

Realtà senile e politiche di intervento Un'analisi in chiaroscuro¹

Francesco Ferzetti

Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Eide Spedicato Iengo

Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

Riassunto

L'aumento della vita media rappresenta un chiaro indicatore del miglioramento delle condizioni sociali e dei servizi offerti alla popolazione. Tale conquista cela però delle insidie legate all'invecchiamento demografico connesso al mancato ricambio generazionale e grava non poco sui fragili pilastri del welfare (sistemi pensionistico e sanitario), con previsioni pessimistiche in relazione alla sostenibilità nel lungo periodo. La tendenza programmatica, a livello internazionale, è quella di fornire delle linee di indirizzo per la realizzazione di un modello a rete capace di tradurre le potenzialità dell'età anziana in una vera e propria risorsa sociale. La legge delega n. 33/2023 e il d.lgs. n. 29/2024 rappresentano delle novità rispetto ai precedenti corsi d'azione dal momento che il legislatore, nel recepire anche le indicazioni del mondo scientifico, codifica in modo organico le misure ritenute più idonee a promuovere l'invecchiamento attivo, a prevenire le fragilità e l'emarginazione, a razionalizzare le risorse nell'erogazione dei servizi di cura e di assistenza. La ricerca offre un'analisi sociologica dei fattori che hanno contribuito a determinare la condizione italiana e analizza il possibile impatto sociale del nuovo modello.

Parole chiave: politiche sociali, anziani, invecchiamento attivo, telemedicina, alfabetizzazione digitale, cohousing

Abstract. *Senile reality and intervention policies. A chiaroscuro analysis.*

The increase in life expectancy is a clear indicator of improved social conditions and services provided to the population. However, this achievement hides challenges related to demographic aging, tied to the lack of generational turnover, and heavily burdens the fragile pillars of welfare systems (pensions and healthcare), with pessimistic predictions regarding long-term sustainability. At the international level, the programmatic trend is to provide guidelines for creating a network model capable of transforming the potential of old age into a true social resource. Legislative Decree No. 33/2023 and Legislative Decree No. 29/2024 introduce innovations compared to previous approaches, as lawmakers, incorporating input from the scientific community, systematically codify the most suitable measures to promote active aging, prevent vulnerabilities and social exclusion, and optimize resources in delivering care and assistance services. The study offers a sociological analysis of the factors that contributed to determining the Italian condition and analyzes the possible social impact of the new model.

Keywords: social policies, elderly people, active aging, telemedicine, digital literacy, cohousing

DOI: 10.32049/RTSA.2025.3.15

1. Introduzione

I rapidi cambiamenti nel contesto demografico e l'assenza di un programma organico di adeguamento del sistema sanitario e socioassistenziale sono destinati ad impattare fortemente sulla vita delle persone, specialmente per quel che riguarda la fascia senior.

¹ L'articolo è frutto di un lavoro comune di analisi e riflessione dei due autori. Tuttavia, ai fini di una più corretta attribuzione, occorre precisare che l'ideazione, l'elaborazione e la stesura dei paragrafi 2, 3 e 4 sono di Eide Spedicato Iengo, mentre i paragrafi 1, 5, 6 e 7 sono di Francesco Ferzetti.

I più recenti interventi vanno nella direzione di prolungare l'autonomia della persona anziana promuovendone l'inclusione sociale e cercando di prevenire le fragilità.

L'*active ageing* è tra gli obiettivi principali in favore della senilità e tende raggiungere il duplice risultato di prevenire la condizione di bisogno così da allentare la pressione sul sistema di welfare.

Muovendo dallo stato dell'arte della condizione anziana in Italia, la ricerca vuole analizzare le misure in concreto adottate o comunque programmate per fronteggiare gli effetti della "transizione demografica" ormai radicata nella società e da tempo segnalata dai ricercatori.

A fronte di tale oggetto conoscitivo si procederà con la disamina della condizione demografica del Paese attraverso un'analisi secondaria dei dati disponibili, del mutamento in atto e delle sfide normative che delineano le politiche capaci di aumentare la qualità della vita anche in età avanzata. Affiora un'immagine in chiaroscuro degli indiscutibili vantaggi offerti agli anziani che però non mancano di disseminare possibili insidie lungo un percorso più che mai accidentato per tale ambito della popolazione.

2. Analisi demografica e approcci disciplinari

Nel nostro Paese, in un lasso di tempo relativamente breve, la piramide delle età ha ridisegnato il proprio profilo, evidenziando un vistoso e preoccupante cambio di passo demografico caratterizzato da bassa fecondità e allarmante peso statistico di longevi. Secondo l'ISTAT (2024a, p. 111) l'indice di vecchiaia² (199,8%) è aumentato del 64% negli ultimi venti anni. Al 1° gennaio 2024 le classi di età più giovani (fino a 14 anni) ammontavano a oltre 7 milioni, costituendo il 13,2% della popolazione residente; quelle con 65 anni e più a oltre 14 milioni (pari al 24,3%) e di queste oltre la metà (12,6%) aveva più di 75 anni. Superfluo segnalare le criticità di un tale trend demografico che non garantisce o, meglio, non può garantire un modello di sviluppo inclusivo e sostenibile e un corretto equilibrio del sistema di

² Ossia il rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e la popolazione di età di 0-14 anni.

welfare.

Tuttavia, a dispetto di questo inquietante e problematico andamento, peraltro da tempo previsto e oggi conclamato, la politica non ha prestato negli anni la dovuta attenzione al tema, né attivato le terapie congrue a gestirne il percorso, né tenuto conto delle analisi di quelle discipline (quali la demografia, la geriatria, la sociologia, la psicologia, la pedagogia) che pionieristicamente, fin dai primi anni Settanta dello scorso secolo, non mancarono di allertare sia sulle ipotizzabili criticità legate alla gestione del processo d'invecchiamento sul versante dei costi sociali, assistenziali, sanitari, previdenziali (Pinto Minerva, 1974; Florea, Battistoni e Boccalatte, 1975; Oliverio, 1977; Florea *et al.*, 1988); sia sulla necessità di promuovere competenze pluridisciplinari e approcci diversificati e integrati per conoscerne i bisogni e rispondervi in modo adeguato.

Anche nei decenni successivi, quei suggerimenti non diedero luogo a proposte e interventi sistemici sull'argomento, traducendosi piuttosto in procedure e interventi parziali, frammentari, discontinui, sebbene l'interesse scientifico sull'invecchiamento della popolazione e sulla sua gestione aggiungesse ulteriori e dense pagine al vocabolario conoscitivo e interpretativo di questa età della vita sul versante neurologico, psicogeriatrico, economico, antropologico, etnologico, pedagogico/formativo (Aveni Casucci, 1984; Pinto Minerva, 1988; Abate *et al.*, 1990; Dacquino, 1992; Casamichele e Giumelli, 1994).

Si deve, comunque e prioritariamente, agli approfondimenti della letteratura gerontologica e, in particolare, alle analisi della psicologia e della sociologia l'individuazione delle prassi e dei percorsi utili ad affrontare la senescenza evitando di deragliare nel "mal di vivere": per esempio, la correzione del pregiudizio che legge questa età della vita in veste di scheggia anchilosata, prosciugata dell'esistenza; il chiarimento che il cronometro biologico rallenta se instaura un buon rapporto con la psiche e con l'ambiente; la spiegazione che l'età dell'anagrafe e quella delle arterie contano relativamente poco se l'età intellettuale-emotiva fa sentire ancora efficienti, vitali, curiosi; la documentazione che l'invecchiamento è un concetto relativo che può intrappolare in spazi difettivi, ma anche patteggiare con i limiti biologici e gestirli con successo attraverso espressioni e prassi di ri-organizzazione esistenziale; la precisazione che non esiste l'anzianità, esistono gli anziani con i loro bagagli di storie,

esperienze, sentimenti, emozioni che non possono, né devono essere amalgamati sotto un'unica etichetta, prefabbricata e imbrigliante.

Insomma, dobbiamo al dialogo fra questi approcci disciplinari l'interpretazione della senilità come «espressione di una biologia in un ambiente» (Andreoli, 1989, p. 43); la verifica che tale fase dell'esistenza è il risultato di una complessa interazione di parametri biologici e programmi esistenziali, di giudizi e immaginario, di storia sociale e storia individuale; la certificazione che il percorso vitale è il portato di meccanismi stabili, cartesiani, parametrati ma anche di itinerari versatili, personalizzati, eterocroni, progettuali.

Ovviamente, tale asserzione non nega né minimizza il peso delle inquietudini e dei cedimenti di fatto ineludibili in questa fascia anagrafica, ma invita a non trascurare che le “dimensioni del possibile” non sono legate a scadenziari cronologici. A sostenere questa tesi è l'*identità* che non è il risultato di una successione (del dualismo prima-dopo), ma una struttura plurale e molteplice che viene ridefinita costantemente dall'individuo. Pertanto, subire l'età, affidarsi a percorsi euclidei e ripetitivi, non registrare in sé accanto a perdite, inquietudini e disarmonie anche risorse e complessità esperienziali equivale a tacitare le tante possibilità di cui l'individuo dispone. Significa, in particolare, non considerare che se il tempo consuma inevitabilmente il volto cronologico dell'individuo, possono rammendarne gli strappi lo stile di vita e l'organizzazione sociale attraverso l'allestimento di profili di sé pertinenti a conservare a lungo stati di benessere. A sostenere questa interpretazione della realtà senile sono i risultati della ricerca biomedica, cui si deve la teoria della “curva rettangolare” o dell'invecchiamento positivo (Trabucchi, 1992, pp. 39-63).

Graficamente e diversamente dal passato, questa tesi interpreta il percorso esistenziale non in veste di una parabola ascendente e poi declinante, ma come una curva ad angolo retto che iscrive le capacità dell'individuo all'interno di una linea continua che si interrompe solo quando non è più possibile assicurare un sufficiente aggiustamento al degrado involutivo. Ossia, sottolineando l'importanza della prevenzione per conservare l'autosufficienza ed eleggendo il cervello a organo antagonista del deterioramento degli anni senili, sostiene che la vecchiaia può essere vissuta come un tempo flessibile e articolato. All'obiezione che anche il cervello invecchia, questa lettura del tempo senile replica precisando che l'architettura di tale

organo permette di ristrutturare e vicariare le abilità compromesse e anche di compensare deficit o assetti danneggiati. La valutazione, ovviamente, non sottovaluta la portata delle evenienze patologiche, né l'imprevedibilità delle dinamiche epidemiologiche, ma non minimizza neppure la parentela che lega l'invecchiamento cerebrale vuoi alla pigrizia dell'attività mentale, vuoi alla carenza di stimolazioni sociali, ambientali, relazionali e affettive.

3. Le zone d'ombra in questa età della vita e ...

La senilità, al pari delle altre tappe della vita, può iscriversi in tracciati plastici, plurali, soddisfacenti. È su questo impianto di "potenzialità" che alla concezione di vecchiaia come inesorabile declino può sostituirsi quella di vecchiaia come processo suscettibile di rilevanti articolazioni. Al successo di tale evenienza concorrono, tuttavia, due indispensabili precondizioni: la prima, riconoscersi in quell'immagine autonoma e propositiva che induce a leggersi in veste di "esperimento non finito"; la seconda, disporre di un paesaggio sociale capace di assicurare prospettive protettive e compensative del vivere. Un'esistenza che si svuota di senso, se per un verso segnala la difficoltà o l'incapacità di costanti aggiustamenti utili a salvaguardare la propria identità, per un altro verso costituisce la palese, esplicita risposta a un ambiente gerontofobico che imbriglia chi è vecchio in esperienze disadattive, proiettandolo su sfondi di perdite, inadeguatezze, interdizioni, invisibilità.

Dunque, e come confermano i dati demografici, sebbene la contemporaneità abbia "aggiunto anni alla vita", non ha automaticamente "aggiunto vita agli anni". In particolare, nell'attuale momento storico il percorso in tale direzione appare decisamente accidentato per le classi senili. Nella dimensione socioculturale, l'ingresso nel XXI secolo ha, infatti, consentito l'accesso a un fitto grappolo di "fattori contro" questo periodo dell'esistenza. Lo prova, come accennato, il quadro demografico pericolosamente fragile sul piano del ricambio generazionale che tratteggia per gli anziani un futuro assai parco di stampelle familiari cui appoggiarsi; lo conferma l'incoerenza fra il successo medico-farmacologico che assicura la

longevità e un sistema di servizi sociali e geriatrici spesso disorganici, skoordinati, incapaci di trovare un equilibrio soddisfacente tra aspetto medico e dimensione sociale; lo segnala la contrapposizione fra progetti tesi a dare della vecchiaia immagini critiche e non pregiudiziali e modelli ancorati a un sapere stereotipato e conformista; lo testimonia l'epicureismo di massa che – celebrando l'efficienza, la bellezza del corpo e orientando alla reificazione di una giovinezza perpetua, curata, seduttiva, idealizzata – mortifica chi è fuori da questi schemi (Mucchi Faina, 2013; Spedicato Iengo, 2015); lo avvalora il vocabolario della pubblicità televisiva che, anche quando coinvolge l'età anziana, la racconta immancabilmente attraverso identità giovanili, “ritoccate”, efficienti, spensierate, impegnate nel divertimento obbligato, nel rumore della socialità di occasione, nella soddisfazione dei piccoli piaceri casalinghi legati agli oggetti-merci che allacciano con il mondo esterno.

Specificamente, tolgono “anni alla realtà senile” quei fattori che compromettono la qualità della vita: per esempio, il disinteresse sociale e quella contagiosa deriva etica che – impoverendo le reti di solidarietà soprattutto sul versante familiare e sui codici affettivi primari (quali la premura, la pazienza, la tenerezza, il rispetto, la protezione) – induce chi è avanti negli anni a sperimentare il peso e, non di rado, anche l'ostilità di spazi quotidiani asfittici, lesivi, anaffettivi, destabilizzanti, fitti di perdite simboliche e reali. Si rifletta, ad esempio, sulle ricadute che possono produrre nella dimensione emotivo-affettiva del soggetto anziano le sempre più numerose tipologie familiari costruite sulla indisponibilità per progettualità condivise³, oppure sulle conseguenze prodotte dalla distanza sempre più accentuata fra le generazioni che fanno collassare i vincoli simbolici di unitarietà del ceppo familiare, il piano delle risorse solidali nei confronti degli ascendenti, il modello di “doverosità” e di “restituzione affettiva” che si aveva (e si dovrebbe, in ogni caso, avere) nei confronti della componente senile della famiglia. Inutile sottolineare che la “cultura della freddezza”, peraltro vistosamente praticata non solo nello spazio familiare, attiva in chi è avanti negli anni processi di autosvalutazione, disorientamento, disadattamento. Insomma, in assenza di un “noi” in cui riconoscersi, gli “urti di vecchiaia” si fanno più palesi e oliano la

³ La famiglia, che sta diventando progressivamente uno spazio di contraddizioni istituite e di conflitti sia a livello di asse orizzontale (i genitori) sia verticale (genitori-figli), avrebbe bisogno essa stessa di aiuto.

strada a prassi tossiche e patologiche. Dunque, non sono solo il dato anagrafico e lo stato di salute a incidere sulla qualità dei percorsi esistenziali senili, ma un sistema di fattori che, interagendo fittamente fra loro, possono tradursi in esperienze di emarginazione ed espropriazione o, per contrappunto, di inclusione e riconoscimento di sé.

4. ... i cambi di passo nello spazio sociale

Nei confronti di questa età della vita, il tessuto solidale si è fortemente affievolito anche sul versante socio-strutturale a seguito delle trasformazioni materiali e immateriali nelle realtà urbane. La crescente mobilità lavorativa e residenziale di singoli e nuclei familiari, la separatezza e la specializzazione degli spazi e delle competenze urbane⁴ moltiplicano gli ambienti discontinui, pendolari, spaesanti nonché sempre più tolleranti nei confronti di quelle espressioni antisociali, impropriamente definite “devianze a bassa intensità”, come le truffe o i borseggi, le cui vittime preferenziali sono i soggetti anziani.

A collassare rovinosamente sono state, in particolare, due espressioni della città: il quartiere e il vicinato. L'uno e l'altro fino ad alcuni decenni fa – costituendo spazi centrici, circoscritti, inclusivi, controllabili, personalizzati, caratterizzati da rapporti “faccia a faccia” (in molte abitazioni era previsto il servizio di portierato) – riparavano da situazioni destabilizzanti. La visita del vicino, la chiacchierata al portone di casa, la sosta nella drogheria all'angolo, le amichevoli filiali locali delle banche, il ritrovo del caffè costituivano punti d'incontro per scambi di idee, critiche, sfoghi, pettegolezzi, notizie e ... controllo sociale. Tali scenari dalla socialità generosa e semplice erano particolarmente versati a promuovere fitte reti di relazioni sul versante del *supporto emozionale* (condivisione di problemi, conforto, richiesta di consigli, tanto per citare alcuni esempi) e di quello *strumentale* (servizi tangibili, richiesta di piccoli favori quotidiani).

Oggi non più: il quartiere e il vicinato hanno definitivamente perso queste loro specificità. Il quartiere non è più “tutta una famiglia” ma un luogo di residenza e il vicinato si è trasformato in uno spazio anonimo e silente. Ovvero, e detto in altro modo, l'ambiente

⁴ Si pensi, in proposito, a chi “usa” la città solo per ragioni lavorative o ludiche senza risiedervi.

comunitario con tutto il suo corteo di punti di riferimento, riconoscimenti, collanti, profili biografici saldati da una storia comune è definitivamente scomparso, così come è tramontata la forza del controllo sociale, pur con tutte le sue criticità. E non potrebbe essere diversamente, dato l'irrobustimento di processi di urbanizzazione "senza progetto" e, in particolare, lo sviluppo di quelle diffuse e sciagurate scelte urbanistiche che, producendo strutture abitative alienanti e anonime (senza verde, né servizi, né piazze ovvero spazi de-istituzionalizzati in cui si contrae l'impegno civico) sembrano intenzionalmente progettate per sfavorire il sorgere e il consolidarsi di relazioni sociali e aprire la porta all'insicurezza, alle prassi di devianza sociale (nella versione hard e soft) soprattutto nei confronti delle fasce più vulnerabili. La sicurezza e la vivibilità sono valori sociali insostituibili e strettamente apparentati: l'assenza o le zoppie della prima rendono la seconda precaria e infelice, tanto più infelice e precaria se si appartiene alla categoria di coloro che vivono la fragilità dell'esistenza.

Le politiche urbanistiche giocano, dunque, un ruolo strutturale e primario nella dimensione esistenziale dei soggetti senili e le configurazioni spaziali patologiche del territorio urbano possono inibirne robustamente le capacità di reazione alle transizioni critiche e alle fratture biografiche in cui possono incorrere. In molte città italiane non ci "si sente più a casa" perché si è sfilacciato il sistema di relazioni interpersonali e sono aumentate sia le espressioni di conflittualità sociale, sia le aree di incomunicabilità normativa e culturale: si pensi, al proposito, agli esiti di un multiculturalismo non governato (Buccini, 2019).

Così può succedere di sperimentare quotidianamente situazioni di porosità sociale, inaffidabilità, insicurezza e, in particolare, dover costantemente rivisitare la norma culturale della *fiducia moralistica*, ossia le espressioni di quell'imperativo valoriale che induce a considerare le persone degne di credito nella convinzione (intuitiva, ma non statistica) che la maggior parte di esse condividano il proprio codice culturale (D'Alessandro, 2021, p. 99).

Insomma, nell'età senile le trappole non fanno difetto. Fortemente claudicanti sono gli spazi di "vivibilità" che continuano a coprire aree ancora troppo esigue per rispondere compiutamente ai "bisogni primari" di tale stagione della vita.

5. Transizione demografica e sfida normativa in Italia

L'Italia è quindi invecchiata e continua ad invecchiare rapidamente, così come gran parte delle realtà europee.

L'aspettativa di vita «è salita dai 30 anni circa dei tempi dell'Unità fino agli 83 del 2023» (De Santis, 2024, p. 78). Si stima che nel 2070 l'indice di dipendenza⁵ supererà il 65%, mentre la percentuale degli ultraottantenni supererà il 28% (Cerase, 2024, pp. 61-62; Bartoli, 2024, p. 4).

L'aumento della percentuale di anziani è dovuto principalmente a due fattori: il primo è l'allungamento della vita, reso possibile dai progressi della medicina e da un generale miglioramento delle condizioni di esistenza; il secondo è la diminuzione delle nascite che, in alcuni Paesi (come il nostro), si somma all'aumento della speranza di vita (Colombo, 2017). Sempre più persone diventano “anziane” e aumentano contemporaneamente gli anni vissuti dai soggetti più longevi, mentre diminuisce il numero dei nati (Vignoli, Barbi e Paterno, 2024, pp. 16-20).

In buona sostanza, è cambiata la struttura demografica e si è determinato un evidente squilibrio nel tessuto sociale.

La c.d. “transizione demografica”, vale a dire il processo «che porta da una società organizzata sull'abbondante presenza delle nuove generazioni a una con peso preponderante della componente matura» (Rosina, 2024, p. 32) ha subito una continua estensione, senza possibilità di individuare un termine finale.

Da un tasso di mortalità infantile superiore al 20%, un'aspettativa di vita inferiore a 40 anni e un tasso di fecondità attorno ai cinque figli per donna (ultimo scorcio del XIX secolo - inizio del XX secolo) e, quindi, con una vasta base di giovani e una ridotta presenza di anziani, lo scenario non si è fermato a una drastica riduzione della mortalità in età infantile e giovanile, ad un aumento dell'aspettativa di vita oltre i 65 anni e ad un livello di fecondità attestato intorno al valore di due figli per donna, ancora in grado di consentire un ricambio generazionale in una società con meno giovani e più anziani, ma con un rapporto di sostanziale equilibrio tra le due

⁵ Dato dal rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella delle potenziali età attive da 20 a 64 anni.

componenti. In una costante evoluzione, l'aspettativa di vita è ulteriormente aumentata superando l'obiettivo di liberare l'età infantile, giovanile e adulta dalle cause di morte evitabili, superando anche il limite degli 85 anni con possibilità di andare oltre, ma con un indice di fecondità che anziché stabilizzarsi attorno ai due figli per donna, è sceso e continua tendenzialmente a scendere (dagli ultimi decenni del XX secolo) sotto il livello del rimpiazzo generazionale (Rosina, 2024, pp. 32-33).

Il dato dell'Unione Europea riferito all'anno 2023 è di 1,38 figli per donna (La Rocca, 2025). L'Italia è da circa quarant'anni al di sotto del valore europeo di riferimento – al 2023 il numero medio di figli per donna è di 1,20 (in discesa rispetto a 1,24 del 2022), con una timida ripresa riferita ai primi 7 mesi del 2024 quando l'indice di fecondità arriva a quota 1,21 – (ISTAT, 2024b) e non è riuscita ad arginare le conseguenze negative della scarsa natalità attraverso adeguate politiche di sostegno e un'efficiente gestione dei flussi migratori che, in altri Paesi, sono stati sfruttati per mantenere (almeno nell'immediato) una certa stabilità della popolazione come quantità e struttura interna (Rosina, 2024, pp. 34-35).

Il quadro demografico italiano «costituisce un valido indicatore del miglioramento delle condizioni di vita e del funzionamento del sistema sanitario, ma esso può anche minare i già fragili pilastri sui quali si reggono i sistemi di welfare» (Facchini e Sala, 2019, p. 152).

Infatti, lo sbilanciamento del rapporto tra nuovi nati e persone anziane, noto come *shrinking society* ovvero società che si contrae e perde la propria capacità di rinnovarsi (Hara, 2015; Colombo, 2017), genera il rischio più che concreto di avere, in un futuro ormai prossimo, un gran numero di anziani a carico di una quantità non proporzionata di persone attive, anziani che continueranno però ad avere un notevole peso politico ed economico⁶, mettendo parzialmente in ombra le generazioni più giovani e comprimendone i ruoli, ma che sono destinati inevitabilmente a dipendere dalle stesse nella fase finale della vita (Colombo, 2017; Vignoli, Barbi e Paterno, 2024, p. 20). Secondo quanto riportato dal censimento ISTAT del 2023, l'indice di dipendenza nel nostro Paese è del 37,8% per il 2022 mentre si attesta al

⁶ Per numero, per disponibilità economico-finanziarie e connessa capacità di spesa e per il valore simbolico della generazione del c.d. *baby boom*, nel periodo compreso tra il 1950 e il 1964; nella società contemporanea i padri e le madri non appartengono più a tale generazione, ma sono per lo più i nati negli anni Ottanta ovvero nel periodo del c.d. *baby bust*.

38,4% per l'anno successivo (Carbonara, 2025).

Sono intuibili le gravi ripercussioni sulla sostenibilità (sociale e finanziaria) a lungo termine (in un contesto di riduzione e razionalizzazione della spesa pubblica); in particolare, se sull'assetto del sistema pensionistico gioca l'incidenza della popolazione anziana nel suo complesso, sul sistema sociosanitario influisce in modo particolare lo specifico incremento degli anziani nell'ultimo scorcio di vita, essendo maggiormente «esposti al rischio di patologie (specie croniche) e di non autosufficienza e, quindi, maggiormente necessitanti di «cura» e di *care*» (Facchini e Sala, 2019, p. 152); ciò ha già determinato e continuerà a determinare un aumento sistematico della spesa sanitaria e assistenziale.

Ma i “nuovi anziani”, come evidenzia Colombo (2017), non sono tali soltanto perché più numerosi, ma anche e soprattutto per le nuove caratteristiche dell’“età anziana” non più identificabile in un unico periodo della vita e non più classificabile soltanto, semplicisticamente, come “vecchiaia”.

Innanzitutto, si invecchia (nel vero senso del termine) molto più tardi: gli adulti di 60, 65 ed anche 70 anni sono generalmente ancora in buona salute, continuano a lavorare, sono ancora attivi e inseriti in normali relazioni sociali; pur con le dovute distinzioni per livello culturale e possibilità economiche, non sono del tutto estranei alle tecnologie digitali e all'utilizzo dei *social networks*.

Quindi, potrebbe ritenersi superata l'individuazione (attribuita, al netto di smentite, a Otto Von Bismark) di un'unica soglia di anzianità a 65 anni⁷. La letteratura medica e sociologica ormai da alcuni anni distingue tra “terza” e “quarta” età ovvero tra “giovani anziani” dai 65 ai 74 anni e soggetti di età più avanzata (Pugliese, 2011; Cerase, 2024, p. 61), si parla anche di “tarda maturità” o “età giovane anziana” distinguendola dalla vera e propria “età anziana”, quest'ultima più problematica e con maggiori criticità.

Il 63° Congresso nazionale della *Società Italiana di Gerontologia e Geriatria* (SIGG), che si è tenuto a Roma alla fine del mese di novembre 2018, ha consegnato le seguenti definizioni: si considera anziana una persona che abbia compiuto 65 anni, ma sono “giovani anziani” i

⁷ Le motivazioni del Cancelliere di Ferro erano più pratiche che scientifiche, preoccupandosi lo stesso di organizzare il sistema pensionistico in un'epoca in cui non erano molti i cittadini che riuscivano a raggiungere tale soglia anagrafica.

soggetti con un'età compresa tra i 65 e i 74 anni, “anziani” i soggetti da 75 a 84 anni e “grandi anziani” (o “grandi vecchi”) quelli che raggiungono età più elevate.

La proposta della SIGG è quella di aggiornare il concetto di anzianità, portando a 75 anni l'età ideale per definire una persona come propriamente anziana, in modo da rispecchiare la reale situazione della popolazione e della società «immaginando una soglia dinamica che stia al passo con le profonde trasformazioni a cui stiamo assistendo» (Vignoli, Barbi e Paterno, 2024, p. 21).

Si aprono, quindi, nuovi scenari perché se la vera anzianità inizia a 75 anni (e magari si raggiunge il traguardo in buona salute, sia fisica che mentale), è possibile non solo scongiurare la rassegnazione di fronte all'età che avanza (e qualsiasi forma di pregiudizio e di svalorizzazione in ragione dell'età, c.d. “ageismo”), ma convertire la platea dei “nuovi anziani” in una risorsa per la collettività e, quindi, in un sostegno per il sistema di welfare.

Fino ad oggi, le politiche e gli interventi finalizzati a trovare un bilanciamento tra l'invecchiamento della popolazione (aumento delle persone anziane e diminuzione delle nascite) e la creazione di strutture e presidi per la gestione delle problematiche conseguenti non sempre hanno raggiunto i risultati sperati.

Gli interventi a livello normativo sono stati alquanto frammentari e settoriali, mancando una visione organica, in rapporto con tutti gli ambiti della vita economica e sociale, partendo dall'ovvia considerazione che la soluzione non può essere sempre e soltanto quella di innalzare l'età pensionabile.

Di recente, la legge 23 marzo 2023, n. 33 (*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*) e il successivo 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*)⁸, individuano alcuni importanti programmi da attuare gradualmente nell'ambito di un più ampio progetto a rete che si sofferma su vari punti con l'intento di riqualificare (non solo nel presente, ma in un'ottica prospettica) le condizioni di vita delle persone anziane e di raggiungere concreti obiettivi di sostenibilità a lungo termine.

⁸ Entrato in vigore il 27 novembre 2024.

L'art. 3 della l. n. 33/2023 prevede la delega per l'adozione di 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.

Il successivo art. 4 delega il Governo a emanare uno o più decreti finalizzati a riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili.

L'art. 5 conferisce la delega per interventi normativi finalizzati ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane, anche non autosufficienti.

L'indubbio merito della legge e del provvedimento attuativo è quello di aver recepito e codificato definizioni e istanze già da tempo dibattute nella comunità scientifica e segnalate a livello internazionale, dimostrando di aver compreso la sfida generata dal progressivo incremento e dalla diversificazione della popolazione anziana.

6. Principali politiche in favore delle persone anziane

La legge n. 33/2023 e il correlato decreto attuativo costituiscono l'ultima tappa di un percorso di riforma avviato dopo la pandemia da Covid-19 e destinato a dare attuazione ad alcuni obiettivi del PNRR nel campo dell'assistenza alle persone anziane e del potenziamento della sanità territoriale.

La delega riconosce l'indifferibile necessità di intervenire sui bisogni crescenti del Paese dovuti all'invecchiamento della popolazione; il d.lgs. n. 29/2024 costituisce un c.d. decreto *omnibus* che, pur affrontando in maniera abbastanza completa il tema dei servizi rivolti agli over 65, introduce misure per lo più di carattere programmatico e non immediatamente applicative, rinviando ad ulteriori e successivi decreti interministeriali.

La mission è quella di promuovere la dignità e l'autonomia, l'inclusione sociale,

l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità della popolazione anziana, il contrasto all'isolamento e alla deprivazione relazionale e affettiva, la coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e la coabitazione intergenerazionale (*cohousing* intergenerazionale), lo sviluppo di forme di turismo del benessere e di turismo lento, oltre a quelle di riordinare, semplificare, coordinare e rendere più efficaci le attività di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti, anche attraverso il coordinamento e il riordino delle risorse disponibili e ad assicurare la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti (art. 1).

Il decreto in parola si divide in tre macroaree:

la prima contiene i principi generali e le definizioni; le misure di promozione dell'invecchiamento attivo e della prevenzione nonché delle attività di utilità sociale per gli anziani; la previsione di servizi di mobilità adeguati alle esigenze degli anziani; la previsione di accesso al turismo del benessere e al turismo lento, con agevolazione per soggiorni in strutture recettive; le misure di promozione di percorsi di alfabetizzazione informatica e di potenziamento della telemedicina per monitorare le condizioni di salute degli anziani direttamente a casa; le nuove misure abitative in materia di *cohousing*;

la seconda dà attuazione ai principi della delega concernenti la semplificazione dei criteri di valutazione multidimensionale della persona anziana e della persona anziana non autosufficiente; l'integrazione tra settore sociosanitario e settore sociale, rafforzando il ruolo degli Ambiti Territoriali Sociali (definizione e articolazione del *Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente* – SNAA, individuazione ed erogazione dei *Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali* – LEPS); la definizione della rete territoriale dei servizi che favoriscono la domiciliarità delle cure, scongiurando ospedalizzazioni incongrue e inserimenti evitabili in strutture e residenze socio-sanitarie; inoltre, in questa sezione del provvedimento normativo sono definiti i principi di riferimento per la riqualificazione di tutti i servizi dedicati agli anziani non autosufficienti;

la terza macroarea contiene disposizioni in materia di prestazione universale, misura sperimentale che consentirà alle persone anziane non autosufficienti ed economicamente più

deboli di fruire dell'indennità di accompagnamento e di un contributo pubblico per sostenere il costo dei servizi di assistenza domiciliare; inoltre, vi sono le misure di sostegno al ruolo sociale e ai percorsi di reinserimento lavorativo per i caregiver familiari.

Partiamo, innanzitutto, dalle definizioni:

a) è «persona anziana» quella che ha compiuto 65 anni;

b) è «persona grande anziana» quella che ha compiuto 80 anni;

c) è «persona anziana non autosufficiente», la persona anziana che, anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale (art. 2).

Il legislatore ha chiaramente recepito le indicazioni della scienza medica e quelle provenienti dalla ricerca sociologica.

Partendo, quindi, dalle diverse “anime” e dalle relative potenzialità, analizziamo i principali aspetti della riforma, limitatamente alla prima macroarea nella quale sono contenute le disposizioni con finalità programmatiche e preventive.

6.1 Salute e benessere - invecchiamento attivo

L'obiettivo primario del compilatore è quello di “conservare” e “prevenire”, ovvero di allontanare nel tempo e di evitare, per quanto possibile, situazioni di fragilità e/o di vere e proprie patologie sanitarie e la perdita di autonomia.

Quindi, iniziative di comunicazione e di sensibilizzazione per promuovere l'adesione alle campagne vaccinali e di screening oncologici; campagne di promozione di un corretto stile di vita e delle condizioni di sicurezza in ambito domestico e lavorativo (art. 4).

Partendo dall'ovvia considerazione che, pur essendo sempre più numerose le persone che raggiungono l'età del diritto ad una pensione e che vivono anche molti anni dopo aver percepito il trattamento di quiescenza – situazione ambivalente che, da un lato sottopone a forte stress il meccanismo di scambio tra generazioni caratterizzante i sistemi pensionistici

delle società moderne, ma dall'altro dà spesso origine a importanti forme di solidarietà intergenerazionale (Cerase, 2024, pp. 63-65) –, le stesse non sono in grado di incidere, singolarmente, sul sistema pensionistico, ma possono fare la differenza nella tutela della propria salute.

Una conseguenza diretta dell'invecchiamento della popolazione italiana risiede nell'aumento delle malattie cronico-degenerative e nelle disabilità psico-fisiche che condizionano in modo permanente la qualità della vita, con conseguente innalzamento dei costi sostenuti dal *Servizio Sanitario Nazionale e Regionale*, complice anche l'innovazione tecnologica sia nella diagnosi sia nella cura dei pazienti e il maggior prezzo dei farmaci di ultima generazione (Carrieri, Li Donni e Pignataro, 2024, pp. 105-106).

Gli anziani possono contribuire attivamente al soddisfacimento dell'aspettativa di tutela della salute, riducendo il bisogno di cure e di prestazioni sanitarie (e, quindi, le relative spese a carico delle finanze statali e regionali) attraverso iniziative e comportamenti virtuosi, finalizzati ad allungare l'invecchiamento in "buona salute". Detto in altri termini: «quanto più gli anziani sono incentivati e sostenuti da idonee misure mirate alla conduzione di una vita sana e sicura, tanto più possono contribuire alla sostenibilità della tutela della loro salute» (Cerase, 2024, p. 74).

A tal riguardo appaiono fondamentali uno stile di vita sano e attivo e il monitoraggio delle proprie condizioni fisiche con esami periodici. La prevenzione è imprescindibile per scoprire e trattare tempestivamente eventuali problematiche, per evitare lo sviluppo di disturbi, per evitare l'aggravarsi delle condizioni di chi già presenta patologie croniche e l'insorgere di possibili complicanze.

L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) ha proclamato il periodo 2020-2030 come il «Decennio dell'invecchiamento in buona salute», ritenendo prioritario, a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione mondiale, introdurre azioni che migliorino la vita delle persone anziane, delle loro famiglie e delle comunità in cui vivono.

E infatti, secondo la definizione dell'OMS, il concetto di buona salute è multidimensionale e deve intendersi come stato di «completo benessere fisico, mentale e sociale» (Bartoli, 2024, pp. 5-6).

La promozione della salute, la cultura della prevenzione e dell'invecchiamento sano e attivo devono essere garantiti anche dal datore di lavoro e, per le persone anziane ancora in servizio, deve essere favorito lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità agile (art. 5).

La conservazione di un buono stato di salute richiede anche il contrasto dell'isolamento sociale e la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato (art. 6), in modo che le stesse possano contribuire (o meglio, continuare a contribuire) attivamente alla vita economica e sociale.

Superando una visione negativa della vecchiaia, proprio grazie all'allungamento della vita le persone anziane possono scoprire un nuovo modo di essere utili a sé stessi e alla comunità di riferimento e possono acquisire «una nuova consapevolezza che si può essere in grado di fare qualcosa per il benessere degli altri unitamente a quello per sé stessi» (Cerase, 2024, p. 76).

Le variabili, ovviamente, sono molteplici (reddito, condizioni abitative e familiari, titolo di studio, vita professionale precedente e, non ultimo, stato di salute fisica e mentale), ma persone anziane di 65, 70, 75 e anche di 80 anni possono avere le capacità e la disponibilità per impegnarsi in attività socialmente vantaggiose che, da un lato, contribuiscono all'*active ageing* e, dall'altro, producono benefici per la collettività di riferimento (in termini di servizi resi ad altri anziani o ad altri gruppi generazionali e di minor peso sul sistema sociosanitario).

L'impegno dell'apparato statale è quindi nel senso di realizzare periodiche campagne di comunicazione e di sensibilizzazione in materia di invecchiamento attivo per agevolare lo scambio intergenerazionale, promuovere l'autonomia e l'inclusione sociale delle persone anziane e valorizzare il loro contributo anche nelle attività dei centri con funzione socioeducative e ricreative a sostegno dei giovani, favorendo la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro delle famiglie; di avviare iniziative formative e informative tese a contrastare la discriminazione in base all'età oltre ad azioni e progetti, anche in collaborazione con le Regioni e gli enti territoriali, finalizzati ad incentivare lo scambio tra giovani e persone anziane in un'ottica di rafforzamento dei legami intergenerazionali, riconoscendo queste ultime come vere e proprie risorse per la comunità di riferimento e depositarie di un patrimonio storico e culturale, anche di carattere linguistico, dialettale e musicale ed anche

con riferimento agli antichi mestieri, specie nei settori dell'artigianato, dell'enogastronomia e delle eccellenze dei prodotti italiani; di promuovere, attraverso le istituzioni scolastiche, iniziative di carattere formativo volte a promuovere la solidarietà tra generazioni, con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane.

Quindi, gli anziani vengono considerati non solo come soggetti passivi e bisognosi di assistenza, ma *in primis* e a ragione della prolungata permanenza in uno stato di buona salute e di efficienza psicofisica, viene incentivato il loro impegno attivo e gli stessi diventano destinatari di attività formative e di iniziative che hanno come finalità anche quella di valorizzare i rapporti intergenerazionali.

Se è vero che, a parità di età anagrafica, si sentono anziane (ed entrano nella spirale dell'isolamento, dell'invecchiamento psicologico, della percezione negativa di sé) soprattutto le persone che perdono autonomia, che perdono stimoli e progettualità di vita, che vedono restringersi la rete di relazioni familiari e sociali (Rosina, 2024, p. 37), la sfida raccolta dal legislatore è proprio quella di favorire l'impiego degli anziani in attività che possono non solo migliorarne le condizioni di benessere generale e di salute, facendoli sentire attivi, ma anche andare a colmare, almeno in parte, le lacune del sistema di welfare derivanti dagli squilibri demografici (Malavasi, 2009) oltre a rinsaldare il rapporto con le generazioni più giovani.

Prima della l. n. 33/2023 e del d.lgs. n. 29/2024, tra il 2008 e il 2021, sono state presentate alcune proposte di legge variamente dedicate alla valorizzazione degli anziani, ma nessuna di esse ha superato il vaglio delle Camere; è tuttavia importante sottolineare come tali proposte ed anche l'ultimo intervento normativo si inseriscano nel solco delle indicazioni dell'OMS che ha posto le basi per le politiche sull'*active ageing* (World Health Organization, 2002; United Nations, 2002; Cerase, 2024, p. 78) e dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile approvata dalle Nazioni Unite che, unitamente al documento *Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development*, ha sottolineato la necessità di strategie inclusive per affrontare le trasformazioni economiche e sociali associate all'invecchiamento e per garantire il benessere di tutte le fasce d'età e, in particolare, delle persone anziane (Carlo, Nanetti e Diodati, 2024, p. 94).

Il d.lgs. n. 29/2024 contiene anche previsioni per favorire la mobilità delle persone anziane, per l'abbattimento delle barriere architettoniche e per incrementare la socializzazione (art. 7), oltre a misure per un turismo del benessere e per il turismo lento e sostenibile (art. 8) che vengono agevolati anche al fine di tutelare i livelli essenziali delle prestazioni sociali (di cui sono, quindi, considerati parte integrante) e la salute psicofisica degli anziani (che viene preservata anche attraverso momenti di svago e di relax).

Il d.lgs. n. 29/2024 prevede altresì l'impegno delle istituzioni scolastiche e delle Università (art. 11) quali sedi privilegiate per l'incontro e il dialogo intergenerazionale e per la programmazione di esperienze di volontariato dei giovani presso strutture residenziali o semiresidenziali per le persone anziane o al domicilio delle stesse (esperienze che possono essere valutate anche per il riconoscimento di CFU); al fine di sostenere e promuovere la solidarietà e la coesione tra le generazioni, vengono altresì incentivati progetti di servizio civile universale in favore delle persone anziane, aventi la finalità di sviluppare e rafforzare il rapporto tra le diverse generazioni e di favorire l'inclusione sociale delle persone anziane, intesa come partecipazione alla vita sociale, economica e culturale nonché di sviluppare e promuovere un sistema di sostegno, solidarietà e aiuto anche alle persone anziane in condizioni critiche e alle loro famiglie (caregiver), attraverso servizi di supporto, cura e accompagnamento, volti a favorire l'inclusione sociale e la partecipazione attiva alla comunità (art. 14).

Sempre al fine di preservare l'indipendenza funzionale in età avanzata e di mantenere una buona qualità della vita, sono incentivati i progetti finalizzati a sviluppare azioni mirate per le persone anziane, a diffondere la cultura del movimento nella terza età e a promuovere lo sport come strumento di prevenzione per migliorare il benessere psicofisico (art. 12)⁹.

Nella stessa macroarea è prevista la promozione del rapporto delle persone anziane con animali di affezione, consentendone l'accesso nelle strutture residenziali e nelle residenze protette (compatibilmente con la valutazione clinica e prognostica degli interessati) con finalità di tipo ludico-ricreativo, educativo e di socializzazione (art. 13).

⁹ Attraverso l'attivazione di gruppi di cammino lungo percorsi sicuri urbani o extraurbani, programmi di attività sportiva organizzata come strumento di miglioramento del benessere psicofisico, di promozione della socialità e di integrazione intergenerazionale tra giovani e anziani.

6.2 La telemedicina

Di particolare rilevanza appaiono le misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane (art. 9).

Il sistema sanitario si avvicina alla persona; per consentire le migliori condizioni di vita viene promosso l'impiego di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina nell'erogazione delle prestazioni.

L'individuazione e la diffusione dei servizi sanitari e assistenziali erogati in telemedicina costituiscono "traguardi" del PNRR.

Secondo la definizione del Ministero della salute (2024)

con il termine telemedicina si indica tutto l'insieme di prestazioni sanitarie in cui, grazie all'utilizzo di tecnologie innovative, il professionista della salute e il paziente non si trovano nello stesso luogo.

La telemedicina consente di:

- assistere e fare visite di controllo ai pazienti;
- controllare a distanza i parametri vitali di pazienti;
- far dialogare sanitari per consulti su particolari casi clinici;
- inviare e ricevere documenti, diagnosi e referti.

Tale pratica si inserisce nel più ampio contesto di utilizzo delle "tecnologie dell'informazione e della comunicazione" *Information and Communication Technologies* (ICT) nel campo della salute umana e dell'erogazione dei servizi sanitari. Il legame tra ICT e prestazioni sanitarie viene compendiato nell'espressione *Digital Health* (salute digitale), utilizzata nei documenti dell'OMS e comprensiva sia della *eHealth* (sanità elettronica) ovvero «l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione a sostegno della salute e dei settori connessi ad essa [e sia della *mHealth* (sanità mobile) vale a dire] l'uso delle tecnologie mobili wireless per la salute» (Ferioli, 2023, p. 209).

In Italia, l'utilizzo delle ICT nel sistema sanitario si inserisce nel più ampio contesto della digitalizzazione della P.A. delineata dal decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (*Codice dell'amministrazione digitale*) e, in ambito sanitario, è stato ulteriormente disciplinato dal

decreto-legge 9 febbraio 2012, n. 5 (*Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e sviluppo*) convertito, con modificazioni, con legge 4 aprile 2012, n. 35 che ha disposto in tema di cartella clinica elettronica e di sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture sanitarie da parte dei cittadini. Vi sono poi le disposizioni normative sulla refertazione online e la ricetta elettronica fino ad arrivare alla disciplina del *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE), strumento introdotto già da alcuni anni, ulteriormente implementato con la pandemia da Covid-19 ed anche dalle disposizioni del PNRR che lo ha identificato «come strumento del punto di accesso dei pazienti per la fruizione dei servizi essenziali forniti dal SSN» (Ferioli, 2023, p. 212).

Il PNRR assume un ruolo fondamentale nella digitalizzazione del SSN con ampio utilizzo delle ICT al fine di implementare un modello di assistenza sociosanitaria «che mette al centro il mantenimento al domicilio dell'assistito grazie al supporto della tecnologia» (Ferioli, 2023, p. 211); sono state impegnate grandi risorse sull'aggiornamento tecnologico e digitale della sanità e, in particolare, sulla telemedicina (telemonitoraggio, televisita, teleconsulto, teleassistenza e controllo di pazienti cardiologici, respiratori, neurologici e oncologici).

La telemedicina viene infatti riconosciuta «non solo come vettore di maggiore efficienza, ma anche per migliorare la qualità della cura, promuovendo un approccio omogeneo su tutto il territorio nazionale, riducendo i divari esistenti, nel suo utilizzo, tra le Regioni» (Ferioli, 2023, p. 211). Essa appare idonea a garantire l'erogazione dei servizi in zone disagiate e soprattutto «a valorizzare il ruolo della casa come primo luogo di cura» (Nicolosi, 2024, p. 1056).

Sono intuibili e innegabili i vantaggi delle ICT nella gestione competente e nel monitoraggio delle condizioni di salute delle persone anziane¹⁰.

Va innanzitutto sottolineato il ruolo fondamentale di facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari, in modo da favorire la prevenzione e la tempestività dell'assistenza in tutte le fasi della vita (Vignoli, Barbi e Paterno, 2024, p. 22).

Da evidenziare, poi, l'aspetto dell'autonomia e del mantenimento delle capacità funzionali da parte dell'anziano che viene incentivato a monitorare la propria salute e a rapportarsi con i

¹⁰ Tralasciando l'aspetto relativo al trattamento e alla protezione dei dati personali che i limiti del presente lavoro non consentono di trattare.

servizi sanitari rimanendo all'interno della propria abitazione, il tutto con maggiori garanzie di sicurezza per la società nel suo complesso (Colangelo, 2019, p. 280).

Negli ultimi anni si sono rapidamente sviluppate molte *app* sanitarie (afferenti alla *m-health*, che si è affiancata alla più tradizionale *e-health*) per il monitoraggio dei pazienti a distanza che si sono rivelate molto utili (per i malati e per i loro caregiver) «nell'ambito della cura di patologie cronico-degenerative, per la prevenzione, per la diagnostica e l'autodiagnosi e per la ricerca di informazioni sanitarie» (Colangelo, 2019, p. 281).

L'utilizzo delle nuove tecnologie in ambito sanitario deve essere positivamente valutato anche per la promozione dell'*auto-tracking* e, quindi, per incentivare l'attività fisica delle persone anziane sempre nell'ottica dell'invecchiamento attivo.

Le indagini statistiche confermano che, in Italia, la percentuale di anziani che utilizzano le nuove tecnologie aumenta costantemente, anche se resta di molto inferiore rispetto alla media europea (Facchini e Sala, 2019, 155-160).

Per l'attuale composizione della popolazione over 65, esiste purtroppo un forte *grey digital divide* imputabile al diverso background socio-economico, alle diverse capacità e alle diverse condizioni di salute: gli anziani "più giovani", tra i 65 e i 74 anni, quelli più istruiti e che hanno svolto attività lavorative implicanti un minimo di conoscenze informatiche, quelli più benestanti e in migliori condizioni di salute sono maggiormente portati (e idonei) all'utilizzo della telemedicina e delle varie applicazioni, instaurando così dei comportamenti virtuosi a tutela del proprio benessere e con ripercussioni positive sul sistema sociosanitario.

Sono però gli anziani appartenenti alla fascia anagrafica più elevata e quelli affetti da una o più patologie ingravescenti ad aver maggiormente bisogno della telemedicina e di tutte le innovazioni tecnologiche in ambito sanitario.

Ciò rappresenta un serio ostacolo all'uniformità territoriale nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, laddove si consideri che le linee guida ministeriali subordinano l'utilizzo della telemedicina, da parte dei pazienti, ad una valutazione di eleggibilità che comprende (oltre agli aspetti clinici di competenza del medico curante) anche l'idoneità e la dotazione tecnologica di cui dispone il singolo utente (Nicolosi, 2024, pp. 1058-1059).

Bisogna altresì considerare il rischio di "disumanizzazione" delle pratiche di diagnosi e

cura, ovvero di sostituzione con apparati tecnologici del contatto umano della relazione medico-paziente (Ferioli, 2023, p. 215) o in generale delle relazioni tra soggetti appartenenti ad una stessa comunità o comunque legati da relazioni di cura e/o di *care* (Facchini e Sala, 2019, p. 160).

Si tratta di un aspetto che potrebbe incidere pesantemente sulla condizione delle persone anziane, aggravando la sensazione di abbandono e di solitudine.

Non è un caso, quindi, che, nel rispetto dei principi anche di rango costituzionale che hanno trovato attuazione nella disciplina del SSN, venga costantemente ribadito (dalla dottrina e dalla scienza medica) il paradigma della centralità della persona umana nella programmazione e nell'erogazione dei servizi sanitari e che il recente decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77 (*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*) sulla definizione dei modelli e standard per la riforma della sanità territoriale abbia sancito che, con specifico riferimento alla telemedicina, «l'applicazione delle ICT nella sanità deve avvenire in un'ottica di «integrazione» e non di sostituzione delle forme tradizionali di assistenza» (Ferioli, 2023, p. 216).

6.3 Misure in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale

Strettamente connesse alla promozione della telemedicina sono le disposizioni dettate dal d.lgs. n. 29/2024 in materia di alfabetizzazione informatica e di facilitazione digitale (art. 19).

Nell'ambito degli obiettivi del PNRR, al fine di agevolare l'alfabetizzazione informatica delle persone anziane e di garantire alle stesse la piena partecipazione civile e sociale, vengono previste attività di formazione delle competenze digitali delle persone anziane e di supporto delle stesse nell'utilizzo dei servizi erogati in rete dalle P.A.

Il legislatore dimostra, innanzitutto, la consapevolezza che il sapere informatico, anche basilare, rappresenta ormai una condizione imprescindibile per sentirsi parte integrante della società contemporanea: infatti, il progressivo invecchiamento della popolazione è avvenuto in

concomitanza con la massiva digitalizzazione di ogni ambito della vita sociale ed economica.

Sebbene per numerosi anziani¹¹ le nuove tecnologie non costituiscano una realtà aliena dalla quale guardarsi, ma un modo per ampliare i propri margini di autonomia e non percepirsi estranei al mondo che cambia, cionondimeno navigare nella rete senza un'adeguata competenza, oppure frequentare preferenzialmente siti ai quali si viene portati da un intreccio di *link* preparato da altri ovvero frequentare indiscriminatamente i *social networks*, può far scivolare in trappole inaspettate.

I media che promuovono aggregazioni fra persone assenti (Formenti, 2005, p. 21) e rapporti fuori dalla località fisica e simbolica possono, infatti, esporre a situazioni di rischio difficili da contrastare. Così, gli “immigrati digitali della terza età” non di rado diventano bersagli privilegiati per i *ciber*-criminali, sempre più impegnati nel perfezionamento delle proprie tecniche di raggiri. Si pensi in proposito agli abusi finanziari; alla frode del pagamento online; alla vendita di oggetti a prezzi esagerati, di servizi non desiderati, di prestazioni non necessarie; alla spedizione di merci non ordinate; al *phishing* o al *ransomware*¹².

Come già spiegato, esiste un profondo *grey digital divide* ovvero una differenza sostanziale nell'accesso e nell'utilizzo delle ICT tra anziani e popolazione giovane e adulta (Facchini e Sala, 2019, p. 153), dovuto anche al fatto che una rilevante percentuale dell'attuale popolazione anziana ha visto affermarsi le tecnologie digitali in una fase avanzata della vita e, per la propria storia professionale o familiare, non ha acquisito alcuna competenza per la loro utilizzazione.

Si ricorda la classica distinzione tra *digital native* e *digital immigrants* (Prensky, 2001) secondo la quale nell'utilizzo delle nuove tecnologie sono favorite le generazioni che si approcciano alle stesse fin dall'infanzia o dall'adolescenza, mentre le generazioni più mature subiscono un processo di adattamento; quindi, «gli anziani sarebbero degli “immigrati digitali” (soggetti che hanno visto affermarsi le tecnologie digitali in una fase tarda della loro

¹¹ Soprattutto quelli compresi nella fascia di età compresa tra i 65 e i 75 anni, lavorativamente attivi alla fine del Novecento, che hanno vissuto in pieno l'epoca dei grandi cambiamenti iniziata negli anni Novanta del secolo scorso.

¹² Il *phishing* è un tipo di frode informatica finalizzata all'ottenimento di dati personali sensibili attraverso l'uso di un messaggio di posta elettronica a nome di istituti di credito, finanziarie, agenzie assicurative, per derubare l'utente. Il *ransomware*, invece, è un particolare tipo di programma utilizzato dai *ciber*-criminali per trafugare i dati salvati su un computer ed esigere dal proprietario il pagamento di un riscatto.

vita) rispetto ai giovani, considerati “nativi digitali” (perché nati insieme alle tecnologie)» (Carlo, 2022, p. 113).

È quindi indispensabile colmare (o comunque ridurre) il divario perché le tecnologie digitali, oltre al fondamentale utilizzo per la tutela della salute, possono effettivamente supportare gli anziani «nel mantenere le proprie relazioni sociali, specie nelle situazioni in cui, una minore possibilità/capacità di muoversi sul territorio, associata ad un assottigliarsi della loro rete di appartenenza, li espongano ad un rischio di rarefazione dei rapporti personali se non addirittura, di solitudine e di esclusione sociale» (Facchini e Sala, 2019, p. 152).

La perdita di autonomia e di mobilità territoriale, conseguente anche al mutamento dello spazio sociale, il restringimento della rete amicale, risiedere lontano dai figli e dagli affetti più cari sono tutte circostanze del vivere contemporaneo che possono essere alleviate dalle nuove tecnologie sia in termini di mantenimento delle funzioni motorie e cognitive (in un’ottica preventiva), sia di costante monitoraggio delle condizioni di salute e dei comportamenti quotidiani e sia di mantenimento delle relazioni interpersonali ed affettive.

In una circolarità di obiettivi e di azioni, anche le ICT possono contribuire all’invecchiamento attivo e comunque la capacità di gestire dispositivi collegati a Internet (computer, tablet, smartphone, orologi intelligenti) è ormai diventata una competenza necessaria per poter accedere a vari servizi resi dalla P.A. *online e mobile oriented*.

Del resto, il CAD prevede un vero e proprio diritto del cittadino all’utilizzo delle tecnologie nel rapporto con la P.A. e, all’art. 8, rimanda alla promozione di iniziative volte a favorire la diffusione della cultura digitale tra i cittadini, con particolare riguardo ai minori e alle categorie a rischio di esclusione, anche al fine di favorire lo sviluppo di competenze di informatica giuridica e l’utilizzo dei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni.

6.4 Senior cohousing e cohousing intergenerazionale

Il d.lgs. n. 29/2024 si sofferma anche sulle nuove forme di condivisione abitativa, definite come *senior cohousing* (coabitazione solidale tra persone anziane) e *cohousing*

intergenerazionale (coabitazione tra soggetti appartenenti a generazione diverse, in particolare tra anziani e giovani in condizioni svantaggiate). Rimanda a una disciplina di dettaglio che dovrà individuare le caratteristiche e i contenuti essenziali degli interventi e dei modelli di coabitazione solidale da realizzare nell'ambito di case, case-famiglia, gruppi famiglia, gruppi appartamento e condomini solidali, aperti ai familiari, ai volontari, ai prestatori esterni di servizi sanitari, sociali e sociosanitarie integrativi, nonché ad iniziative degli enti del terzo settore (art. 15).

La promozione di nuove forme di domiciliarità e di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane e di coabitazione intergenerazionale dovrà essere realizzata attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e di riuso del patrimonio costruito, sulla base di atti di pianificazione o programmazione regionale o comunale e di adeguata progettazione, sulla base dei criteri: mobilità e accessibilità sostenibili; ristrutturazione ed efficientamento energetico del patrimonio pubblico e privato e di rigenerazione delle periferie urbane; protezione e tutela della dimensione culturale, ambientale e sociale dei beneficiari; soddisfacimento in autonomia dei beneficiari e di promozione della socialità; coerenza con altri interventi sul territorio aventi finalità analoghe o complementari.

Vengono inoltre indicati i seguenti obiettivi: ampliamento dell'offerta abitativa; accessibilità ad una rete di servizi, quali luoghi adibiti ad attività ricreative, ludico-culturali e sportive, scuole e supermercati, serviti dal trasporto pubblico locale, al fine di promuovere l'autosufficienza dei beneficiari; accessibilità ai servizi sanitari, anche nell'ottica di promuovere interventi di sanità preventiva a domicilio; disponibilità di servizi comuni aggiuntivi ideati per favorire la socialità e garantire l'assistenza medico-sanitaria; mobilità dei beneficiari, anche agevolando la fruizione da parte degli stessi di spazi verdi e di luoghi di socializzazione (art. 16).

Il legislatore raccoglie i dati di un'esperienza già in atto nella società civile e già oggetto di progetti di legge o di provvedimenti da parte di Regioni ed enti locali, con una regolamentazione ancora molto frammentaria e s coordinata dettata per lo più in via amministrativa (Pennestri, Pasini e Sergi, 2022).

La condivisione abitativa o *cohousing* è nata in Olanda e in Danimarca a partire dalla fine

degli anni Sessanta come forma di aggregazione tra individui all'interno di una comunità senza rinunciare alla propria privacy; si è poi sviluppata come forma di convivenza destinata a persone con bisogni o fragilità particolari «con l'obiettivo di valorizzare relazioni e risorse territoriali, investire nel reciproco sostegno sociale e sociosanitario, condividere le spese, e ridurre l'impatto negativo di alcuni determinanti sociali della salute, specialmente per quanto riguarda la propria abitazione, come l'isolamento e la presenza di barriere architettoniche» (Pennestri, Pasini e Sergi, 2022, p. 72).

La promozione dell'invecchiamento attivo, quando i bisogni sociosanitari sono ancora di intensità bassa o intermedia, passa anche attraverso nuovi percorsi assistenziali finalizzati a fornire una risposta adeguata a tali bisogni, ma anche a ridurre interventi non necessari o non appropriati di istituzionalizzazione delle persone anziane. Le indagini sociologiche e statistiche spesso attribuiscono un eccesso di mortalità nei primi anni di permanenza degli anziani nelle case di cura o di riposo ad un effetto choc conseguente al trasferimento nelle istituzioni e all'abbandono dell'ambiente domestico (Bonarini, 2002, p. 190).

Detto in altri termini, è possibile assistere e curare gli anziani che sono ancora abbastanza attivi e autosufficienti, consentendo loro di conservare l'autonomia il più a lungo possibile e di continuare a vivere in un ambiente familiare; in questo modo non solo si migliora la qualità della vita individuale (l'anziano può recuperare abitudini e relazioni oltre ad un ruolo sociale attivo, con conseguente miglioramento del suo stato psicofisico), ma si riduce anche il ricorso all'assistenza residenziale erogata dal sistema pubblico.

Il *cohousing* è, quindi, «la forma di condivisione abitativa in cui alloggi privati e servizi in comune vengono combinati in modo da salvaguardare il bisogno di socialità di ognuno e, allo stesso tempo, il bisogno di privacy, che risulta generalmente compromesso nelle strutture residenziali tradizionali» (Pennestri, Pasini e Sergi, 2022, p. 73).

In Italia la gestione dei servizi di condivisione abitativa per anziani prevede il coinvolgimento di attori pubblici, privati e del Terzo settore, mentre la regolamentazione è regionale o provinciale e riguarda la pianificazione degli investimenti (laddove sono previste risorse per la cura della salute o per l'erogazione dei servizi sociosanitari), l'accreditamento delle strutture e il rilascio delle necessarie autorizzazioni; si tratta, di servizi erogati in via

sperimentale che non hanno ancora caratteristiche unitarie in tutto il territorio nazionale.

Sempre dall'esperienza comune è emersa la possibilità che le persone anziane possano convivere con altre più giovani, laddove ciò comporti dei benefici reciproci; si parte dalla considerazione che la condivisione abitativa «non è una forma di assistenza o compagnia unicamente unidirezionale, dove sono sempre le generazioni con più energia a sostenere le persone più deboli» (Pennestri, Pasini e Sergi, 2022, p. 83) per giungere a riconoscere gli effetti positivi dello scambio intergenerazionale in quanto anche gli anziani possono mettere a disposizione le loro risorse per colmare le lacune del welfare tradizionale o per svolgere attività di *mentoring* o di insegnamento, tornando ad essere soggetti attivi (Pennestri, Pasini e Sergi, 2022, pp. 83-84).

Sebbene non esista un censimento ufficiale e aggiornato a livello nazionale, si registra un significativo aumento della condivisione degli spazi abitativi da parte di persone anziane soprattutto nelle grandi città e nelle regioni del nord; sono in atto diversi progetti (adeguamento/riqualificazione di abitazioni ed integrazione con i servizi sociali e sanitari, erogati sia a domicilio e sia in modalità remota, grazie al contributo dei vari soggetti coinvolti) che testimoniano il crescente interesse verso il *senior cohousing* come risposta all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e al desiderio di mantenere l'autonomia (si vedano, solo per citare alcuni esempi, l'Accordo di programma "Spazio Blu" a Roma, il progetto del Borgo Sostenibile di Figino a Milano e ancora il progetto Borgo Mazzini Smart Cohousing a Treviso).

Ma l'interesse appare sempre più rivolto alle politiche della casa e al recupero del patrimonio edilizio esistente, pubblico e privato, oltre che alla progettazione futura, in armonia con il contesto sociale e normativo per l'accessibilità e l'inclusione, in modo da promuovere il design di abitazioni a misura di *senior*, anche attraverso l'implementazione della domotica e della tecnologia. (Zallio e Zanutto, 2022; Bifulco e Mozzana, 2022).

L'obiettivo dell'*active ageing* viene calato anche nella realtà delle strutture residenziali assistenziali che necessitano di una revisione complessiva (o di una progettazione al passo con i tempi) per favorire più alti livelli di relazione con l'ambiente familiare e sociale (Pedrini Mutti e Bucci, 2024).

7. In conclusione

Gli inciampi più vistosi nello spazio senile si riscontrano nell'area dei "bisogni primari", ossia in quella dimensione insostituibile della condizione esistenziale che, sebbene faccia la differenza tra la civiltà e il suo contrario, ha sempre meno voce nel rumoroso, irresponsabile, incolto transito storico che stiamo attraversando.

Anche il più raffinato sistema di politiche sociali e sanitarie incontra delle inevitabili difficoltà a fronte di un fenomeno che, da residuale, è diventato massivo.

Nonostante le previsioni non confortanti di «un'ondata di "piena" dell'invecchiamento della popolazione già nei primi anni del 2000» (Bonzanini, 1987, p. 381), la realtà ha superato le aspettative e anche lo scenario futuro non appare dei migliori, soprattutto per la tenuta del sistema di welfare.

I rimedi da praticare per convertire la popolazione anziana in una risorsa, per garantirle delle buone condizioni di vita e per gestire con lungimiranza tutte le problematiche connesse all'inevitabile e progressivo declino dello stato psicofisico del soggetto anziano sono stati segnalati da tempo dalla letteratura sociologica e dalla scienza medica e alcuni tentativi di concreta realizzazione provengono dall'esperienza comune.

Partendo da una nuova definizione dell'età anziana, non sono poche le iniziative utili ad affrontare in modo positivo e costruttivo il cambiamento definito come «inverno demografico» (Vignoli, Barbi e Paterno, 2024, p. 13); si può investire nella riqualificazione dei lavoratori anziani, si possono educare le persone anziane ad una gestione diversa di una fase della vita che comporta, inevitabilmente, un progressivo decadimento psico-fisico, ma che conserva ancora grandi risorse (da convogliare anche verso le nuove generazioni) perché grazie ai progressi della scienza medica e della tecnologica si vive più a lungo e si invecchia molto più lentamente, si possono (e si devono) formare i giovani e gli adulti affinché siano capaci non solo di assistere e curare un numero sempre crescente di anziani, ma anche e soprattutto di affrontare il mutamento in atto. Quando parla di società della longevità la sociologia non intende riferirsi soltanto al dato anagrafico e al processo di transizione demografica, ma vuole richiamare l'attenzione sui cambiamenti strutturali che si stanno

verificando e che sono destinati a consolidarsi nel prossimo futuro.

Sempre attuale il detto africano “quando un anziano muore, è come se bruciasse una biblioteca” che pone l’età senile al centro di una tradizione orale, figlia di un’antica cultura capace di considerare gli anziani come risorsa.

Il recente intervento normativo, oltre a manifestare l’acquisita consapevolezza di una sfida lanciata da tempo e (purtroppo) non tempestivamente raccolta, dimostra l’impegno del legislatore di organizzare in modo razionale e uniforme le indubbe potenzialità insite nell’età anziana, tenuto conto delle diversificazioni che si sono progressivamente delineate all’interno della fase finale della vita.

Il filo conduttore è rappresentato dalla volontà di favorire per il tempo più lungo possibile l’impegno attivo della persona anziana nelle diverse formazioni sociali, promuovendo il coinvolgimento della famiglia e della società civile e soprattutto delle nuove generazioni, attraverso uno scambio reciproco e sinergico. Da una parte si combatte l’isolamento della persona anziana e, quindi, la sua degenerazione fisica e psichica, dall’altra si offre ai giovani la possibilità di conservare un immenso patrimonio di esperienza e di conoscenza che il rapidissimo mutare della società sta condannando all’oblio definitivo.

Le prime critiche al d.lgs. n. 29/2024 provengono soprattutto dal mondo del lavoro e dei sindacati.

È stato segnalato che l’Esecutivo, lungi dal dare concreta attuazione alla delega (anche per la ristrettezza dei tempi imposti dal PNRR), si sia limitato a dettare delle norme programmatiche e non immediatamente esecutive, rinviando a successivi decreti ministeriali e, soprattutto, non abbia previsto lo stanziamento di nuove risorse finanziarie, facendo costante riferimento alla centralità del ruolo del volontariato, del servizio civile e dello scambio intergenerazionale (Merlini, 2024).

I problemi attuativi sono indubbiamente una costante, soprattutto se si considerano i vari fronti sui quali si gioca la partita di questa particolare area di intervento, ma non può passare in second’ordine il valore dell’attenzione finalmente dedicata al fenomeno.

Se fino ad oggi il dibattito scientifico ha evidenziato l’assenza di politiche finalizzate ad affrontare concretamente il cambiamento demografico, un primo passo è stato compiuto e, pur

nella consapevolezza che sono ancora molti e diversi gli interventi necessari e che dovranno investire soprattutto sulle nuove generazioni, si può azzardare l'avvio di una sorta di sperimentazione «per progettare, testare e implementare soluzioni innovative e adottare nuovi modelli di intervento per rispondere alle sfide emergenti» (Vignoli, Barbi e Paterno, 2024, p. 29).

Bibliografia

- Abate G., del Re M.L., Aveni Casucci M.A., Spedicato E., Pinto Minerva F. (1990). *La terza età futura. Teoria e prospettive*. Milano: Mursia.
- Andreoli V. (1989). Il futuro della vecchiaia. *Sfera*, 2, 3: 42.
- Aveni Casucci M.A., a cura di (1984). *Psicologia e Geriatria*. Milano: Edizioni Claire.
- Bartoli V. (2024). Stato di salute, ospedalizzazione della popolazione anziana e aspetti quantitativi ed evolutivi dell'invecchiamento demografico in Italia. *Tendenze nuove*, 28, 2: 1. DOI: 10.32032/TENDENZENUOVE20240201.PDF.
- Bifulco L., Mozzana C. a cura di (2022). *La gestione sociale dell'abitare. Approcci, strumenti, esperienze*. Roma: Carocci.
- Bonarini F. (2002). Anziani nelle case di riposo. *Polis*, 16, 2: 175. DOI: 10.1424/2954.
- Bonzanini A. (1987). Il pensionamento. In De Masi D., Bonzanini A., a cura di, *Trattato di sociologia del lavoro e dell'organizzazione. Le tipologie*. Milano: FrancoAngeli.
- Buccini G. (2019). *Ghetti. L'Italia degli invisibili: la trincea della nuova guerra civile*. Milano: Solferino.
- Carbonara M. (2025). *Censimenti permanenti. Popolazione e abitazioni. Struttura della popolazione per genere ed età nei territori*. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/04/Monica_Carbonara_Censimento_popolazione_14aprile2025.pdf (19/05/2025).
- Carlo S. (2022). Anziani digitali. *il Mulino*, 71, 3: 110.
- Carlo S., Nanetti S. e Diodati F. (2024). Anziani e consumi sostenibili. *il Mulino*, 73, 4: 93.

DOI: 10.1402/114959.

- Carrieri V., Li Donni P., Pignataro F. (2024). Invecchiamento, spesa sanitaria e distribuzione delle risorse. *il Mulino*, 73, 4: 102. DOI: 10.1402/114960.
- Casamichele M., Giumelli G., a cura di (1994). *Biblioteca della terza età. Una bibliografia sulla condizione anziana*. Milano: Guerini.
- Cavazzuti F. (1985). *Gerontologia e Geriatria*. Udine: Edizioni Collegio I.P.A.S.V.I.
- Cerase F.P. (2024). Sulla sostenibilità sociale dell'invecchiamento della popolazione: gli anziani possono essere una risorsa? *Rassegna Italiana di Sociologia*, 64, 1: 57. DOI: 10.1423/109018.
- Colangelo R.M. (2019). App mediche e protezione dei dati personali. Alcuni spunti giuridici tra Gdpr, codice privacy novellato e chiarimenti del Garante. *Autonomie locali e servizi sociali*, 42, 2: 275. DOI: 10.1447/95869.
- Colombo F. (2017). La vecchiaia non è un destino. Stereotipi e ideologie dell'età anziana. *Problemi dell'informazione, Rivista quadrimestrale*, 42, 1: 57. DOI: 10.1445/86115.
- D'Alessandro S. (2021). Il virus della fiducia. In Spedicato Iengo E., Palladini M., a cura di, *Il soccorso delle parole. Orizzonti di senso durante la pandemia*. Milano: Franco Angeli.
- Dacquino G. (1992). *Libertà di invecchiare. Un'arte che si impara*. Torino: SEI.
- De Santis G. (2024). Speranza di vita ed età pensionabile differenziata. *il Mulino*, 73, 4: 76. DOI: 10.1402/114957.
- Facchini C., Sala E. (2019). Anziani e nuove tecnologie: rischi e opportunità. *Autonomie locali e servizi sociali*, 42, 2: 151. DOI: 10.1447/95862.
- Feroli E.A. (2023). Il diritto alla salute alla prova della Digital Health. *Politiche Sociali*, 10, 2: 207. DOI: 10.7389/108021.
- Florea A., Battistoni L., Boccalatte P., a cura di (1975). *Bibliografia della gerontologia italiana:1949-1970*. Roma: A.A.I.
- Florea A., Giumelli G., Fabiani A., Sbriccoli P., a cura di (1988). *Bibliografia della gerontologia italiana:1971-1983*. Roma: Istituto per gli Studi sui servizi sociali.
- Formenti C. (2005). "Internet Community". *Communitas*, 1, 1: 21.
- Hara T. (2015). *A shrinking society: Post-demographic transition in Japan*. Tokyo,

- Heidelberg, New York, Dordrecht, London: Springer. DOI: 10.1007/978-4-431-54810-2.
- ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2024a). *Rapporto Annuale ISTAT 2024. La situazione del Paese – Le condizioni e la qualità della vita*. Roma: ISTAT. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Rapporto-Annuale-2024.pdf> (22/01/2025).
- ISTAT - Istituto Nazionale di Statistica (2024b). *Natalità e fecondità della popolazione residente anno 2023*. Roma: ISTAT. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf> (19/05/2025).
- La Rocca M. (2025). Allarme natalità, in Ue calo record nel 2023. In Italia tasso di fertilità tra i più bassi. *eunews*, 7 marzo. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.eunews.it/2025/03/07/natalita-ue-calo-record-2023-italia-nati> (18/05/2025).
- Malavasi I. (2009). Il lavoro degli anziani per l'economia e il welfare. *Tendenze nuove, Materiali di lavoro su sanità e salute della Fondazione Smith Kline*, 13, 3: 287. DOI: 10.1450/29966.
- Merlini M. (2024). *Lavoro, anziani e Non autosufficienza. Osservazioni Cgil al d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29*. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/non-autosufficienza/lavoro-anziani-e-non-autosufficienza-osservazioni-cgil-al-dlgs-15-marzo-2024-n29-u39dqb1q> (16/01/2025).
- Ministero della salute – MSAL (2024). *I servizi di telemedicina*. Roma. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/telemedicina> (16/1/2025).
- Mucchi Faina A. (2013). *Troppo giovani, troppo vecchi. Il pregiudizio sull'età*. Roma-Bari: Laterza.
- Nicolosi C. (2024). Telemedicina, PNNR e Piani di rientro sanitari: uniformità *versus* autonomia nell'organizzazione sanitaria? *Amministrativ@mente*, 16, 3: 1042.
- Oliverio A. (1977). *Maturità e vecchiaia*. Milano: Feltrinelli.
- Pedrin D., Mutti A., Bucci R., a cura di (2024). *Anziani e residenzialità. Le sfide future*. Roma: Carocci.
- Pennestri F., Pasini N., Sergi R. (2022). I servizi di condivisione abitativa per anziani in Italia. Una mappa comparativa delle politiche regionali. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*,

21, 1: 71. DOI: 10.1483/103477.

Pinto Minerva F. (1974). *Educazione e senescenza. Introduzione al problema della formazione alla terza età*. Roma: Bulzoni Editore.

Pinto Minerva F., a cura di (1988). *Progetto Sapienza. Per una pedagogia del corso della vita*. Bari: Laterza.

Prensky M. (2001). Digital Natives Digital Immigrants. *On the Hoizon*, 9, 5: 1. DOI:10.1108/10748120110424816.

Pugliese E. (2011). *La terza età. Anziani e società in Italia*. Bologna: il Mulino.

Rosina A. (2024). Verso la società della longevità? *il Mulino*, 73, 4: 31. DOI: 10.1402/114952.

Spedicato Iengo E., a cura di (2015). *Invecchiare al femminile. Giochi intellettuali, quadri ideologici, riconoscimento sociale*. Milano: FrancoAngeli.

Trabucchi M. (1992). *Invecchiamento della specie e vecchiaia della persona. Dal pessimismo all'ottimismo*. Milano: Franco Angeli.

UN - United Nations (2017). *Ageing, Older Persons and the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: UN. Testo disponibile all'indirizzo web: https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2017/07/UND_P_AARP_HelpAge_International_AgeingOlderpersons-and-2030-Agenda-2.pdf (15/01/2025).

UN - United Nations (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing*. Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, 8-12 April 2002. New York: UN. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf> (15/01/2025).

Vignoli D., Barbi E., Paterno A. (2024). La demografia dell'invecchiamento: una lettura positiva. *il Mulino*, 73, 4: 12. DOI: 10.1402/114951.

WHO - World Health Organization (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Ginevra: WHO. Testo disponibile all'indirizzo web: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67215/WHO?sequence=1> (15/01/2025).

Zallio M., Zanutto O. (2022). *Housing a misura di senior. Progettare abitazioni age-friendly*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.