/>. [consultato il 23/05/2023]

<sup>112</sup>Enciclopedia delle scienze sociali Treccani  
[https://www.treccani.it/enciclopedia/generazioni\\_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/generazioni_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/)  
[consultato il 23/05/2023]

<sup>113</sup> Tra i sociologi italiani, Pierpaolo Donati ha trattato il tema delle generazioni, si veda Donati, P. (1999). *Familia y generaciones. Desacatos*. Revista de Antropología Social. 2: 27-49.

politica; si sottintende, ovvero, che la caratterizzazione sociale di una generazione dipenda dal fatto che un insieme di persone, che hanno pressappoco la stessa età anagrafica, abbiano condiviso nel medesimo tempo alcuni eventi politicamente significativi, e sulla base della loro esperienza tentano di innovare il sistema sociale nel quale sono nate e continuano a vivere (Bettin Lattes et al. 1999; Bettin Lattes, Raffini 2011). Successivamente, i movimenti di protesta, così ampliati a livello transnazionale, hanno dato via, per la prima volta ad una coscienza generazionale, oltre i confini nazionali. Questo è stato possibile anche a partire dalle innovazioni tecnologiche, che hanno consentito la comunicazione e il collegamento tra le varie nazioni <sup>114</sup>. Lo sviluppo dell'analisi generazionale in sociologia ha, di certo, un debito con Karl Mannheim. Anche gli studi sociologici più recenti si basano su alcuni concetti dell'impostazione manheimiana, che ha assunto una valenza quasi euristica: a lui il merito di aver svincolato il concetto di generazione dai condizionamenti anagrafici e biologici, confermandone la definizione nei termini di attore collettivo e consapevole, che assume centralità per lo studio del mutamento sociale concepito come mutamento politico. Una affinità di collocazione: il fatto, ovvero di essere nati e vissuti in un esatto momento, come dato fondamentale, ma non sufficiente alla totale copertura della connotazione sociologica del fenomeno "generazione". Essere collocati in un determinato spazio temporale, implica uno spazio limitato di esperienze possibili (Bettin Lattes et al. 1999; Bettin Lattes, Raffini 2011).

Il discorso sull'intergenerazionalità assume importanza in relazione alla considerazione assodata nelle scienze sociali, supportata da studi empirici, che le relazioni familiari siano attenuanti degli effetti di situazioni di vita potenzialmente stressanti, e più in generale, le relazioni familiari intergenerazionali contribuiscano al benessere soggettivo e al coinvolgimento nella vita degli individui durante tutto il loro corso di vita (Davey *et al.*, 2005; Silverstein *et al.*, 2013; Lowestein *et al.*, 2019). Ma, a fronte di una condizione demografica in trasformazione, e al conseguente stravolgimento delle strutture familiari, le aspettative intergenerazionali divengono oggi incerte (Lowestein *et al.*, 2019): è a

---

<sup>114</sup> Enciclopedia delle scienze sociali Treccani  
[https://www.treccani.it/enciclopedia/generazioni\\_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/generazioni_%28Enciclopedia-delle-scienze-sociali%29/)  
[consultato il 23/05/2023]

partire da queste trasformazioni e considerazioni che nasce la necessità di riallacciare i legami e la solidarietà tra le generazioni, anche all'esterno della famiglia.

Di questo avviso era già l'articolo 16 della Dichiarazione *della Seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento*, organizzata dalle Nazioni Unite “*We recognise the need to strengthen solidarity between generations, and intergenerational partnerships, keeping in mind the particular needs of both older and younger ones, and encourage mutually responsive relationships between generations*” (UN, 2002).

A livello europeo, il 29 aprile 2009 si è dato avvio alla prima *Giornata europea sulla solidarietà e la cooperazione tra generazioni*, e l'attenzione al tema della solidarietà tra generazioni è stata poi confermata in alcune comunicazioni e interventi, quali: la comunicazione 12 ottobre 2006, COM(2006) 571, *Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in un'opportunità*; la comunicazione 10 maggio 2007, COM(2007) 244, *Promuovere la solidarietà fra le generazioni*; comunicazione 29 aprile 2009, COM(2009) 180, *Gestire l'impatto dell'invecchiamento della popolazione nell'UE*; comunicazione 3 marzo 2010, COM(2010) 2020, *Europa 2020 – Una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, fino alla realizzazione, nel 2012, *dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni* (Varricchio, 2023) a conferma di una concomitanza tra i due temi, l'invecchiamento attivo e l'incontro tra le generazioni.

Nel corso degli studi gerontologici, attività, progetti e programmi intergenerazionali, hanno dimostrato essere una strategia con buoni risultati per la promozione dell'invecchiamento attivo (Sánchez, 2009). Lo sviluppo dei *programmi intergenerazionali* ha inizio negli Stati Uniti negli anni '60 e '70, come risposta, appunto, al marcato ed evidente divario tra le generazioni, dovuto principalmente alle evoluzioni in corso nel mercato del lavoro, aventi come esito la riduzione delle interazioni tra anziani e giovani, e di conseguenza l'isolamento degli anziani e lo sviluppo di percezioni, miti e stereotipi reciproci. A questa prima fase ne seguì una seconda, che durò dagli anni '70 agli anni '90 e, fu caratterizzata dall'utilizzo dei *programmi intergenerazionali* come strategia per fronteggiare problemi culturali, sociali ed economici, fungendo da strumenti per la mitigazione di problemi riguardanti le fasce di popolazioni considerate vulnerabili: bambini; ragazzi; anziani. Soprattutto durante gli anni '80, a seguito di un fiorente

dibattito accademico, furono pubblicati manuali utili alla gestione dei *programmi intergenerazionali*, favorendo così anche l'emergere della figura dello specialista intergenerazionale (Sánchez *et al.*, 2007).

Nel merito di cosa può intendersi come *programma intergenerazionale*, sintetizzando l'apporto di diversi autori, si intendono attività che incoraggiano lo scambio tra i membri appartenenti a più generazioni, generalmente giovani e anziani (Ventura-Merkel e Liddoff, 1983), che possano legare individui non appartenenti alla stessa famiglia (Newman, 1997) che abbiano benefici reciproci (Hatton-Yeo e Ohsako, 2001), che siano organizzati e tendano allo sviluppo delle relazioni (McCrea *et al.*, 2004). Dalle diverse definizioni degli autori emergono alcune evidenti linee comuni: i soggetti coinvolti appartengono a diverse generazioni; le attività svolte hanno come finalità obiettivi benefici per tutte le persone coinvolte; essi favoriscono il mantenimento delle relazioni sulla base della condivisione di esperienze (Sánchez *et al.*, 2007).

Alcuni autori (Whitehouse *et al.*, 2000; MacCallum *et al.*, 2006), distinguono tra quattro tipi di pratica intergenerazionale, a seconda del livello di interazione: un primo livello di *juxtaposition*, in cui diversi gruppi generazionali si incontrano sporadicamente in un determinato luogo; un secondo livello di *intersection*: i due gruppi, oltre a trovarsi nello stesso sito, svolgono delle attività insieme, pur mantenendo un livello di interazione basso, e rimanendo riferiti al proprio gruppo generazionale. Il terzo livello, *group-forming* prevede che i gruppi generazionali formino nuovi gruppi o coppie miste. Il quarto livello *co-existence* si riferisce a condizioni di quotidiana interazione, con obiettivi e compiti condivisi, più che alla partecipazione ad attività programmate (*ibidem*).

In Italia, a partire dalla proposta di legge 28 dicembre 2022, n.739 *Disposizioni per favorire lo sviluppo di progetti di coabitazione per persone che hanno compiuto il sessantacinquesimo anno di età e di coabitazione intergenerazionale* si è iniziato a sperimentare il *cohousing intergenerazionale*, un esempio di ciò che sopra viene descritto come un programma intergenerazionale al livello di coesistenza. Il risultato è la creazione di alcune comunità di anziani e giovani, con il vantaggio di aggiungere il beneficio della socialità all'esigenza abitativa (Varricchio, 2023). Nella recente e già menzionata legge 23 marzo 2023, n. 33 *Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone*

anziane l'art. 3.2.b vengono indicati tre punti inerenti agli interventi per la solidarietà e la coesione tra le generazioni, quali principi e criteri direttivi. Il primo punto inerente a “*sostegno delle esperienze di solidarietà e di promozione culturale intergenerazionali tese a valorizzare la conoscenza e la trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale*”; il secondo “*promozione di programmi di cittadinanza attiva volti alla coesione tra le generazioni a favore della collettività e delle comunità territoriali, attraverso la partecipazione e con il supporto del servizio civile universale*”, il terzo e ultimo fa riferimento alla valorizzazione e alla promozione dell'incontro e della relazione tra generazioni, attraverso la valorizzazione delle esperienze scolastiche e universitarie, anche in previsione del riconoscimento di crediti scolastici o crediti universitari.

Come è noto, e ampiamente argomentato nel capitolo III, sono state, tuttavia più le iniziative regionali a connotare gli interventi sul territorio italiano, anche nell'ambito intergenerazionale. Così è possibile annoverare qualche esempio virtuoso: la già menzionata legge regionale 16 maggio 2018, n. 12, *Norme in materia di tutela, promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo*, della Regione Calabria, che si impegna nell'ottica del miglioramento delle condizioni della popolazione anziana, ma con ricadute positive sulla popolazione giovane, nonché sulle relazioni tra le due; la legge regionale 14 novembre 2014, n. 22, *Contrasto alla solitudine e promozione dell'invecchiamento attivo* del Friuli-Venezia Giulia, che ha guardato al contrasto alla solitudine degli anziani prevedendo il coinvolgimento dei giovani; la Regione Lazio sul tema del cohousing, con la legge regionale 6 agosto 1999, n. 12, *Disciplina delle funzioni amministrative regionali e locali in materia di edilizia residenziale pubblica*, inoltre la Regione Toscana ha promosso l'incontro intergenerazionale attraverso lo strumento del Piano regionale per la non autosufficienza, focalizzandosi sulla costruzione e mantenimento delle relazioni di prossimità (Varricchio, 2023).

Ciò che appare evidente è, un *luogo*, un *sito*, entro cui queste relazioni si esplicano. L'idea dei *programmi intergenerazionali* sottende, in sostanza, l'idea di *campo intergenerazionale*, che alcuni tra i più rilevanti autori definiscono come “*set of knowledge (theory, research, practice) and actions (especially public policies and intergenerational programmes) aimed at benefiting from the potential of intergenerationality as a meeting place for sharing between persons and groups from different generations*” (Sánchez et al., 2007, p. 45).

Un concetto affine a quello appena espresso, è la recente definizione di “*intergenerational contact zones*”, ovvero un “luogo” che “*serve as spatial focal points for different generations to meet, interact, build relationships (e.g. trust and friendships), and, if desired, work together to address issues of local concern.*” (Kaplan *et al.*, 2020, p.3). Quest’ultimo termine, la cui origine è da riconnettere alla definizione di Pratt (1991), che ha coniato il termine *zone di contatto* in riferimenti ad alcuni contesti di condivisione, e utilizzato per la prima volta da Thang (2015). L’espressione *Zone di contatto intergenerazionali* appare utile nella considerazione che l’ambiente fisico sia più della mera fusione delle sue proprietà fisiche: lo *spazio* è costituito da dimensioni sociali, psicologiche, organizzative e culturali, in altre parole, “*non c’è ambiente fisico che non sia anche un ambiente sociale e culturale*” (Proshansky, 1976, p. 308).

Questa affermazione è di grande impatto se si pensa a come sarebbe possibile attivare processi a favore dell’invecchiamento attivo, attivando progetti di mutuale incontro tra le generazioni, e trasformando i *luoghi* intervenendo sulla dimensione relazionale.

### **3. Da qui in avanti: strade aperte e ostacoli da superare**

L’iniziale intenzione di dare origine ad un modello fondato sulla relazione tra invecchiamento e territori ha dovuto scontrarsi con un terreno di ricerca arido e frammentato, e ha dovuto affrontare la necessità di costruire una cornice concettuale e teorica, attingendo agli sforzi provenienti da altre scienze. Non si è potuto prescindere dalla ricostruzione dei concetti di *gerontologia positiva*, dall’affermazione dello stesso filone accademico. La ricostruzione teorica mostra una panoramica su alcune delle possibili applicazioni degli studi dell’invecchiamento inteso in senso positivo, ognuna delle quali possono essere implementate e approfondite. La ricerca presentata può essere considerata il primo mattone per la costruzione di nuove ipotesi e ulteriori studi puntuali e articolati, nonché innovativi sui quali risultava impossibile incanalare le riflessioni a monte, a fronte di una carente e frammentata letteratura. Altresì, le dimensioni presentate mettono in ordine alcuni temi e aprono alcune riflessioni, ma non ne esauriscono le possibilità di apertura: si pensi, ad esempio, a riflessioni su anziani e città, spazi pubblici

e città *age friendly*, su anziani e tempo libero, turismo sociale, relazioni familiari, sulla dicotomia aree interne e poli, e sull'influenza del paesaggio naturale, sulle iniziative di *housing sociale*, solo per citarne alcuni, nonché sul filone che concerne l'*ageism*, la discriminazione per età. O ancora sull'accesso ai servizi, i consumi, l'utilizzo delle nuove tecnologie. Tentativo ambizioso e percorribile, a fronte di una ricognizione eseguita in questa sede, è quella di immaginare degli studi *situati*, che possano adeguatamente valutare i “*caratteri fondativi del luogo in quanto realtà irripetibile*” (Guidicini 2010, p.85), attraverso la delimitazione di un contesto spaziale entro cui studiare gli elementi costitutivi entro cui ha svolgimento la vita del soggetto (*ibidem*), e, in questo caso, del soggetto anziano, anche al fine di implementare buone pratiche, e immaginare interventi seguendo un approccio *bottom up*, anche in linea con quanto accennato in queste conclusioni, in merito ai progetti intergenerazionali.

La ricostruzione del dibattito internazionale che è passato attraverso la definizione di invecchiamento positivo, teorie dell'attività, *successful ageing*, è stata imprescindibile per approdare al senso della stringa concettuale, *active ageing*, o *invecchiamento attivo*: tale concetto può essere appreso pienamente solo a valle di un discorso che contestualizzi cosa si intende per “attività”. Nel corso degli studi si è rilevato imprescindibile trattare di *active ageing*, e dello sforzo attuato dai *policy makers* nella costruzione di una misura univoca per tutti gli stati, *l'active ageing index*. La rappresentazione dei punteggi dell'*active ageing index* negli Stati dell'Unione Europea ha rivelato un'apparente tendenza alla somiglianza dei punteggi per alcuni stati UE, assimilabili per medesimo sistema di *welfare*, tra i quali risultava divergente il Portogallo, con punteggi migliori rispetto agli altri stati mediterranei. Per esaminare il caso, sono stati osservati, in maniera analitica, i punteggi sui diversi domini dell'indice e il metodo di costruzione dello stesso, tramite i quali si risale alla presunta virtuosità del Portogallo in quanto più virtuosa nel dominio “occupazione”, che misura la quota di anziani ancora inseriti nei circuiti del lavoro formale. A partire dal caso portoghese sono state illustrate alcune rappresentazioni cartografiche, che evidenziano come un primo *piano di analisi*, operata tramite dati demografici dell'Istituto Nazionale di Statistica portoghese (INE, *Recenseamento da população e habitação - Censos 2021*), rimandi all'evidenza che il discorso sull'invecchiamento debba scendere ad un livello territoriale *micro* per essere pienamente

compreso. Prendendo ad esempio la demografia del Portogallo, la condizione costiera è completamente differente da quella delle aree interne.

Da qui, l'esigenza di osservare le possibilità di applicare l'*active ageing index* ad un livello più dettagliato del livello nazionale, e la presentazione dei risultati degli studi sull'Italia a livello NUTS 1 e NUTS 2, che hanno denotato un territorio diviso in tre ripartizioni: *Nord*, *Centro* e *Sud*, con punteggi sull'invecchiamento attivo nettamente a sfavore del meridione, e con forti *gap* nei punteggi tra uomini e donne, e a favore dei primi. Questo scenario frammentato ha aperto la riflessione sulla ricezione politica, in Italia, del concetto di invecchiamento attivo, che si è sostanziato dopo l'avvio del *Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*, in un primo tentativo di una legge nazionale per l'invecchiamento attivo, oggi approvata, ma che si innesta in un terreno fortemente frastagliato, dove ognuna delle regioni, ha perseguito gli obiettivi di invecchiamento attivo con andamenti, idee e iniziative proprie, generando un quadro estremamente eterogeneo, a conferma del quale, alcune regioni come l'Emilia-Romagna, o le Province di Trento e Bolzano, si mostrano particolarmente virtuose, e alcune di esse sono *Reference Site*<sup>115</sup> nell'ambito dell'*European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing –EIP-AHA*, altre invece, risultano ancora sprovviste di un assetto funzionante in merito all'invecchiamento attivo e hanno posto le basi per i primi interventi solo recentemente, o hanno avuto intuizioni precoci ma non hanno goduto di un adeguato sistema di finanziamenti. La rassegna delle politiche regionali è stata il frutto della consultazione dei singoli report regionali redatti in ottemperanza del progetto di *Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo*, altresì, da alcuni siti istituzionali delle regioni. Ciò che emerge, nell'ottica della prosecuzione e dell'approfondimento degli studi sull'invecchiamento attivo nelle diverse regioni, è la prospettiva di poter studiare più da vicino, con l'apporto, ad esempio, di testimonianze privilegiate, di stakeholders o enti del Terzo Settore attivi nelle regioni, al fine di valutare l'effettiva vivacità dei territori sul tema.

La principale novità introdotta in questo studio è il tentativo sperimentale di dare avvio a un nuovo modello teorico e concettuale la cui prima fase ha preso avvio attraverso la creazione di una nuova misura sintetica, chiamato *indice di limitazione dell'anziano*, quale misura della *limitazione* individuale, espressa come opposto della *competenza* individuale, posta idealmente in relazione a una determinata *pressione* o *facilitazione* ambientale, e ispirata al modello *ecologico*, o *competence-press* sviluppato dai principali teorici dell'*environmental gerontology*, ritenendo quest'ultimo filone di studi quanto di più vicino in letteratura all'idea di sviluppare un modello che tenesse insieme le specificità della popolazione anziana insieme alle specificità del territorio, considerando il *luogo* entro cui si invecchia, una determinante di primaria rilevanza.

Ciò che è scaturito dal calcolo e dalla rappresentazione dell'indice di limitazione pone in luce alcuni evidenti limiti, che avvalorano la sperimentazione come primo e originale tentativo di fornire nuovi strumenti per lo studio dell'invecchiamento.

L'indice, calcolato per il quadriennio 2016-2019 e per il biennio 2022-2023, e le successive rappresentazioni cartografiche, mostrano, nel tempo, un apparente netto appiattimento dei punteggi per tutte le regioni, fuorché per la Basilicata, affievolendo notevolmente, di fatto, il classico divario tra le macroaree italiane. Escludendo ragionevolmente l'ipotesi di un reale incontro e similarità delle condizioni tra nord e sud Italia, insite come elemento ormai strutturale delle analisi socioeconomiche, in un così breve tempo, dal 2019 al 2022. Si apre, pertanto, la riflessione sulla natura di alcune scelte di carattere metodologico, avvalorando il carattere sperimentale della proposta e la possibilità che questo primo tentativo possa fungere da terreno di partenza per la costruzione di uno strumento solido.

La prima considerazione da porre nel miglioramento dello strumento riguarda la natura del campione: l'indagine non gode delle proprietà di uno studio longitudinale, e, sebbene i due campioni siano costruiti allo stesso modo, il campione non raggiunge gli stessi soggetti in due momenti differenti. Ciò è ancora più rilevante in relazione anche alla natura degli indicatori: le variabili scelte per costituire l'indice, e in generale tutto il database *Passi d'Argento* si basano su questionari le cui risposte dipendono dalla percezione che il soggetto ha delle proprie condizioni, le quali, non soltanto possono essere influenzate

dalle diverse individualità, dai ruoli di genere, dal proprio contesto di vita, ma possono altresì aver risentito dell'allarme pandemico, portando a sottovalutare alcune difficoltà personali, all'indomani della pandemia. Ancor di più, volendo sviluppare studi che assumono il territorio come aspetto discriminante, andrebbe tenuta in considerazione la *struttura percepita*, quell'"insieme di parti dell'urbanizzato che entrano compiutamente nel quadro percettivo-fruttivo del soggetto" (Guidicini, 2010, p. 137).

Se pensiamo alla condizione economica, e al corrispondente indicatore *molte difficoltà economiche*, alla luce delle considerazioni fatte fin qui, le difficoltà percepite, che diminuiscono significativamente al sud nel secondo momento, rimandano alla necessità di confrontare questo dato con altre fonti di dati quantitativi, quali, ad esempio, il reddito o il patrimonio; altresì dati sulla povertà relativa e assoluta. Questo potrebbe mettere in luce in che misura la percezione di una buona condizione economica sia in linea con la reale condizione, aprendo scenari di ricerca interessanti rispetto proprio all'autopercezione. Inoltre, per indagare quanto è vero il sospetto di una diversa percezione di alcune condizioni di vita, bisognerebbe entrare nel merito della ricerca con metodi qualitativi, attraverso interviste a testimoni privilegiati, alle ASL e altresì, scegliendo alcune regioni e sperimentando l'incrocio con interviste e/o questionari che possano più a fondo indagare le variabili di *Passi d'Argento*, su altri campioni.

Infine, nuove vie di ricerca, per eccellenza, sono quelle presentate nel primo e nel secondo paragrafo di questa conclusione. Si accenna a due temi eterogenei nei contenuti e nelle implicazioni pratiche che questi hanno: quello della longevità estrema e quello delle relazioni intergenerazionali. Gli studi sulla longevità ci insegnano, che dai *luoghi* possiamo trarre lezioni e indagando con metodo induttivo, dare significato all'eccezionalità, e trarre spunti utili al perseguimento di una società sostenibile. Al contrario gli studi sulle pratiche intergenerazionali avviano una riflessione sul piano dell'azione. Individuano i *luoghi*, come *spazi* puntuali dove intervenire. Ci invitano a creare virtuosità relazionali, finalizzando la ricerca all'intervento.

Per concludere, il tema dell'anziano e dell'invecchiare è vasto come sono vasti gli sguardi che determinate discipline possono offrire, e ancora in maniera esponenziale come possano combinarsi con altre. È imprescindibile accettarne la complessità e la necessità di semplificazione, senza, tuttavia sottovalutare una sensibilità trasversale al tema.

## Bibliografia

- Adams P.; Hurd M.D.; McFadden D.; Merrill A.; Ribeiro T. (2003), *Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status*, Journal of Econometrics, Volume 112, Issue 1, pp. 3-56.
- Aiello A., Accardi G., Candore G., Poulain M., Caruso C. (28/11/2019). *Longevity hotspot in Sicily. The exploration of a new possible blu zone. Abstract in Atti di convegno. 14 th International Seminar Supercentenarians*. Parigi.  
<https://iris.unipa.it/handle/10447/422832?mode=complete>
- Alley D.E., Bengtson V. L., Putney N.M. (2005), *Social gerontology as public sociology in action*. «The American Sociologist», vol, 36, n.3. pp.88-104.
- Attili G. (2011), *Psicologia Sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Baltes P.B., Baltes M.M. (1990), *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1–34). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Baltes P.B., Reese H.W., Lipsitt L.P., (1980), *Life-span developmental psychology*. «Annual Review of Psychology», vol.31, pp. 65–110.
- Barbabella F., Checcucci P., Aversa M.L., Scarpetti G., Fefè R., Socci M., Di Matteo C., Cela E., Damiano G., Villa M., Amari D., Montagnino S.R., D’Agostino L., Iadevaia V., Ferrante A., Lamura G., Principi A. (2020), *Le politiche per l’invecchiamento attivo in Italia Rapporto sullo stato dell’arte*, disponibile al link:  
<http://famiglia.governo.it/media/2132/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia.pdf>.
- Barbarella (2021), *Politiche per l’invecchiamento attivo nella Regione Veneto: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell’amministrazione e con gli stakeholders della società civile (rapporto previsto nell’ambito del progetto “Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo”, WP2-T3)*, disponibile al link:  
<https://famiglia.governo.it/media/2594/regione-veneto-rapporto-finale-t3.pdf>
- Barbarella F. (2020), *Le politiche per l’invecchiamento attivo nella Regione Campania (previsto nell’ambito del progetto “Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo”, WP2 – T1)*, disponibile al link:  
<https://www.famiglia.governo.it/media/1990/regione-campania-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>
- Barbarella F. (2020a), *Le politiche per l’invecchiamento attivo nella Regione Puglia (previsto nell’ambito del progetto “Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo”, WP2 – T1)*, disponibile al link:  
<https://www.famiglia.governo.it/media/2104/regione-puglia-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Barbarella F. (2021), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Campania: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Barbarella F. (2021a), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Puglia: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Barbarella F. (2021b), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Toscana: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Barbarella F. (2021d), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Provincia Autonoma di Bolzano: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Barbarella F. (2021e), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Provincia Autonoma di Trento: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link:

<https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Barbarella F. (2025), La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Campania. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/upyauy25/rapporto-regione-campania-febbraio-2025.pdf>

-Barbarella F. (2025a), La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Puglia. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/wizpqnlm/rapporto-regione-puglia-febbraio-2025.pdf>

-Barbarella F. (2025b), La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Toscana. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/xsjbvffg/rapporto-regione-toscana-febbraio-2025.pdf>

-Barbarella F. (2025c), La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Veneto. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/ifml40ia/rapporto-regione-veneto-febbraio-2025.pdf>

-Barbarella F. (2025d), La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Provincia Autonoma di Bolzano. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/buhcr4zp/rapporto-pa-bolzano-febbraio-2025.pdf>

-Barbarella F. (2025e), La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Provincia Autonoma di Trento. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/pd3hioiy/rapporto-pa-trento-febbraio-2025.pdf>

-Barbarella F., (2020), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Veneto (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://famiglia.governo.it/media/2273/regione-veneto-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Barbarella F., (2020b), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Toscana (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://famiglia.governo.it/media/2101/regione-toscana-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Barbarella F., (2020c), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Veneto (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://famiglia.governo.it/media/2273/regione-veneto-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Barbarella F., (2020d), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Provincia Autonoma di Bolzano (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2081/pa-bolzano-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Barbarella F., (2020e), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Provincia Autonoma di Trento (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://famiglia.governo.it/media/2082/pa-trento-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Bettin Lattes G. et al. (1999), *Giovani e democrazia in Europa*. CEDAM Casa Editrice Dott. Antonio Milani, Padova.

-Bettin Lattes G.; Raffini L., (a cura di) (2011), *Manuale di Sociologia*. Volume I. CEDAM Casa Editrice Dott. Antonio Milani, Padova.

-Boffi M. (2004), *Scienza dell'Informazione Geografica. Introduzione ai Gis*, Zanichelli, Bologna.

- Bronfenbrenner, U. (1979), *The Ecology of Human Development. Experiments by nature and design*. Harvard University Press.
- Brownell, P., Resnick, R. P. (2005). *Intergenerational-Multigenerational Relationships: Are They Synonymous?* In *Journal of Intergenerational Relationships*, 3(1), pp.67–75.
- Buettner, D. (2010), *The Blue Zones: Lessons for Living Longer From the People Who've Lived the Longest*. Washington, D.C., National Geographic.
- Buettner D., Skemp S. (2016). *Blue Zones: Lessons from the world's longest lived*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 10(5), pp. 318–321.
- Burawoy M. (2005), *2004 American Sociological Association Presidential Address: For Public Sociology*, In *American Sociological Review*, 70, 1, pp. 4-28 (trad. it. in *Sociologica*, 1/2007, pp. 1-44.
- Butler R.N. (1969), *Age-Is: Another Form of Bigotry* «*The Gerontologist*», Vol. 9, Issue 4, pp. 243–246.
- Butler R.N. (1989), *Dispelling ageism: The cross-cutting intervention*. In *Annals of the American Academy of Political and Social Science*», n.503, pp.138–147.
- Cabral M. V., Ferreira P. M., Silva P. A., Da, Jerónimo P., Marques T. (2013), *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Lisboa.
- Canter D. V.; Craik K.H. (1981) *Environmental Psychology*. *Journal of Environmental Psychology* 1, 1-11- Academic Press Inc., London.
- Carrogu G.P.; Gaviano L.; Petretto D. R. (a cura di) (2023), *Giovani e Longevi insieme per promuovere la salute*. Unica Press comunicazione, Cagliari.
- Cela E. (2020), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Abruzzo (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2060/regione-abruzzo-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Cela E. (2020a), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1950/regione-lombardia-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Cela E. (2020b), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Liguria (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2100/regione-liguria-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Cela E. (2020c), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Piemonte (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1953/regione-piemonte-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Cela E., (2020d), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Sicilia (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1998/regione-sicilia-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Chaney D., Touzani M., Ben Slimane K., (2017), *Marketing to the (new) generations: summary and perspectives*. In *Journal of Strategic Marketing*, vol.25 n°3, pp. 179-189. Taylor and Francis online.

-Cicchitelli G. (2012), *Statistica: principi e metodi*. Seconda edizione. Pearson Italia, Milano-Torino.

-Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M.O., Rockwood, K., (2013), *Frailty in elderly people*. *Lancet* 381 (9868), 752–762.

-Colleoni M., Lipari L. (2023), *La formazione delle aree metropolitane mediterranee costiere. Il caso studio dell'area metropolitana dello Stretto di Messina nel Sud Italia*. *Sociologia e ricerca sociale*. 2023, 132.

-Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Centro (CCDRC) (2023), *Territórios da Longevidade: uma abordagem aplicada à Região Centro*. Disponibile al link: [https://www.ccdrc.pt/wpcontent/uploads/2023/12/2023\\_Territorios\\_longevidade\\_V\\_F-1.pdf](https://www.ccdrc.pt/wpcontent/uploads/2023/12/2023_Territorios_longevidade_V_F-1.pdf)

-Cooney T.M, Curl A.L. (2019), *Transitioning from successful aging: a life course approach*. J Aging Health. 2019. 31:528–51

- Cruz A. T. (2024), *O dever de cuidar dos pais idosos: criação de um regime autónomo na lei civil?* Disponibile al link: <https://www.cpidoso.pt/wp-content/uploads/2024/06/O-dever-de-cuidar-dos-pais-idosos.pdf>

-Cumming E.; Henry W. (1961), *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.

-Da Roit B., Sabatinelli S. (2005), *Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato*. Stato e mercato, Fascicolo 2, agosto 2005. Il Mulino, Bologna.

-Damiano G. (2020), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lazio (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1949/regione-lazio-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Damiano G. (2021), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lazio: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-invecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Davey B., Levin E., Iliffe S., et al. (2005). *Integrating health and social care: implications for joint working and community care outcomes for older people*. In Journal of Interprofessional Care, n. 19(1), pp. 22–34.

-De la Fuente-Núñez, V., Bouzanis, K., Joseph, S. (2023), *Connecting healthy ageing and vision*. The Fred Hollows Foundation & International Federation on Ageing.

-Di Matteo C. (2020), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Basilicata (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link:

<https://www.famiglia.governo.it/media/2011/regione-basilicata-politiche-invecchiamento-attivo-1.pdf>

-Di Matteo C. (2020b), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Calabria (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al

link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1947/regione-calabria-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Di Matteo C. (2020c), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Friuli Venezia Giulia (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*,

disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1978/regione-friuli-venezias-giulia-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Di Matteo C. (2020d), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Molise (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link:

<https://www.famiglia.governo.it/media/1952/regione-molise-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Di Matteo C., (2020e), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Valle D'Aosta (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link:

<https://famiglia.governo.it/media/1956/regione-valle-daosta-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Di Matteo C., (2020b), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Calabria (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link:

<https://famiglia.governo.it/media/1947/regione-calabria-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Donati P. (1999). *Familia y generaciones. Desacatos*. Revista de Antropología Social. N. 2, pp. 27-49.

-Dodd S. (1942), *Operational Definitions Operationally Defined*, in American Journal of Sociology, 48(4), 482–489.

-Domènech-Abella J., Perales J., Lara E., Moneta M.V., Izquierdo A., Rico-Urbe L.A., et al. (2018), *Sociodemographic factors associated with changes in successful aging in Spain: a follow-up study*. J Aging Health. 2018. 30:1244–62

-Dumontet M., Henchoz, Y., Santos-Eggimann, B. (2024), *Do financial hardships affect health? A study among older adults in Switzerland*. European journal of public health, 34(1), 7–13.

-Errigo, A., Pes, G. M., Caruso, C., Accardi, G., Aiello, A., Candore, G., Vasto, S. (2025). *An Emerging Longevity Blue Zone in Sicily: The Case of Caltabellotta and the Sicani Mountains*. Preprints. <https://doi.org/10.20944/preprints202505.2113.v1>.

-Esping Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New York, Polity Press.

-European Centre Vienna (2013), *Active Ageing Index 2012 Concept, Methodology and Final Results*. Vienna: Methodology Report Submitted to European Commission's DG Employment, Social Affairs and Inclusion, and to Population Unit, UNECE.

-Evert, J., Lawler, E., Bogan, H., Perls, T., (2003), *Morbidity profiles of centenarians: survivors, delayers, and escapers*. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 58, 232–237.

-Falasca, C. (2023), *Invecchiamento attivo – Legge Delega 33/2023: una occasione da non perdere*. Auser, Spi-Cgil nazionale, Alta Scuola Spi-Cgil Luciano Lama. [https://www.auser.it/wp-content/uploads/2023/10/Spi-2023\\_10\\_Report-Invecchiamento-attivo.pdf](https://www.auser.it/wp-content/uploads/2023/10/Spi-2023_10_Report-Invecchiamento-attivo.pdf)

-Fernández-Ballesteros R., García L.F., Abarca D., et al. (2008), *Lay concept of aging well: Cross-cultural comparisons*. Journal of the American Geriatrics Society 2008; 56: 950-952.

-Fernández-Ballesteros R., Robine J.M., Walker A., Kalache A. (2013), *Active Aging: A Global Goal*. Current Gerontology and Geriatrics Research.

-Fernández-Ballesteros R.; Benetos A.; Robine J.M. (2019), *The Concept of Successful Aging and Related Terms In The Cambridge Handbook of Successful Aging*. Published online by Cambridge University Press.

- Ferrari G. (1874), *Teoria dei periodi politici*. Ulrico Hoepli. Librai Editore. Milano, Napoli.
- Ferreira P.M., Villaverde Cabral M., Moreira A., (2017), *Envelhecimento na Sociedade Portuguesa Pensões, Família e Cuidados*. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ferrera M. (2006), *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera, M. (1996), *The «Southern Model» of Welfare in Social Europe*, in *Journal of European Social Policy*, n. 6, pp. 16-37.
- Ferrucci, L., Friedman, D. S., Ramulu, P. Y. (2012), *Association of vision loss in glaucoma and age-related macular degeneration with IADL disability*. *Investigative Ophthalmology and Visual Science*, 53, 3201–3206.
- Fried L.P., Ferrucci L., Darer J., Williamson J.D., Anderson G. (2004), *Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care*. *The Journals of Gerontology: Series A*, Volume 59, Issue 3, March 2004, pp. 255–263.
- Fries J.F., (1980), *Aging, natural death, and the compression of morbidity*. «*The new England journal of medicine*», July 17, pp. 130-135.
- Goldman N., (2001), *Social inequalities in health: disentangling the underlying mechanisms*. In: Weinstein, M., Hermalin, A. (Eds.), *Strengthening the Dialogue between Epidemiology and Demography*. *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- Gopinath B., Mitchell P., Liew G., Burlutsky G., McMahon C.M. (2021), *Association between vision and hearing impairment and successful aging over five years*. *Maturitas* 143 (2021) 203–208. Elsevier.
- Gori C. (2023), *La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti*. *Politiche Sociali*. Fascicolo 3, settembre-dicembre 2023. Il Mulino, Bologna.
- Graf C. (2009). *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale*. *Med-surg Nurs*. 2009 Sep-Oct;18(5):315-6.

-Guidicini P. (2010). *Come studiare la città dal di dentro. Metodologie e tecniche per leggere le concentrazioni nel Nord e nel Sud del mondo*. Franco Angeli, Milano.

-Hanlon P.; Politis M., Wightman H., Kirkpatrick S., Jones C., Khan M., Bezzina C., Mackinnon S., Rennison H., Wei L., Vetrano D.L., Blane D.N., Dent E., Hoogendijk E.O. (2024), *Frailty and socioeconomic position: A systematic review of observational studies*, Ageing Research Reviews, Volume 100, 2024, 102420, pp. 1-10.

-Hatton-Yeo A., Ohsako T. (eds.) (2001). *Intergenerational programmes: public policy and research implications. An international perspective*. Stoke-on-Trent: The Beth Johnson Foundation.

-Havighurst R. J. (1961), *Successful Aging*. In *The Gerontologist*, Vol. 1, Issue 1, pp. 8–13.

-INAPP, MLPS (2021), *Rapporto per l'Italia sul Quarto Ciclo di Monitoraggio e Valutazione dell'Attuazione del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'Invecchiamento e la sua Strategia Regionale (MIPAA/RIS) 2018-2022*, disponibile al link: <https://oa.inapp.gov.it/server/api/core/bitstreams/f8c173b2-90c2-482f-bdac-1bcacd2f9514/content>

-Intraligi V. (2025), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Abruzzo. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/y5fjkn55/rapporto-regione-abruzzo-febbraio-2025.pdf>

-Intraligi V. (2025a), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lazio. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/tkzfe5h1/rapporto-regione-lazio-febbraio-2025.pdf>

-Intraligi V. (2025b), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Liguria. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/45lnot5a/rapporto-regione-liguria-gennaio-2025.pdf>

-Intraligi V. (2025c), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/lvdme433/rapporto-regione-lombardia-marzo-2025.pdf>

-Intraligi V. (2025d), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Piemonte. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/nkmnd3oq/rapporto-regione-piemonte-febbraio-2025.pdf>

-Intraligi V. (2025e), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Sicilia. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/kqjdhvk3/rapporto-regione-sicilia-gennaio-2025.pdf>

-ISS - Istituto Superiore di Sanità (2022), *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia: dati al 10 gennaio 2022*. Epicentro. [https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019\\_10\\_gennaio\\_2022.pdf](https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_10_gennaio_2022.pdf)

-ISS - Istituto Superiore di Sanità (2023), *Protocollo di studio: PASSI d'Argento – La qualità della vita vista dalle persone con 65 o più anni* (Versione 8 febbraio 2023). <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/pdf2024/protocollo-operativo-pda.pdf>

-ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2020). *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*. Roma.

-ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2022). *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 31 dicembre 2020*. Istituto Nazionale di Statistica. [https://www.istat.it/wp-content/uploads/2022/11/REPORT\\_PRESIDI\\_SOCIO-ASSISTENZIALI\\_2020.pdf](https://www.istat.it/wp-content/uploads/2022/11/REPORT_PRESIDI_SOCIO-ASSISTENZIALI_2020.pdf)

-ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2023). *Le strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie al 31 dicembre 2021*. Istituto Nazionale di Statistica. <https://www.istat.it/it/files/2023/11/Report-presidi-assistenziali-Anno-2021.pdf>

-ISTAT- Istituto Nazionale di Statistica (2024). *Il benessere equo e sostenibile in Italia: Rapporto Bes 2023*. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf>

-ISTAT-Istituto Nazionale di Statistica (2024b). *Centenari – STAT-TODAY, novembre 2024*. Istituto Nazionale di Statistica. [https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/11/STAT-TODAY\\_CENTENARI-2024.pdf](https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/11/STAT-TODAY_CENTENARI-2024.pdf)

-Jaeger H. (1985), *Generations in History: Reflections on a Controversial Concept*. History and Theory, Vol. 24, No. 3, pp. 273-292 Published by: Wiley for Wesleyan University.

-Jang H. (2020), *Factors Associated with Successful Aging among Community-Dwelling Older Adults Based on Ecological System Model*. In Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 3220; pp 1-12.

-Johnson K.J; Mutchler J.E. (2013), *Special Issue: Remembering Our Roots The Emergence of a Positive Gerontology: From Disengagement to Social Involvement* «The Gerontologist» Vol. 54, n. 1, pp. 93–100.

-Kahana E., Kahana B. (1996), *Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation*, in Bengtson VL., (ed), *Adulthood and aging, Research on continuities and discontinuities*, New York, Springer, pp.18-40.

-Kahana E., Kahana B. (2001), *Successful aging among people with Hiv/Aids*, Journal of Clinical Epidemiology», n.54, pp. 53-56.

-Kaplan M., Thang L.L., Sánchez M., Hoffman j., (2020), *Intergenerational Contact Zones: Place-based Strategies for Promoting Social Inclusion and Belonging*. Routledge, New York.

-Katz S., Downs T.D., Cash H.R., Grotz R.C. (1970), *Progress in development of the index of ADL*. Gerontologist. 1970 Spring;10(1):20-30.

-Katz S. (1983), *Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living*. J Am Geriatr Soc; 31:721-727.

-Katz, S. et al (1963), *Studies of Illness in the Aged*. JAMA, 185(12), 914.

-Lawton M. P. (1999), *Environmental taxonomy: Generalization from research with older adults*. In S. Friedman, T. Wachs (Eds.), *Measuring environment across the life span* (pp. 91-124). Washington, DC: American Psychological Association.

-Lawton, M. P. (1991), *A multidimensional view of quality of life in frail elders*. In J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 3–27). Academic Press.

-Lawton, M. P., Brody, E. M. (1969), *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.

-Lawton, M. P., Nahemow, L. (1973), *Ecology and the aging process*. In C. Eisdorfer & M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult development and aging* (pp. 619–674). American Psychological Association, Washington, DC.

-Lee-Bravatti M.A., O'Neill H.J., Wurth R.C., Sotos-Prieto M., Gao X., Falcon L.M., et al. (2021), *Life style behavioral factors and integrative successful aging among Puerto Ricans living in the mainland United States*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2021. 76:1108–16.

-Lewin, K. (1935) *A dynamic theory of personality*. McGraw-Hill, New York.

-Lewin, K. (1951) *Field theory in social science*. Harper, New York.

-Lewin, K., 1935 *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.

-Lowestein A., Katz R., Tur-Sinai A. (2019), *Intergenerational Family Relationships and Successful Aging* In Fernández-Ballesteros R.; Benetos A.; Robine J.M. (a cura di) *The Cambridge Handbook of Successful Aging*. Published online by Cambridge University Press.

-Lucantoni D. (2021), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Basilicata: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Lucantoni D. (2021a), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Calabria: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Lucantoni D. (2021b), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Friuli-Venezia Giulia: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Lucantoni D. (2021c), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Molise: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Lucantoni D. (2021d), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Sardegna: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Lucantoni D. (2025), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Basilicata. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/bcyp2rfl/rapporto-regione-basilicata-gennaio-2025.pdf>

-Lucantoni D. (2025a), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Calabria. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/gagnlpo0/rapporto-regione-calabria-febbraio-2025.pdf>

-Lucantoni D. (2025b), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Friuli-Venezia Giulia. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/4pebaecp/rapporto-friuli-venezias-giulia-gennaio-2025.pdf>

-Lucantoni D. (2025c), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Sardegna. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/xpvdhxq/rapporto-regione-sardegna-gennaio-2025.pdf>

-Lucantoni D. (2025d), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Valle d'Aosta. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/ki1pcin5/rapporto-regione-valle-daosta-febbraio-2025.pdf>

-Lucantoni D. (2025e), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Molise. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/slvmkcs2/rapporto-regione-molise.pdf>

-Lucantoni D., Principi A., (2022), *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti (Progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", Work Package 2 – Task 3)*, disponibile al link:<https://famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Lucantoni D., Principi A., (2022a), *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: sviluppi recenti e prospettive future*. I Luoghi della cura. N°2 2022.online.

-Lucantoni D., Principi A., (2023), *Le politiche a favore dell'invecchiamento attivo in Italia*. Autonomie locali e servizi sociali, Fascicolo 2, 2023, agosto. Il Mulino, Bologna.

-MacCallum, J., Palmer D., Wright P., Cumming-Potvin W., Northcote J., Booker M., Tero C. (2006). *Community building through intergenerational exchange programs*. Australia: National Youth Affairs Research Scheme.

-Magnolfi, S. U., Petrucci, E., Pinzani, P., Malentacchi, F., Pazzagli, M., Antonini, F. M. (2007). *Longevity index (LI%) and centenarity index (CI%): New indicators to evaluate the characteristics of aging process in the Italian population*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 44(3), 271–276.

-Mannheim, K. (1928), *Das Problem der Generationen*, in "Kölner Vierteljahres Hefte für Soziologie", 1928, VII, pp. 157-185, 309-330 (tr. it.: *Il problema delle generazioni*, in *Sociologia della conoscenza*, Bari 1974, pp. 323-371).

-Martini E., Lunardelli M.L. (2010), *Oral care in geriatria: un fattore determinante della salute e della qualità di vita*. Clinical Management Issues 2010; 4(2) pp. 51-55.

-Matarazzo N., Coluzzi R., Imbrenda V., Lanfredi M., Russo Krauss D. (2022), *La «perifericità» della Basilicata quale fattore positivo in tempo di epidemia*. In E. Casti e A. Riggio (a cura di), *Atlante COVID-19: Geografie del contagio in Italia* (pp. 319 – 338). Associazione dei Geografi Italiani, Roma.

-McCrea J.M., Weissmann M., Thorpe-Brown G. (2004). *Connecting the Generations: A Practical Guide for Developing Intergenerational Programs*. Pittsburgh, PA: Generations Together.

-Miccoli S., Monni S., Reynaud C. (2018). *Mezzogiorno: l'invecchiamento della popolazione è sostenibile?* Economia e politica. Rivista online di critica della politica economica.

-Nahemow, L. (2000), *The ecological theory of aging: Powell Lawton's legacy*. In R. Rubenstein, M. Moss, M. Kleban (Eds), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 464-488).

-Naldini M. (2002), *Le politiche sociali e la famiglia nei Paesi mediterranei. Prospettive di analisi comparata*. Stato e Mercato, n. 64, aprile 2002. Il Mulino, Bologna.

-Naldini M., Saraceno C. (2013), *Sociologia della famiglia*. Il Mulino, Bologna.

-Naldini M.; Solera C.; Torrioni P. M. (2012), *Corsi di vita e generazioni*. Il Mulino, Bologna.

-Newman S. (1997). *History and Evolution of Intergenerational Programs*. In S. Newman, R. Ward, Th. Smith, J. Wilson and J. McCrea. *Intergenerational Programs. Past, Present and Future*. Washington, DC: Taylor and Francis, pp. 55-79.

-Nilsen A. (2014), *Cohort and generation: Concepts in studies of social change from a lifecourse perspective*. In *Families, Relationships and Societies*, vol 3, n° 3, Bristol University Press.

-Nunes A.M, Nunes M.L. (2020), *Envelhecimento ativo no interior de Portugal: a experiência das universidades séniores*, in *Journal Of Aging And Innovation*, Abril, 2020, 9 (1).

- Park R. E., Burgess E. W., McKenzie, R. D. (1925), *The city*. Chicago: Chicago University Press

-Parmelee P. A., Lawton M. P. (1990), *The design of special environment for the aged*. In J. E. Birren e K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3rd ed., pp. 465–489). New York: Academic Press.

-Parmelee P. A., Lawton, M. P., (1990), *The design of special environment for the aged*. In J. E. Birren, K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3rd ed., pp. 465–489). New York: Academic Press.

-Parsons T. (1942), *Age and Sex in the Social Structure of the United States*. In *American Sociological Review*, Vol. 7, n°5, American Sociological Association, Washington.

-Poulain M., Buettner D., Pes G. (2020), *Blue Zones*. *Encyclopedia of Biomedical Gerontology*, Volume 1, pp. 296-305. Elsevier Inc.

-Poulain M. (2010), *On the Age Validation of Supercentenarians*. In *Supercentenarians*, ed. by H. Maier, J. Gampe, B. Jeune, J.M. Robine, and J. W. Vaupel, 3-30. *Demographic Research Monographs* 7. Springer Berlin Heidelberg.

-Poulain M. (2011), *Exceptional Longevity in Okinawa: A Plea for In-Depth Validation*. Demographic Research 25 (7): 245-284.

-Poulain M., Pes G.M., Carru C., Ferrucci L., Baggio G., Franceschi C., Deiana.ì L. (2006), *The Validation of Exceptional Male Longevity in Sardinia*. In *Human Longevity, Individual Life Duration, and the Growth of the Oldest-Old Population*, (a cura di) Robine J.-M., Crimmins E. M., Horiuchi S., Yi Z., 147-166. New York: Springer / Kluwer.

-Poulain, M., G. M. Pes, C. Grasland, C. Carru, L. Ferrucci, G. Baggio, C. Franceschi, L. Deiana. (2004), *Identification of a Geographic Area Characterized by Extreme Longevity in the Sardinia Island: The AKEA Study*. Experimental Gerontology 39 (9): 1423-1429.

-Poulain, M., Herm, A., Pes, G. M. (2013), *The Blue Zones: Areas of exceptional longevity around the world*. Vienna Yearbook of Population Research, 11, 87–108.

-Pratt M. L. (1991). Arts of the contact zone. Profession, 91, pp. 33–40.

-Presidente della Repubblica (2023), *legge 23 marzo 2023, n.33, “Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane”*, in Gazzetta Ufficiale, disponibile al link: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2023/03/30/23G00041/sg>.

-Presidente della Repubblica 2024, decreto legislativo 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.”*, in Gazzetta Ufficiale, disponibile al link:<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/03/18/24G00050/sg>.

-Principi A., Di Matteo C. (2020). *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Sardegna (previsto nell'ambito del progetto “Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo”, WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1954/regione-sardegna-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Principi A., Di Rosa M., Domínguez-Rodríguez A., Varlamova M., Barbarella F., Lamura G., Socci M. (2021), *The Active Ageing Index and policy making in Italy*. In , Ageing & Society , Volume 43 , n.11, Cambridge University Press.

-Principi, A., Lamura, G., Socci, M. (2017), *Invecchiamento attivo: un percorso da costruire*. Welforum.it. <https://www.welforum.it/pdf-articolo.php?id=44845>

-Principi A., Tibaldi M., Quattrociochi L., Checcucci P. (2019), *Criteria-specific analysis of the Active Ageing Index (AAI) in Italy*. UNECE/European Commission.

-Principi, A., Varlamova, M., Lamura, G., Socci, M., Di Rosa, M. (2020). *Building the Active Ageing Index with Italian sources: Technical report*. Dipartimento per le Politiche della Famiglia.

-Proshansky, H. M. (1976), *Environmental psychology and the real world*. American Psychologist, 31(4), April, 303–310.

-Raineri M.L., Corradini F. (2019), *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione*. Edizioni Centro Studi Erikson, Trento.

-Regione Piemonte (2023), *Piano per l'Invecchiamento Attivo (P.I.A.) 2022-2025*. Assessorato Politiche sociali e dell'integrazione socio-sanitari, disponibile al link:<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/politiche-sociali/anziani/invecchiamento-attivo-0>

-República Portuguesa (2017), *Estratégia Nacional Para O Envelhecimento Ativo E Saudável 2017-2025 Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*.

-Riley M.W., Riley J. W. (1994), *Structural lag: Past and future*. In M. W. Riley, R. L. Kahn, A. Foner, K. A. Mack (a cura di), *Age and structural lag: Society's failure to provide meaningful opportunities in work, family, and leisure* (pp. 15–36). John Wiley & Sons.

-Robine J.M. (2019), *Successful aging and the longevity revolution*. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, J.-M. Robine (a cura di) *The Cambridge handbook of successful aging* (pp. 43–58). Cambridge University Press.

-Rodrigues C.E., Grandt C.L., Alwafa R.A., Badrasawi M., Aleksandrova K. (2023), *Determinants and indicators of successful aging as a multidimensional outcome: a systematic review of longitudinal studies*. Front. Public Health 11:1258280.

-Ronconi M.L., Pangaro D. (2022). *Dinamiche territoriali e dimensione epidemica del Covid-19 in Calabria*. In E. Casti e A. Riggio (a cura di), *Atlante COVID-19. Geografie del contagio in Italia* (pp. 339–357). Associazione dei Geografi Italiani, Roma.

-Rowe J. W., Kahn R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*.

-Rowe J.W.; Kahn R.L. (1987), *Human Aging: Usual and Successful* «Science», vol. 237, pp.143–149.

-Rowe J.W.; Kahn R.L. (1997), *Successful Ageing*. «The Gerontologist» Vol. 37, n. 4, pp. 433-440.

-Rowe J.W.; Kahn, R.L. (1998), *Successful Aging*; Pantheon Books: New York, NY, USA, 1998

-Rowe J.W.; Kahn R.L. (2015), *Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century*. «Journals of Gerontology», Series B, Volume 70, Issue 4, pp. 593–596.

.

-Ryder N. B. (1965), *The Cohort as a concept in the Study of Social Change*. In *American Sociological Review*, Vol. 30, n°. 6, SAGE Publications, United States.

-Sánchez M. (2009). *Intergeneracionalidad y envejecimiento activo de las personas mayores. Aportación de los programas intergeneracionales*. In A. Martínez, L. Gil, P. Serrano & J.M. Ramos (Coords.), *Nuevas Miradas sobre el envejecimiento* (pp. 295-311). Madrid: IMSERSO.

-Sánchez- González D., Rodríguez- Rodríguez V. (2016), *Environmental Gerontology in Europe and Latin America. Policies and Perspectives on Environment and Aging*. Springer International Publishing, Switzerland.

-Sánchez M., Butts D., Hatto-Yeo A., Henkin N., Jarrot S., Kaplan M., Martínez A., Newman S., Pinazo S., Sáez J., Weintraub A. (2007), *Intergenerational programmes. Towards a society for all ages*. «Social Studies Collection», n. 23. The “la Caixa” Foundation, Barcelona.

-Silverstein M., Lowenstein A., Katz R., et al. (2013). *Intergenerational support and the emotional well-being of older Jews and Arabs in Israel*. In *Journal of Marriage and Family*, n.75, pp. 950–63.

-Scrofani L., Di Blasi E., Privitera D., Petino G., Arangio A., Gambino C., Cannizzaro S., Di Bella A., Messina N. (2022). *La Sicilia dinanzi alla crisi sanitaria ed economica causata dal Covid-19*. In E. Casti e A. Riggio (a cura di), *Atlante COVID-19. Geografie del contagio in Italia* (pp. 359–376). Associazione dei Geografi Italiani, Roma.

-Sheidt R. J., Norris-Baker C. (2003), *The General Ecological Model revisited: evolution, current status, and continuing challenges*. In *Annual Review of Gerontology & Geriatrics: Aging in Context: Socio-Physucal Environments*. Vol 23. Kansas State University. pp. 34-58.

-Shwarz B. (2012), *Environmental Gerontology: What now?* *Journal of Housing for the Elderly*, 26:1-3, 4-19. Routledge.

- Socci M. (2020), *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Emilia Romagna (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link:<https://www.famiglia.governo.it/media/1948/regione-emilia-romagna-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Socci M. (2021). *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Emilia Romagna: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Socci M. (2021a), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Marche: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

- Socci M. (2021b), *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Umbria: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

- Socci M. (2025), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Emilia-Romagna. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/zdsduczb/rapporto-emilia-romagna-febbraio-2025.pdf>

- Socci M. (2025a), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Marche. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/44pfxjvo/rapporto-regione-marche-febbraio-2025.pdf>

-Socci M. (2025b), *La costruzione partecipata delle politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Umbria. Progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo"*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/cwhk25xd/rapporto-regione-umbria.pdf>

-Socci M., Principi A., (2020). *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Marche (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/1951/regione-marche-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Socci M., Principi A., (2020b). *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Umbria (previsto nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", WP2 – T1)*, disponibile al link: <https://famiglia.governo.it/media/1955/regione-umbria-politiche-invecchiamento-attivo.pdf>

-Swenor B. K., Lee M.J., Varadaraj V., Whitson H.E., Ramulu P. Y. (2020), *Aging With Vision Loss: A Framework for Assessing the Impact of Visual Impairment on Older Adults*. *The Gerontologist*, 60(6), 989–995.

-Thang, L. (2015), *Creating an intergenerational contact zone: Encounters in public spaces within Singapore's public housing neighbourhoods*. In R. Vanderbeck, N. Worth (Eds.), *Intergenerational Space* (pp. 33–49). New York: Routledge

-Turner B.S. (1998) *Ageing and Generational Conflicts: A Reply to Sarah Irwin* In *The British Journal of Sociology*, Vol.49, n°2, pp. 299-304 The London School of Economics and Political Science, London.

-UN – United Nations (2019). *2018 Active Ageing Index Analytical Report Octobre 2019*. United Nations, Geneva.

-UN-DESA - United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2023). *World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. United Nations.

-UNECE (2019), *2018 Active Ageing Index. Analytical Report*. Geneva. Disponibile al link: <https://unece.org/population/publications/active-ageing-index-analytical-report>

-UNECE (2021), *Guidelines for Mainstreaming Ageing*, disponibile al link: [https://unece.org/sites/default/files/2021-03/ECE-WG.1-37\\_Guidelines\\_for\\_Mainstreaming\\_Ageing\\_1.pdf](https://unece.org/sites/default/files/2021-03/ECE-WG.1-37_Guidelines_for_Mainstreaming_Ageing_1.pdf).

-UNECE (2022), *Mainstreaming ageing-revisited*. In UNECE Policy Brief on ageing, n. 27 February 2022. disponibile al link: <https://unece.org/sites/default/files/2022-02/ECE-WG.1-39-PB27.pdf>.

-UNITED NATIONS (2002), *Report of the Second World Assembly on Ageing*. A/CONF.197/9. New York: United Nations.

-Urtamo A., Jyv korpi S.K., Strandberg T. E. (2019) *Definitions of successful ageing: A brief review of a multidimensional concept*. *Acta Biomed* 2019; Vol. 90, N. 2: 359-363.

-Varricchio A., (2023), *La promozione e la valorizzazione del rapporto intergenerazionale*. In *Rassegna Giuridica infanzia e adolescenza. Focus Tematici. Inquadramenti normativi*, n.4. 2023, Firenze.

-Vasto, S., Buscemi, S., Barera, A., Di Carlo, M., Accardi, G., Caruso, C. (2014). *Mediterranean diet and healthy ageing: a Sicilian perspective*. *Gerontology*, 60(6), pp. 508–518.

-Vasto S., Rizzo C., Caruso C. (2012), *Centenarians and diet: what they eat in the Western part of Sicily*. *Immun Ageing*. 2012 Apr 23;9(1):10.

-Ventura-Merkel C., Lidoff L. (1983). *Program Innovation in Aging: Community Planning for Intergenerational Programming*. Washington, DC: National Council on Aging. 8.

-Villar F. (2007). *Intergenerational or Multigenerational? A Question of Nuance*. In *Journal of Intergenerational Relationships*. 5 (1): pp. 115-117.

-Vogliotti S., Vattai S. (2014), *Welfare state. Modelli di Welfare state in Europa. Istituto promozione lavoratori (IPL)*. Pubblicazione n.1 2014. Disponibile online al link: [https://www.afi-ipl.org/wp-content/uploads/IPL2015\\_Welfare\\_1\\_it-1.pdf](https://www.afi-ipl.org/wp-content/uploads/IPL2015_Welfare_1_it-1.pdf)

-Wahl H.; Weisman G. (2003), *Environmental Gerontology at the beginning of the new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development*. *The Gerontologist* Vol. 43, n° 5, 616-627. The Gerontological Society of America.

-Wahl, H.W., Gitlin, L. N. (2019), *Linking the socio-physical environment to successful aging: From basic research to intervention to implementation science considerations*. In R. Fernández-Ballesteros, A. Benetos, J.-M. Robine (Eds.), *The Cambridge handbook of successful aging* (pp. 570–593).

-Whitehouse P. J., Bendezu E., Fallcreek S., Whitehouse C. (2000). *Intergenerational community schools: a new practice for a new time*. In *Educational Gerontology*. N.26, pp. 761-770.

-WHO - World Health Organization (1999), *A life course perspective of maintaining independence in older age*. Geneva: World Health Organization.

-WHO - World Health Organization (2002), *Active Ageing. A policy Framework*, A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April.

-WHO - World Health Organization (2015), World report on ageing and health. World Health Organization.<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.

-WHO - World Health Organization (2015d), *World report on ageing and health* (Vol. 1). World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>

-Zaidi A., Gasior K., Hofmarcher M.M., Lelkes O., Marin B., Rodrigues R., Schmidt A., Vanhuyse P., Zólyomi E. (2012), *Active Ageing Index 2012*. Concept, Methodology and Final Results. Vienna: European Centre.

-Zannella M. (2021). *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Abruzzo: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Zannella M. (2021a). *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Liguria: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Zannella M. (2021b). *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lombardia: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti*. Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Zannella M. (2021c). *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Piemonte: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile*. In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili*

*obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti.* Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Zannella M. (2021d). *Politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Sicilia: quali possibili obiettivi? I risultati di una consultazione con i referenti dell'amministrazione e con gli stakeholder della società civile.* In Lucantoni D.; Principi A. (a cura di) 2022, *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi nelle Regioni, nelle Province Autonome, nei Ministeri e nei Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri? Raccolta di rapporti.* Disponibile al link: <https://www.famiglia.governo.it/media/2704/possibili-obiettivi-politiche-per-linvecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>

-Zannella M., Principi A., Lucantoni D., Barbabella F., Di Rosa M., Domínguez-Rodríguez A., Socci, M. (2021), *Active Ageing: The Need to Address Sub-National Diversity. An Evidence-Based Approach for Italy.* Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18, 13319.

## Sitografia

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par>

<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=533207>

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/politiche-sociali/anziani/invecchiamento-attivo-0>

<https://news.provincia.bz.it/it/news/la-legge-sull-invecchiamento-attivo-e-realta>

<https://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Osservatorio-per-la-salute>

<https://trentinosalutedigitale.com>

[www.fdemarchi.it](http://www.fdemarchi.it)

<https://www.rscn.eu/aha-reference-sites/>

[www.alpine.space.eu/projects/astahg/en/home](http://www.alpine.space.eu/projects/astahg/en/home)

<https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/it/chi-siamo/di-cosa-si-tratta/index.html>

<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/>

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=533207>

<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=533207>

<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>

<https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/eip-aha>

<https://invecchiamentoattivo.regione.fvg.it/it/chi-siamo/di-cosa-si-tratta/index.html>

<https://news.provincia.bz.it/it/news/la-legge-sull-invecchiamento-attivo-e-realta>

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par>

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/anziani/par>

<https://trentinosalutedigitale.com>

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/politiche-sociali/anziani/invecchiamento-attivo-0>

<https://www.rscn.eu/aha-reference-sites/>

<https://www.trentinosalute.net/Aree-tematiche/Osservatorio-per-la-salute>

[www.alpine.space.eu/projects/astahg/en/home](http://www.alpine.space.eu/projects/astahg/en/home)

[www.fdemarchi.it](http://www.fdemarchi.it)

<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

[www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

<https://info.bluezonesproject.com/home>