

e&po Quaderni

AGE-IT

Governare l'invecchiamento sano e attivo

Analisi e raccomandazioni
dello Spoke 10
del progetto Age-IT

Governing Healthy and Active Ageing

Analysis and Recommendations
from Spoke 10
of the Age-IT Project



Ministero
dell'Università
e della Ricerca



Funded by the
European Union
NextGenerationEU



Italiadomani
PIANO NAZIONALE
DI BIPRESA E RESILIENZA





EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

Rivista fondata da Giulio A. Maccacaro

ANNO 49 (5-6) 2025

**Epidemiologia & Prevenzione
è indicizzata in Medline, Scopus,
Science Citation Index Expanded,
Journal Citation Reports/Science Edition**

Pubblicazione bimestrale Registrazione
del Tribunale di Milano
n. 239/1977 Spedizione in AP - 45% - art. 2 comma 20b
legge 662/96 - Milano

Iscrizione al Registro degli Operatori
di Comunicazione (roc) n. 11747

Una copia della rivista: 13,50 euro

Abbonamento annuo: informazioni e condizioni sul sito
www.epiprev.it

Gestione abbonamenti: ufficio abbonamenti
tel. 02-48702283

I dati necessari per l'invio della rivista sono trattati elettronicamente
e utilizzati dall'editore Inferenze scrl per la spedizione della presente
pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico.
Ai sensi dell'art. 13 Legge 675/96 e successivi aggiornamenti è possibile in
qualsiasi momento e gratuitamente consultare, modificare e cancellare i
dati,
o semplicemente opporsi al loro utilizzo scrivendo a:
Inferenze scrl, responsabile dati, via Ricciarelli 29, 20148 Milano.

Iva assolta dall'editore ai sensi dell'art. 74 lettera C del DPR 26/10/1972
n.633 e successive modificazioni e integrazioni nonché ai sensi del DM
29/12/1989. Non si rilasciano quindi fatture (art. 1 c. 5 DM 29/12/1989).

Stampa
Arti grafiche Ancora srl - Milano



via Ricciarelli 29, 20148 Milano

segreteria@inferenze.it

Direttori Scientifici: Francesco Forastiere, Francesco Barone-Adesi

Past director: Benedetto Terracini, Eugenio Paci

Direttrice responsabile: Maria Luisa Clementi

Direzione scientifica

Carla Ancona, Erich Batzella, Annibale Biggeri, Laura Bonvicini,
Elisabetta Listorti, Lorenzo Richiardi, Giuseppe Traversa

Segreteria di redazione

via Giusti 4, 21053 Castellanza (VA)

e-mail: epiprev@inferenze.it; telefono: 0331-482187

Redazione: Maria Cristina Porro

Impaginazione: Stefano Montagnana

Direzione associata

Nerina Agabiti, Fabrizio Bianchi, Luigi Bisanti, Serena Broccoli, Silvia
Candela, Riccardo Capocaccia, Michele Carugno, Cesare Cislighi,
Dario Consonni, Giuseppe Costa, Francesca de' Donato, Andrea
Evangelista, Piroos Fateh-Moghadam, Gianluigi Ferrante, Eliana
Ferroni, Paolo Giorgi Rossi, Maria Teresa Greco, Silvia Maritano,
Alice Masini, Flavia Mayer, Franco Merletti, Salvatore Panico,
Davide Petri, Andrea Ranzi, Matteo Renzi, Fulvio Ricceri, Giuseppe
Ru, Franca Rusconi, Antonio Giampiero Russo, Stefania Salmaso,
Vittorio Simeon, Giorgia Stoppa, Mariachiara Tallacchini, Benedetto
Terracini, Andreluna Ucciero, Francesco Venturelli, Giovanni Viegi,
Nicolás Zengarini

Comitato editoriale

AIE: Lorenzo Richiardi, Dolores Catelan, Federica Asta, Valeria
Belleudi, Alice Bernasconi, Simone Giannini, Tancredi Lo Presti,
Giovenale Moirano, Sara Tunesi

Impresa sociale E&P Giulio A. Maccacaro: Franco Berrino,
Luigi Bisanti, Annibale Biggeri, Paolo Chiodini, Gemma Gatta,
Franco Merletti, Salvatore Panico, Lorenzo Simonato

Inferenze: Maria Luisa Clementi, Maria Cristina Porro,
Valentina Ferrari

MODALITÀ DI ABBONAMENTO

Pagamento con carta di credito (American Express, Carta Sì,
VISA, Eurocard, Master Card) telefonando allo 02-48702283
dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 13 oppure utilizzando
il servizio PayPal sul sito web della rivista www.epiprev.it

Accredito tramite c/c bancario presso: BPER BANCA
Piazza Wagner n. 8, 20145 Milano,
IBAN: IT83Z 05387 01612 000035010623
intestato all'impresa editoriale Inferenze scrl,
via Ricciarelli n. 29, 20148 Milano.

© Inferenze scrl, Milano

AGE-IT

Governare l'invecchiamento sano e attivo

Analisi e raccomandazioni
dello Spoke 10
del progetto Age-IT

Governing Healthy and Active Ageing

Analysis and Recommendations
from Spoke 10
of the Age-IT Project

Conflitti d'interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamento: questa attività è stata finanziata con risorse del programma Next Generation EU, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Investimento PE8 – Progetto Age-It: "Ageing Well in an Ageing Society" (DM 1557 del 11.10.2022 che ha ricevuto fondi dal Ministero dell'Università e della Ricerca – M4C2 1.3 con grant agreement n. PE0000015).

Le opinioni e i punti di vista espressi in questo lavoro sono esclusivamente quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione europea o della Commissione europea.

Né l'Unione europea né la Commissione europea possono essere ritenute responsabili di tali contenuti.

INDICE

LE POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO	pag 4
PREVENZIONE PERSONALIZZATA PER L'INVECCHIAMENTO SANO	pag 22
INDICATORI DI PERFORMANCE PER L'ATTUAZIONE DI POLITICHE DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	pag 28
POLITICHE TERRITORIALI IN UN PAESE DI LONGEVI VERSO UN POLICY MAKING MULTILIVELLO E PARTECIPATO	pag 35
EVIDENZE DAL PROGETTO AGE-IT E INDICAZIONI DI POLICY PER LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	pag 42
OLTRE L'OSPEDALE: LA SPESA SOCIALE PER UNA SANITÀ PIÙ SOSTENIBILE	pag 48

AUTORI E AUTRICI

Valery Artusio Società Italiana di Diritto Sanitario
Giacomo Balduzzi Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Alessandria
Renato Balduzzi Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano
Erika Bassi Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Ines Basso Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Franca Beccaria Eclectica+, Ricerca e Formazione Impresa Sociale S.R.L., Torino
Paolo Berta Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano
Michele Bertani Dipartimento di Economia, Università "Ca' Foscari", Venezia
Maria Vittoria Bufali Università Bocconi, Milano
Erica Busca Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Stefano Campostrini Dipartimento di Economia, Università "Ca' Foscari", Venezia
Silvia Caristia Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli
Alberto Catalano Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara; Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino
Davide Cino Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano
Amelia Compagni Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche, Università Bocconi, Milano
Paola Costelli Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara; Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino
Alberto Dal Molin Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Enrico Daly Società Italiana di Diritto Sanitario
Egidio de Benedetto Dipartimento di Ingegneria Elettrica e Tecnologie dell'Informazione, Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Alessandra Dian Eclectica+, Ricerca e Formazione Impresa Sociale S.R.L., Torino

Francesca Donati Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli
Fabrizio Faggiano Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli
Giovanni Fattore Department of Social and Political Sciences, Università Bocconi, Milano
Gianluca Fiorentini Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna
Laura Formenti Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano
Simone Ghislandi Department of Social and Political Sciences, Università Bocconi, Milano
Marta Giachello Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna
Guido Giarelli Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro
Olena Ignatenko Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro
Giovanni Lamura Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona
Francesca Romana Loberto Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano
Davide Lucantoni Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona
Marilin Mantineo Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro
Michele Marzulli Dipartimento di Economia, Università "Ca' Foscari", Venezia
Marialuisa Marzullo Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni, Università di Napoli "Federico II", Napoli
Paolo Marzullo Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Alice Masini Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Cristina Mele Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni, Università di Napoli "Federico II", Napoli

Lorenzo Mercurio Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Napoli "Federico II"
Mohamed Mowafy Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano
Tiziana Nazio Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli
Nikolai Salvatore Pagano Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro
Massimiliano Panella Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Andrea Principi Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona
Federico Rivella Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli
Sara Rolando Eclectica+, Ricerca e Formazione Impresa Sociale S.R.L., Torino
Ludovica Rossotti Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro
Isabella Santomauro Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara
Davide Servetti Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Alessandria
Marco Socci Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona
Fulvio Ricceri Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara; Dipartimento di Scienze Cliniche e Biologiche, Università degli Studi di Torino
Tiziana Russo Spina Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni, Università degli Studi di Napoli "Federico II"
Irene Torrini Department of Social and Political Sciences, Università Bocconi, Milano
Silvio Roberto Vinceti Società Italiana di Diritto Sanitario

LE POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO



Fabrizio Faggiano¹, Valery Artusio², Giacomo Balduzzi³, Renato Balduzzi⁴, Franca Beccaria⁵, Michele Bertani⁶, Stefano Campostrini⁶, Enrico Daly², Alessandra Dian⁵, Laura Formenti⁷, Guido Giarelli⁸, Olena Ignatenko⁸, Giovanni Lamura⁹, Davide Lucantoni⁹, Marilin Mantineo⁸, Michele Marzulli⁶, Nikolai Salvatore Pagano⁸, Andrea Principi⁹, Federico Rivella¹, Sara Rolando⁵, Ludovica Rossotti⁸, Davide Servetti³, Marco Socci⁹, Silvio Roberto Vinceti², Silvia Caristia¹

¹ Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli

² Società italiana di Diritto sanitario

³ Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale, Alessandria

⁴ Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

⁵ Eclectica+, Ricerca e Formazione Impresa Sociale S.R.L., Torino

⁶ Dipartimento di Economia, Università "Ca' Foscari", Venezia

⁷ Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

⁸ Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi "Magna Graecia", Catanzaro

⁹ Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona

Corrispondenza:

Silvia Caristia; silvia.caristia@uniupo.it

Sintesi

● Nell'ambito del progetto "Age-It", un gruppo multidisciplinare per la promozione delle politiche per l'invecchiamento sano e attivo ha lavorato con l'obiettivo di affrontare scientificamente il bisogno di politiche per contrastare gli effetti dell'invecchiamento della popolazione italiana. Il lavoro è iniziato con una mappatura delle raccomandazioni di agenzie internazionali di interesse europeo (ultimi 15 anni) per affrontare l'invecchiamento e i suoi effetti. Queste sono state confrontate con le normative nazionali e regionali (utilizzando un campione di 4 Regioni), al fine di identificare le aree su cui era ancora possibile intervenire. Da questo confronto, sono state elaborate le azioni possibili, considerando i principi del mainstreaming ageing, dell'evidence-based policy making, del life course e del life long learning, della riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche e del coordinamento verticale delle politiche.

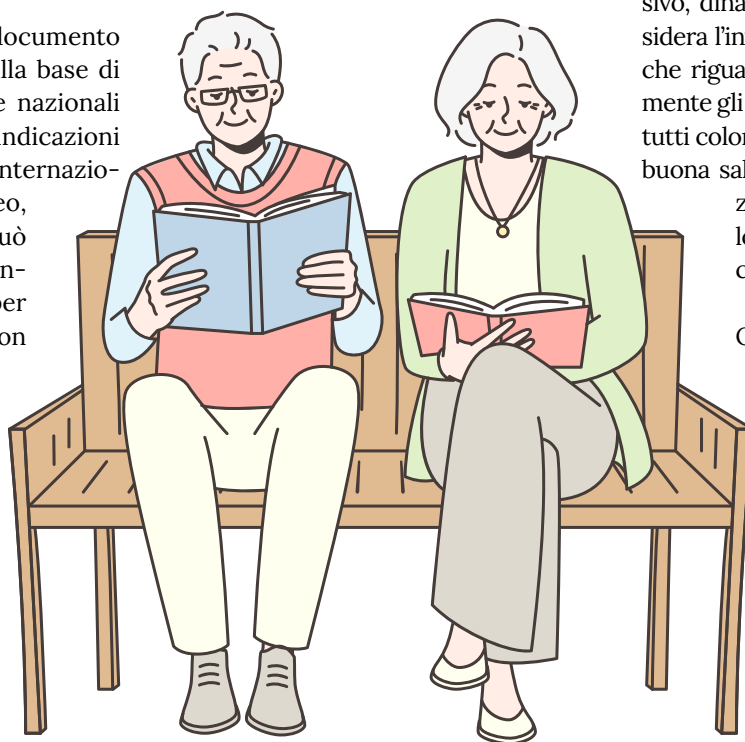
● Le azioni sono state sottoposte alla valutazione di un campione di stakeholder. Questo documento è il risultato del confronto analitico. Sono state identificate azioni possibili in 6 aree multisettoriali, a sottolineare la necessità di un approccio intersettoriale secondo l'approccio dell'ageing in tutte le politiche: 6 azioni per la prevenzione e la promozione della salute, 9 azioni per l'accesso ai servizi sanitari e sociali di qualità per l'invecchiamento sano e attivo, 9 azioni per supportare la permanenza nella comunità di vita, 7 azioni per garantire il benessere del lavoratore anziano e rendere flessibile il passaggio alla pensione, 11 azioni per la partecipazione sociale e culturale e 6 norme per migliorare le norme, i processi e le strategie di governance e valutazione delle politiche.

PREMESSA E DEFINIZIONI

Nel 2021, il Consiglio d'Europa ha adottato la strategia del *mainstreaming ageing*, già elaborata dalla Commissione economica per l'Europa (UNECE) nel 2002 con il Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA). Questa propone le linee guida per lo sviluppo di politiche trasversali per costruire una società per tutte le età, preparata a una longevità piena e dignitosa, fondata sul diritto alla partecipazione, alla presa di decisioni e all'autonomia. A tal fine, invita gli Stati membri a elaborare strategie nazionali e promuovere politiche coerenti, coordinate e trasversali con un approccio alla longevità «trasversale e permanente (*lifelong*)», basato sui diritti umani, considera l'uguaglianza di genere e coinvolge tutti gli *stakeholder* rilevanti nei settori pubblici, privati e del terzo settore, così come i gruppi target»; «comprende i bisogni delle persone di tutte le età, considerando *inter alia* che il benessere in tarda età inizia nella vita precedente».

Nell'ambito del progetto di partenariato *Ageing well in an ageing society* – AGE-IT, uno degli *spoke* ha affrontato specificamente il tema della promozione dell'invecchiamento sano e attivo (che interessa anche altri *spoke* del progetto), da cui scaturisce questo *policy brief*.

Obiettivo di questo documento è di mettere in luce, sulla base di un'analisi delle politiche nazionali e locali italiane e delle indicazioni delle principali agenzie internazionali di interesse europeo, quali politiche l'Italia può ancora sviluppare, potenziare o implementare per diventare un Paese con «una longevità piena e dignitosa, fondata sul diritto alla partecipazione, alla presa di decisioni e all'autonomia».



Questo documento, quindi, si occupa di interventi, programmi e politiche che possono, in modo intersettoriale, promuovere l'invecchiamento sano e attivo avendo come target la popolazione anziana sana, inclusa la popolazione con un livello di cronicità tale da mantenere ancora un ruolo attivo nella società (ONS), con l'obiettivo di impedire lo sviluppo di nuove conicità o l'aggravarsi di quelle presenti.

A questo fine, i concetti di invecchiamento sano, focalizzato sul mantenere in salute e autonomo nella vita quotidiana il cittadino che invecchia, e di invecchiamento attivo, focalizzato sul mantenere il cittadino (pienamente) partecipe delle opportunità di salute, sicurezza e partecipazione alla vita sociale, economica e culturale,¹ vengono considerati complementari e inscindibili: la promozione dell'invecchiamento sano e attivo (*healthy and active ageing*) viene trattata come tema unico senza distinguere le azioni che mirano a uno o all'altro ambito o a entrambi. Inoltre, la vision dell'invecchiamento sano e attivo adottata non fa riferimento tanto all'approccio definito di *successful ageing*, di invecchiamento di successo basato su una concezione produttivistica, individualistica e statica dell'invecchiamento, quanto su di un approccio compren-

sivo, dinamico e inclusivo che considera l'invecchiamento un processo che riguarda tutte le età, non solamente gli anziani, e si rivolge anche a tutti coloro che, pur non godendo di buona salute e piena autosufficienza, mantengono intatta la loro dignità, nonché la loro capacità e volontà di agire.

Questo documento non si occupa, invece, della gestione della cronicità e della fragilità, così come degli interventi e servizi necessari alla loro cura.

PRINCIPI

Le raccomandazioni contenute in questo documento accolgono tutti i principi contenuti nei documenti internazionali e menzionati nell'introduzione, con un'attenzione particolare ai seguenti principi:

Mainstreaming ageing: mettere l'invecchiamento al centro delle politiche

Il principio del *mainstreaming ageing* è il primo dei 10 impegni individuati dagli Stati aderenti alla strategia di implementazione regionale (RIS) del Piano di Azione Internazionale sull'Invecchiamento di Madrid (MI-PAA/RIS). Esso implica l'attivazione di un processo di collaborazione e coordinamento tra i decisori di tutti i settori politici e gli *stakeholder* rilevanti per garantire un approccio multidimensionale allo sviluppo delle politiche, superando le visioni settoriali ed entrando in un'ottica di sistema. L'obiettivo finale è di fornire risposte che siano coerenti e adeguate alla complessità dei bisogni emergenti della popolazione anziana.²⁻⁴ L'attuazione del *mainstreaming ageing* prevede l'adozione progressiva di strumenti normativi, finanziari e di coordinamento adeguati per garantire una diffusione capillare del concetto di invecchiamento attivo sia a livello comunitario sia nazionale e regionale.⁵

Riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche

Tutte le organizzazioni internazionali consultate per questo lavoro (ONS, Commissione europea, UNECE, UN, UN Women, OCSE) sottolineano l'importanza di ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche come premessa per favorire l'invecchiamento sano e attivo per tutti. La ricerca scientifica mostra una relazione diretta tra benessere socioeconomico e salute e documenta come, all'aumentare delle disuguaglianze, si accompagni una corrispondente diminuzione dello stato

di salute generale.^{6,7} Inoltre, ridurre le disuguaglianze significa promuovere la coesione sociale riducendo il carico di stress, paura e insicurezza per i cittadini, con conseguenze positive in tutti i settori politici, dall'aumento della produttività alla riduzione della criminalità e dei disordini civili.⁸

Obiettivo comune è di garantire a tutti la soddisfazione dei bisogni primari riconosciuti dall'art. 25 della Dichiarazione universale dei diritti umani delle Nazioni Unite (1948). I bisogni primari⁹ riguardano l'accesso adeguato a cibo, vestiario, abitazione, educazione, risorse finanziarie, cura e salute, lavoro, socialità. L'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁰ ha messo in evidenza come la soddisfazione dei bisogni primari renda abile l'individuo, in qualsiasi fascia d'età, a svolgere compiti e attività in ambito lavorativo e nella vita quotidiana, in modo autonomo ed efficace.

Coordinamento verticale delle politiche

Il coordinamento verticale è fondamentale, da un lato, per garantire politiche nazionali e regionali coerenti e integrate, favorendo una *governance* multilivello efficace,^{11,12} dall'altro, per armonizzare le decisioni prese a livello centrale e la loro attuazione presso gli enti regionali e territoriali. Il coordinamento deve essere garantito da opportuni organi di raccordo e procedimenti di leale collaborazione, attraverso i quali perseguire strategie di integrazione tra i diversi settori di politiche, nel rispetto delle competenze assegnate ai livelli di governo (statale, regionale, locale). Al fine di prevenire e ridurre i rischi di disallineamento tra obiettivi di policy stabiliti a livello centrale e le azioni strumentali per raggiungerli operate ai livelli territoriali, è utile instaurare una circolarità tra politiche nazionali e regionali al cui interno il ruolo di coordinamento doverosamente assunto dallo Stato deve conciliarsi con l'autonomia territoriale. In questa prospettiva, l'elaborazione e l'attuazione delle politiche per l'invecchiamento sano e attivo dovrebbero tenere conto della necessità di prevedere spazi di autonomia e di partecipazione che, in assenza di ingenti incentivi economici dall'alto, potrebbero concorrere a legittimare il coordinamento statale

e a favorire la circolarità sopra evocata, tanto in senso verticale (tra livelli di governo diversi) quanto in senso orizzontale (tra enti dello stesso livello e tra pubblico e terzo settore). Ciò richiede, anzitutto, che le azioni di coordinamento condotte da parte del governo centrale non siano interpretate come “prevaricanti” o “inibenti”, quanto invece “abilitanti” rispetto ad autonome iniziative regionali, locali e del terzo settore. Per esempio, il livello nazionale è generalmente adeguato alla creazione di linee guida e standard fondati su prove ed evidenze; il livello regionale all'implementazione di piani per l'invecchiamento che tengano conto delle specificità territoriali e delle risorse disponibili; il livello locale alla co-progettazione di servizi, interventi e azioni per l'invecchiamento sano e attivo, per l'inclusione sociale e la solidarietà intergenerazionale, anche sfruttando strumenti di innovazione sociale.

Il coordinamento verticale, mirando allo sviluppo di politiche integrate, intersettoriali e regolarmente monitorate, capaci di unire la conoscenza specifica dei territori e la coerenza con le strategie nazionali, non si pone come alternativa, ma come complementarietà tra dinamiche top-down e bottom-up.

Evidence-based policy e forme di valutazione

Per assicurare che interventi, programmi e politiche implementate per la promozione dell'invecchiamento sano e attivo producano i benefici attesi, è necessario che gli interventi selezionati abbiano avuto una precedente valutazione. Si tratta di un auspicio che permetterebbe di assicurare efficacia, ma anche equità, trasparenza e *accountability*.

Ci possono essere diversi livelli di valutazione:

- la valutazione formale dell'efficacia con l'utilizzo di disegni sperimentali o quasi sperimentali;
- la valutazione di processo, con la descrizione accurata degli obiettivi, dei modelli teorici, dei metodi e degli strumenti, della popolazione target, così come dell'implementazione e dell'aderenza;
- il *benchmarking* con programmi promossi da agenzie internazionali, dopo accurata valutazione della trasferibilità.

Quando possibile, sarebbe auspicabile, almeno per le policy principali, prevedere un sistema di valutazione formale, mentre, per tutte le altre, una valutazione di processo potrebbe essere il livello minimo atteso.

Un livello minimo di valutazione potrebbe essere rappresentato da un'osservazione ex-ante del fenomeno su cui si vuole agire, con una successiva misurazione ex-post, a distanza di un tempo sufficiente dall'implementazione dell'intervento. Questo richiede l'individuazione di indicatori standard che permettano, oltre alla valuta-

zione pre-post, anche la comparazione fra territori che abbiano effettuato scelte di policy diverse.

Per queste politiche, è essenziale anche la valutazione di impatto sociale, che si focalizza sugli effetti a medio-lungo termine delle strategie di policy e dei progetti d'intervento, sempre nell'ottica di valutarne l'efficacia in termini di salute, il benessere psico-sociale, l'equità e la sostenibilità. Anche dal punto di vista sociale vale quanto esposto sopra (osservazione ex-ante, in itinere ed ex-post attraverso studi sperimentali e osservazionali) con una particolare attenzione a due aspetti:

1. il coinvolgimento degli *stakeholder* anche nella valutazione;
2. l'uso di metodi qualitativi, affianco a quelli quantitativi e standardizzati, al fine di valorizzare le diverse visioni, intenzioni e valori degli attori coinvolti nelle politiche e negli interventi.

Infine, soprattutto quando ci si trova in presenza di politiche e azioni complesse ed estese (a diversi target, settori e con diversi obiettivi), è importante che la valutazione sia progettata e condotta in modo rigoroso al fine di distinguere gli effetti direttamente riconducibili alle azioni intraprese dagli effetti di contesto riconducibili a una serie di fattori strutturali di natura politica, economica, sociale e culturale e al loro mutamento non direttamente controllabili.

Life course

Approccio intergenerazionale

L'attività intergenerazionale rappresenta una componente centrale del concetto di invecchiamento attivo trasversale a tutti i suoi possibili ambiti e implica il sostegno e lo scambio reciproco tra le generazioni.¹³ Le politiche nell'ambito dell'invecchiamento attivo sono un mezzo efficace per mitigare il conflitto intergenerazionale. Le attività intergenerazionali portano benefici a tutte le generazioni coinvolte, in termini di crescita personale e benessere, stimolano la partecipazione e la presenza delle persone anziane nella vita della comunità.¹⁴ È fondamentale pensare all'invecchiamento attivo secondo una prospettiva intergenerazionale, con l'obiettivo di offrire alle diverse generazioni tutte le opportunità utili per affrontare il passaggio dall'età adulta a quella anziana nel miglior modo possibile, in una prospettiva di *life course*.

Soglia di età

Alla luce del rapido sviluppo sociale, culturale e scientifico in atto, è poco opportuno identificare l'età anziana stabilendo una soglia (o più soglie), in quanto la for-

bice tra età anagrafica ed età biologica è mediamente in crescente espansione, anche grazie alla cosiddetta compressione della morbidità, che vede l'insorgere di malattie croniche in età sempre più avanzata,¹⁵ come risultato del miglioramento degli stili di vita e della prevenzione. Le politiche dedicate all'invecchiamento, incluse quelle all'invecchiamento attivo, sono in genere rivolte alle persone che hanno 65 anni o più. Tuttavia, nello specifico ambito di invecchiamento attivo relativo al mercato del lavoro, questa soglia viene abbassata a 55 anni, secondo la definizione di *older worker* adottata da Eurostat. Alcuni studiosi suggeriscono di considerare lavoratori anziani (o lavoratori "maturi") a partire dai 50 anni.¹⁶ Le politiche di invecchiamento attivo rivolte ai lavoratori hanno generalmente per oggetto l'*age management* dei dipendenti, vale a dire la gestione di questi ultimi da parte delle aziende, considerando la loro età. Ciò con il doppio scopo di garantire condizioni di lavoro adeguate ai lavoratori maturi (e un'adeguata transizione al pensionamento) e di migliorare la produttività dell'azienda.¹⁷

Contrasto all'ageismo

L'ageismo è una forma di discriminazione che definisce come sarà percepita e trattata una persona in base alla sua età. Si presenta a tutti i livelli del sistema e si basa su stereotipi, pregiudizi e generalizzazioni talmente interiorizzati da essere percepiti come naturali e normali. Va dal maltrattamento manifesto alla sottile esclusione da servizi e risorse. Ha impatti negativi sulla salute, il benessere e la qualità della vita degli anziani. L'ageismo non si esprime solo negli atteggiamenti, per esempio dei *caregiver* o dei giovani verso gli anziani. È presente nel linguaggio e nelle strutture sociali e organizzative. La lotta all'ageismo avviene su più fronti. Innanzitutto attraverso l'educazione e la formazione degli operatori. Una metanalisi internazionale¹⁸ ha dimostrato che interventi basati sull'educazione e sul contatto intergenerazionale riducono significativamente gli stereotipi, migliorano la conoscenza della condizione anziana e aumentano il benessere. Uno studio italiano conferma che l'apprendimento in età matura genera una potente contro-narrazione all'idea di declino comunemente associata all'invecchiamento.¹⁹ D'altra parte, la fragilità psicofisica può

essere associata a una maggiore percezione della discriminazione per età,²⁰ quindi la lotta all'ageismo si fa anche con interventi volti a prevenire la fragilità.

In ogni organizzazione, è rilevante il monitoraggio di procedure, politiche e pratiche aziendali che limitano le opportunità per motivi di età, nonché l'osservazione delle disparità di trattamento, oltre alla presenza di stereotipi e pregiudizi impliciti o espliciti negli atteggiamenti e nel linguaggio verso colleghi più anziani o più giovani. Il Comparative Ageism Index²¹ o la WHO Ageism Scale sono utili a valutare le politiche e confrontare Paesi diversi. Riflessioni recenti suggeriscono la necessità di approcci ecologici multilivello.²²

Lifelong learning: l'apprendimento permanente

L'adattamento all'invecchiamento come fenomeno sociale, collettivo e individuale richiede investimenti in apprendimento, educazione, formazione e cultura. L'UNESCO (Sustainable Development Goal 4) riconosce il *lifelong learning* come diritto umano. Lo Stato italiano ha sancito l'apprendimento permanente (AP) con la legge 92/2012, che ne dà una definizione in linea con le politiche europee: «qualsiasi attività intrapresa dalle persone in modo formale, non formale, informale, nelle varie fasi della vita, al fine di migliorare le conoscenze, le capacità e le competenze, in una prospettiva personale, civica, sociale e occupazionale» (art. 4, comma 51).

L'AP è *lifewide* (riguarda tutti gli ambiti di vita) e *life deep* (va dall'imparare abilità e conoscenze fino al rispondere alle grandi domande esistenziali). Apprendere per tutta la vita, nei contesti formali (istruzione), non formali (corsi, formazione continua, sul luogo di lavoro, digitale, finanziaria, alfabetizzazione sanitaria eccetera) e informali (come prendendosi cura di qualcuno, del territorio o di sé svolgendo attività culturali, nel tempo libero e nel volontariato eccetera), è centrale per un invecchiamento sano e attivo, permette agli anziani di partecipare pienamente alla società sia nel ruolo di *learners* sia di esperti e porta diversi benefici psicosociali, psicofisici, cognitivi, inclusione e ampliamento della rete sociale, riconoscimento e autoriconoscimento di identità, capacità e competenze.

TEMATICHE

Prevenzione e promozione della salute

Stato dell'arte in Italia

In Italia è presente una ricchezza di iniziative tese a promuovere la salute a livello locale e regionale, con interventi apprezzabili anche al di fuori delle politiche strettamente sanitarie (promozione della mobilità sostenibile eccetera), a fianco di risultati di salute importanti, anche in confronto a Paesi che spendono in sanità ben più di noi, legati soprattutto a comportamenti più salutari.

D'altro canto, alcune criticità strutturali limitano l'impatto e/o l'estensione delle buone prassi esistenti:

- la mancanza di un coordinamento nazionale fra i settori interessati a politiche che hanno un impatto sulla salute: per esempio, fra il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e il Ministero dell'Economia e delle Finanze che determina la tassazione di beni e attività a forte impatto sulla salute (tabacco, alcol, gioco d'azzardo); la presenza di Piani, come il PNP, il Piano Cronicità, il Piano Nazionale d'Azione sulle Dipendenze, che hanno ampi ambiti di sovrapposizione e che spesso non si citano neppure l'un l'altro; il settore sanitario e quello sociale;

- il limitato investimento economico per la prevenzione e promozione della salute in Italia, con molte regioni che faticano ad arrivare al 3% della spesa sanitaria;

- l'attenzione marginale dedicata al tema specifico dell'invecchiamento SA nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, quello in vigore al momento della stesura di questo report. Solo due programmi predefiniti (2. Comunità attive; 5. Sicurezza negli ambienti di vita) tra i dieci inclusi nel Piano includono indicazioni e linee di intervento – comunque in forma trasversale – sul tema dell'invecchiamento attivo e in buona salute.

Panorama delle indicazioni internazionali

I risultati della ricerca più recente suggeriscono, in uno scenario di longevità senza limiti teorici,²³ un cambio radicale di paradigma: non più l'invecchiamento come

determinante delle malattie,²⁴ ma, al contrario, le malattie come determinante dell'invecchiamento²⁵. Gli interventi per la riduzione del rischio di ammalare, attraverso la riduzione dei fattori di rischio di malattia (*exposome*),²⁶ hanno la potenzialità di rallentare l'invecchiamento, l'impatto sui costi sanitari eccetera.

Il Global Burden of Disease Study (GBD) ha stimato che, nel 2021, in Italia le sole malattie croniche hanno rappresentato circa l'84% degli anni di vita corretti per disabilità (DALY), mettendo in evidenza che queste patologie contribuiscono non solo alla mortalità, ma anche e soprattutto a una prolungata morbidità e disabilità.

Le agenzie internazionali²⁷ sottolineano come anche questa strategia sia in essenza multisettoriale e necessita di un approccio *health in all policies*:

- **mainstreaming ageing nelle organizzazioni**: ri-organizzare il sistema sanitario attorno al concetto di invecchiamento sano, inclusi i sistemi informativi e la preparazione alle emergenze;

- **promozione della salute, attraverso interventi universali che possono avere un effetto rapido e persistente nella fascia di età adulta-anziana**: interventi gratuiti per la cessazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol, per l'adattamento della dieta al corso della vita dell'anziano e di allenamento cognitivo per la prevenzione del declino funzionale; promozione dell'attività fisica in tutti i contesti sanitari e sociali, inclusa la prevenzione delle cadute, e promozione dell'aderenza ai programmi vaccinali e di screening dei tumori;

- **comunicazione e mind setting**: promuovere l'alfabetizzazione sanitaria degli anziani e la consapevolezza sulle malattie croniche, sui loro fattori di rischio, sui benefici di uno stile di vita attivo e sano adattando il linguaggio al target; proteggere gli anziani durante le ondate di calore attraverso l'informazione ai *caregiver*;

- **interventi strutturali**: adattare le città per la mobilità attiva e l'attività fisica, per dare priorità e garantire sicurezza a pedoni e ciclisti; ridurre l'inquinamento atmosferico e acustico; promuovere infrastrutture verdi;

- **regolamentazione del mercato**: ridurre l'accessibilità di beni non salutari attraverso la tassazione, i limiti negli orari di vendita il bando alla pubblicità di alimenti non salutari, etichettatura degli alimenti; agevolare la mobilità attiva e il consumo di alimenti sani attraverso agevolazioni fiscali e sussidi.

Raccomandazioni chiave

Favorire politiche strutturali di miglioramento degli stili di vita attraverso:

- l'incentivazione di comportamenti salutari, come la detassazione dell'accesso a strutture sportive, dell'acquisto di biciclette e sussidi per l'acquisto di cibo sano;
- la disincentivazione di comportamenti a rischio come l'aumento dei prezzi dei beni che aumentano il rischio delle malattie croniche, per esempio attraverso la tassazione.

Sviluppare un sistema di valutazione di costo-efficacia degli interventi strutturali per il miglioramento degli stili di vita per informare gli stakeholder e la popolazione.

Integrare i diversi Piani e le politiche che agiscono sulla salute, almeno a livello nazionale, nell'ottica dell'invecchiamento sano e attivo e dell'integrazione fra sociale e sanitario.

Pianificare gli interventi considerando come agiscono disuguaglianze sociali ed economiche sulla salute.

Promuovere e includere in policy nazionali e regionali interventi specifici per la mitigazione degli effetti delle onde di calore quali i rifugi climatici nelle aree urbane, l'aumento del verde pubblico, gli interventi strutturali nelle isole di calore come la de-impermeabilizzazione.

Rinforzare il ruolo del CIPA nel garantire un approccio integrato e multisettoriale del tipo ageing in all policies (l'invecchiamento in tutte le politiche) e condividere i risultati con tutti gli stakeholder.

Accesso ai servizi sanitari e sociali di qualità per l'invecchiamento sano e attivo

Stato dell'arte in Italia

In ambito sanitario, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha identificato come priorità il superamento del modello "ospedalecentrico" per costruire un sistema di sanità di prossimità,²⁸ destinando risorse significative al potenziamento dell'assistenza territoriale (Case e Ospedali di Comunità, rafforzamento dell'assistenza domiciliare, integrazione tra servizi sanitari e sociali, sviluppo della telemedicina e delle tecnologie digitali).

Le sfide aperte

Le ingenti risorse del PNRR, essendo occasionali, sono state investite soprattutto nelle infrastrutture, con il risultato che oggi la sfida maggiore è quella di trovare le risorse umane sempre più scarse (medici, infermieri, educatori, operatori sociosanitari). Fin da subito si è segnalato uno sbilanciamento sul momento assistenziale rispetto a quello preventivo.²⁹ Inoltre, non si è investito sui nuovi modelli organizzativi che dovrebbero agevolare l'integrazione sociosanitaria nelle nuove strutture, lasciando un vuoto dal punto di vista di competenze e modelli operativi integrati. Le indicazioni normative indicano, infatti, alcuni obiettivi, ma non le modalità con cui realizzarli. Oltre a modelli organizzativi concreti, nei servizi coinvolti mancano le competenze per co-costruirli. L'integrazione interistituzionale, intersettoriale e interprofessionale è un processo che deve essere accompagnato metodologicamente, fornendo strumenti e metodi, per esempio, per la co-progettazione.

In mancanza di linee guida, persiste una certa frammentazione degli interventi – con la difficoltà di rendere effettiva l'integrazione sociosanitaria o quella professionale anche nelle Case della Comunità³⁰ – con molte disomogeneità nell'offerta di servizi: il tema delle disuguaglianze territoriali, infatti, è ormai entrato nell'agenda politica, anche se non si vedono ancora all'orizzonte interventi risolutivi.

Panorama delle indicazioni internazionali

Le azioni di promozione dell'invecchiamento sano e attivo non si rivolgono unicamente a soggetti sani, ma anche a soggetti con patologie croniche o condizioni di acuzie, con l'obiettivo di rallentare il peggioramento

delle condizioni di salute controllabile con la terapia e uno stile di vita sano (prevenzione terziaria).¹⁰ L'accesso a servizi di cura e assistenza di qualità è essenziale a questo fine, oltre che essere un fattore centrale nella riduzione delle disuguaglianze di salute.²⁷

■ **Garantire la presenza di servizi sociali e sanitari:** mantenere i servizi il più vicino possibile ai luoghi di vita dei cittadini (adottando mappe geocodificate per pianificare azioni per facilitare il raggiungimento), garantire trasporti pubblici per raggiungerli dalle aree residenziali urbane e rurali, strutturare sistemi di telemedicina per le aree più isolate;

■ **Rendere attrattivo l'ambiente di lavoro dei servizi,** inclusi quelli periferici, attraverso condizioni lavorative vantaggiose, sussidi e opportunità di carriera, e favorire la mobilità internazionale del personale;

■ **Formare gli operatori sanitari e sociali** sull'invecchiamento sano e attivo e sulla gestione delle condizioni di salute comuni negli anziani (per esempio, fragilità, osteoporosi e artrite);

■ **Assicurare l'accesso ai servizi sanitari e sociali** da parte della popolazione anziana:

- includere i professionisti che si occupano di anziani nei processi decisionali aziendali, integrare i servizi di cure primarie con i servizi di prevenzione e promozione della salute;
- i servizi sociali devono seguire linee guida, protocolli e standard di azione riconosciuti a livello nazionale e adottare meccanismi di accreditamento per l'assistenza nelle comunità;
- adottare la prescrizione di assistenza sociale come forma di accesso ai servizi non sanitari;
- informazioni sulla disponibilità di servizi sociali e sanitari in formati accessibili agli anziani, in diverse lingue. Offrire servizi di aiuto, educazione e orientamento all'uso dei servizi per gli anziani e i loro caregiver.

Raccomandazioni chiave

Enfatizzare, in tutti i documenti di indirizzo nazionali e regionali, i compiti preventivi e di promozione della salute delle Case della Comunità.

Inserire la prevenzione terziaria nei PDTA e sviluppare linee guida di prevenzione terziaria da inserire nel repertorio del Sistema nazionale linee guida (SNLG).

Elaborare a livello nazionale un modello organizzativo della Casa della Comunità che enfatizzi il ruolo preventivo e di promozione della salute dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità e che sostenga l'integrazione sociosanitaria e tra enti pubblici e privati.

Favorire l'accesso ai servizi sanitari territoriali delle aree a maggior presenza di anziani attraverso servizi di trasporto pubblico a basso costo ed elaborare un sistema di monitoraggio delle problematiche legate all'accesso a questi servizi.

Rendere attrattive le Professioni della Sanità Territoriale attraverso incentivi economici e di carriera, il miglioramento delle condizioni di lavoro e la semplificazione delle procedure di assunzione e mobilità, per garantire una copertura omogenea dei servizi sul territorio nazionale.

Elaborare un sistema informativo dell'assistenza territoriale condiviso fra il settore sociale e quello sanitario.

Assicurare a chi risiede nelle aree più isolate l'accesso alle strutture attraverso il potenziamento della telemedicina, garantendone la piena integrazione con le cure primarie. Ciò include anche l'avvio di percorsi di *digital literacy* per gli anziani per facilitarne l'utilizzo.

Riformare geograficamente e istituzionalmente la rete dell'assistenza sociale in modo che coincida il più possibile con la rete dell'assistenza sanitaria territoriale.

Garantire, anche attraverso forme di incentivazione, che i MMG svolgano una parte dell'orario settimanale all'interno delle Case della Comunità per il servizio di assistenza territoriale.

Supportare la permanenza nella comunità di vita

Stato dell'arte in Italia

La permanenza dell'anziano al proprio domicilio e nella propria comunità di vita continua a costituire un problema per la carenza di contesti ambientali *age-friendly*, per quanto riguarda sia le abitazioni sia gli spazi urbani, spesso privi di infrastrutture in grado di consentire una mobilità adeguata dell'anziano e forme di socialità che evitino i rischi dell'isolamento domestico (centri sociali, aree verdi eccetera).

Il *cohousing* rappresenta un modello abitativo che permette a persone over 65, che siano autosufficienti o parzialmente autosufficienti di vivere in spazi condivisi sviluppando una rete di supporto reciproco e condivisione di servizi, potenzialmente utile per combattere la solitudine e favorire l'autonomia, l'integrazione sociale e il benessere. È una soluzione perseguita in Italia attraverso progetti pilota da ormai molti anni,³¹ ma è ancora considerata innovativa per la difficoltà persistente di trovare un riconoscimento sistematico nel quadro delle politiche nazionali. Tra le principali iniziative mappate fino ad oggi, si contano il Piano Operativo Salute – Strategia Nazionale di Specializzazione Intelligente (SNSI) – che persegue l'obiettivo di realizzare comunità residenziali dotate di servizi "intelligenti" per gli anziani (*living labs*) e il Programma Innovativo Nazionale per la Qualità dell'Abitare (PINQuA), che prevede la realizzazione di spazi abitativi per anziani autosufficienti.³² Nel D.Lgs. 29/2024 il tema del *cohousing* è stato promosso in maniera organica all'interno del Capo IV (artt. 15-18), con particolare attenzione alle politiche di coabitazione intergenerazionale.³³ Questo prevede l'adozione di linee guida volte a definire le caratteristiche e i contenuti essenziali di interventi e modelli di coabitazione solidale domiciliare per le persone anziane (*senior cohousing*) e di coabitazione intergenerazionale (*cohousing* intergenerazionale), in particolare con i giovani in condizioni svantaggiate. Sono previste anche nuove forme di domiciliarità da realizzare attraverso meccanismi di rigenerazione urbana e riuso del patrimonio costruito. Regioni, Comuni e Ministeri vengono poi sollecitati ad avviare azioni di selezione di iniziative progettuali di coabitazione, anche sperimentali e di sperimentazione di programmi di rigenerazione o riuso associati a modelli di coabitazione.

A livello regionale, le esperienze in materia di *cohousing* risultano ancora disomogenee e in via di sviluppo. Spesso sono orientate verso la fornitura di servizi per anziani autosufficienti, nelle proprie abitazioni o in strutture socioassistenziali a carattere residen-

ziale e semiresidenziale (case di quartiere, gruppi appartamento e residenze servite). In alcune Regioni, tali iniziative sono realizzate nell'ambito di più ampie strategie per la rivitalizzazione delle aree rurali soggette a fenomeni di spopolamento.

Gli interventi volti alla modifica degli spazi pubblici e degli insediamenti urbani sono di competenza regionale o locale. Lo scenario degli interventi in questo ambito appare variegato: alcune regioni sottolineano l'importanza del contesto urbano sulla salute ponendo attenzione a progetti e interventi preventivi che agiscono su più ambiti, tra cui l'accessibilità e l'inclusività degli spazi pubblici. Le amministrazioni locali sono spesso impegnate a realizzare interventi urbanistici inclusivi come le nuove Case Paese, spazi verdi a gestione comunitaria (orti comunitari, giardini comuni eccetera) con l'obiettivo di creare ambienti più adatti e accoglienti per tutte le età. Altre sviluppano esperienze di supporto digitale rivolte agli over 60, pensate per ridurre il divario generazionale e facilitare l'accesso a servizi fondamentali come SPID, PEC o applicazioni bancarie. Parallelamente, vengono sviluppati progetti che promuovono inclusione e partecipazione attiva basati su approcci intergenerazionali e comunitari, a dimostrazione che la sostenibilità si costruisce anche rafforzando l'autonomia delle persone e i legami sociali.

Panorama delle indicazioni internazionali

L'invecchiamento in salute significa anche posticipare il più possibile l'istituzionalizzazione degli anziani in ricoveri e strutture sanitarie attraverso ambienti fisici (case e città) e sociali (famiglia, vicinato, amici, volontariato) che promuovano salute e integrazione sociale supportando le abilità funzionali nell'invecchiamento.^{10,34} Le azioni suggerite²⁷ favoriscono la permanenza dell'anziano a casa e nel proprio contesto di vita quotidiana, andando ad agire sui bisogni primari (sicurezza della e nella casa), sull'autonomia negli spostamenti, di costruire e mantenere relazioni e, infine, sulla possibilità che l'anziano inserito nella propria comunità di vita possa continuare a contribuire alla comunità stessa (con attività di cura e volontariato).^{34,35}

In particolare:

- **azioni volte a modificare gli ambienti domestici** per garantire la sicurezza della casa e nella casa: politiche che agiscono sul mercato immobiliare ampliando le offerte, informando sulle disponibilità e accompagnando nella transizione fra le soluzioni abitative;
- **politiche che promuovono un accesso equo alla casa** attraverso supporti finanziari e/o soluzioni abitative alternative come il *social housing* o forme di *share-living*;
- **azioni per promuovere l'igiene, il riscaldamento e l'efficienza energetica** delle abitazioni, supportando

gli anziani nella riparazione, la manutenzione, la valutazione e la modifica delle case in funzione dell'invecchiamento; uso della tecnologia per ridurre il rischio di incidenti domestici;

■ **azioni volte a modificare gli ambienti fisici urbani:** programmare attività in linea con la Rete Globale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per le Città e Comunità Amiche degli Anziani, istituendo quadri nazionali di intervento che coinvolgano tutti i settori, i diversi livelli di governo e la società civile; promuovendo reti tra i diversi portatori di interesse attraverso piattaforme partecipative multi-attoriali e garantendo un'adeguata rappresentanza di tutti gli insediamenti (piccoli e grandi, urbani e rurali) e i gruppi sotto-rappresentati (minoranze etnico-nazionali, abitanti di quartieri a basso reddito eccetera), l'associazionismo e il terzo settore, le forze politiche nazionali rilevanti e quelle locali;

■ **progettare spazi pubblici dotati di elementi** come una buona illuminazione, parchi, panchine, attraversamenti pedonali, aree pedonali e servizi igienici accessibili, dando priorità all'accessibilità fisica e al comfort delle persone anziane;

■ **azioni volte migliorare l'offerta di servizi agli anziani:** offrire spazi comunitari (come centri per anziani e comunitari) per promuovere la socialità degli anziani, trasporti pubblici accessibili e adattabili alle loro esigenze, personale di prima linea nei trasporti formati sui bisogni degli anziani, con collegamenti verso i principali luoghi di aggregazione e religiosi e verso i servizi primari.

Raccomandazioni chiave

Le indicazioni del decreto 29/2024 considerano adeguatamente il cohousing, ma le attività proposte sono poco prescrittive e vincolanti, oltre che non finanziate, con il rischio concreto che aumentino le disuguaglianze geografiche. La normativa dovrebbe essere più vincolante per ottenere effetti desiderati.

Sostenere lo sviluppo di città e comunità a misura di anziano, integrando le politiche abitative con la riqualificazione degli spazi pubblici, garantendo che entrambi siano sicuri, accessibili e adeguati ai bisogni delle persone anziane. Si suggerisce alle città e alle comunità di aderire alla Rete Globale OMS per le Città e Comunità Amiche degli Anziani (<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/who-network/>).

Vincolare l'erogazione di fondi pubblici (per esempio, per opere urbanistiche e servizi alla comunità) all'adozione di processi di co-progettazione che coinvolgano rappresentanti delle persone anziane nei tavoli decisionali.

Elaborare un programma nazionale di promozione del cohousing per gli anziani che preveda incentivi fiscali legati al reddito e l'accompagnamento alle problematiche della convivenza.

Introdurre un fondo nazionale per l'adeguamento delle abitazioni per promuovere la permanenza nelle abitazioni, in base al reddito.

Sviluppare un sistema di valutazione della qualità abitativa a misura di popolazione anziana al fine definire priorità di intervento.

Rafforzare la mobilità pubblica a misura di persone anziane, inclusa la sicurezza e la sua percezione.

Rendere sostenibile la permanenza degli anziani nelle loro aree di insediamento abituale, salvaguardando la presenza dei servizi di base.

Proteggere gli anziani dagli sfratti illegali o che potrebbero mettere in difficoltà i soggetti più vulnerabili, senza dimenticare il problema di chi è senza fissa dimora.

Garantire il benessere del lavoratore anziano e rendere flessibile il passaggio alla pensione

Stato dell'arte in Italia

Dopo il passaggio al metodo contributivo del sistema pensionistico (anni Novanta), con il nuovo secolo è stato introdotto l'adeguamento periodico dell'età pensionabile all'aspettativa di vita (d.l. 78/2009, convertito in legge 102/2009 e d.l. 201/2011, conv. l. 214/2011) e diverse misure, frequentemente modificate, che permettono un'uscita anticipata (la "pensione anticipata" del 2011; formule eccezionali come "quota 100", "quota 102" e "quota 103"; le forme di flessibilità pensionistica rivolte a categorie di lavoratori speciali come la "opzione donna", l'anticipo per lavoratori precoci e l'APE sociale); l'isopensione.

Di diversa natura sono invece i contratti di espansione (inaccessibili però alle piccole imprese): schemi di pensionamento sostenuti dai datori di lavoro tramite accordi collettivi che prevedono un'uscita graduale dal lavoro, anche attraverso la riduzione dell'orario.

Le misure (numerose) di anticipazione "secca", pur tra loro eterogenee, condividono l'obiettivo di abbreviare l'età lavorativa, mentre le misure (di applicazione assai più limitata) di uscita graduale adattano tempo e modalità di lavoro all'età avanzata, favorendo ricambio generazionale e trasmissione delle competenze.

Altre misure di flessibilità sono quelle che permettono e incentivano l'uscita posticipata dal lavoro, consentendo ai lavoratori che abbiano già maturato i requisiti pensionistici di continuare a lavorare percependo in busta paga i contributi previdenziali non più versati all'INPS.

L'art. 5 del d.lgs. 29/2024 introduce misure volte a promuovere la salute e l'invecchiamento attivo nei luoghi di lavoro. Si affida al datore di lavoro il compito di garantire valutazione dei rischi, sorveglianza sanitaria e adattamenti organizzativi, in base al modello *Workplace Health Promotion* (WHP) dell'OMS e le raccomandazioni del PNP, per rendere l'ambiente lavorativo adatto anche ai lavoratori anziani.

Sfide aperte e problemi

Le varie forme di pensione anticipata, pur tenendo conto di condizioni connesse all'invecchiamento del lavoratore (per esempio, genere, carichi familiari), sono costose per il sistema previdenziale e per la finanza pubblica, comportano un passaggio secco dal lavoro alla pensione e implicano generalmente una riduzione di reddito, con conseguente possibilità di impoverimento che grava soprattutto sulle classi meno abbienti. Il rischio di impoverimento riguarda

anche le misure che cercano di incoraggiare l'uscita tardiva, in quanto l'assegno pensionistico futuro potrebbe essere inferiore per la riduzione del montante contributivo. Le misure di uscita graduale, che paiono le più promettenti, risultano invece costose per i datori di lavoro e limitate alle realtà aziendali più strutturate.

Altro problema è legato all'art. 5, d.lgs. 29/2024, che, alla lettera, sembra prevedere che l'attività di promozione della salute e dell'invecchiamento attivo si rivolga ai soli lavoratori aziani, che ai sensi del decreto medesimo sono gli over 65: in un'ottica *life course*, a questa interpretazione andrebbe preferita quella più coerente con le definizioni OMS che considera "lavoratore che invecchia" quello over 45 e "lavoratore anziano" quello over 55.

Panorama delle indicazioni internazionali

Il mantenimento del lavoro è una condizione importante per assicurare l'integrazione sociale e contribuire a preservare l'autostima personale e prevenire la perdita di risorse economiche, legami sociali e identità legata al pensionamento. Questo vale anche per i lavoratori coinvolti in attività manuali e usuranti. Studi recenti suggeriscono poi che lavorare più a lungo può aumentare l'aspettativa di vita media.³⁶ Peraltro, le pensioni rappresentano un costo rilevante per lo Stato, riducendo le risorse pubbliche disponibili e il margine di manovra necessario per l'intervento pubblico in altri settori.³⁷ Ciononostante, il sistema pensionistico non appare sufficientemente flessibile per permettere alle persone che lo desiderano di continuare a lavorare in età avanzata o di uscire prima dal mercato del lavoro senza incorrere in un impoverimento significativo (lavori usuranti poco retribuiti). Inoltre, vi è difficoltà per i lavoratori anziani a mantenere il posto di lavoro, con scarse prospettive di trovare un'occupazione una volta licenziati, e difficoltà ad attivare percorsi di mobilità tra settori. Di seguito, le azioni principali raccomandate a livello internazionale:²⁷

- **assicurare la salute e sicurezza sul lavoro dei lavoratori anziani** attraverso l'adattamento dell'ambiente fisico (aspetti ergonomici e legati all'accessibilità) e delle norme di sicurezza alle persone anziane, interventi di promozione della salute e di prevenzione dei rischi e formazione dei datori di lavoro;

- modelli, procedure, formazione e normativa per **assicurare il ritorno al lavoro di persone che hanno malattie croniche, mentali o disabilità**, incluse iniziative di *re-skilling*;

- promuovere strategie, anche fiscali, per **favorire l'assunzione di persone anziane e la mobilità** nel mondo del lavoro, attraverso la formazione, il *counselling*, il supporto alla ricerca del lavoro; la rappresentatività sindacale dei lavoratori anziani è importante in questo ambito;

■ **flessibilità del pensionamento:** assicurare il diritto di lavorare oltre l'età pensionabile o, in alternativa, innalzare l'età pensionabile o gli anni di contributi necessari ed eliminare schemi formali di pensionamento precoce; eliminare i disincentivi a posticipare il pensionamento nei sistemi di sicurezza sociale.; assicurare flessibilità negli schemi di pensionamento attraverso riduzioni progressive dell'orario di lavoro (pensionamento parziale) con intervento dell'ente pensionistico nell'integrare lo stipendio;

■ **assicurare una pensione minima** fondata sulla tassazione, promuovere pensioni di residenza o espandere quella sociale a chi non vi accede; **prediligere pensioni non contributive** o miste in cui la componente obbligatoria sia prevalente rispetto alla sovvenzione di schemi pensionistici privati volontari; applicare tassi di sostituzione più elevati agli individui con retribuzioni da lavoro più basse;

■ **organizzazione del lavoro:** adattare il lavoro (mansioni e attività) all'età, usare forme come di lavoro part-time, lunghi congedi, la condivisione dei compiti e delle mansioni, il lavoro a distanza per i lavoratori anziani, organizzazione e compiti flessibili e adattabili ai lavoratori anziani, training e *re-training*, posti riservati, promuovere la condivisione delle abilità con gli altri colleghi;

■ **formazione continua:** garantire l'accesso alla formazione continua, università e scuole superiori anche ai lavoratori anziani per promuovere le opportunità di impiego, specialmente nell'ambito delle nuove tecnologie;

■ **riconoscimento del lavoro di cura informale:** promuovere i diritti dei *caregiver* informali, con particolare attenzione ai congedi, alle modalità di lavoro flessibili (per esempio, orario ridotto, orario flessibile, orario concentrato) e al lavoro part-time.

Raccomandazioni chiave

Rivolgere le politiche sulla promozione dell'invecchiamento sano e attivo non solo ai lavoratori con 65 anni o più, ma più precocemente, in coerenza con le raccomandazioni internazionali che considerano la forbice di età tra i 45 e i 55 anni.

Riarticolare e semplificare la normativa sulle forme di uscita dal lavoro rendendo maggiormente progressivo il passaggio alla pensione, considerando anche esigenze e modalità appropriate di estensione della vita lavorativa, assicurando la possibilità di cambiare mansione e/o di riduzione dell'orario di lavoro, a parità di reddito, con l'intervento economico dell'ente pensionistico o di fondi integrativi.

In particolare per i lavoratori coinvolti in mansioni gravose, valorizzare i lavoratori più anziani in attività di formazione e trasferimento del know-how di quelli più giovani, anche con il coinvolgimento delle istituzioni di educazione e formazione professionale di riferimento per i diversi settori.

Sostenere, favorire e incentivare pratiche di age management, mobilità interna e promozione del benessere e della salute dei lavoratori che rispondano ai bisogni delle diverse fasce di età, facilitando l'adattamento progressivo dei luoghi di lavoro, degli orari e delle mansioni, con azioni di welfare organizzativo adeguate e coerenti, coinvolgendo anche le parti sociali e datoriali.

Assicurare che gli interventi del programma WHP coinvolgano il maggior numero possibile di aziende e che sia data la priorità alle aziende con prevalenza di lavoratori anziani.

Considerare negli interventi sui luoghi di lavoro la dimensione intergenerazionale, favorendo l'interazione tra lavoratori giovani e anziani nell'ultima fase lavorativa di questi ultimi, anche per prevenire conflittualità e ageismo.

Assicurare che la pensione minima e la quota intangibile del TFR siano omogenee fra settori occupazionali, permettano un livello di vita dignitoso nella pensione. In epoca di precariato del lavoro, garantire la preservazione del TFR fra un contratto e l'altro.

.

Partecipazione sociale e culturale

Stato dell'arte in Italia

A livello nazionale, la promozione della partecipazione degli anziani negli ambiti della formazione e dell'apprendimento permanente, dell'impegno civile e del volontariato, l'intrattenimento e il tempo libero ha dovuto attendere l'istituzione del Coordinamento nazionale partecipato multilivello (CIPA), la Legge Delega 33/2023 e il Dgl. 29/2024 che promuove la partecipazione degli anziani ad attività di utilità sociale e di volontariato (art. 6); le attività ricreative, socioeducative e intergenerazionali (art. 4); il coinvolgimento attivo degli anziani nelle scuole e nelle università e nel servizio civile universale (artt. 11-14).³³ Queste misure dovrebbero essere implementate con l'adozione del primo «Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana», atteso per il 2026.

A livello regionale, le leggi per l'invecchiamento attivo (presenti in 13 Regioni più Emilia-Romagna e Umbria sottoforma di altri strumenti normativi) promuovono la partecipazione tramite la creazione di tavoli e politiche ad hoc in ambito scolastico ed educativo, associazionismo e volontariato e gli incentivi alla fruizione di eventi culturali (musica, musei, teatri) tramite sconti per gli over 65. Tuttavia, la pratica di istituire bandi che finanziano a pioggia piccoli progetti a breve termine, la cui efficacia peraltro non viene valutata, non garantisce continuità né visione strategica organica.

Le attività di partecipazione sociale e culturale dei cittadini anziani sono principalmente in capo al Terzo Settore; tuttavia, la legge 106/2016, che non menzionava l'invecchiamento attivo,³² ha messo in difficoltà proprio le piccole associazioni che se ne occupano a livello locale, per la complessità delle procedure, gli adempimenti burocratici e la mancanza di competenze tecnico specifiche tra i volontari, abituati a una gestione più informale e flessibile delle loro attività.

Panorama delle indicazioni internazionali

L'isolamento sociale è un fattore di rischio importante per la salute fisica e mentale.³⁸ Partecipare ad attività sociali, culturali e politiche favorisce autonomia e autosufficienza.³⁹ L'impegno fuori casa incrementa il movimento, le relazioni e le competenze utili a una vita autonoma e in salute (WHO, 2015), oltre a rappresentare una risorsa per la comunità.

Le principali indicazioni internazionali²⁷ sono:

- **partecipazione nei processi decisionali:** gli anziani dovrebbero essere sempre coinvolti nella co-progettazione di servizi e prodotti orientati a loro e nelle segreterie e assemblee di organizzazioni comunitarie;
- **supportare l'integrazione nella comunità** attraverso spazi pubblici sicuri e accessibili, supporto finanziario all'associazionismo ricreativo, sportivo, culturale e di mutuo aiuto, pubblicizzazione delle opportunità associative e di volontariato con campagne informative estese;
- **potenziare le reti relazionali** tramite il *design age-friendly* di ristoranti, negozi, abitazioni e istituzioni culturali; attività per il tempo libero; trasporto pubblico; servizi di supporto e interventi di prossimità (visite domiciliari, colloqui) per chi è maggiormente a rischio di isolamento sociale e solitudine;
- **supportare le attività culturali** degli e per gli anziani con buoni collegamenti e raggiungibilità dei luoghi culturali e di culto, rimozione delle barriere e discriminazioni nell'apprendimento (come nelle università), offerta di attività culturali a basso costo;
- **promuovere lo scambio tra generazioni** nei contesti scolastici, comunitari, culturali, sportivi e religiosi, nell'assistenza e vita quotidiana (*cohousing* multigenerazionale, centri comunitari multigenerazionali, scambi di aiuto, conoscenze e competenze nel lavoro di cura, domestico, tecnologia);
- **supportare i viaggi degli anziani** offrendo pacchetti gratuiti o basso costo con criteri di accessibilità e/o soluzioni di m-Health (per esempio, *age-friendly* hotel).

Raccomandazioni chiave

Supportare finanziariamente i progetti di empowerment intergenerazionale che mettano in contatto scuole, università, musei, biblioteche centri per anziani e associazioni del terzo settore.

Incentivare progetti che promuovono, in modo documentato ed efficace, la partecipazione sociale, politica e culturale, in particolare qualora mirino a ridurre le disuguaglianze sociali ed economiche e il rischio di isolamento e solitudine; prevedere misure per garantirne la continuità.

Rafforzare la partecipazione di adulti e anziani di altra nazionalità o di origine straniera supportando l'associazionismo delle comunità migranti e l'associazionismo misto.

Finanziare luoghi di aggregazione gratuiti o a basso costo, quali centri comunitari e strutture polifunzionali.

Includere nei bandi regionali sull'invecchiamento sano e attivo un'attenzione per la dimensione di genere, il background culturale e il livello socioeconomico dei beneficiari, allo scopo di ridurre le disuguaglianze nella partecipazione.

Sostenere le forme di volontariato informale, l'auto-organizzazione e il vicinato solidale attraverso azioni di animazione di comunità.

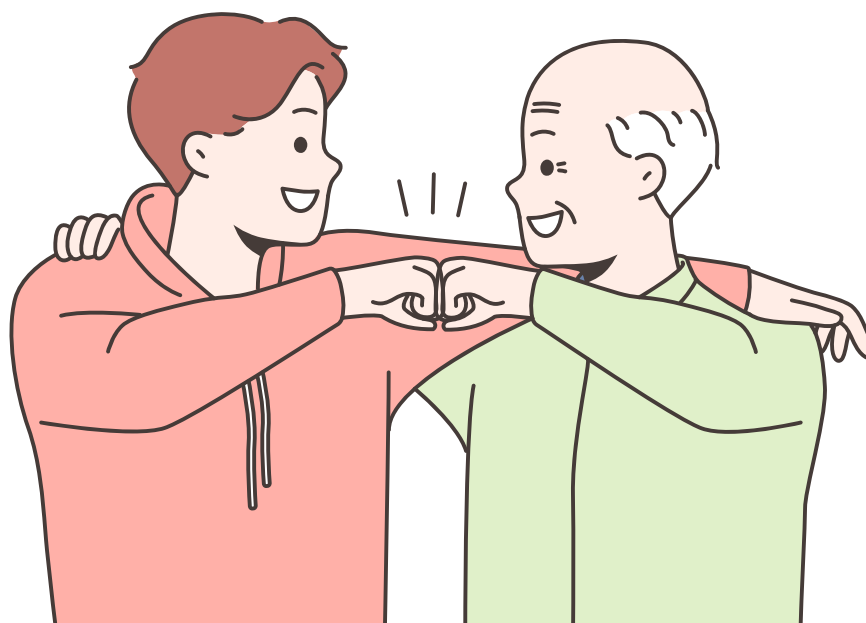
Rinforzare il ruolo dei Centri di servizi per il volontariato (CSV) nella formazione, nella consulenza e nell'aggiornamento normativo per sostenere gli ETS nell'adempimento delle procedure amministrative e gestionali.

Fornire indicazioni e sostegno metodologico (criteri, strumenti e metodi) su come attuare il coinvolgimento degli anziani nella co-progettazione anche attraverso la rete dei CSV e dei Centri provinciali per l'istruzione degli adulti (CPIA) e la terza missione delle Università.

Prevedere incentivi fiscali o economici per la partecipazione sociale (per esempio, crediti previdenziali per il servizio civile, bonus, voucher, buono cultura), incluse iniziative culturali o turistiche per anziani.

Sostenere il volontariato con supporto finanziario e tecnico alle associazioni che offrono servizi di trasporto o compagnia a domicilio, promuovendo al contempo attività intergenerazionali.

Promuovere l'uso della tecnologia digitale per incentivare la partecipazione a distanza alla vita della comunità locale e alle comunità virtuali, per accedere alle informazioni rilevanti, per coltivare relazioni e reti e per l'apprendimento digitale.



Migliorare le norme, i processi e le strategie di governance e valutazione delle politiche

Stato dell'arte in Italia

L'impulso iniziale e i primi atti di indirizzo della normativa per l'invecchiamento sano e attivo sono ascrivibili al livello internazionale ed europeo, mentre in Italia, come già anticipato, il protagonismo iniziale è stato soprattutto regionale e locale.^{33,40} I testi di legge tendono spesso a fare riferimento a un unico corpo coerente di politiche, dando per scontato che esso sia comunemente e univocamente definito. D'altra parte, ciascuna iniziativa di policy finisce spesso per proporre nuove e specifiche definizioni teoriche e operative sul tema. Una recente *review* ha censito 65 diversi modelli riferiti al concetto di "buon invecchiamento" dal 1960 al 2022 riconducibili a due principali prospettive.⁴¹ La prima (tipo 1) guarda agli esiti di salute e al contenimento della morbilità e della mortalità in un momento della vita. La seconda (tipo 2) guarda alle interazioni dinamiche e continue tra la persona e l'ambiente durante tutto l'arco della vita. Una terza prospettiva (tipo 3) è rappresentata dal tentativo di combinare insieme le due precedenti visioni, collegando le interazioni tra persona e ambiente nel corso della vita agli esiti di salute.

Il d.lgs. 29/2024 porta i segni di questa tensione. Da un lato, esso vorrebbe improntare l'intera riforma a una concezione olistica dell'invecchiamento, caratterizzata da una visione di "corso di vita" dei processi di *ageing*. Dall'altro lato, si considerano prioritarie le esigenze di assistenza della persona anziana non autosufficiente e ci si preoccupa della sostenibilità e dell'efficacia delle relative misure. La tensione tra i due orientamenti emerge dalla struttura del decreto, diviso tra Titolo I e Titoli II-III. Il secondo orientamento appare particolarmente evidente nella scelta di definire la persona anziana come over 65. In tal modo, i provvedimenti del decreto sono legati a una prospettiva sostanzialmente imperniata sulla prevenzione della non autosufficienza e su prestazioni sociali e sanitarie rispondenti a una logica dicotomica e unidirezionale utente/servizio. Fanno parziale e marginale eccezione le disposizioni che intervengono sul contesto di vita, per esempio, quelle relative ai *caregiver* e alla loro formazione.

Questa difficoltà a introiettare una visione olistica e onnicomprensiva nelle politiche e negli interventi fa il paio con quella, già accennata, a coordinare i diversi livelli di governo, emersa con la mancata intesa nella seduta della

Conferenza Stato-Regioni del 29 febbraio 2024. La maggioranza delle Regioni ha espresso il timore che la nuova legislazione nazionale potesse interferire con la normativa regionale e ha denunciato la mancanza di risorse aggiuntive per far fronte agli interventi previsti nel decreto legislativo.⁴² Il disallineamento tra i livelli di governo non va sottovalutato, specie se lo si osserva nella prospettiva della finora lenta attuazione del decreto legislativo.⁴² L'impasse oggi osservabile potrebbe essere sbloccata dall'adozione di atti di importanza strategica, come la relazione di cui all'art. 6, c. 4, del decreto, tenendo in debita considerazione gli spazi di autonomia e di partecipazione regionale e territoriale.

Nel complesso, le normative confermano la natura a un tempo specifica e trasversale a diversi settori di policy dell'invecchiamento sano e attivo e mostrano una doppia sfida di integrazione. La prima concerne il profilo verticale, tra i diversi livelli di governo nazionali e sovranazionali, laddove la seconda è di natura orizzontale, coinvolgendo settori e attori diversi, decisori e attuatori delle politiche. Per entrambe le sfide, risulta prioritario valorizzare gli strumenti utili a una maggiore condivisione delle decisioni strategiche e delle progettualità future, nonché dei relativi metodi, strumenti e criteri di monitoraggio e valutazione (a partire, per esempio, dalle relazioni periodiche previste dal decreto 29/2024), anche per evitare logiche di delega e divisione delle competenze troppo rigide e favorire un'autentica sinergia tra diversi attori e tipi di risorse, a vari livelli e nelle diverse fasi del ciclo di policy.

Panorama delle indicazioni internazionali

Tra le azioni e politiche raccomandate,²⁷ un gruppo riguarda il miglioramento dei processi decisionali. Le politiche qui presentate sono state divise in sei macro categorie:

■ **mainstreaming ageing nelle azioni e strategie di governo:** fare dell'invecchiamento e della lotta alle discriminazioni degli anziani una priorità politica • stabilendo un punto di riferimento istituzionale dedicato all'invecchiamento all'interno del Ministero della Salute; • sviluppando un Piano Nazionale e piani regionali per l'Invecchiamento e la Salute in collaborazione con tutti gli *stakeholder* rilevanti; • allocando risorse adeguate per l'attuazione dei piani d'azione, facendo attenzione a una gestione efficace delle risorse pubbliche; • pianificando la riduzione delle disuguaglianze sociali, economiche e di salute facendo attenzione all'età anziana e alla moltitudine dei gruppi sociali che caratterizzano questa popolazione, attraverso soluzioni *win-win* che prevedono benefici per tutti i gruppi sociali; • aumentando la visibilità degli anziani negli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile 2030 delle Nazioni Unite; • allineando le politiche ambientali e per la transizione verde alle strategie europee internazionali;

■ **legislazione:** la legislazione in qualsiasi ambito deve essere anti-discriminatoria verso età, sesso, genere, livello di reddito, appartenenza etnico-nazionale, religione o altra minoranza o gruppo minoritario. Inoltre, supportare l'applicazione delle leggi esistenti in materia o in favore dell'invecchiamento sano e attivo;

■ **costruzione di reti,** collaborazioni e partecipazione ai processi decisionali attraverso: • quadri nazionali per l'azione sull'invecchiamento in salute che coinvolgano tutti i settori (collaborazione multisettoriale), i livelli di governo, amministrativi e la società civile (comprese le associazioni di persone anziane, famiglie e *caregiver*); • il supporto alla collaborazione multisettoriale attraverso una piattaforma politica e operativa e avviare lo scambio di dati e il collegamento dei flussi tra i diversi settori politici; • un coordinamento efficace tra i settori per l'attuazione e il monitoraggio di interventi e politiche, per esempio, attraverso l'istituzione di *task force* dedicate; • lo scambio di conoscenze e la collaborazione internazionale sul tema; • la creazione di partnership sulla salute tra attori privati, pubblici, terzo settore e cittadinanza includendo le persone anziane nella progettazione, implementazione e valutazione di prodotti e servizi destinati a loro;

■ **monitoraggio** prima di elaborare piani, programmi e interventi in supporto all'invecchiamento sano e attivo attraverso: • la definizione di metodi condivisi a livello internazionale di misurazione e analisi dell'invecchiamento in salute per facilitare i confronti tra Paesi che sia adatta ai contesti nazionali; • il monitoraggio degli in-

dicatori relativi all'invecchiamento in salute alla valutazione delle politiche e dei programmi nazionali, inter-settoriali e multisettoriali; • la realizzazione di sistemi di monitoraggio regolari, standardizzati e nazionali che raccolgono dati dai territori sulle condizioni di salute e stili di vita della popolazione, considerando la moltitudine di gruppi sociali e condizioni (economiche, di salute, qualità di vita, sicurezza, abitative eccetera) che caratterizzano la popolazione anziana; • l'automatizzazione della collezione di dati per il monitoraggio e la valutazione; • la produzione di evidenze per individuare i momenti critici in cui intervenire con azioni mirate;

■ **il supporto alla ricerca per l'elaborazione delle politiche:** • Istituire strutture formali e offrire opportunità, competenze e attività per tradurre la ricerca e le evidenze sull'invecchiamento in strumenti utili a orientare le politiche; • valutare l'efficacia, i costi e la costo-efficacia degli interventi volti a promuovere invecchiamento in salute;

■ **la digitalizzazione della pubblica amministrazione:** • assicurare adeguato supporto politico, finanziario e di risorse umane per la digitalizzazione dell'amministrazione pubblica; • pianificare l'eliminazione delle barriere di accesso da parte dei cittadini, ponendo attenzione ad abilità, accessibilità economica e accessibilità operativa; • introdurre le tecnologie in modo sistematico e supportare l'interoperabilità transfrontaliera delle tecnologie della comunicazione; • pianificare interventi per ridurre le disuguaglianze digitali attraverso l'amministrazione pubblica digitale.

Raccomandazioni chiave

Istituire un osservatorio indipendente di implementazione e valutazione degli interventi nazionali e regionali in attuazione del D.lgs 29/2025.

Valutare opportune modalità di integrazione stabile del CIPA con rappresentanze di Regioni, enti locali e terzo settore, prevedendo in via sperimentale l'attività di una composizione "allargata" del Comitato.

Favorire, nell'attuazione del D.lgs. 29/2025, l'armonizzazione tra le politiche di promozione dell'invecchiamento sano e attivo e le politiche di assistenza alle persone non autosufficienti. In particolare: il coinvolgimento di anziani non autosufficienti nelle attività di prevenzione terziaria, in una prospettiva di prevenzione della fragilità e dell'aggravamento delle condizioni di non autosufficienza, e il supporto ai *caregiver* e alle reti familiari, al fine di sostenere la loro partecipazione a interventi di prevenzione e promozione della salute.

Favorire il ruolo attivo e propulsivo delle autonomie locali anche nell'ideazione e nello sviluppo innovativo delle politiche, valorizzando il loro rapporto diretto con i cittadini, le famiglie, le varie realtà sociali e del terzo settore e la capacità di adattare e situare gli interventi secondo i diversi contesti.

Promuovere forme stabili di sinergia e collaborazione virtuosa tra istituzioni e società civile organizzata nello sviluppo di azioni per l'inclusione dei cittadini anziani nella vita pubblica e sociale, anche attraverso l'utilizzo degli istituti di co-programmazione e co-progettazione previsti dagli artt. 55-56-57 del d.l. 117/2017.

Adottare strumenti strutturati di partecipazione attiva dei cittadini anziani nei processi decisionali, a livello nazionale, regionale e locale, che consentano di integrare la loro esperienza, i loro bisogni e le loro preferenze nelle diverse fasi del ciclo di policy, per esempio, con processi di democrazia deliberativa a livello locale.

Bibliografia

- WHO. Active Ageing. A Policy Framework. World Health Organization. 2002. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/handle/10665/67215>
- Lucantoni D, Principi A, Socci M et al. Active ageing in Italy: An evidence-based model to provide recommendations for policy making and policy implementation. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(5):2746.
- Marin B, Zaidi MA (Eds.). (2007). *Mainstreaming ageing: indicators to monitor sustainable policies* (Vol. 32). Farnham, Ashgate Publishing Ltd. 2007.
- UNECE. Guidelines for mainstreaming ageing. 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://unece.org/population/publications/guidelines-mainstreaming-ageing>
- UNECE. Mainstreaming ageing – revisited. UNECE Policy Brief on Ageing No. 27. UNECE, Ginevra. 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://unece.org/sites/default/files/2024-07/PB27-EN.pdf>
- Costa G, Spadea T, Cardano M (eds). *Diseguaglianze di salute in Italia*. *Epidemiol Prev* 2004;28(3):Suppl:1-162
- Forster T, Kentikelenis A, Bambra C. Health Inequalities in Europe: Setting the Stage for Progressive Policy Action. Technical Report. January 2018. DOI: 10.13140/RG.2.2.20665.21608
- EuroHealthNet. Health Inequalities portal. Informazioni sulle diseguaglianze nella salute. 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://health-inequalities.eu/it/health-inequalities/>
- Maslow A.H. A theory of human motivation. *Psychological Review* 1943;50(4):370-396. DOI:10.1037/h0054346
- WHO. Decade of Healthy Ageing. Baseline report. World Health Organization. 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
- Arlotti M, Aguilar-Hendrickson M. The vicious layering of multilevel governance in Southern Europe: The case of elderly care in Italy and Spain. *Social Policy & Administration* 2018;52(3):646-661.
- Kuronen M, Caillaud P. Vertical governance, national regulation and autonomy of local policy making. In Kutsar D, Kuronen M (eds). *Local welfare policy making in European cities*. Cham, Springer International Publishing. 2015; 71-85.
- Foster L, Walker A. Active ageing across the life course: towards a comprehensive approach to prevention. *BioMed Research International*. 2021;1(1):6650414.
- Hess E M N, Steinkopf L. Population ageing, the intergenerational conflict, and active ageing policies. *Journal of Population Ageing*. 2017;10(1):11-23.
- Pastore A, Tonellato S F, Aliverti E et al. When does morbidity start? An analysis of changes in morbidity between 2013 and 2019 in Italy. *Statistical Methods & Applications*. 2023;32(2):577-591.
- Peng L, Chan A H S. A meta-analysis of the relationship between ageing and occupational safety and health. *Safety Science*. 2019;112:162-172.
- Perek-Biatas J, Varlamova M. Age Management and Labor Market Policies. In: Gu D, Dupre M E (eds). *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Cham, Springer. 2021
- Burnes D, Sheppard C, Henderson C R Jr et al. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Public Health*. 2019;109(8):e1-e9.
- Romaioli D, Contarello A. Resisting ageism through lifelong learning. Mature students' counter-narratives to the construction of aging as decline. *Journal of Aging Studies*. 2021;57:100934.
- Zora S, Cella A, Poli S et al. "Ageism" is associated with self-reported multidimensional frailty in community-dwelling older subjects: a population-based study. *Frontiers in Medicine*. 2022;8:734636.
- Kim JH, Song A, Chung S, Kwak KB, et al. The Comparative Macro-Level Ageism Index: An International Comparison. *J Aging Soc Policy*. 2021;Nov-Dec;33(6):571-584.
- Gendron T, Van Aartrijk A, Carpenter K, et al. Ageism Interventions: The Need for An Ecological Perspective. *J Aging Soc Policy*. 2024;Sep 23;36(5):709-720.
- Wild CP. The exposome: from concept to utility. *Int J Epidemiol*. 2012;41(1):24-32.
- Olshansky SJ. Articulating the Case for the Longevity Dividend. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2016; Jan 8;6(2):a025940.
- Salvatore F. The shift of the paradigm between ageing and diseases. *Clin Chem Lab Med*. 2020; 58(10):1635-1644.
- Wild CP. The exposome: from concept to utility. *Int J Epidemiol*. 2012;41(1):24-32.
- Filippini et al. 2021 diventa la numero 28, etc.): Caristia S, Viola E, Kalemi T, Servetti D, Poy S and Faggiano F (2026) Policies and strategies on active and healthy ageing: a scoping review of the recommendations of European and international agencies. *Front. Public Health*. 13:1712417. doi: 10.3389/fpubh.2025.1712417
- Filippini T, Vinceti S R. Italian National Recovery and Resilience Plan: A Healthcare Renaissance after the COVID-19 crisis? *Acta Bio-Medica: Atenei Parmensis*. 2021;92(56):1-6.
- Balduzzi R, Servetti D. Dieci tesi per una nuova sanità territoriale. *Corti Supreme e Salute*. 2023;2:301-308.
- Ingrasso M. La prospettiva di welfare community nella progettazione e sperimentazione delle Case della Comunità. *Autonomie Locali e Servizi Sociali*. 2023;1(40):25-26
- Kesselring A, Smith S, Dobner S et al. *Social Innovation for Active and Healthy Ageing – A case study collection*. Brussels, King Baudouin. 2014.
- Barbabella F, Checucci P, Luisa Aversa M. et al. Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Rapporto sullo stato dell'arte. DIPOFAM. 2020 Disponibile all'indirizzo: <https://famiglia.governo.it/media/2132/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia.pdf>
- Frontalini V, Lucantoni D, Principi A. La strada verso il d. lgs. n. 29 del 2024: il progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche a favore dell'invecchiamento attivo. In Vagni L, Mariani S (eds). *Persone, comunità e territori. La promozione dell'invecchiamento attivo nel d. lgs. n. 29 del 2024*, Edizioni Università di Macerata (EUM). 2025.
- WHO. World report on Ageing and Health. World Health Organization. 2015. Disponibile all'indirizzo: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789240694811_eng.pdf
- WHO. Regional Office for Europe. Reducing inequities in health across the life-course. Later life and healthy ageing. World Health Organization. 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3531-43290-60672>
- Tsai SP, Wendt JK, Donnelly RP, et al. Age at retirement and long term survival of an industrial population: prospective cohort study. *BMJ*. 2005;Oct 29;331(7523):995.
- OECD. *Pension Markets in Focus 2006*. Paris, OECD Publishing. 2007. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1787/1cedad46-en>.
- National Institute of Aging. Social isolation, loneliness in older people pose health risks. April. 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.nia.nih.gov/news/social-isolation-loneliness-older-people-pose-health-risks>
- Epicentro. I dati per l'Italia 2022-2023. La partecipazione sociale negli ultra 65enni. 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/partecipazione>
- Rospi M. L'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della coesione sociale tra generazioni: Gli strumenti della multilevel governance per nuovi sistemi di welfare. *Rivista AIC*. 2018.
- Menassa M, Stronks K, Khatami F et al. Concepts and definitions of healthy ageing: a systematic review and synthesis of theoretical models. *eClinicalMedicine (part of The Lancet)*. 2023;56:101821.
- Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Posizione sullo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione degli artt. 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023 n. 33. 29 febbraio 2024, 24/31/CU01/C4-C7-C8. 2024.
- Pesaresi F. Il decreto sul bisogno assistenziale gravissimo. *Welforum*. 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://www.welforum.it/il-decreto-sul-bisogno-assistenziale-gravissimo/>

APPENDICE

Lista dei documenti inclusi nella mappatura delle raccomandazioni internazionali da cui sono state estratte le azioni in supporto all'invecchiamento sano e attivo

1. European Commission 2018 Technopolis Group United Kingdom. The Silver Economy: Final Report. A study prepared for the European Commission, DG Communications Networks, Content & Technology. European Union. 2018. DOI 10.2759/685036
2. European Commission 2021a European Commission. EU Green Paper on Ageing: Fostering solidarity and responsibility between generations. 2021
3. European Commission 2021b European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Social Protection Committee. 2021 Long-Term Care Report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume I. Joint Report prepared by the Social Protection Committee (SPC) and the European Commission (DG EMPL). European Union. 2021
4. European Commission 2021c European Commission. Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council. 2021
5. European Commission 2022a European Commission. Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative. European Union. 2022
6. European Commission 2022b European Commission. Commission Staff Working Document. Summary of consultation activities. Accompanying the document Commission Communication on the European care strategy. 2022
7. OECD 2009 Oxley H. Policies for Healthy Ageing: An Overview. OECD Health Working Papers No. 42. 2009 DOI 10.1787/226757488706
8. OECD 2015 OECD. Ageing: Debate the Issues. OECD Insights, OECD Publishing, Paris. 2015. DOI 10.1787/9789264242654-en
9. OECD 2017a OECD. Preventing Ageing Unequally. OECD Publishing, Paris. 2017. DOI 10.1787/9789264279087-en
10. OECD 2017b OECD. Meeting of the OECD Council at Ministerial Level. Preventing Ageing Unequally - Action Plan. Paris. 2017
11. OECD 2019a OECD. Promoting Healthy Ageing Background report for the 2019 Japanese G20 Presidency. 2019
12. OECD 2019b OECD. Promoting Healthy Ageing. 2019
13. United Nations 2020 UN Decade of Healthy Ageing: Plan of Action 2021–2030. United Nations. 2020
14. United Nations 2022 UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030 in a Climate-changing World. 2022
15. United Nations 2023 United Nations. General Assembly. Violence against and abuse and neglect of older persons Report of the Independent Expert on the enjoyment of all human rights by older persons, Claudia Mahler. Human Rights Council. Fifty-fourth session. 11 September–6 October 2023
16. United Nations Economic Commission for Europe 2022 A sustainable world for all ages. Joining Forces for Solidarity and Equal Opportunities Throughout Life. Proceedings of the 2022 UNECE Ministerial Conference on Ageing 16–17 June 2022 Rome, Italy
17. United Nations Women 2023 Baseline study on care economy in Bosnia and Herzegovina. Overview of the Key Denominators, Policy and Programming Options. Sarajevo, Bosnia and Herzegovina. UN Women. 2023
18. WHO 2012 World Health Organization. Regional Office for Europe. Strategy and action plan for healthy ageing in Europe, 2012–2020. Regional Committee for Europe. Sixty-second session. Malta, 10–13 September 2012
19. WHO 2015a World Health Organization. World report on Ageing and Health. 2015
20. WHO 2015b World Health Organization. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. 2015
21. WHO 2016 World Health Organization. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. 2016
22. WHO 2017b World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: World Health Organization. 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
23. WHO 2017a World Health Organization. Integrated care for older people Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization. 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
24. WHO 2017c World Health Organization. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing. Report of consortium meeting 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization. 2017 (WHO/FWC/ALC/17.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
25. WHO 2019a Cylus J, Figueras J, Normand C. Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy options. World Health Organization. 2019
26. WHO 2019b Williams G, Cylus J, Roubal T, Ong P, Barber S. Sustainable health financing with an ageing population: Will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth? The economics of healthy and active ageing series. 2019
27. WHO 2019c World Health Organization. Regional Office for Europe. Reducing Inequities in Health Across the Life-course: Later Life and Healthy Ageing. Later life and healthy ageing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
28. WHO 2020 World Health Organization. Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: World Health Organization. 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
29. WHO 2021a World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. Geneva: World Health Organization. 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
30. WHO 2021b Greer SL, Lynch J, Reeves A et al. Ageing and health: the politics of better policies. European observatory of health system and policies. Cambridge University Press. 2021. DOI 10.1017/9781108973236
31. WHO 2022a World Health Organization. Tackling abuse of older people: five priorities for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Geneva: World Health Organization. 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
32. WHO 2022b Greer SL, Lynch JF, Reeves A, Raj M, Gingrich J, Falkenbach M, Cylus J, Bamba C. The Politics of Healthy Ageing: Myths and Realities. The Economics of Healthy and Active Ageing series. 2022
33. WHO 2023 World Health Organization. National programmes for age-friendly cities and communities: a guide. Geneva: World Health Organization. 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

PREVENZIONE PERSONALIZZATA PER L'INVECCHIAMENTO SANO

NUOVE POLITICHE PER PROMUOVERE
AUTONOMIA E BENESSERE
NELLA POPOLAZIONE ANZIANA



**Michele Bertani¹, Alberto Catalano^{2,3},
Michele Marzulli¹, Paolo Marzullo²,
Paola Costelli^{2,3}, Egidio de Benedetto⁴,
Tiziana Russo Spena⁵, Fulvio Ricceri^{2,3}**

¹ Dipartimento di Economia, Università
"Ca' Foscari", Venezia

² Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del Piemonte
Orientale, Novara

³ Dipartimento di Scienze Cliniche e
Biologiche, Università degli Studi di
Torino

⁴ Dipartimento di Ingegneria Elettrica
e Tecnologie dell'Informazione,
Università degli Studi di Napoli
"Federico II"

⁵ Dipartimento di Economia,
Management, Istituzioni, Università
degli Studi di Napoli "Federico II"

Corrispondenza:

Fulvio Ricceri; fulvio.ricceri@unito.it

Sintesi

● Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana rappresenta una trasformazione demografica senza precedenti, con importanti implicazioni per la sostenibilità dei sistemi sanitari e sociali. Questo documento mette in evidenza come il modello attuale, centrato sulla gestione delle malattie croniche, sia sempre meno adeguato a rispondere alla crescente eterogeneità dell'invecchiamento. Le evidenze raccolte dai gruppi di ricerca mostrano che l'invecchiamento non segue un percorso uniforme: fattori clinici, comportamentali, ambientali, sociali, molecolari e digitali contribuiscono in modo diverso al rischio individuale di fragilità e perdita dell'autonomia.

● Le analisi condotte nelle diverse linee di ricerca del WP3 dello Spoke 10 del progetto Age-It –dedicato allo studio degli interventi di prevenzione personalizzati basati sul rischio di invecchiamento non in salute – rivelano il potenziale della prevenzione personalizzata come strategia per individuare precocemente i rischi, rallentare il declino funzionale e orientare interventi mirati. Studi di coorte, valutazioni muscolari, biomarcatori, tecnologie intelligenti e analisi del *citizen journey* dimostrano la possibilità di stratificare la popolazione anziana in profili di rischio e di progettare interventi calibrati sui bisogni reali delle persone.

● Questo policy brief propone un cambio di paradigma: passare da un sistema reattivo a uno proattivo, capace di integrare dati clinici, sociali e digitali, e di accompagnare il cittadino lungo tutto il percorso di salute. Le raccomandazioni sottolineano la necessità di innovare l'organizzazione dei servizi, valorizzare l'uso delle tecnologie, sostenere l'inclusione digitale e promuovere modelli di prevenzione che riducano le disuguaglianze e migliorino la qualità della vita degli anziani. La prevenzione personalizzata emerge come leva strategica per rafforzare la sostenibilità dei sistemi di *welfare* e promuovere un invecchiamento attivo e autonomo.

INVECCHIARE BENE IN UNA SOCIETÀ CHE INVECCHIA

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle trasformazioni demografiche più rilevanti e strutturali che l'Italia e l'Europa stanno affrontando. Se, da un lato, l'aumento della longevità testimonia il successo delle politiche di *welfare* e dei sistemi sanitari, dall'altro, introduce pressioni crescenti sulla sostenibilità dei servizi assistenziali, sanitari e sociali. La sfida non consiste semplicemente nel gestire un numero maggiore di persone anziane, ma nel garantire che questa crescente quota di popolazione possa vivere più a lungo in buona salute, con livelli adeguati di autonomia, inclusione e qualità della vita.

Il modello attuale di risposta ai bisogni dell'invecchiamento è ancora fortemente centrato sulla cura della malattia: un approccio reattivo, orientato alla gestione delle cronicità già manifeste. Tuttavia, l'evidenza scientifica raccolta dai gruppi di lavoro del WP3 dello Spoke 10 del progetto Age-It mostra che l'invecchiamento è un processo altamente eterogeneo e dinamico, influenzato da molteplici fattori – biologici, clinici, comportamentali, ambientali, sociali e digitali. Questo significa che gli individui invecchiano in modo diverso, accumulando fragilità e vulnerabilità secondo traiettorie personali che possono essere previste, monitorate e modulate. Persistendo in un approccio esclusivamente centrato sulla malattia, si rischia non solo di intervenire troppo tardi,

ma anche di sprecare risorse e di ottenere benefici limitati per cittadini, cittadine e comunità.

La prevenzione personalizzata rappresenta, quindi, una leva strategica per anticipare i bisogni, ritardare l'insorgenza della fragilità, contrastare il declino funzionale e ridurre l'impatto sociale ed economico delle cronicità. Questa trasformazione, tuttavia, richiede strumenti, evidenze e politiche nuove. Le analisi dei team di ricerca mostrano, per esempio, che i fattori di rischio per un invecchiamento non in salute sono individuabili con anni o decenni di anticipo attraverso biomarcatori, dati clinici longitudinali, valutazioni della funzione muscolare, profili di rischio legati allo stile di vita, ma anche attraverso indicatori sociali e digitali spesso trascurati. Le tecnologie intelligenti (piattaforme digitali, sensori, intelligenza artificiale, app, chatbot, blockchain) possono abilitare percorsi integrati di prevenzione, mentre i modelli concettuali centrati sul *citizen journey* permettono di comprendere meglio come i bisogni emergano ed evolvano lungo tutto l'arco della vita.

La sfida politica consiste, dunque, nel superare la frammentazione attuale e costruire un sistema basato sulla prevenzione proattiva, sull'identificazione precoce dei rischi e sulla capacità di personalizzare gli interventi in base alle caratteristiche individuali e al contesto di vita. Ciò implica l'integrazione dei dati clinici con quelli sociali e digitali, la ridefinizione dei percorsi di presa in carico, la creazione di strumenti operativi per la stratificazione della popolazione e l'adozione di tecnologie capaci di accompagnare il cittadino nella quotidianità – e non solo – nei momenti di cura.

Intervenire oggi è fondamentale per evitare che l'invecchiamento diventi un fattore di vulnerabilità sistemica. Investire nella prevenzione personalizzata significa ridurre le disuguaglianze di salute, sostenere la qualità della vita delle persone anziane, potenziare il ruolo dei *caregiver*, alleggerire la pressione sui servizi sanitari e favorire un uso più efficace delle risorse pubbliche. Per il *policy maker*, questa non è solo un'opportunità, ma una necessità strategica per garantire un futuro sostenibile a un Paese che invecchia.



PROPOSTA DI REVISIONE DELLE POLITICHE PER LA PREVENZIONE PERSONALIZZATA NELL'INVECCHIAMENTO

Motivazione della proposta

L'Italia è uno dei Paesi più longevi al mondo. Questo primato, tuttavia, comporta sfide significative: l'aumento delle malattie croniche, della fragilità fisica e cognitiva, della non autosufficienza e delle disuguaglianze sociali sta trasformando in profondità il sistema sanitario e assistenziale. Per rispondere a questi cambiamenti, è necessaria l'adozione di un paradigma diverso: passare da un modello reattivo, centrato sulla malattia, a un modello proattivo e personalizzato, fondato sulla prevenzione.

Le ricerche condotte nell'ambito del WP3 dello Spoke 10 del progetto Age-It mostrano chiaramente che l'invecchiamento non è un processo uniforme. Le differenze tra individui e gruppi dipendono da una complessa interazione di fattori clinici, genetici, sociali, relazionali, comportamentali, ambientali e digitali. Questa eterogeneità rende inefficaci le strategie *one size fits all*.

La prevenzione personalizzata diventa, quindi, una necessità strutturale: grazie a tecnologie intelligenti, dati longitudinali, biomarcatori e profili di rischio multidimensionali, è possibile anticipare la comparsa della fragilità, individuare precocemente le vulnerabilità e promuovere interventi mirati, tempestivi e sostenibili, capaci di prolungare l'autonomia e migliorare la qualità della vita.

Questa proposta ha l'obiettivo di trasformare le evidenze scientifiche in indirizzi di *policy* concreti, valutabili e integrabili nei sistemi pubblici.

Obiettivi della proposta

- Costruire un sistema di prevenzione personalizzata, basato sulla stratificazione del rischio, su percorsi di cura proattivi e su tecnologie intelligenti.
- Ridurre la fragilità e il peso delle cronicità attraverso interventi mirati e tempestivi.
- Sostenere l'autonomia e il benessere psicofisico delle persone anziane, promuovendo un invecchiamento sano e attivo.
- Integrare i dati clinici, sociali, relazionali e digitali nei processi decisionali e nella pratica clinica.
- Garantire equità di accesso alle strategie di prevenzione, superando barriere sociali, territoriali e digitali.
- Fornire strumenti di *governance* e progettazione basati sull'evidenza.

Suggerimenti e opzioni per una revisione delle politiche

Le seguenti cinque aree strategiche di intervento rappresentano il quadro operativo per costruire una prevenzione realmente personalizzata, fondata su evidenze, equità e sostenibilità.

A. Sistema nazionale di stratificazione del rischio per l'invecchiamento

Le analisi sulla coorte (EPIC Torino), i biomarcatori muscolari e i profili di rischio sociali e digitali dimostrano che è possibile identificare precocemente le persone più vulnerabili e concentrare le risorse su chi ne ha maggiore necessità.

Opzioni di policy

- Creazione di un algoritmo nazionale di stratificazione del rischio, basato su dati clinici e test di fragilità

(forza della mano, velocità del cammino), stile di vita e biomarcatori molecolari, indicatori sociali e relazionali e livello di inclusione digitale.

Vantaggi: identificazione precoce della fragilità, migliore pianificazione delle risorse, possibilità di costruire percorsi personalizzati.

Svantaggi: integrazione complessa di dataset eterogenei, rischio di *bias* algoritmico se non monitorato.

■ Adozione di un sistema di profilazione dinamica, aggiornato ogni 12 mesi da medici di medicina generale, specialisti e piattaforme digitali.

Vantaggi: consente di monitorare l'evoluzione della fragilità e migliorare l'aderenza ai percorsi personalizzati.

Svantaggi: richiede formazione e tempo aggiuntivo per i professionisti.

■ Segmentazione della popolazione in tre profili principali, come messo in luce dallo studio sul *citizen journey*: persone clinicamente fragili, persone socialmente vulnerabili e persone a rischio relazionale-digitale.

Vantaggi: schema semplice da implementare, utile per interventi territoriali mirati.

Svantaggi: maggiore livello di generalizzazione rispetto a modelli analitici più complessi.

B. Percorsi di Prevenzione Personalizzata Integrati nel SSN

Le evidenze dimostrano che interventi specifici – nutrizionali, motori, cognitivi e clinici – possono migliorare la funzione fisica, prevenire la sarcopenia e ridurre il rischio di perdita di autonomia.

Opzioni di policy

■ Introduzione di programmi Preventivi Personalizzati (PPP) nei servizi territoriali, con percorsi multidimensionali che includano: allenamento muscolare adattato, interventi nutrizionali ad alto contenuto proteico, supporto cognitivo e prevenzione delle cadute, gestio-

ne integrata delle cronicità (per esempio, diabete, rischio cardio-renale).

Vantaggi: riduzione dei ricoveri e della non autosufficienza, maggiore autonomia e qualità della vita.

Svantaggi: necessità di personale dedicato e coordinamento tra ambito sanitario e sociale.

■ Integrazione dei test muscolari nella pratica dei medici di medicina generale, come primo screening della fragilità.

Vantaggi: basso costo, elevata predittività.

Svantaggi: richiede formazione e standardizzazione delle procedure.

■ Uso preventivo dei nuovi farmaci antidiabetici (GLP-1RA, SGLT2i) nei pazienti anziani ad alto rischio cardio-renale.

Vantaggi: benefici pleiotropici dimostrati, ritardo nell'insorgenza delle complicanze.

Svantaggi: costi più elevati e rischio di inappropriata prescrizione se non accompagnata da una corretta stratificazione del rischio.

C. Ecosistema digitale per la prevenzione intelligente

Le analisi condotte hanno messo in evidenza il potenziale delle tecnologie digitali nel potenziare la prevenzione, rendendola più connessa, continua e personalizzata.

Opzioni di policy

■ Piattaforma digitale nazionale per la prevenzione, con funzioni di monitoraggio continuo e notifiche personalizzate, integrazione dei dati sanitari e sociali, telemonitoraggio per i profili a rischio, supporto al follow-up assistito.

Vantaggi: rende la prevenzione un processo costante e non episodico, riduce gli accessi impropri ai servizi.

Svantaggi: richiede *governance* centralizzata e formazione digitale.

■ Adozione del modello “Digital Continuum for Health”, articolato su tre funzioni integrate: monitoraggio, assistenza, *empowerment*.

Vantaggi: aumenta la continuità assistenziale e la scalabilità della personalizzazione.

Svantaggi: rischio di duplicazione di sistemi esistenti se non adeguatamente integrati.

■ Incentivi per tecnologie inclusive dedicate alle persone anziani, come dispositivi vocali, sensori ambientali e interfacce semplificate.

Vantaggi: riduce il *digital divide* e supporta anziani e caregiver.

Svantaggi: costi di implementazione iniziale.



D. Riforma dei percorsi di presa in carico territoriale

Le ricerche sul citizen journey hanno riportato forti discontinuità e frammentazione tra servizi sanitari e sociali. È necessario ricostruire un percorso unitario e integrato, centrato sulla persona.

Opzioni di policy

- Creazione di *care manager* della prevenzione, figure professionali dedicate che accompagnino la cittadinanza nelle fasi di *awareness*, *activation*, *integration*, *health in life*.
Vantaggi: migliora l'adesione ai percorsi e riduce la dispersione delle risorse.
Svantaggi: richiede la definizione e formazione di un nuovo profilo professionale.
- Presa in carico multidisciplinare basata sul rischio, con team dedicati a ciascun profilo clinico-sociale.
Vantaggi: favorisce il coordinamento tra servizi e riduce ricoveri e accessi impropri.
Svantaggi: necessita di forte integrazione tra ASL, Comuni e Terzo settore.
- Punti unici territoriali per la prevenzione, localizzati nelle Case della Comunità, con sportelli dedicati agli anziani.
Vantaggi: facilita l'accesso, promuove l'orientamento e la continuità delle cure.
Svantaggi: richiede personale e spazi aggiuntivi.

E. Politiche di inclusione sociale e digitale

Le vulnerabilità sociali e digitali condizionano la salute quanto quelle cliniche. Per essere efficace, la prevenzione deve tener conto dell'isolamento, delle reti relazionali e della fiducia nella tecnologia.

Opzioni di policy

- Programmi di supporto ai *caregiver* e reti comunitarie, soprattutto per i profili clinicamente fragili.
Vantaggi: riduce lo stress dei *caregiver* e i costi indiretti, migliora gli esiti di salute della persona anziana.
Svantaggi: richiede coordinamento tra enti pubblici e privato sociale.
- Corsi di alfabetizzazione digitale per persone anziane, organizzati da Comuni, biblioteche o associazioni.
Vantaggi: favorisce l'autonomia e l'accesso ai servizi digitali.
Svantaggi: non tutti gli anziani sono motivati o in grado di partecipare.
- Voucher per tecnologie assistite, destinati a persone con vulnerabilità relazionale-digitale.

Vantaggi: aumenta l'accesso a soluzioni personalizzate, riduce l'isolamento.
Svantaggi: necessita di supporto tecnico e accompagnamento continuo.

Impatti attesi

- L'attuazione di queste politiche porterebbe a:
- riduzione della fragilità e della non autosufficienza, grazie alla stratificazione precoce e agli interventi personalizzati;
 - diminuzione dei costi sanitari e sociali, poiché la prevenzione è meno onerosa della cura della cronicità;
 - aumento della qualità di vita, con miglioramenti fisici, cognitivi e sociali;
 - miglior coordinamento tra servizi, attraverso *care manager* e percorsi integrati;
 - riduzione delle disuguaglianze, grazie a inclusione sociale e digitale;
 - maggiore autonomia della cittadinanza, attraverso tecnologie e percorsi di *empowerment*.

Confronto delle opzioni di policy

Opzione	Vantaggi	Svantaggi
Area: Stratificazione		
Algoritmo nazionale	Accuratezza, pianificazione	Integrare molti dati, rischio bias
Profilazione annuale	Monitoraggio continuo	Carico professionisti
Area: Prevenzione		
PPP personalizzati	Impatto elevato su autonomia	Necessità risorse
Screening muscolare presso MMG	Economico, predittivo	Formazione necessaria
Area: Digitale		
Piattaforma nazionale	Continuità e personalizzazione	Investimento iniziale
Digital Continuum	Integrazione assistenziale	Rischio duplicazioni
Area: Territorio		
Care Manager	Maggior continuità	Nuova figura da formare
Area: Sociale		
Alfabetizzazione digitale	Inclusione	Partecipazione non garantita
Voucher tecnologici	Accesso equo	Necessità supporto

Conclusioni

L'invecchiamento della popolazione richiede un sistema capace non solo di curare, ma anche di prevenire e sostenere. Le evidenze del WP3 dello spoke 10 del progetto Age-it indicano chiaramente la direzione: costruire politiche di prevenzione personalizzata che integrino dati clinici, sociali e digitali, accompagnando ogni cittadino lungo tutto il percorso di salute.

Le azioni proposte – dalla stratificazione del rischio ai programmi personalizzati, dall'ecosistema digitale ai nuovi modelli territoriali – offrono ai decisori una gamma di opzioni concrete, adattabili ai diversi contesti regionali.

La sfida è trasformare queste evidenze in politiche pubbliche capaci di garantire autonomia, qualità della vita, equità e sostenibilità del sistema sanitario.

RACCOMANDAZIONI CHIAVE

Istituire un Sistema Nazionale di Stratificazione del Rischio per identificare precocemente la fragilità.

Integrare programmi preventivi personalizzati e screening funzionali nei servizi territoriali.

Promuovere un ecosistema digitale per la prevenzione, con piattaforme integrate e tecnologie inclusive.

Riformare la presa in carico territoriale con care manager e punti unici per la prevenzione.

Rafforzare le politiche di inclusione sociale e digitale, con formazione, reti comunitarie e sostegni tecnologici per gli anziani fragili.

INDICATORI DI PERFORMANCE PER L'ATTUAZIONE DI POLITICHE DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE



Marta Giachello¹, Gianluca Fiorentini¹, Alice Masini², Lorenzo Mercurio³, Massimiliano Panella²

¹ Dipartimento di Scienze Economiche, Università di Bologna

² Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università del Piemonte Orientale, Novara

³ Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Napoli "Federico II"

Corrispondenza: Marta Giachello; marta.giachello@unibo.it

Sintesi

● Lo scenario demografico attuale è caratterizzato da una popolazione in rapido invecchiamento, affetta da multicronicità: gestire questa situazione costituisce una sfida per il SSN. In questo quadro, interventi di promozione della salute e di prevenzione sono considerati prioritari. Occorre, quindi, mettere a disposizione dei decisori pubblici indicatori di performance per valutare l'efficacia di tali interventi. Dal momento che i programmi di prevenzione e promozione della salute utilizzano di solito combinazioni differenti di strumenti organizzativi, educativi e finanziari e che i potenziali indicatori di risultato sono molteplici, sono qui raggruppati in indicatori dal lato dell'offerta, dal lato della domanda o sistemici. Inoltre, vengono considerati indicatori che coprono diverse aree di performance, non limitandosi all'uso dei servizi sanitari e agli esiti di salute, ma considerando anche altre dimensioni, quali l'equità di accesso e le implicazioni sociali, anch'esse rilevanti per i decisori pubblici. Prerequisito per un uso efficace di questi indicatori è la disponibilità di un sistema di dati affidabile e integrato, che possa consentire ai decisori di valutare gli aspetti multidimensionali della maggior parte degli interventi di prevenzione e promozione della salute.



IL COMPITO DI VALUTARE LE POLITICHE DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Lo scenario dei programmi di prevenzione e promozione della salute è ampio e comprende una grande varietà di interventi rivolti a diversi professionisti dell'assistenza sanitaria e sociale, così come a differenti gruppi di cittadini: nel caso dei programmi di promozione della salute e prevenzione primaria, a individui sani e/o esposti a fattori di rischio; per i livelli successivi di prevenzione, ai pazienti cronici. Ciascuno di questi gruppi presenta obiettivi ed esigenze differenti. Inoltre, i programmi di prevenzione e promozione della salute differiscono per caratteristiche intrinseche e in relazione al tipo di strumenti organizzativi, formativi e finanziari adottati. Di conseguenza, gli indicatori per valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute sono molteplici e, per discuterli, è necessario adottare una tassonomia. Pertanto, gli indicatori sono raggruppati in tre categorie principali, distinguendo tra indicatori di domanda, di offerta e sistemici.

Indicatori di domanda

In primo luogo, discuteremo gli indicatori (lato domanda) che riguardano i bisogni, gli atteggiamenti rispetto alla prevenzione, i modelli di utilizzo e le esperienze dei servizi da parte degli individui, dei pazienti e dei *care-giver* coinvolti negli interventi. In questo insieme rientrano indicatori relativi a:

- i bisogni sociali e sanitari dei principali *stakeholder*, come indicatori generali di deprivazione sociale o indicatori di problemi specifici quali la non autosufficienza;
- il coinvolgimento dei principali *stakeholder* nelle nuove iniziative, inclusa la partecipazione a programmi educativi finalizzati al cambiamento degli stili di vita o all'adozione di nuove innovazioni digitali;
- l'aderenza dei principali *stakeholder* a linee guida specifiche, come il rispetto dei piani di prescrizione farmacologica o la conformità ai follow-up raccomandati per particolari patologie.

Indicatori di offerta

In secondo luogo, verranno esaminati gli indicatori (lato offerta) volti a monitorare il modo in cui i pro-

fessionisti sociali e sanitari coinvolti nei programmi di prevenzione e promozione della salute si conformano alle indicazioni del programmatore. Tra questi rientrano indicatori relativi a:

- la diffusione di interventi educativi per migliorare la partecipazione attiva dei professionisti impegnati nei programmi di prevenzione e promozione della salute e il loro allineamento agli obiettivi fondamentali;
- l'adesione ai percorsi organizzativi e clinici e/o a linee guida specifiche, come la tempestività nell'arruolamento degli individui eleggibili nei programmi di gestione delle malattie croniche, soprattutto quando sono coinvolti professionisti di diverse discipline;
- gli effetti dell'attuazione di incentivi monetari o economici rivolti ai professionisti per favorire l'allineamento agli obiettivi del pianificatore.

Indicatori sistemici

Verranno poi affrontati gli indicatori di esito sistemico relativi agli interventi che dipendono sia da fattori di domanda sia da fattori di offerta e che dovrebbero orientare i decisori nella valutazione della loro efficacia complessiva. Questi includono indicatori relativi a:

- la selettività e specificità dei programmi, quali la proporzione di individui/pazienti appartenenti alla popolazione obiettivo effettivamente arruolati, e la quota di individui/pazienti non appartenenti alla popolazione obiettivo comunque arruolati;
- l'efficacia degli interventi di promozione della salute o dei programmi di gestione integrata dei pazienti cronici, in termini di riduzione degli accessi al pronto soccorso per condizioni di lieve entità e dei ricoveri ospedalieri per condizioni trattabili sul territorio, oppure in termini di anni di vita aggiustati per la qualità (QALY) o di aspettativa di vita senza disabilità.

Questa tassonomia costituisce uno schema di riferimento, seppur semplificato, per discutere i punti di forza e di debolezza dei principali indicatori volti a valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute con un'attenzione specifica a mettere in luce i singoli fattori di successo sia a livello micro sia macro.

INDICATORI DI PERFORMANCE PER L'ATTUAZIONE DI POLITICHE DI PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

Negli ultimi decenni sono emersi numerosi programmi di prevenzione e promozione della salute, ciascuno dei quali differisce per la varietà di professionisti sanitari e sociali coinvolti e per i cittadini destinatari degli interventi: individui sani esposti a fattori di rischio per i programmi di promozione della salute e prevenzione primaria, pazienti cronici per i livelli successivi di prevenzione; ciascuno di questi gruppi è portatore di obiettivi e bisogni diversi. Inoltre, i programmi di prevenzione e promozione della salute differiscono per natura, in relazione agli strumenti organizzativi, educativi e finanziari adottati. Pertanto, gli indicatori per valutare l'efficacia degli interventi di prevenzione e promozione della salute sono molteplici e vengono qui raggruppati in tre categorie principali, distinguendo tra indicatori dal lato della domanda, dal lato dell'offerta e indicatori sistemici.

Indicatori di domanda

Per quanto riguarda gli indicatori dal lato della domanda, il primo insieme di indicatori si basa sui bisogni, sul coinvolgimento e sugli stili di vita degli *stakeholder*. Dal punto di vista dei bisogni degli utenti, gli indicatori di deprivazione sociale e di dipendenza funzionale sono cruciali per determinare il successo di qualsiasi intervento. In questo contesto, le azioni volte a migliorare le performance non possono limitarsi all'erogazione di servizi sanitari, poiché altri fattori, al di fuori del controllo dei programmatori sanitari, esercitano una forte influenza sullo stato di salute dei cittadini. Pertanto, per attuare politiche di prevenzione e promozione della salute efficaci, è necessario promuovere cambiamenti nell'intero sistema sociale e sanitario, superando la frammentazione delle singole iniziative nei diversi ambiti che ostacola l'integrazione e rende più difficile il coinvolgimento dei principali *stakeholder*.

Nel sistema sociale, le innovazioni sono spesso meno strutturate rispetto a quelle nell'ambito dei servizi sanitari, il che limita il coinvolgimento degli utenti¹ e di

altri *stakeholder* nel processo di trasformazione degli interventi tradizionali verso modelli più coerenti con i bisogni di salute e con le caratteristiche del sistema sociale ed economico circostante. Pertanto, la costruzione di ecosistemi dell'innovazione, secondo il modello della quadrupla elica (*quadruple helix framework*),² nel quale si sviluppano partenariati multi-*stakeholder* orientati allo scambio di conoscenze, al trasferimento tecnologico e al *decision-making* partecipativo, costituisce un solido modello per favorire lo sviluppo di interventi condivisi e partecipati. Ciò peraltro consente agli ecosistemi di garantire la sostenibilità e l'efficacia delle iniziative volte a migliorare le politiche di prevenzione e promozione della salute. In questo contesto, i decisori pubblici necessitano di indicatori specifici per misurare la capacità di sviluppare innovazioni efficaci nei diversi territori e, una volta definiti gli ecosistemi, per valutarne l'impatto ed eventuali ridefinizioni. Per misurare l'efficacia degli ecosistemi dell'innovazione, gli indicatori possono essere suddivisi a livello macro, meso e micro.³⁻⁵

Nonostante l'attuale scenario di invecchiamento e la rapida crescita delle multimorbidità, la maggior parte dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) esistenti rimane specifica per singole patologie, con un'attenzione limitata alla prevenzione precoce e alla promozione della salute. Per promuovere la longevità e migliorare la qualità della vita negli anziani, un approccio fondato sulle abitudini di vita rappresenta una delle strategie più efficaci. Di conseguenza, sviluppare un percorso preventivo che favorisca un invecchiamento sano, con particolare attenzione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari, costituisce al tempo stesso una sfida e un'importante opportunità.⁶

Uno dei primi questionari utilizzabili per monitorare lo stato di salute e la relativa efficacia del percorso preventivo nella riduzione del rischio cardiovascolare è il questionario del "Progetto Cuore", promosso dall'Istituto Superiore di Sanità, che considera indicatori rilevanti

quali pressione arteriosa, colesterolemia, BMI, presenza di diabete e abitudini al fumo di sigaretta.⁷ Parallelamente è fondamentale monitorare la fattibilità e l'efficacia del percorso tramite scale che indagano gli stili di vita del soggetto – in particolare miglioramenti nei livelli di attività fisica attraverso l'International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)⁸ – e l'aumento dell'aderenza alla dieta mediterranea che viene stimato mediante scale standardizzate di aderenza alla dieta mediterranea (MEDAS), che rilevano la frequenza e la qualità del consumo degli alimenti chiave.⁹ Attraverso scale psicometriche (PSS-10), si dovrebbe poi misurare la riduzione dello stress percepito.¹⁰ Infine, l'aumento della motivazione al cambiamento delle abitudini di vita è misurato utilizzando MAC2-AL e MAC2-AF,¹¹ che forniscono indicatori della disponibilità al cambiamento o della capacità di attivare e mantenere comportamenti salutari nel tempo, basandosi sul modello trans-teorico di Prochaska e Di Clemente.¹² Anche nell'ambito dei percorsi clinici per pazienti cronici, l'utilizzo di indicatori del coinvolgimento dei pazienti nell'uso degli strumenti e delle piattaforme digitali messi a disposizione nei percorsi è diventato una pratica consolidata al fine di stimare l'aderenza nel lungo periodo e migliorare il monitoraggio a distanza, soprattutto in contesti con risorse limitate. Questi indicatori includono la percentuale di utenti che accedono regolarmente alla piattaforma, la frequenza degli accessi, il grado di completamento dei moduli digitali, la ricezione di riscontri personalizzati e l'utilizzo delle funzioni di monitoraggio.

Sempre dal lato della domanda, l'aderenza dei principali *stakeholder* alle linee guida cliniche rappresenta un'informazione cruciale per i decisori. Infatti, anche se un certo livello di tutela della salute costituisce una priorità per la maggior parte degli individui, questi spesso si discostano dalle linee guida raccomandate, non solo nei contesti di promozione della salute, ma anche nei programmi strutturati di prevenzione per le malattie croniche. Pertanto, è essenziale misurare il livello di non aderenza e identificare i gruppi a più alto rischio di non aderenza per progettare adeguatamente qualunque intervento. Per esempio, i programmi di screening oncologico rappresentano una delle forme di prevenzione più diffuse, favorendo la diagnosi precoce di patologie gravi. Oltre alla riduzione della mortalità, questi programmi preventivi sembrano indurre un aumento nell'utilizzo di altri servizi sanitari, determinato da effetti di *spillover*, quali una maggiore alfabetizzazione sanitaria, una più ampia esposizione ai professionisti della salute con la possibilità di discutere altri sintomi e un crescente senso di urgenza.¹³ Anche gli indicatori degli effetti differenziali dello screening tra uomini e donne sono fondamentali, poiché la letteratura mostra che l'impatto del sottoporsi a screening oncologici aumenta la probabilità di uso appropriato dei

servizi di assistenza primaria soprattutto tra le donne, in particolare nei gruppi a basso reddito.¹⁴ Gli effetti dello screening in termini di mortalità e di utilizzo dei servizi sanitari risultano particolarmente rilevanti per i gruppi vulnerabili e ad alto rischio (basso reddito, bassi livelli di istruzione e/o elevato numero di morbidità).¹³ Inoltre, quando persone socialmente svantaggiate sono coinvolte in interventi di prevenzione e promozione della salute, i decisori dovrebbero considerare la possibile presenza di un *bias* di avversione alla perdita, ossia la tendenza degli individui a non aderire alle linee guida cliniche o a rifiutare trattamenti raccomandati per timore di perdere benefici economici derivanti dal proprio status di salute.¹⁵ Pertanto, per aumentare la sostenibilità del sistema, i decisori dovrebbero definire prioritariamente un insieme di indicatori in grado di misurare come i diversi gruppi reagiscono all'implementazione delle misure di prevenzione, includendo anche indicatori dei potenziali guadagni e perdite per i gruppi a basso reddito. Ciò consentirebbe di affrontare le questioni di equità e, al contempo, monitorare e migliorare l'efficacia degli interventi.

Indicatori di offerta

Dal lato dell'offerta, i professionisti sono essenziali per una corretta applicazione di qualsiasi politica di prevenzione e promozione della salute. La letteratura economica ha riconosciuto la necessità di considerare con attenzione i microincentivi che interessano i professionisti coinvolti e di adottare interventi formativi specifici e modelli organizzativi in grado di allineare maggiormente gli obiettivi dei professionisti con i principali obiettivi dei decisori. Anche se le linee guida sono proposte con una prospettiva *top-down*, sono i singoli professionisti che devono darne applicazione in stretto rapporto con le persone che ne hanno bisogno. Di conseguenza, il coinvolgimento di professionisti in interventi formativi è una modalità ampiamente adottata per migliorarne consapevolezza e competenze. Infatti, sono state identificate diverse barriere che possono ostacolare i professionisti nel fornire informazioni e consigli sulla promozione della salute e sui comportamenti preventivi; barriere che potrebbero essere ridotte mediante interventi formativi.¹⁶ Per esempio, tali interventi possono migliorare indirettamente la diffusione delle vaccinazioni attivando corsi su come superare le barriere psicologiche alla vaccinazione e cogliere precocemente i segnali di resistenza alla vaccinazione. Alcuni degli indicatori rilevanti per misurare il successo di interventi educativi sui professionisti sono il numero di vaccini ordinati¹⁷ e ancor più la percentuale di vaccinazioni effettuate sul totale di quelle offerte. Di utilità più limitata sono i tassi di vaccinazione sulla popolazione seguita, poiché, anche se i profes-

sionisti adottano una strategia incisiva per promuovere il comportamento corretto, i pazienti alla fine decidono autonomamente se aderire e, soprattutto in alcune aree/gruppi, gli esiti finali possono variare in modo significativo per circostanze al di fuori del controllo dei professionisti.

La carenza di competenze digitali tra i professionisti potrebbe rappresentare un problema significativo, poiché alcuni programmi di prevenzione e promozione della salute coinvolgono in modo crescente il telemonitoraggio e altre forme di telemedicina.¹⁸ Pertanto, i decisori devono considerare indicatori di competenza digitale a partire da quelli fondamentali per l'applicazione di nuovi percorsi clinici supportati digitalmente. Ciò è ancor più rilevante alla luce della crescente personalizzazione di ogni intervento sociale e sanitario, il che implica che tutti gli interventi debbano essere valutati anche per la loro capacità di adattare contenuto, modalità di erogazione e tempistiche ai bisogni e ai profili di rischio specifici degli individui utilizzando gli strumenti di analisi e supporto digitale. La capacità di fornire cure personalizzate, quindi, è generalmente valutata attraverso misure di innovazione digitale, tra cui l'uso di strumenti di stratificazione del rischio, nonché l'utilizzo di altri strumenti di analisi sofisticata dei dati per supportare l'aderenza alle linee guida e il monitoraggio delle condizioni e degli accessi ai servizi dei singoli pazienti.⁶

Poiché la maggior parte degli interventi di prevenzione e promozione della salute si svolge nell'ambito delle cure primarie, i decisori pubblici necessitano di indicatori degli effetti dei nuovi modelli organizzativi che prevedono l'interazione tra professionisti diversi. Per esempio, per comprendere l'efficacia di questi modelli, è essenziale considerare il numero e la percentuale di medici di medicina generale (MMG) che decidono di aderirvi (per esempio, lavorando nelle case della comunità) e la forma organizzativa dalla quale provengono (studio singolo, in gruppo o in rete).¹⁹ Inoltre, è importante analizzare la quota di MMG che lavorano in aree a scarsa densità abitativa e/o la quota di pazienti pluripatologici nelle loro liste. Questo tipo di indicatori è cruciale, perché i nuovi modelli organizzativi possono influenzare in modo decisivo l'aderenza degli MMG e degli altri professionisti alle linee guida cliniche.

L'aderenza alle linee guida, peraltro, è spesso condizionata anche da altri incentivi e la letteratura economica mette in risalto le ragioni che portano a deviare dalle stesse.²⁰ In particolare, in un programma per la gestione di malattie croniche in cui i MMG interagiscono con specialisti di diverse discipline, l'aderenza alle linee guida sull'arruolamento in un percorso strutturato è influenzata dal grado di competizione tra i MMG, così come da altri fattori, quali il loro coinvolgimento diret-

to nella progettazione del programma. Anche la competizione interprofessionale è un elemento da considerare, poiché la multidisciplinarietà è riconosciuta come un fattore chiave per rafforzare la capacità di rispondere ai bisogni di salute complessi attraverso interventi coordinati, riducendo la frammentazione e migliorando la continuità delle cure.^{6,21} Tuttavia, al crescere delle discipline e delle professioni coinvolte in tali programmi, aumentano anche le possibilità di comportamenti non pienamente collaborativi dovuti anche alla competizione tra professionisti per la leadership del programma. Vi sono, quindi, indicatori utili a valutare la complessità organizzativa che includono il numero di professionisti e professioni coinvolti, la composizione dei team, la frequenza delle riunioni interprofessionali e gli esiti delle indagini di clima rivolte ai professionisti. Infine, anche la scelta degli strumenti formali utilizzati per dare indicazioni ai professionisti può avere un effetto nel determinare il loro grado di aderenza. Per esempio, nel caso delle indicazioni in merito alla prescrizione di farmaci generici e non di marca da parte dei MMG, la letteratura ha messo in luce che, pur in contesto di difficile monitoraggio, vi sia maggiore aderenza quando le indicazioni del programmatore sono prescrittive piuttosto che quando sono attuate attraverso strumenti di *soft law*.²²

Gli indicatori relativi all'impiego di incentivi monetari a supporto di programmi di prevenzione sono importanti dato il loro uso frequente per migliorare l'aderenza alle linee guida tra i professionisti.²³ Per esempio, in diversi contesti, i MMG che accettano di partecipare a programmi di cure integrate per la gestione di pazienti cronici ricevono incentivi monetari. La letteratura economica ha mostrato che questi incentivi alla presa in carico possono incidere in modo significativo sui consumi sanitari e sugli esiti di salute dei pazienti. Inoltre, le decisioni dei MMG in tema di arruolamento di pazienti cronici nei programmi integrati possono essere influenzate da valutazioni sul rischio di perdere pazienti in un sistema in cui i MMG sono remunerati a quota capitaria.²⁰ Per considerare il potenziale effetto degli incentivi economici, i programmatori dovrebbero dotarsi di strumenti per valutare la struttura e il grado di concorrenza presente nell'offerta dei servizi delle cure primarie. Più in generale, nella progettazione di interventi volti a migliorare l'aderenza dei professionisti a nuovi programmi di intervento, i programmatori, oltre ai percorsi di formazione ai meccanismi di *nudge*, non dovrebbero sottovalutare il tema della compatibilità degli incentivi individuali ai professionisti. Programmi che non allineano in alcun modo gli obiettivi generali agli incentivi individuali presenteranno seri problemi di applicazione, mentre un affidamento eccessivo su tali incentivi potrebbe generare una concentrazione sproporzionata e disfunzionale sulle sole attività direttamente incentivate a scapito degli obiettivi di sistema.

Indicatori di sistema

L'ultimo set è costituito da indicatori di sistema che mirano a cogliere gli effetti dei macrointerventi di prevenzione e promozione della salute che riguardano sia la domanda sia l'offerta di servizi sociali e sanitari. Gli indicatori di precisione nella selezione dei casi sono essenziali per valutare la selettività e la specificità degli interventi, poiché vi possono essere individui arruolati che non soddisfano i requisiti previsti dal programma, così come individui idonei che non sono stati arruolati (cfr. Glasgow et al.²⁴ e Bean et al.²⁵). Per progettare e implementare un intervento efficace, in grado di intercettare prioritariamente gli individui in modo appropriato, è necessario avvalersi degli indicatori – sanitari e sociali – essenziali per una corretta stratificazione della popolazione.

Nel corso dell'ultimo decennio, sono stati implementati diversi modelli organizzativi basati su approcci integrati di cura per la gestione dei pazienti cronici. In particolare, sistemi sanitari come il SSN, che presentano un'integrazione verticale tra i diversi livelli di assistenza e che hanno posto una forte enfasi sulle cure primarie, sembrano rispondere meglio – *ceteris paribus* – ai bisogni dei pazienti pluripatologici.²⁶ Per valutare la capacità del sistema nel suo complesso di riorganizzarsi intorno alle cure primarie e intermedie riducendo il ricorso ai servizi ospedalieri, i decisori devono poter contare sulla piena integrazione tra le diverse banche dati che misurano i consumi sanitari nei diversi ambiti di cura, con particolare riferimento al potenziamento dei dati che integrano interventi sociali e sanitari nei programmi di prevenzione.

Per esempio, i programmi che si basano sul ruolo degli infermieri di famiglia e di comunità, che, integrandosi con gli assistenti sociali, devono supportare individui fragili a domicilio e/o in strutture intermedie,²⁷ dovrebbero essere accompagnati da nuovi investimenti in dataset specifici. Infatti, solo attraverso una mappatura più precisa della presenza e delle attività effettivamente svolte da questi professionisti i decisori possono comprendere il loro probabile impatto sull'aderenza alle linee guida cliniche,²⁸ sull'uso appropriato dei servizi offerti nell'ambito delle cure primarie e, in ultima analisi, sullo stato di salute della popolazione supportata. Altri programmi prevedono un ruolo centrale per il personale infermieristico nel sensibilizzare azioni di prevenzione, in particolare nelle campagne di screening: anche

RACCOMANDAZIONI CHIAVE

Per valutare complessivamente gli esiti degli interventi di prevenzione e promozione della salute, è necessario disporre di diversi indicatori di performance. Per comprendere meglio gli attori e i gruppi potenzialmente coinvolti e analizzarne l'impatto, è utile raggruppare tali indicatori secondo tre prospettive: lato della domanda, lato dell'offerta e livello sistemico. Solo un ampio insieme di indicatori consente ai decisori pubblici di considerare i molteplici effetti sanitari e sociali, così come i diversi interessi e aspettative in gioco. Una priorità nella definizione e nell'adozione di questi indicatori è la disponibilità di dataset integrati e validati, fondamentali per comprendere l'impatto complessivo di questi programmi.

per questi programmi è importante poter disporre di indicatori provenienti da diverse banche dati che consentano di verificarne gli effetti di medio-lungo periodo anche in termini di diminuzione della pressione sui sistemi di assistenza acuta ed emergenziale.²⁹

Questi risultati rafforzano la raccomandazione a utilizzare, in modo più sofisticato e sistematico, i dataset oggi a disposizione per seguire nel tempo gli effetti dei nuovi programmi di prevenzione e promozione della salute. Solo in questo modo sarà possibile acquisire le informazioni necessarie per una valutazione rigorosa degli interventi che porti a una decisione consapevole sull'opportunità di modificarli o di consolidarli all'interno del sistema sanitario.

Bibliografia

- DeMonaco H, Oliveira P, Torrance A, Von Hippel C, Von Hippel E. When patients become innovators. *MIT Sloan Manag Rev*. Wiesbaden, Springer Gabler, 2020;60:121-29. doi: 10.1007/978-3-658-27241-8_9
- Malva JO, Amado A, Rodrigues A et al. The quadruple helix-based innovation model of reference sites for active and healthy ageing in Europe: The Ageing@Coimbra case study. *Front Med (Lausanne)* 2018;5:132. doi: 10.3389/fmed.2018.00132
- Mercurio L, Ricciardelli A. Building innovation: management mechanisms for ageing and health policy. Springer international 2025.
- Ricciardelli A, Mercurio L, Salvatore C. Advancing quadruple helix theory for health systems innovation: evidence from Ageing@Coimbra. *BMC Health Serv Res* 2025;25(1):1346. doi: 10.1186/s12913-025-13450-w
- Mercurio L, Todisco L, Tomo A. Innovation in healthcare systems: the quadruple helix model supporting "medical humanities" approaches. In: Bernardi A, Lusardi R, Angeli F, Quacquarelli B (eds). *Organization Studies and Medical Humanities. A New Lens for Organizing, Managing and Understanding Health and Healthcare*. Routledge Book 2026.
- Masini A, Cherasco N, Conti A, Pighini I, Barone-Adesi F, Panella M. Preventive Pathways for Healthy Ageing: A Systematic Literature Review. *Geriatrics (Basel)* 2025;10(1):31. doi: 10.3390/geriatrics10010031
- Palmieri L, Panico S, Vanuzzo D et al. La valutazione del rischio cardiovascolare globale assoluto: il punteggio individuale del Progetto CUORE. *Ann Ist Super Sanita* 2004;40(4):393-99.
- Mannocci A, Di Thiene D, Del Cimmuto A, Masala D, Boccia A, De Vito E. International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. *Italian Journal of Public Health* 2010;7(4):369-76. doi: 10.2427/5694
- García-Conesa MT, Philippou E, Pafilas C et al. Exploring the Validity of the 14-Item Mediterranean Diet Adherence Screener (MEDAS): A Cross-National Study in Seven European Countries around the Mediterranean Region. *Nutrients* 2020;12(10):2960. doi: 10.3390/nu12102960
- Lee EH. Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2012;6(4):121-27. doi: 10.1016/j.anr.2012.08.004
- Spiller V, Scaglia M, Meneghini S, Vanzo A. Assessing motivation for change toward healthy nutrition and regular physical activity. Validation of two sets of instruments. *Med J Nutrition Metab* 2009;2:41-47. doi: 10.1007/s12349-009-0044-5/METRICS
- Prochaska JO, Diclemente CC. The Transtheoretical Approach. In: Norcross JC, Goldfried MR (eds). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Oxford University Press 2005; pp. 147-71. doi: 10.1093/MED:PSYCH/9780195165791.003.0007
- Dhingra A, Fiorentini G, Connelly L. The impact of individuals' preventive behaviours on health and healthcare utilisation. *Econ Hum Biol* 2025;57:101486. doi: 10.1016/j.ehb.2025.101486
- Dhingra A, Fiorentini G, Connelly L. Prevention, Healthcare Use and Health Outcomes: Evidence from Couple-Level Data. working paper, DSE-UNIBO, 2025.
- Giachello M, Loporatti L, Levaggi R, Montefiori M. The illness trap: The impact of disability benefits on willingness to receive HCV treatment. *Econ Hum Biol* 2024;52:101352. doi: 10.1016/j.ehb.2024.101352
- Patja K, Huis in 't Veld T, Arva D et al. Health promotion and disease prevention in the education of health professionals: a mapping of European educational programmes from 2019. *BMC Med Educ* 2022;22(1):778. doi: 10.1186/s12909-022-03826-5
- Wennekes MD, Almási T, Eilers R et al. Effectiveness of educational interventions for healthcare workers on vaccination dialogue with older adults: a systematic review. *Arch Public Health* 2024;82(1):34. doi: 10.1186/s13690-024-01260-1
- Kulju E, Jarva E, Oikarinen A, Hammarén M, Kanste O, Mikkonen K. Educational interventions and their effects on healthcare professionals' digital competence development: A systematic review. *Int J Med Inform* 2024;185:105396. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2024.105396
- Lippi Bruni M, Ugolini C, Verzulli R, Leucci AC. The impact of Community Health Centers on inappropriate use of emergency services. *Health Econ* 2023;32(2):375-94. doi: 10.1002/hec.4625
- Fiorentini G, Connelly LB. Compliance with clinical guidelines: the role of incentives and competition between practitioners. *Eur J Health Econ* 2025;26(8):1487-502. doi: 10.1007/s10198-025-01784-5/TABLES/3
- Masini A, Pighini I, Conti A, Isabella A, Cherasco N, Panella M. What is the Current Knowledge and Experience on Preventive Pathway for Healthy Ageing in Italy? A Scoping Review. *Ann Ig* 2024;37(4):465-78. doi: 10.7416/AI.2024.2669
- Dhingra A, Fiorentini G, Fouda A, Moy N. Tough versus Soft Regulations to Promote Generic Medications in Italy. *Eur J Health Econ* 2025; In press. doi: 10.1007/s10198-025-01826-y
- Iezzi E, Lippi Bruni M, Ugolini C. The role of GP's compensation schemes in diabetes care: Evidence from panel data. *J Health Econ* 2014;34:104-20. doi: 10.1016/j.jhealeco.2014.01.002
- Glasgow RE, McKay HG, Piette JD, Reynolds KD. The RE-AIM framework for evaluating interventions: what can it tell us about approaches to chronic illness management? *Patient Educ Couns* 2001;44(2):119-27. doi: 10.1016/S0738-3991(00)00186-5
- Bean C, Dineen T, Locke SR, Bouvier B, Jung ME. An Evaluation of the Reach and Effectiveness of a Diabetes Prevention Behaviour Change Program Situated in a Community Site. *Can J Diabetes* 2021;45(4):360-68. doi: 10.1016/J.CJCD.2020.10.006
- Fiorentini G, Mentzakis E, Moy N, Paolucci F. Understanding healthcare systems responses to the rise of multimorbidity and its impact on health outcomes in Europe. Working paper, DSE-UNIBO. Anno?
- Dhingra A, Fiorentini G, Connelly L. Community-Based Nursing Programs, Health and Healthcare Use. Working paper, DSE-UNIBO. 2025.
- Giachello M, Ugolini C, Verzulli R. Diabetes Management in an Ageing Society: The Role of Nursing Support in Primary Care. *J Econ Ageing* 2026;34:100617. doi: 10.1016/j.jjeoa.2025.100617
- Rashidi M, Connelly LB, Fiorentini G. Exogenous Disruptions and Changes in the Pattern of Healthcare Services Use. Working paper, DSE-UNIBO, 2025.

4 POLITICHE TERRITORIALI IN UN PAESE DI LONGEVI VERSO UN **POLICY MAKING** **MULTILIVELLO E PARTECIPATO**



Laura Formenti¹, Maria Vittoria Bufali², Davide Cino¹, Amelia Compagni³, Francesca Donati⁴, Francesca Romana Loberto¹, Davide Lucantoni⁵, Marialuisa Marzullo⁶, Cristina Mele⁶, Tiziana Nazio⁴, Andrea Principi⁵

¹ Dipartimento di Scienze Umane per la Formazione "Riccardo Massa", Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano

² Università Bocconi, Milano

³ Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche Università Bocconi, Milano

⁴ Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale, Vercelli

⁵ Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento, IRCCS INRCA, Ancona

⁶ Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni, Università di Napoli "Federico II", Napoli

Corrispondenza: Laura Formenti;
laura.formenti@unimib.it

Sintesi

● Questo *policy brief* affronta le sfide dell'implementazione a livello locale delle politiche sociali e sanitarie per un invecchiamento sano, attivo e significativo. L'analisi interdisciplinare della letteratura sulle transizioni nella longevità e una ricerca sul campo che ha coinvolto cittadini e stakeholder di aree interne in tre Regioni italiane hanno messo in luce possibili risposte a queste sfide. Le nuove politiche sanitarie e sociali, infatti, mirano alla realizzazione a livello locale di un sistema di welfare integrato, coordinato verticalmente attraverso piani nazionali, regionali e territoriali e orizzontalmente attraverso un sistema di interventi, servizi e azioni intersettoriali volte a garantire la salute, il benessere e l'inclusione dei cittadini di tutte le età e condizioni.

● I concetti-chiave di personalizzazione, partnership e partecipazione, che dovrebbero caratterizzare tali politiche, risultano però di difficile implementazione per motivi strutturali, socioeconomici e culturali. L'approccio partecipato e multilivello qui proposto crea ponti tra verticalità e orizzontalità, tra dimensioni formali e informali della vita comunitaria, tra apprendimenti e scelte personali e necessarie trasformazioni collettive e istituzionali, per offrire ai *policy maker* metodi, dati e *feedback* dal basso, coinvolgendo cittadini e *stakeholder* nei processi di supporto all'invecchiamento sano, attivo e significativo. Sono quindi suggerite azioni concrete nell'ambito dell'educazione e della formazione, della pianificazione territoriale, dell'alleanza tra *stakeholder* con missioni e responsabilità diverse e, soprattutto, della valorizzazione di una cultura positiva dell'invecchiamento, nella quale i/le cittadini/e over 65 e più sono visti/e come risorse preziose per la comunità locale e per il Paese.

ALLINEARE LE POLITICHE SANITARIE E SOCIALI AI BISOGNI EMERGENTI: PERSONALIZZAZIONE, PARTNERSHIP E PARTECIPAZIONE

Gli studi internazionali e nazionali sull'invecchiamento sano e attivo mostrano i rischi di uno scollamento tra le intenzioni del legislatore e i processi a livello locale.¹ La frammentazione delle politiche, l'eterogeneità dei territori, la mancanza di raccordo tra livelli di implementazione e le resistenze strutturali e culturali del Paese rallentano l'innovazione sociale, provocano inefficienze e spreco di risorse, ostacolano la realizzazione delle riforme. **Personalizzazione, partnership e partecipazione** sono principi cardine, ma anche sfide cruciali delle politiche europee² e nazionali³, orientate alla territorialità, ma lontane dalla piena realizzazione, sia in ambito sanitario (DM 77/2022)⁴ sia nell'agenda per l'Active Aging, ancora in attesa di un piano nazionale. Questi principi non operano in modo isolato: la personalizzazione richiede *partnership* solide e si realizza pienamente solo in un contesto partecipato.

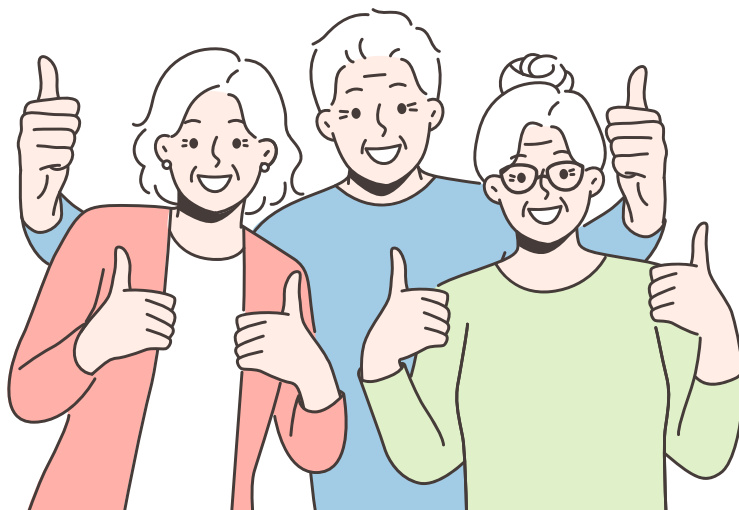
Personalizzare significa conoscere le reali condizioni di vita e attivare dispositivi rispettosi dell'eterogeneità della popolazione anziana e dei modi di invecchiare in territori specifici. Le riforme top-down, improntate alla standardizzazione e a un falso principio di equità, si scontrano con la necessità di adattare nuove regole al sistema reale. Nelle aree interne,⁵ i modi dell'invecchiare sono plasmati da fattori economici, socioculturali e biografici che agiscono sulle traiettorie individuali, esponendo i cittadini più fragili a forme di esclusione e difficoltà d'accesso ai servizi, se non vero e proprio abbandono da parte dello Stato.

La **partnership** tra attori diversi con responsabilità e obiettivi specifici si realizza attraverso tavoli istituzionali e reti che, ove esistenti, non sempre riescono a funzionare in modo efficace, vuoi per mancanza di visione comune, metodo, dati coerenti e condivisi, vuoi per una cultura diffusa della separazione delle competenze, che ostacola il dialogo intersettoriale. Se la presenza di organismi formali di *governance* va incoraggiata in quanto ritenuti strumenti indispensabili al raccordo tra politiche e interventi, essi dovrebbero avvalersi di metodi

condivisi ed efficaci, disporre di dati aggiornati, completi e confrontabili e misure di monitoraggio e valutazione delle politiche implementate.

La **partecipazione** dei senior «si riferisce al loro coinvolgimento attivo in un'ampia gamma di attività, che includono tempo libero, eventi culturali, volontariato, impegno politico e interazioni sociali. La partecipazione contribuisce al benessere, al senso di appartenenza e alla qualità della vita delle persone anziane. Arricchisce le comunità tramite la condivisione di conoscenze, esperienze e prospettive differenti. Favorendo la partecipazione, le società possono creare ambienti nei quali le persone anziane si sentono valorizzate ed *empowered*» (<https://ageing-policies.unecce.org/themes/13>). Per superare l'ageismo diffuso e sviluppare una cultura positiva dell'invecchiamento, la partecipazione dovrebbe essere un valore perseguito da tutti, per tutte le età. La reciprocità, il dialogo, la solidarietà sociale, l'inclusione e la responsabilizzazione di tutti/e, a prescindere dal profilo socioeconomico o dal livello di bisogno, sono prerequisiti della vita democratica di una comunità.

Il contributo propone un approccio metodologico, con il valore aggiunto della ricerca, per ridurre il *gap* tra policy e pratiche territoriali favorendo la co-progettazione e il monitoraggio partecipato delle politiche locali.



ACCOMPAGNARE LE TRANSIZIONI NELLE AREE RURALI

Obiettivi e metodo

Nell'ambito del progetto "Age-It – Ageing well in an ageing society" – più precisamente nello Spoke 10, *working package* numero 5 (WP5) –, una ricerca interdisciplinare *territory-based* ha indagato le condizioni per una reale applicazione dei principi di personalizzazione, *partnership* e partecipazione a livello locale, proponendo un metodo dal basso (*policy feedback*) volto ad allineare le politiche sociali e sanitarie ai bisogni della popolazione lungo il processo di invecchiamento.

Il concetto di transizione ha consentito di leggere come si intrecciano diversi livelli: le transizioni che caratterizzano il corso di vita delle persone (microlivello) e che definiscono un'eterogeneità di bisogni, interessi e desideri emergenti della popolazione che invecchia; i territori, che affrontano transizioni demografiche, socioeconomiche, organizzative rilevanti attraverso le politiche locali (mesolivello), con sensibilità e consapevolezza diverse verso questa popolazione e che dipendono a loro volta dalle macro-transizioni (demografica, digitale, ecosistemica eccetera) determinate dalle politiche a livello nazionale e sovranazionale.

La scelta dei ricercatori è caduta su piccoli centri delle aree interne, poco attenzionate dalla politica (pur essendo il 48,5% dei comuni italiani), ma abitate dal 24,5% della popolazione e con una percentuale di anziani più alta della media nazionale.^{6,7} Una popolazione sempre più longeva ma eterogenea richiede in queste aree attenzioni specifiche, risposte e soluzioni peculiari e commisurate al contesto.

Promuovere l'invecchiamento sano, attivo e significativo in queste aree più lontane e meno servite dai servizi pubblici significa accompagnare la collettività, dunque non solo le persone anziane, verso una maggiore consapevolezza, partecipazione e solidarietà intergenerazionale. La ricerca ha coinvolto, quindi, tutti gli *stakeholder* (cittadini, amministratori locali, servizi sanitari, culturali, associazioni ed enti del terzo settore) con un duplice intento: fornire ai decisori e *policy maker* informazioni dal basso, articolate e contestualizzate, e innescare processi trasformativi nella comunità locale proprio grazie alle scelte metodologiche effettuate e al loro impatto sui processi in corso.

Lo studio si è avvalso di metodi qualitativi (interviste a

134 cittadini, uomini e donne over 65) e partecipativi (12 incontri di ricerca cooperativa, 12 di co-design di servizi e 6 di sintesi e restituzione) in 6 Comuni situati in aree rurali (Morfasso e Vernasca in Val d'Arda, Meana di Susa e Mattie in Val di Susa, Liveri e Terzigno nella cintura vesuviana), con l'obiettivo di illuminare le sfide sopra elencate e identificare possibili risposte.

La ricerca ha evidenziato le condizioni singolari, di carattere strutturale, culturale, socioeconomico e organizzativo, che ostacolano o favoriscono l'implementazione di politiche locali sensibili all'invecchiamento della popolazione e rispondenti ai bisogni reali. Le domande di ricerca, dunque, corrispondono a interrogativi reali che i *policy maker* dovrebbero porsi e porre ai loro cittadini e interlocutori:

- Quali **esperienze, rappresentazioni, bisogni e desideri** vengono espressi dai cittadini che vivono le transizioni dell'invecchiamento, quali il pensionamento, il cambio di residenza, problemi di salute e/o impegni di cura verso familiari e conoscenti, lutti, perdita di autonomia (per esempio, patente), nascita di nuovi interessi e/o abbandono di attività precedenti, potenziale isolamento sociale e solitudine e costruzione di nuove relazioni, perdita o cambio di abitudini nella mobilità (dal guidare l'auto all'uso di mezzi pubblici), e così via?

- Quali sono **le possibilità e gli ostacoli** che emergono dalle interazioni tra i comportamenti e le scelte individuali (traiettorie biografiche), le risorse, i servizi, le reti e i gruppi presenti nella comunità, di carattere formale e informale, e i vincoli derivanti dal sistema più ampio (leggi, politiche regionali e nazionali)?

Queste domande sono state esplorate nei sei territori, ciascuno con specifiche caratteristiche geografiche, socioculturali, economiche, collocati in tre Regioni (Emilia-Romagna, Piemonte e Campania) che presentano a loro volta politiche sociali, sanitarie, economiche, culturali, del turismo, dei trasporti differenti. Lo studio si è concluso, in ciascuno dei 6 Comuni coinvolti, con momenti collettivi di riflessione e co-progettazione centrati sulle azioni positive emergenti dal processo di ricerca. Successivamente, attraverso specifici *workshop* volti alla disseminazione dei risultati e alla verifica della possibilità di ampliare e scalare le proposte all'intero territorio regionale, sono stati coinvolti i governi regionali; più precisamente, gli strumenti di *governance* partecipativi attivati

dalle Regioni. Per esempio, la Regione Emilia-Romagna ha coinvolto il Gruppo Tecnico Misto Anziani (*workshop* del 14 novembre 2025), mentre la Regione Piemonte ha coinvolto la Cabina di Regia, che ha compiti consultivi e propositivi in materia di invecchiamento attivo (*workshop* del 21 novembre 2025). L'obiettivo di questi *workshop* non è solo informare le policy regionali, ma far arrivare la voce dei territori, partendo dal basso, fino al livello nazionale (Piano nazionale per l'invecchiamento attivo). Questo modo di procedere ha messo in luce vincoli, ostacoli e possibilità nelle aree interne selezionate e il ruolo cruciale degli amministratori locali, chiamati a farsi carico di una politica sensibile ai bisogni emergenti, nell'interlocuzione orizzontale e verticale con gli altri *policy maker* e decisori. Gli amministratori locali sono spesso frenati da vincoli economici (mancanza di risorse proprie a livello locale, specialmente nei comuni con fasce di reddito medio basse), strutturali (mancanza di infrastrutture per l'organizzazione di iniziative e azioni rivolte all'invecchiamento attivo, mancanza di personale amministrativo e prevalenza di personale volontario che dedica il proprio tempo libero agli impegni comunali) e culturali (chiusura, localismo, tradizionalismo, abbandono del patrimonio materiale e immateriale, mancanza di risorse per l'apprendimento permanente di tutta la cittadinanza). La ricerca ha messo in evidenza i seguenti punti di attenzione:

1 *Equità negli approcci alla profilazione dei bisogni: valorizzare/riconoscere l'eterogeneità della popolazione e delle traiettorie di invecchiamento*

Disporre di dati aggiornati, coerenti e utili alla profilazione dei bisogni è uno strumento prezioso di programmazione territoriale, ancora sottoutilizzato e con problemi di coordinamento tra settori. Tuttavia, è necessario favorire approcci alla profilazione del bisogno che non riproducano o acuiscono le disuguaglianze e che permettano di cogliere dimensioni realmente significative per le persone che vivono l'invecchiamento. I modelli dominanti, infatti, risentono di *bias* urbanocentrici,⁸ privilegiano la maggioranza^{9,10} e non rappresentano adeguatamente la pluralità delle traiettorie e dei percorsi di invecchiamento, in particolare dei soggetti più a rischio, che non hanno voce e non possiedono le risorse, le esperienze e le conoscenze atte a promuovere un invecchiamento sano e attivo.¹¹ Molte scale di misura sono esclusivamente formulate nella prospettiva dei professionisti della salute e non consentono di rilevare altre dimensioni significative della vita quotidiana e comunitaria, con il rischio di sovrastimare o di sottostimare alcuni bisogni.

Se disporre di dati raccolti sistematicamente consente di misurare le tendenze in maniera relativamente facile e poco costosa, per evitare una semplificazione eccessiva e una sottostima dei bisogni di cittadini che non si rapportano con i servizi,¹² è opportuno integrarli con misure e azioni ad hoc^{10,13} che diano il giusto riconosci-

mento all'eterogeneità delle caratteristiche della popolazione che invecchia.

2 *Lavorare sulle condizioni strutturali per contrastare gli ostacoli all'invecchiamento sano, attivo e significativo nella comunità locale*

L'implementazione di politiche locali sensibili e responsive dipende da condizioni di carattere strutturale, culturale e socioeconomico, dalla disponibilità di dati (quantitativi e qualitativi) e dalla capacità interpretativa degli stessi, oltre che dalla capacità di *governance*, innovazione e visione degli amministratori locali e degli altri *stakeholder*:

- costruire *partnership* attraverso le alleanze territoriali e le reti intersettoriali (reti formali, *community manager*) non significa sostituirsi alle reti informali e intergenerazionali tra cittadini, che vanno sollecitate soprattutto nei casi di forte frammentazione territoriale delle conurbazioni; gruppi intergenerazionali potrebbero avere la funzione di coordinare, raccogliere e segnalare i bisogni all'amministrazione, facilitando la partecipazione dei cittadini nelle decisioni che li riguardano e coinvolgendoli come portatori di competenze e risorse, protagonisti;
- preparare linee guida e inserire nelle politiche e nei piani territoriali voci specifiche e incentivi all'inclusione dei cittadini anziani, introdurre forme flessibili di condivisione di risorse, forme di *accountability* condivisa, formare il personale al fare rete e alle competenze necessarie per la *partnership*, sensibilizzare e attivare tutti i soggetti responsabili dell'invecchiamento sano e attivo nei territori;
- prevedere incentivi alle farmacie rurali e ai medici di medicina generale, ma anche a negozianti e imprenditori, sotto forma di sgravi fiscali e altre misure che garantiscano la loro presenza nelle aree interne;
- costruire sistemi di valutazione e monitoraggio rigorosi, sostenibili ed efficaci (forme di valutazione non solo rendicontativa, ma generativa e trasformativa) anche avvalendosi dei rapporti con le università e centri di ricerca e di approcci innovativi alla ricerca stessa;¹⁴
- formare i politici, gli amministratori e i professionisti alle conoscenze e ai metodi per la rilevazione dal basso dei bisogni, per l'acquisizione delle risorse (partecipazione a bandi), con un'attenzione specifica per le situazioni più a rischio, in costante cambiamento, e per il coinvolgimento attivo dei cittadini nella formulazione di politiche, nel disegno di interventi sul territorio e nel portare le proprie competenze dentro la vita di comunità.

3 *Lavorare sulle condizioni culturali e diffondere una cultura positiva dell'invecchiamento*

Per contrastare gli stereotipi (ageismo strutturale), l'abitudine (miti, culture locali, senso comune), le resistenze e il perdurare di azioni e categorie insufficienti

e superate, servono azioni di sensibilizzazione, educazione, formazione che cambino le rappresentazioni dell'invecchiamento, pur senza negare le vulnerabilità e il bisogno di assistenza, quando presenti. Si tratta anche di combattere l'ageismo interiorizzato e la riluttanza degli anziani a sentirsi soggetti di diritto, a chiedere aiuto e a far sentire la propria voce. Il *bias* positivo dell'*active ageing* immagina anziani proattivi e capaci di progettare il futuro,⁷ ma rischia di minimizzare l'eterogeneità delle situazioni e le disposizioni individuali. Liberare le politiche e le azioni di sistema dall'abitudine e da idee preconcepite e stereotipi significa pensare interventi volti ad attivare, sensibilizzare ed educare tutta la popolazione, per modificare gli atteggiamenti che ostacolano l'implementazione di azioni efficaci; identificare le buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo,¹⁵ sperimentarle, valutarle e adattarle alle caratteristiche del territorio (beni culturali, paesaggio, memorie locali). Rafforzare il senso della comunità, che si rivela diverso e specifico per ogni territorio in base alla sua storia e composizione sociale significa investire sulle memorie, sul patrimonio culturale e ambientale, di cui gli anziani sono testimoni e custodi. Le sfide legate alla solitudine^{16,17} e alla frammentazione delle reti sociali^{18,19} possono essere affrontate con la movimentazione e il riconoscimento dei soggetti più attivi, soprattutto nelle comunità con una forte tradizione di attivismo e volontariato, oppure (ri)costruendo dal basso la coesione sociale, alimentandola attraverso azioni propositive (dopo la pandemia di COVID-19, molte comunità hanno vissuto una riduzione drastica delle attività sociali e la chiusura degli spazi comuni, che non sono stati più riaperti). L'uso delle tecnologie può diventare un utile supporto alle relazioni, pur non sostituendole, ma si scontra con reti inaccessibili, costose e *gap* digitale. Da un lato, dunque, si tratta di (ri)creare e incentivare l'uso di spazi e occasioni concrete di incontro, condivisione, partecipazione attiva; dall'altro, di investire sull'intergenerazionalità per non creare ghetti che marginalizzino gli anziani. Inoltre, l'attenzione per i soggetti più isolati e fragili e per i loro *caregiver* informali dovrebbe essere condivisa nella comunità e non solo demandata agli amministratori o al sistema dei servizi (incoraggiamento del volontariato locale, sussidiarietà, sostenibilità). L'intergenerazionalità è una chiave fondamentale del cambiamento culturale necessario: combinare azioni positive rivolte a target di età diverse significa riconoscere tutti i cittadini come risorse (logica *win-win*). Ai bisogni di socialità e cura delle persone anziane non si risponde solo con servizi adeguati (per esempio, assicurandosi che centri diurni e residenze siano aperti al territorio, non segreganti), ma con azioni che valorizzano e incentivano le relazioni tra tutte le generazioni, in particolare, proprio nelle aree rurali.¹⁴ La creazione di reti sociali eterogenee e miste per età è un antidoto alla riduzione nel numero di contatti propria dell'invecchiamento.^{20,21}

4 Rispondere adeguatamente ai bisogni espressi

- **Accesso ai servizi.** È necessario garantire informazione, orientamento e accompagnamento a tutti i servizi (sociali, sociosanitari, culturali e di altro tipo), che sono spesso poco conosciuti, fraintesi, ritenuti poco accessibili, inaffidabili e lenti nella risposta. Il capitale economico, sociale e culturale del singolo individuo attenua gli effetti della disinformazione, ma perpetua le disuguaglianze.²² Conoscere le opportunità di accesso alla sanità, al *welfare*,²³ migliorare la consapevolezza e l'uso dei servizi, favorire la pianificazione e mobilitare risorse nel momento del bisogno sono anche misure che riducono il carico di cura informale erogato a livello familiare.²⁴
- **Mobilità.** I trasporti nelle aree interne sono essenzialmente privati.²⁵ La conformazione del territorio richiede l'uso dell'auto e rappresenta un problema per chi non guida (più).²⁶ Un sistema di trasporti flessibile e non eccessivamente costoso richiede che si operi un'analisi puntuale dei bisogni e delle risorse, coerente con la conformazione del territorio e la collocazione fisica dei servizi. L'uso della tecnologia e dell'IA può favorire la conoscenza del territorio, delle esigenze di mobilità e di collocazione dei servizi, per garantire flessibilità e personalizzazione.²⁷
- **Innovazione nella risposta ai bisogni.** Sviluppare modelli di servizio più flessibili – per esempio, a distanza come i teleconsulti – richiede un adeguamento delle reti e della dotazione tecnologica, oltre che delle competenze digitali. D'altro lato, l'innovazione sociale può portare a nuove forme di servizio di comunità (reti di solidarietà, mutuo aiuto, banche del tempo), auto-organizzate dai cittadini con il supporto delle istituzioni locali e dell'associazionismo, gestite da piattaforme e app, ibridando così modalità tradizionali di relazione con modalità virtuali.

Conclusioni: verso un metodo partecipato

Queste indicazioni dovrebbero essere implementate nei territori (come emerso dalla ricerca sopra descritta) e portate a sistema attivando e presidiando processi virtuosi di confronto, conoscenza e disseminazione di esperienze positive, incentivando la formazione alle buone pratiche per l'invecchiamento sano, attivo e significativo a livello di comunità. Le pratiche – che implementano i principi di personalizzazione, *partnership* e partecipazione – dovrebbero essere co-progettate, monitorate e valutate collettivamente, investendo sulle competenze e la capacità di alleanza tra amministratori e cittadini, ma anche tra gli amministratori locali delle aree interessate (l'unione fa la forza), oltre che su un più efficace raccordo con i *policy maker* regionali e nazionali.

Bibliografia

- Barca F. (2025). Policies sensitive to people in places: rationale, implementation, adversaries. In: Barbera F, Bell E (eds). *Commons, Citizenship and Power*. Policy Press; pp. 106-27.
- Agnieszka SK, Marcinkowska I, Ruzik-Sierdzińska A, Mackevičiūtė R. Ageing policies-access to services in different Member States. European Parliamentary Research Service 2021.
- Barbabella F, Checcucci P, Aversa M et al. Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia. Rapporto Sullo Stato dell'arte. Dipartimento per le politiche della famiglia 2020.
- Buratti V. La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali. CERIDAP 2025;(2):36-63. doi: 10.13130/2723-9195/2025-2-28
- Micelli E, Ostanel E, Lazzarini L. The who, the what, and the how of social innovation in inner peripheries: A systematic literature review. *Cities* 2023;140:104454.
- L'indice di invecchiamento delle aree interne e dei centri per l'anno 2024 era di 214% e 196% rispettivamente (Fonte: ISTAT. La demografia delle aree interne: dinamiche recenti e prospettive future. 2024).
- De Santis G, Nazio T, Bronzini M. Condizioni abitative nel processo di invecchiamento in Italia. *Salute e società* 2025;2:49-64.
- Teixeira-Poit SM. Developing systems of care among organizations that provide services to older adults: Collaboration, communication, and adaptation amidst environmental uncertainties. North Carolina State University 2017.
- Marcellini F, Giuli C, Gagliardi C, Papa R. Aging in Italy: Urban-rural differences. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44(3):243-60. doi: 10.1016/j.archger.2006.05.004
- Principi A, Di Rosa M, Domínguez-Rodríguez A et al. The active ageing index and policy making in Italy. *Ageing & Society* 2021;1-26.
- Fealy G, Di Placido M, O'Donnell D et al. 'Ageing well': Discursive constructions of ageing and health in the public reach of a national longitudinal study on ageing. *Soc Sci Med* 2024;341, 116518. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.116518
- Louis DZ, Robeson M, McAna J et al. Predicting risk of hospitalisation or death: a retrospective population-based analysis. *BMJ Open* 2014;4(9):e005223. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005223
- Mossello E, Profili F, Di Bari M et al. Postal screening can identify frailty and predict poor outcomes in older adults: longitudinal data from INTER-FRAIL study. *Age Ageing* 2016;45(4):469-74. doi: 10.1093/ageing/afw048
- Nossa P, Pereira SV, Lima M, Vieira CC, Mota-Pinto A. Ageing in place: Older people identify barriers to remaining in low-density areas. *J Popul Ageing* 2024;1-22.
- Boffo V, Bertani M, Bramanti D, Chattat R, Formenti L. *Accompagnare la longevità. Buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo*. Firenze University Press 2025.
- Garattini L, Nobili A, Mannucci PM. Loneliness among older adults in Europe: time to integrate health and social care. *Intern Emerg Med* 2025;20(3):639-42. doi: 10.1007/s11739-025-03924-4.
- Somes J. The loneliness of aging. *J Emerg Nurs* 2021;47(3):469-75. doi: 10.1016/j.jen.2020.12.009
- Vos-den Ouden W, van Boekel L, Janssen M, Leenders R, Luijckx K. The impact of social network change and health decline: a qualitative study on experiences of older adults who are ageing in place. *BMC Geriatr* 2021;21(1):480. doi: 10.1186/s12877-021-02385-6
- Vos WH, van Boekel LC, Janssen MM, Leenders RTAJ, Luijckx KG. Exploring the impact of social network change: Experiences of older adults ageing in place. *Health Soc Care Community* 2020;28(1):116-26. doi: 10.1111/hsc.12846
- Klaus D, Sebastian S. Social networks and support for parents and childless adults in the second half of life: Convergence, divergence, or stability? *Adv Life Course Res* 2016;29(8):95-105. doi: 10.1016/j.alcr.2015.12.004
- Santis G, Nazio T, Bronzini M. Residential mobility along the ageing process in Italy. *Int Rev Sociol* 2025;35(3):726-45. doi: 10.1080/03906701.2025.2552853
- Arlotti M, Parma A, Ranci C. Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: Evidenze empiriche e ipotesi di riforma. *Social Policies* 2020;7(1):125-48.
- Devastato G. Le funzioni del welfare dell'accesso. *Prospettive Sociali e Sanitarie* 2008;38(18):5-7.
- Bettio F, Plantenga J. Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics* 2004;10(1):85-113. doi: 10.1080/1354570042000198245
- Magadzire BP, Budden A, Ward K, Jeffery R, Sanders D. Frontline health workers as brokers: provider perceptions, experiences and mitigating strategies to improve access to essential medicines in South Africa. *BMC Health Serv Res* 2014;14:520. doi: 10.1186/s12913-014-0520-6.
- Luoma-Halkola H, Häikiö L. Independent living with mobility restrictions: older people's perceptions of their out-of-home mobility. *Ageing & Society* 2022;42(2):249-70.
- Garrone R, Nishinari K, Bandini S. Fostering sustainable walkability in remote areas: integrating territorial data sources and AI-based simulation techniques. *IEEE International Conference on Big Data*. IEEE 2024; pp. 6737-42.

RACCOMANDAZIONI CHIAVE

Garantire le condizioni strutturali per l'invecchiamento sano, attivo e significativo nelle aree interne fondate su alleanze territoriali, dati quantitativi e qualitativi, incentivi, linee guida, piani territoriali, ricerca.

Coltivare un approccio positivo: innovazione, equità, eterogeneità, inclusività, lotta agli stereotipi, educazione e formazione.

Attivare pratiche di coesione sociale: appartenenza, memoria, contrasto all'isolamento e alla frammentazione delle reti sociali, spazi, eventi e occasioni valorizzanti, reciprocità, intergenerazionalità, no alla segregazione.

Rispondere adeguatamente ai bisogni: accesso, informazione, orientamento e accompagnamento, abbattimento delle barriere, pianificare e mobilitare le risorse, ridurre il carico familiare, mobilità e trasporti, collocazione fisica dei servizi, uso di tecnologie per favorire flessibilità e personalizzazione.

APPENDICE

Tabella A1. Sintesi delle criticità, opportunità e buone pratiche per l'invecchiamento attivo nelle aree rurali

Criticità / Ostacoli	Opportunità / Risorse	Buone pratiche / Esempi concreti
Area tematica: Profilazione dei bisogni		
Modelli standard, bias urbanocentrico, invisibilità dei più fragili. Dati incompleti, non trasferibili ai partner, scollegati dalla programmazione.	Disponibilità di dati locali, misti (quali-quantità) e contestualizzati, collaborazione con università e centri di ricerca.	Creazione di strumenti di raccolta dati dal basso (interviste, focus group) e integrazione con i dati quantitativi. Utilizzo del metodo delle "personas" per rappresentare alla comunità anche i bisogni dei più vulnerabili. Rilevazione dei bisogni dal basso. Esempio: i laboratori di co-progettazione hanno identificato, in tutti comuni coinvolti, bisogni emergenti e difficilmente rilevabili con gli strumenti standard.
Area tematica: Accesso ai servizi		
Scarsa conoscenza dei servizi, disinformazione, disuguaglianze socioeconomiche, freni culturali.	Reti locali, volontariato, amministrazioni motivate. Servizi territoriali esistenti e da potenziare. Solidarietà, cura come valori della comunità locale.	Campagne informative mirate; punti informativi locali gestiti da cittadini e associazioni; facilitatori telematici. Esempio: sportello di orientamento ai servizi (Terzigno) rivolto ad anziani e caregiver. Forme di accompagnamento all'uso dei servizi calibrate al bisogno (dall'informare fino al trasporto).
Area tematica: Mobilità e trasporti		
Dipendenza dall'auto, reti di trasporto pubblico limitate, gap digitale; ostacoli al trasporto sociale di carattere amministrativo, tecnico eccetera	Tecnologie per l'analisi e la pianificazione, conoscenza del territorio. Disponibilità di mezzi e autisti (per esempio, volontari).	Servizio di car-pooling intergenerazionale o mini-bus su richiesta. Esempio: progetti di trasporto flessibile per anziani che non guidano (Mattie). Uso di strumenti e tecnologie (per esempio, droni) per analisi, pianificazione, simulazione e ricollocamento dei servizi più importanti.
Area tematica: Partecipazione e inclusione		
Solitudine, isolamento sociale, scarsa partecipazione degli anziani alle attività/eventi.	Comunità attive, ricche di memoria, con un patrimonio culturale e paesaggistico sottovalutato. Reti culturali e associative, volontariato	Laboratori intergenerazionali, club del libro, attività culturali aperte a tutte le età. Esempio: co-design con cittadini anziani e giovani per migliorare gli spazi pubblici (Vernasca); corsi di Belotte (gioco di carte) e intaglio del legno (Meana di Susa), corso di teatro (Mattie).
Area tematica: Partnership intersettoriali		
Difficoltà di coordinamento tra l'amministrazione e gli enti pubblici e privati, il sistema dei servizi sanitari, la rete dei trasporti eccetera. Mancanza di visione comune, dati incoerenti, poco utili o difficilmente condivisibili.	Reti territoriali esistenti, enti culturali, terzo settore. Associazionismo vivace in alcuni territori o da rivitalizzare in altri.	Creazione di tavoli permanenti intersettoriali. Identificazione di aree concrete su cui iniziare a co-progettare. Partire dal basso e da iniziative sostenibili. Portare a sistema le esperienze positive (richiede una valutazione, programmazione eccetera). Esempio: community manager (Meana di Susa) per coordinare sanità, servizi sociali e associazioni locali. Collaborazione tra amministrazioni locali e AUSL (Val D'Arda, PC).
Area tematica: Cultura positiva dell'invecchiamento		
Ageismo, stereotipi, percezione negativa della vecchiaia.	Risorse culturali locali (scuola, biblioteca, museo etnografico,...), esperienze di protagonismo degli anziani, spazi ed eventi dedicati alle memorie (testimonianze) e competenze (azioni) degli anziani. Intergenerazionalità.	Campagne educative e formative sull'invecchiamento attivo; valorizzazione dei "custodi" del patrimonio culturale. Esempio: progetto di valorizzazione delle memorie storiche (Liveri), gestito da anziani in collaborazione con le scuole locali. Progetto di integrazione della scuola di intaglio nella scuola primaria (Meana di Susa). Eventi dedicati alle tradizioni, co-progettati tra giovani e anziani.
Area tematica: Intergenerazionalità		
Marginalizzazione degli anziani, isolamento generazionale; ageismo reciproco.	Giovani motivati, desiderio degli anziani di interagire con loro; spazi comunitari aperti a tutti.	Creazione di reti sociali eterogenee per età. Esempio: centri diurni aperti a tutte le generazioni, con attività condivise; reciprocità (banca del tempo); attività pro loco e associazioni. Affiancare un anziano e un giovane nella governance delle associazioni, enti eccetera.

5 EVIDENZE DAL PROGETTO AGE-IT E INDICAZIONI DI POLICY PER LA **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**



**Erica Busca^{1*}, Mohamed Mowafy^{2*},
Erika Bassi¹, Ines Basso¹,
Isabella Santomauro¹,
Paolo Berta^{2†}, Alberto Dal Molin^{1†}**

¹ Dipartimento di Medicina
Traslazionale, Università del
Piemonte Orientale, Novara

² Dipartimento di Statistica
e Metodi Quantitativi, Università
degli Studi di Milano- Bicocca,
Milano

* Co-first author

† Co-last author

Corrispondenza:

Erica Busca; erica.busca@uniupo.it

Sintesi

● L'invecchiamento accelerato della popolazione italiana e l'aumento delle condizioni di multimorbilità pongono il sistema sanitario di fronte a una crescente domanda di cure continuative e integrate. A livello territoriale persistono fragilità strutturali e organizzative, come la scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali, l'attivazione tardiva dei percorsi post-acuti e un'insufficiente valorizzazione del ruolo dei caregiver. Le evidenze del progetto AGE-IT mostrano come, per le persone anziane non autosufficienti, ritardi nell'attivazione dei servizi territoriali e difficoltà di accesso a strutture intermedie contribuiscano al prolungamento dei ricoveri e a un maggior rischio di riospedalizzazione. In questo scenario, la nuova architettura territoriale prevista dal DM 77/2022 rappresenta un passo avanti importante, ma la sua implementazione è ancora incompleta e disomogenea.

● Per affrontare queste criticità, è necessario rendere pienamente operative le innovazioni già definite a livello normativo, favorendo una reale integrazione tra ospedale e comunità. La pianificazione precoce della dimissione, avviata sin dalle prime fasi del ricovero e basata su una valutazione multidimensionale dei bisogni, può favorire transizioni sicure e tempestive verso il domicilio o verso strutture intermedie. Parallelamente, occorre consolidare il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità come figura chiave della continuità assistenziale, riconoscendone formalmente le funzioni di coordinamento del percorso di cura e di educazione alla salute, sostenendone la formazione avanzata. Infine, lo sviluppo di sistemi informativi interoperabili e la diffusione di strumenti digitali accessibili rappresentano un elemento fondamentale per garantire continuità, equità e sostenibilità nella presa in carico degli anziani fragili.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE: UNA PRIORITÀ PER LA SOSTENIBILITÀ DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA QUALITÀ DELLE CURE

L'Italia è oggi uno dei Paesi più anziani al mondo: oltre un quarto della popolazione ha più di 65 anni e gli ultraottantenni superano i 4,5 milioni. Le proiezioni demografiche mostrano un progressivo invecchiamento “al vertice” della piramide, con gli over-65 che entro il 2050 potrebbero rappresentare un terzo degli italiani. Parallelamente, cresce il numero di famiglie composte da persone sole — oltre 6,5 milioni, in gran parte anziani — e aumenta la quota di popolazione che vive condizioni di multimorbilità, con più patologie croniche concomitanti.¹

Questo scenario, descritto dal più recente rapporto Istat 2025,¹ mostra un sistema sanitario e sociale chiamato a gestire bisogni continuativi e complessi in un contesto di risorse umane e strutturali limitate. A ciò si aggiungono profonde disuguaglianze territoriali: nelle regioni del Nord-Est sono più diffuse le strutture per non autosufficienti rispetto al Mezzogiorno.² La conseguenza è che, soprattutto nelle aree più fragili, l'ospedale resta spesso il solo presidio accessibile, mancando una rete intermedia e domiciliare. Le criticità non risiedono soltanto nella disponibilità di posti letto o di personale, ma soprattutto nella scarsa integrazione dei percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

I risultati degli studi condotti nell'ambito del progetto AGE-IT mostrano come, per i pazienti anziani non autosufficienti, il setting post-acuzie e la capacità del territorio di assorbire la domanda influenzino significativamente la durata della degenza e la probabilità di riammissione ospedaliera. I pazienti non autosufficienti dimessi in regime di continuità assistenziale (Strut-

ture Residenziali Sanitarie Assistenziali – RSA, strutture di Continuità a Valenza Sanitaria – CAVS) presentano un rischio di degenza prolungata superiore del 28% rispetto a quelli dimessi al domicilio, a parità di condizioni cliniche. Le difficoltà di accesso alle strutture intermedie e l'attivazione tardiva dei servizi territoriali generano ritardi medi di 3-5 giorni nella dimissione, con impatti sull'efficienza ospedaliera e sui costi sanitari.³

In risposta a queste criticità, il Decreto Ministeriale (DM) 77 del 2022 ha introdotto una nuova architettura dell'assistenza territoriale, basata sulle Centrali Operative Territoriali (COT) e sulla figura dell'infermiere di famiglia e comunità, con l'obiettivo di garantire una presa in carico proattiva e l'integrazione dei servizi. Tuttavia, questi strumenti, pur rappresentando un avanzamento strategico, non sono ancora pienamente a regime nei percorsi di cura. Le esperienze regionali di adozione dell'infermieristica di famiglia e comunità mostrano, infatti, criticità diffuse: disallineamento tra indirizzi strategici e pratica operativa, carenza di risorse e sistemi informativi non interoperabili, eterogeneità formativa e parziale riconoscimento del ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità da parte di cittadini e professionisti, che ne limitano l'effettiva integrazione nei team multiprofessionali e nei percorsi di continuità assistenziale.⁴

In questo contesto, la sfida non è introdurre nuovi modelli, ma rendere operative e integrare le innovazioni già previste dalla normativa vigente, rafforzando la capacità organizzativa e di presa in cura delle strutture sanitarie.

PROPOSTA OPERATIVA

Motivazione della proposta

In un contesto di crescente invecchiamento della popolazione e di sfide organizzative legate alla transizione ospedale-territorio, è indispensabile rafforzare la capacità del sistema sanitario di garantire continuità assistenziale, qualità delle cure e sicurezza degli anziani non autosufficienti, adottando al contempo un approccio differenziato che tenga conto delle eterogeneità sociodemografiche, delle risorse e delle dinamiche comunitarie dei diversi territori. Sebbene le differenze territoriali richiedano risposte adattabili, è possibile individuare elementi trasversali e interventi organizzativi capaci di migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'intero percorso assistenziale. In molte Regioni sono stati istituiti percorsi protetti di continuità assistenziale con l'obiettivo di attivare tempestivamente i servizi territoriali e le strutture intermedie già durante la degenza (per esempio, il DGR n. 10/2021 della Regione Piemonte). Tuttavia, la loro applicazione rimane disomogenea e caratterizzata da criticità, quali:

- dimissioni ospedaliere non pianificate precocemente;
- l'insufficiente coinvolgimento del ruolo dei *caregiver* nel processo decisionale relativo al percorso di cura e dimissione;
- la difficoltà ad attivare tempestivamente i servizi post-acuti anche in virtù delle disponibilità di servizi intermedi;
- la carenza di personale dedicato, in particolare nei ruoli di *case manager* ospedalieri e nei servizi territoriali;
- necessità di una collaborazione interprofessionale costante;
- a limitata interoperabilità dei sistemi informativi tra ospedale e territorio.

Le proposte qui delineate non intendono colmare le carenze strutturali, ma agire su alcuni processi organizzativi che ostacolano l'integrazione e la continuità assistenziale.

Declinazione della proposta

1 Pianificazione precoce delle dimissioni ospedaliere

La pianificazione precoce della dimissione è un processo che ha inizio sin dal momento del ricovero ospedaliero e che mira a predisporre con anticipo e in modo coordinato il percorso di uscita della persona assistita dall'ospedale, assicurando sicurezza nella transizione verso il domicilio o altre strutture assistenziali. Si tratta di un elemento chiave della continuità assistenziale, specialmente nelle persone con bisogni complessi e negli anziani fragili, per i quali è necessario prevenire rischi di frammentazione assistenziale e riospedalizzazioni evitabili. Gli aspetti chiave di una programmazione efficace della dimissione riguardano:

- l'avvio della pianificazione entro le 24-48 ore dall'ammissione;
- la valutazione multidimensionale del bisogno di dimissione difficile;
- il coinvolgimento attivo della persona assistita e del *caregiver*;
- il coordinamento interprofessionale;
- la tracciabilità delle informazioni e il monitoraggio post-dimissione.^{5,6}

Nella popolazione anziana, questo processo assume particolare rilevanza e deve prevedere una valutazione strutturata delle capacità cognitive e funzionali (per esempio, equilibrio, memoria, deficit sensoriali, stato mentale), di autocura (prendersi cura di sé stesso e dei propri problemi di salute), dell'ambiente abitativo, della disponibilità effettiva dei servizi post-acuzie e del coinvolgimento della famiglia o del *caregiver*. Per questo motivo, all'interno del piano di dimissione deve essere prevista una valutazione strutturata del contesto familiare e del potenziale carico assistenziale, insieme a interventi di educazione ed *empowerment* rivolti alla famiglia, finalizzati a migliorare le competenze nella gestione dei problemi di salute e nell'utilizzo appropriato dei servizi territoriali.

Per assicurare omogeneità e appropriatezza del processo, sarebbe auspicabile promuovere l'utilizzo di protocolli di pianificazione precoce della dimissione, con-

divisi tra ospedale e territorio, che definiscano in modo chiaro tempi, responsabilità e modalità di attivazione dei servizi territoriali e delle strutture intermedie. Questi protocolli devono includere procedure standard per la comunicazione tra i professionisti e strumenti operativi per la continuità informativa. Una dimissione ospedaliera non correttamente pianificata espone i pazienti a discontinuità assistenziali, con aumento del rischio di effetti avversi e riospedalizzazione evitabili.⁷

2 Riconoscimento e rafforzamento del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità

L'infermiere di famiglia e di comunità è una risorsa strategica per leggere i bisogni del territorio e intercettare precocemente le fragilità, grazie alla sua vicinanza ai luoghi di vita delle persone. Questa posizione gli permette di contribuire alla costruzione di percorsi assistenziali adeguati alle caratteristiche delle comunità locali, favorendo interventi più appropriati e in linea con le risorse e le dinamiche di ciascun territorio. Il riconoscimento del ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nella filiera assistenziale rappresenta pertanto una condizione essenziale per garantire la continuità delle cure. Sebbene il DM 77/2022 ne abbia formalizzato l'introduzione nei contesti assistenziali, l'attuazione del ruolo risulta parziale ed eterogenea. La presenza continuativa degli infermieri di famiglia e comunità all'interno delle COT e sul distretto consentirebbe da un lato di assicurare una presa in carico proattiva, basata sulla conoscenza diretta dei bisogni del territorio e, dall'altro, di collaborare all'uso appropriato dei servizi post-acuzie o al rientro al domicilio in sicurezza.

Gli standard previsti dal DM 77/2022 risultano, però, al momento difficilmente raggiungibili con l'attuale dotazione organica, rendendo necessario definire priorità operative. In molte Regioni l'azione degli infermieri di famiglia e di comunità si concentra soprattutto sugli anziani cronici e fragili, mentre altre prospettive – tra cui quella dell'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) – suggeriscono di orientare parte degli interventi anche verso comunità particolarmente marginalizzate o a elevata vulnerabilità sociale, nell'ottica di promuovere modelli di *welfare* generativo e di sviluppo di capitale sociale. Una dotazione organica più adeguata e una migliore integrazione tra operatori e servizi potrebbe consentire l'adozione di un approccio orientato alla salutogenesi.

Nell'ambito della continuità assistenziale, tra gli interventi per rafforzare il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nella continuità assistenziale, l'implementazione della funzione di *care coordination*⁹

potrebbe rappresentare un'evoluzione organizzativa per facilitare il percorso assistenziale delle persone con bisogni complessi, garantendo coerenza tra i diversi setting di cura.¹⁰

Nell'ambito delle cure territoriali, gli infermieri di famiglia e di comunità sono nella posizione ideale per esercitare tale funzione grazie alla loro prossimità con le persone, alla visione globale dei bisogni e alla capacità di integrare prevenzione, cura e promozione della salute lungo tutto il continuum assistenziale, sebbene, ad oggi, l'esercizio di questa funzione risulti eterogenea tra le Regioni e presenti un livello di riconoscimento nor-

Infermiere di famiglia e di comunità

L'infermiere di famiglia e di comunità è un professionista sanitario essenziale, introdotto per rafforzare il sistema assistenziale sul territorio.

Assicura l'assistenza infermieristica a vari livelli di complessità e opera in modo proattivo negli ambienti di vita della persona, come la casa e la comunità. Collabora strettamente in rete con altri professionisti del territorio (come i medici di medicina generale) e ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute. Pone al centro l'individuo e la famiglia, fornendo risposte personalizzate e attivando risorse formali e informali per sostenere la salute e la qualità di vita.

Fonte: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (vedi ref. 8).



Funzione di care coordination

Secondo l'ICN,⁹ la funzione di *care coordination* è un elemento chiave per garantire un'assistenza integrata, continua e centrata sulla persona. Essa comprende l'organizzazione e la connessione coerente delle attività di cura e delle informazioni tra tutti i professionisti e i servizi coinvolti, affinché i bisogni e le preferenze della persona assistita siano noti, condivisi e presi in carico in modo appropriato e tempestivo. Una *care coordination* efficace consente di migliorare la qualità, la sicurezza e l'efficienza dei percorsi di cura, riducendo frammentazioni e duplicazioni e promuovendo la sostenibilità del sistema sanitario.

mativo e organizzativo ancora in via di consolidamento. Parallelamente, andrebbe sostenuta la funzione educativa e di prevenzione nella comunità, riconoscendo formalmente le attività di promozione della salute come parte integrante del mandato dell'infermiere di famiglia e comunità e prevedendo tempi, spazi e strumenti adeguati al loro svolgimento. Un ulteriore ambito su cui intervenire riguarda gli strumenti di monitoraggio e di rendicontazione, la cui integrazione e revisione può contribuire a rafforzare il ruolo, rendendo più visibile e misurabile il suo contributo all'assistenza familiare e comunitaria, inclusa quella rivolta ai *caregiver*. Gli attuali flussi informativi, infatti, non riescono ancora a cogliere in modo completo la portata e la specificità delle attività svolte, limitando la possibilità di valorizzazione.

3 Telemedicina e telenursing per la continuità assistenziale

La telemedicina, intesa come l'utilizzo di tecnologie digitali per fornire assistenza a distanza, rappresenta una leva strategica per garantire la continuità delle cure e rafforzare l'assistenza territoriale (Decreto del 29.04.2022), in particolare per le persone anziane con bisogni complessi di natura socioassistenziale. Nell'attuale contesto di revisione organizzativa e di digitalizzazione dei servizi sanitari, emergono nuovi ambiti di azione per l'infermiere, che, attraverso il *telenursing*, può offrire interventi personalizzati e continuativi. Nonostante il suo potenziale, la diffusione della telemedicina e del *telenursing* incontra ancora sfide signi-

ficative di implementazione. Tra le criticità principali, vi sono i limiti di usabilità delle tecnologie, spesso non adeguatamente adattate ai bisogni delle persone anziane o con fragilità, che possono presentare difficoltà visive, motorie o cognitive e una limitata alfabetizzazione digitale. Problemi di connettività, dispositivi obsoleti e contenuti troppo complessi compromettono ulteriormente l'accesso e la fruibilità dei servizi.

Sul piano organizzativo e professionale, incidono la scarsa interoperabilità dei sistemi informativi e l'utilizzo non sempre integrato nei flussi di lavoro, che può generare sovraccarico operativo e "affaticamento da notifiche".^{12,13}

Per rendere operativa e sostenibile la telemedicina, sono necessari interventi multipli:

1. garantire il coinvolgimento attivo di pazienti, *caregiver* e professionisti attraverso processi di co-progettazione dei servizi digitali;
2. prevedere il supporto di figure tecniche dedicate alla gestione e al mantenimento delle soluzioni tecnologiche;
3. investire in programmi di alfabetizzazione digitale rivolti alla popolazione anziana e al personale sanitario per facilitare l'uso consapevole delle tecnologie e potenziare la comunicazione nei percorsi di cura;
4. prevedere soluzioni flessibili che possano integrare interventi in presenza e telematici;
5. promuovere la formazione degli operatori sanitari rispetto ai criteri di applicabilità delle tecnologie digitali alle caratteristiche dell'utente e della famiglia e all'utilizzo delle stesse anche per finalità informative ed educative.

Telenursing

Il *telenursing* consiste nell'erogazione di assistenza infermieristica a distanza tramite le tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), come telefono, videoconferenze, app mobili, piattaforme web, sistemi di monitoraggio da remoto.¹¹ Questa modalità di assistenza è efficace nel mantenere la continuità assistenziale e garantire supporto costante ai pazienti, specialmente in aree geograficamente isolate. L'efficacia, tuttavia, è condizionata dalle competenze comunicative e digitali degli infermieri, nonché dalla presenza di una cornice normativa, organizzativa ed etica che ne definiscano standard e responsabilità professionali.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Regione Lombardia per aver gentilmente fornito i dati. Si ringraziano l'Associazione Infermieri di Famiglia e Comunità (AIFeC) e l'Associazione dei Servizi Territoriali e Residenziali Nazionali (STeRN) per la collaborazione e il contributo fornito.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. Rapporto annuale 2025. La situazione del Paese. Roma, Istat, 2025.
2. Istituto Nazionale di Statistica. Benessere e disuguaglianze in Italia. Roma, Istat, 2024.
3. Berta P. Comparing and Contrasting Rural versus Urban Health Care Access, Quality, and Outcomes for elderly patients. 2025 (attualmente in revisione).
4. Santomauro I, Bassi E, Busca E et al. Perceived barriers and facilitators to family and community nurses' care for older adults: A descriptive qualitative study. *BMC Nurs* 2025;24(1):1259. doi: 10.1186/s12912-025-03890-4
5. Barbosa SM, Zacharias FCM, Schönholzer TE et al. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases. *Rev Bras Enferm* 2023;76(6):e20220772. doi: 10.1590/0034-7167-2022-0772
6. Yam CHK, Wong ELY, Cheung AWL et al. Framework and components for effective discharge planning system: A Delphi methodology. *BMC Health Serv Res* 2012;12(1):396. doi: 10.1186/1472-6963-12-396
7. Mennuni M, Gulizia MM, Alunni G et al. ANMCO position paper: Hospital discharge planning: Recommendations and standards. *Eur Heart J Suppl* 2017;19 (Suppl D):D244-55. doi: 10.1093/eurheartj/sux011
8. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità. Roma, AGEAS, 2021.
9. International Council of Nurses. Nursing and primary health care: Towards the realization of universal health coverage. A discussion paper. ICN 2024.
10. Nutt M, Hungerford C. Nurse care coordinators: Definitions and scope of practice. *Contemp Nurse* 2010;36(1-2):71-81. doi: 10.5172/conu.2010.36.1-2.071
11. Souza-Junior VD, Mendes IA, Mazzeo A, Godoy S. Application of telenursing in nursing practice: An integrative literature review. *App Nurs Res* 2016;29:254-260. doi: 10.1016/j.apnr.2015.05.005
12. Narasimha S, Madathil KC, Agnisarman S et al. Designing telemedicine systems for geriatric patients: A review of usability studies. *Telemed J E Health* 2017;23(6):459-72. doi: 10.1089/tmj.2016.0178
13. Singh H, Tang T, Steele Gray C et al. Recommendations for the design and delivery of transitions-focused digital health interventions: Rapid review. *JMIR Aging* 2022;5(2):e35929. doi: 10.2196/35929

RACCOMANDAZIONI CHIAVE

Introdurre protocolli condivisi di pianificazione precoce della dimissione integrati nei percorsi ospedale-territorio, adottando strumenti di valutazione multidimensionale e un'attivazione tempestiva dei servizi territoriali.

Rafforzare il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità nei team territoriali e nei percorsi di transizione assistenziale, formalizzandone le funzioni di care coordination ed educativa di promozione e prevenzione della salute.

Uniformare i percorsi formativi previsti per il ruolo di infermiere di famiglia e di comunità a livello nazionale, prediligendo percorsi avanzati (laurea magistrale a indirizzo clinico) che prevendano spazi di apprendimento multidisciplinari.

Valorizzare e formare pazienti e caregiver come partner attivi nel percorso di cura, promuovendo la progettazione partecipata e l'alfabetizzazione digitale per garantire un accesso equo ai servizi.

Integrare i sistemi informativi sanitari con indicatori di monitoraggio che consentano una tracciabilità condivisa del percorso di cura tra diversi setting assistenziali.

OLTRE L'OSPEDALE: LA SPESA SOCIALE PER UNA **SANITÀ** **PIÙ SOSTENIBILE**



**Giovanni Fattore, Simone Ghislandi,
Irene Torrini**

Department of Social and Political
Sciences, Università Bocconi, Milano

Corrispondenza: Irene Torrini;
irene.torrini@unibocconi.it

Sintesi

● Il progressivo invecchiamento della popolazione italiana pone sfide crescenti alla sostenibilità del *welfare*, comportando costi crescenti per sanità, previdenza e assistenza sociale, ambiti tradizionalmente considerati separati, ma fortemente interdipendenti. Per esempio, un'efficace rete di assistenza e politiche sociali mirate può migliorare la salute e ridurre la pressione sui sistemi sanitari. Oggi, tuttavia, la frammentazione tra sanità e *welfare* produce inefficienze, con un costo stimato di 1,5 miliardi di euro per il Servizio Sanitario Nazionale. In questo contesto, la spesa sociale può diventare una leva strategica di politica sanitaria, capace di prevenire i bisogni acuti e migliorare la gestione ospedaliera dell'anziano.

● L'analisi del gruppo di ricerca dello Spoke 10 del progetto Age-It rileva che una maggiore spesa sociale municipale per anziano è associata a migliori esiti ospedalieri: i ricoveri totali e i primi ricoveri si riducono fino al 3%, mentre la durata della degenza diminuisce del 14% nei comuni con maggiore spesa. Gli effetti sono più forti tra gli over 75, nei territori con un'offerta sanitaria territoriale più solida e nel Nord del Paese, dove la capacità amministrativa consente un migliore utilizzo delle risorse.

● Per massimizzare l'efficacia della spesa sociale come strumento di politica sanitaria, questo policy brief raccomanda di: • integrare la *governance* sanitaria e sociale attraverso piani territoriali congiunti e flussi informativi condivisi; • rafforzare la spesa municipale; • ridurre i divari territoriali, in particolare nel Sud del Paese; • sviluppare sistemi di valutazione e monitoraggio integrati.

RIPENSARE I COSTI DELL'INVECCHIAMENTO: VERSO UN WELFARE INTEGRATO

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle sfide demografiche più rilevanti per le società avanzate. L'Italia, in particolare, è oggi uno dei Paesi più anziani al mondo: la popolazione al di sopra dei 65 anni rappresenta il 24% del totale e oltre la metà di questa popolazione ha almeno 75 anni; inoltre, secondo le proiezioni demografiche, tale quota è destinata ad aumentare ulteriormente nei prossimi decenni. Questo cambiamento profondo nella struttura per età della popolazione comporta implicazioni significative per la sostenibilità e l'organizzazione dei sistemi di welfare.

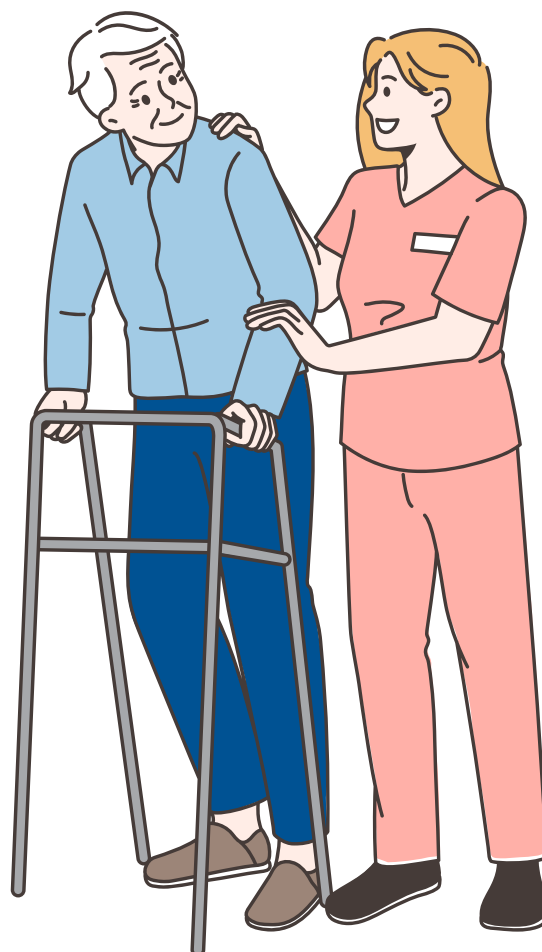
La principale criticità riguarda i costi dell'invecchiamento, che si manifestano lungo diverse dimensioni. In primo luogo, vi sono i costi sanitari, che tendono a crescere con l'età. Con l'avanzare degli anni, infatti, la salute diventa più fragile e aumenta la prevalenza di patologie croniche, che richiedono cure continuative e un coordinamento efficace tra i principali attori dell'assistenza al fine di evitare ricoveri ospedalieri e la conseguente pressione sui sistemi sanitari pubblici, strutturati per rispondere a bisogni acuti più che a condizioni croniche.

Una seconda dimensione cruciale riguarda i costi previdenziali. Le pensioni rappresentano, infatti, la principale – e spesso unica – fonte di reddito per gli anziani una volta terminata l'attività lavorativa.

A queste due componenti, si aggiungono i costi sociali dell'invecchiamento, spesso meno visibili, ma altrettanto rilevanti. Tra questi si annoverano, per esempio, i costi per i servizi di assistenza domiciliare per l'aiuto nelle attività quotidiane o i servizi di prossimità e custodia sociale per prevenire l'isolamento e l'abbandono di anziani soli.

Tradizionalmente, queste componenti sono analizzate in modo separato, come componenti distinte di spesa pubblica. Tuttavia, esse sono fortemente interdipendenti e il miglioramento di una di esse può produrre effetti positivi sulle altre. Per esempio, un reddi-

to pensionistico adeguato può incidere positivamente sul benessere degli anziani, riducendo l'incertezza economica e favorendo condizioni di salute migliori, con effetti indiretti di contenimento della spesa sanitaria. Allo stesso modo, un maggiore sostegno sociale può ridurre la solitudine e l'isolamento sociale degli anziani, limitando il loro impatto negativo sulla salute fisica e mentale e contribuendo a prevenire l'insorgenza di condizioni acute. I servizi sociali possono, inoltre, offrire un'alternativa più sostenibile, dal punto di vista economico, ai prolungamenti non necessari della degenza ospedaliera successivi al ricovero.



LA SPESA SOCIALE COME STRUMENTO DI POLITICA SANITARIA

Il problema

Secondo stime recenti,¹ gli anziani in Italia restano ricoverati in media sette giorni in più del necessario. È il fenomeno dei cosiddetti *bed-blocker*,² ovvero pazienti che non necessitano più di cure acute, ma non possono essere dimessi per mancanza di supporto familiare adeguato e alternative assistenziali. Questo fenomeno mette in luce una dinamica cruciale: le carenze del *welfare* sociale si traducono in inefficienze e costi per il sistema sanitario. Ogni anno si stimano oltre 2,1 milioni di giornate di degenza in eccesso, con un costo per il Servizio Sanitario Nazionale di circa 1,5 miliardi di euro. Quindi, in assenza di una rete di servizi sociali efficace, l'ospedale diventa l'unica rete di protezione disponibile, anche quando non vi è più un bisogno clinico. Questo determina:

- un uso inappropriato delle risorse ospedaliere;
- un aumento dei tempi di attesa per nuovi pazienti;
- una crescita della spesa sanitaria senza corrispondenti miglioramenti di salute.

In sintesi, il sistema sanitario finisce per assorbire i fallimenti del sistema sociale, mostrando la necessità di un approccio integrato alla gestione dell'invecchiamento e di una visione del sistema sociale non solo come uno dei componenti del *welfare*, ma come un vero e proprio strumento di politica sanitaria.

La spesa sociale in Italia

La spesa sociale municipale rappresenta la componente principale del *welfare* locale. Nel 2021, questa funzione raggiunge gli 8,38 miliardi di euro, pari allo 0,46% del PIL, e una crescita del 22% rispetto ai dati del 2013 per fronteggiare i nuovi bisogni assistenziali derivanti dall'emergenza sanitaria esplosa con il COVID-19 e la conse-

guente crisi economica e sociale.³ Nello stesso anno, la spesa pro-capite è pari a 142 euro, con differenze ampie tra ripartizioni geografiche: risulta pari a 174 euro nel Nord Italia, con un massimo di 429 euro in Trentino-Alto Adige, mentre nel Sud del Paese si attesta sui 92 euro per abitante, con un minimo di 37 euro in Calabria. L'unica eccezione è rappresentata dalla Sardegna, che sostiene 279 euro di uscite per abitante. Le ragioni di questa disuguaglianza risiedono principalmente nelle differenti capacità fiscali e amministrative dei Comuni, ma anche nelle diverse priorità politiche e nella minore disponibilità di infrastrutture sociali nel Sud.

La quota destinata alla popolazione anziana comprende interventi e servizi, strutture e trasferimenti economici, come:

- assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità;
- centri diurni;
- teleassistenza e trasporti sociali;
- contributi economici e indennità per la non autosufficienza;
- sostegno ai *caregiver* familiari.

Tale quota rappresenta il 15% del totale in Italia, l'11,3% nel Sud e il 16,6% nel Nord. Uno dei dati più preoccupanti che emergono dalle analisi della spesa è il decremento della spesa per anziani, pari al -6% dal 2013 al 2021, un dato in netto contrasto con il progressivo invecchiamento della popolazione italiana e con l'aumento della spesa sociale destinata ad altre fasce della popolazione. Anche la spesa pro-capite si riduce a causa del progressivo aumento dei potenziali beneficiari, passando da una media di 107 euro nel 2013 a 93 euro nel 2021, con profonde disuguaglianze territoriali. Al Sud, la spesa è di 40 euro all'anno per residente, 94 euro al Centro, 85 euro al Nord-Ovest e 174 euro al Nord-Est, con un minimo di 19 euro in Calabria e un massimo di 1.459 euro nella Provincia Autonoma di Bolzano.⁴

Evidenze empiriche: la relazione tra spesa sociale ed esiti ospedalieri degli anziani

Un lavoro empirico del gruppo di ricerca dello Spoke 10 del progetto Age-It analizza in modo sistematico la relazione tra spesa sociale e performance ospedaliera per la popolazione anziana.

Dati e metodologia

Lo studio utilizza due principali database a livello nazionale per il periodo 2016-2019:

- **schede di dimissioni ospedaliere** provenienti dal Ministero della Salute, che include tutti i ricoveri potenzialmente evitabili definiti seguendo lo studio di Pirani et al.⁵ della popolazione over 65: si tratta di circa 4,7 milioni di ricoveri dovuti a patologie sensibili alle cure ambulatoriali che, secondo le linee guida cliniche, se adeguatamente gestite a livello territoriale, non dovrebbero comportare la necessità di un ricovero ospedaliero;
- **dataset con informazioni pubblicamente disponibili** su tutti i 7.904 comuni italiani: comprende caratteristiche sociodemografiche e geografiche dei comuni e i fattori che descrivono l'offerta di cure territoriali e ospedaliere, inclusa la spesa sociale municipale per residente over 65, tratta dai bilanci comunali. Quest'ultima voce rappresenta la somma della spesa sociale destinata agli anziani e di quella destinata alle persone con disabilità, in gran parte anziani.

Gli esiti ospedalieri analizzati sono:

- ricoveri totali per 1.000 residenti over 65;
- primi ricoveri per 1.000 residenti over 65, cioè ricoveri che si verificano oltre un anno dall'ultimo ricovero: informa sull'efficacia della spesa sociale a prevenire bisogni acuti della popolazione anziana;
- riammissioni per 1.000 residenti over 65, utilizzati per analizzare l'efficacia della spesa sociale nella gestione del paziente anziano dopo le dimissioni;
- durata della degenza ospedaliera a livello comunale standardizzata per caratteristiche del paziente e dell'ospedale:⁶ Indica un eventuale ruolo sostitutivo dell'ospedale nei confronti di un'assistenza sociale limitata.

La spesa sociale municipale destinata agli anziani è espressa come spesa per residente over 65 e la relazione con gli esiti ospedalieri viene stimata distinguendo, in base alla distribuzione nazionale della

spesa tra i comuni, tra bassi livelli di spesa, spesa medio-bassa, spesa medio-alta e alti livelli di spesa, considerando la prima categoria come categoria di riferimento.

Il modello econometrico utilizzato si basa su un modello a effetti random e controlla per:

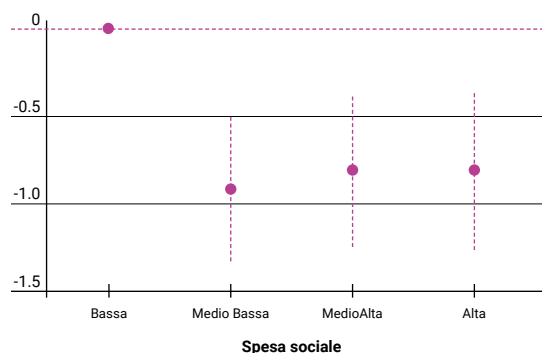
- **caratteristiche demografiche e socioeconomiche del Comune**, come la percentuale di donne, di over 65, di residenti non cittadini, di famiglie a basso reddito e il tasso di mortalità: la quota di donne viene inserita per controllare la struttura di genere della popolazione e, insieme alla quota di stranieri, per considerare la disponibilità di assistenza informale, spesso fornita da questi gruppi;^{7,8} le percentuali di anziani e il tasso di mortalità fungono da proxy delle condizioni di salute della popolazione, mentre la quota di individui a basso reddito controlla per le condizioni economiche del territorio;
- **livelli di offerta di cure ospedaliere e territoriali**, forniti dal numero di posti letto pro capite a livello provinciale e il numero di lavoratori in cliniche e ambulatori pro capite a livello comunale: un'assistenza territoriale tempestiva e continua può ridurre il bisogno di cure ospedaliere, specialmente per le patologie sensibili alle cure ambulatoriali, riducendo così il numero di primi ricoveri e di riammissioni; migliorando lo stato di salute complessivo della popolazione, tali servizi possono ridurre l'intensità delle cure ospedaliere e, di conseguenza, la durata della degenza. Per quanto riguarda l'offerta ospedaliera, un numero ridotto di posti letto può determinare tempi di attesa più lunghi e un ricambio rapido dei pazienti, con effetti di riduzione sia dei ricoveri che della durata della degenza;
- **caratteristiche geografiche**, rese disponibili dalla classificazione delle aree interne per tenere conto della prossimità ai servizi essenziali⁹ e la Regione di appartenenza del Comune, utile a controllare l'elevata eterogeneità tra le Regioni e le macroaree italiane.

Risultati principali

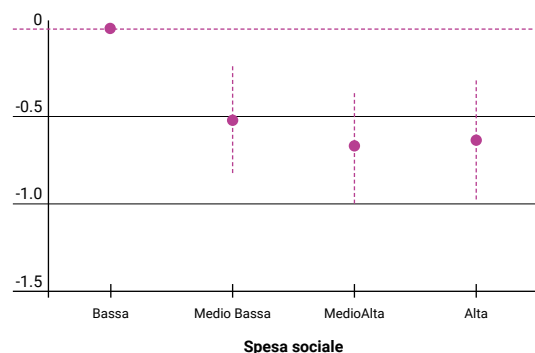
La figura 1 mostra i risultati principali. Sull'asse delle ascisse è riportata la spesa sociale in fasce da "bassa" ad "alta", mentre l'asse delle ordinate misura la variazione nell'esito di interesse tra la prima fascia (bassa spesa) e tutte le altre fasce. I risultati mostrano chiaramente che una maggiore spesa sociale è associata a migliori esiti ospedalieri tra gli anziani:

- **ricoveri totali e primi ricoveri**: i ricoveri totali diminuiscono di circa 1 ogni 1.000 anziani, equivalente a una riduzione di circa il 3% rispetto al numero totale di ricoveri nel primo gruppo; questo risultato è dovuto principalmente alla riduzione dei primi ricoveri;

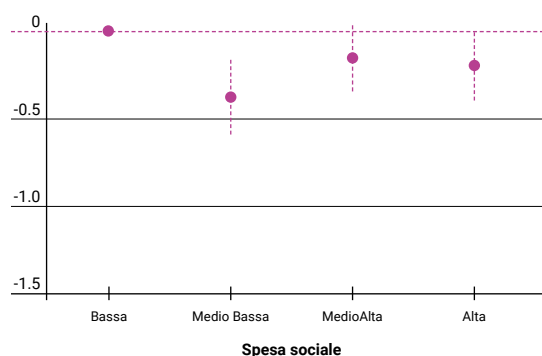
(a) Ricoveri totali



(b) Primi ricoveri



(c) Riammissioni



(d) Degenza

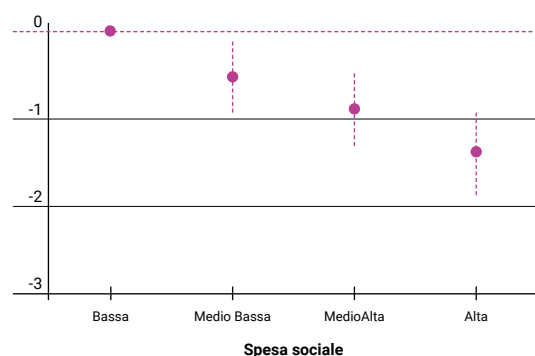


Figura 1. Effetto della spesa sociale sugli esiti di interesse. Le linee verticali tratteggiate corrispondono a intervalli di confidenza del 90%.

- **riammissioni:** l'effetto è limitato, suggerendo criticità nella gestione dell'assistenza post-dimissione;
- **degenza ospedaliera** (espressa in forma logaritmica): diminuisce all'aumentare della spesa sociale, raggiungendo una riduzione di circa il 14% nel gruppo con spesa maggiore.

Questi risultati indicano che livelli più elevati di spesa sociale giocano un ruolo importante nella prevenzione dei bisogni acuti e nella riduzione delle degenze ospedaliere non necessarie, cioè quelle non attribuibili alle caratteristiche dei pazienti o a fattori specifici dell'ospedale.

Risultati significativi emergono anche dalle analisi di eterogeneità, i cui risultati sono riportati in Appendice (figure A1-A3):

- **per età al ricovero:** gli effetti sono più marcati tra gli anziani over 75, che beneficiano maggiormente delle reti di assistenza e sostegno sociale;
- **per offerta di cure territoriali:** la spesa sociale è più efficace nel ridurre la degenza ospedaliera nei Comuni con maggiore densità di operatori negli studi medici, dove il coordinamento tra sanitario e sociale è probabilmente più strutturato;
- **per area geografica:** i Comuni del Nord mostrano risultati migliori, mentre, a parità di risorse, Centro e Sud faticano a trasformare la spesa sociale in risultati sanitari concreti, a causa di debolezze organizzative e amministrative.

Implicazioni e raccomandazioni di policy

L'evidenza empirica suggerisce che, nel contesto delle politiche locali, la spesa sociale può agire indirettamente come strumento di prevenzione sanitaria e di efficientamento del sistema ospedaliero. Alla luce di ciò, emergono **quattro priorità di intervento** per una politica sanitaria integrata con il *welfare* locale:

- 1 **Integrare governance sanitaria e sociale**, capace di superare la frammentazione istituzionale attuale attraverso:
 - la promozione di piani territoriali unificati di assistenza agli anziani, elaborati congiuntamente da Comuni, aziende sanitarie locali e Regioni, che definiscano obiettivi condivisi, risorse comuni e standard minimi di integrazione, includendo protocolli per la presa in carico congiunta degli anziani con ruoli e responsabilità chiaramente definiti tra operatori sociali e sanitari;
 - la creazione di strumenti di coordinamento e monitoraggio interistituzionale al fine di favorire il confronto costante tra enti locali e aziende sanitarie, allineando la programmazione delle risorse e valutando periodicamente i risultati in termini di salute e benessere;

- l'attivazione della condivisione dei flussi informativi tra sistemi sanitari e sociali al fine di individuare rapidamente le situazioni di fragilità, monitorare gli esiti come ricoveri evitabili o tempi di degenza e orientare le risorse verso le aree più critiche.
- 2 **Potenziare la capacità di investimento dei Comuni e rafforzare la spesa sociale municipale per gli anziani** attraverso:
 - investimenti nei servizi domiciliari, nei centri diurni, nella teleassistenza e nel sostegno ai *caregiver* familiari, al fine di favorire la continuità delle cure e consentire agli anziani di restare nel proprio ambiente, riducendo costi e isolamento sociale;
 - partenariati pubblico-privati e reti comunitarie per ampliare la rete territoriale dei servizi e facilitare la sperimentazione di modelli innovativi come il cohousing per anziani, le comunità di prossimità o i programmi di volontariato intergenerazionale;
 - 3 **Ridurre i divari territoriali in termini di livello di offerta e qualità** attraverso:
 - il sostegno ai Comuni del Sud con risorse aggiuntive, assistenza tecnica e supporto amministrativo per la progettazione e la gestione dei servizi sociali;
 - la premiazione dei territori e dei progetti che dimostrano efficacia nell'integrazione tra sanità e sociale al fine di stimolare la diffusione di buone pratiche;
 - il potenziamento della capacità amministrativa delle aree a bassa performance anche attraverso la creazione di consorzi o gestioni associate dei servizi sociali, soprattutto nelle aree interne, al fine di aumentare la continuità dei servizi e ridurre i costi di scala.
 - 4 **Valutare e monitorare gli impatti per rendere l'integrazione una strategia misurabile e replicabile di efficienza e sostenibilità del welfare** attraverso:
 - l'integrazione dei dati su spesa sociale e salute in sistemi informativi unificati al fine di monitorare l'allocazione delle risorse e valutarne l'impatto sugli esiti sanitari e sociali;
 - la promozione della ricerca empirica e della valutazione di impatto per quantificare i ritorni economici e sociali dell'integrazione.

Ringraziamenti

gli autori desiderano ringraziare i partecipanti alla Conferenza AIES 2024, al Seminario BReCHS 2025, alla Conferenza IHEA 2025 e al Second General Meeting del progetto Age-It del 2025 per i preziosi commenti, suggerimenti e osservazioni che hanno contribuito a migliorare significativamente la qualità di questo lavoro.

RACCOMANDAZIONI CHIAVE

Per rendere più efficace e sostenibile il sistema di welfare, è necessario **integrare la governance sanitaria e sociale**, promuovendo piani territoriali condivisi tra Comuni, ASL e Regioni e migliorando la circolazione dei dati tra i due sistemi.

Occorre **rafforzare la spesa sociale municipale per gli anziani** con maggiori investimenti in assistenza domiciliare, centri diurni e sostegno ai *caregiver*.

È fondamentale **ridurre i divari territoriali, sostenendo i Comuni del Sud** con risorse e competenze, e valutare in modo sistematico l'impatto delle politiche tramite dati integrati e ricerca empirica.

Bibliografia

1. Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti. Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI (Comunicato stampa). FADOI 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fadoi.org/press-room/ospedali-anziani-dimessi-7-giorni-piu-tardi-oltre-2-giornate-di-degenza-improprie-lindagine-fadoi/>
2. Victor CR, Healy J, Thomas A, Seargeant J. Older patients and delayed discharge from hospital. *Health Soc Care Community* 2000;8(6):443-52. doi: 10.1046/j.1365-2524.2000.00270.x
3. IFEL – Fondazione ANCI. Salute e territorio. I servizi socio-sanitari dei Comuni italiani – Rapporto 2025. Ifel, 20.11.2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fondazioneifel.it/documenti-e-pubblicazioni/item/11765-salute-e-territorio-i-servizi-socio-sanitari-dei-comuni-italiani-rapporto-2025/>
4. ISTAT (2022). La spesa dei Comuni per i servizi sociali – Anno 2022. Roma, Istituto Nazionale di Statistica, 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/09/Report_Spesa-dei-comuni-per-i-servizi-sociali_Anno-2022.pdf?utm_source=chatgpt.com
5. Pirani M, Schifano P, Agabiti N, Davoli M, Caranci N, Perucci CA. Potentially avoidable hospitalisation in Bologna, 1997-2000: temporal trend and differences by income level. *Epidemiol Prev* 2006;30(3):169-77.
6. Questa misura standardizzata è ottenuta stimando un modello a effetti fissi in cui la durata della degenza è specificata come funzione di fattori demografici e clinici del paziente e le caratteristiche di ospedale, includendo effetti fissi di ospedale ed effetti fissi combinati di comune e anno. I fattori demografici sono: età, sesso, mortalità durante il ricovero. I fattori clinici sono: l'indice di comorbidità sviluppato da Charlson et al. (Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40(5):373-83), una variabile che indica se si tratta del primo ricovero o della prima, seconda o terza o successiva riammissione, l'attività chirurgica o medica e la major diagnostic category, che rappresenta un'aggregazione di diagnostic-related group relativi alla prima diagnosi. L'effetto fisso dell'interazione tra comune e anno, invece, catturano tutti i fattori non osservabili che incidono sulla degenza ospedaliera di tutti i residenti in un dato comune in un dato anno. In altre parole, tale termine riflette l'effetto di risiedere in un determinato comune in un dato anno sul valore della degenza ospedaliera e i suoi valori predetti rappresentano la misura standardizzata e variabile nel tempo della durata della degenza ospedaliera a livello comunale
7. Rocard E, Llena-Nozal A. Supporting Informal Carers of Older People: Policies to leave no carer behind. OECD Health Working Papers No. 140. 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.oecd.org/en/publications/supporting-informal-carers-of-older-people_0f0c0d52-en.html
8. European Institute for Gender Equality. Informal care of older people, people with disabilities and long-term care services. EIGE 2019. Disponibile all'indirizzo: https://eige.europa.eu/publications-resources/toolkits-guides/gender-equality-index-2019-report/informal-care-older-people-people-disabilities-and-long-term-care-services?language_content_entity=en
9. Dipartimento per le politiche di coesione per il Sud. Strategia Nazionale Aree Interne (SNAI) (Database). 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://politichecoesione.governo.it/it/politica-di-coesione/strategie-tematiche-e-territoriali/strategie-territoriali/strategia-nazionale-aree-interne-snai/>

APPENDICE

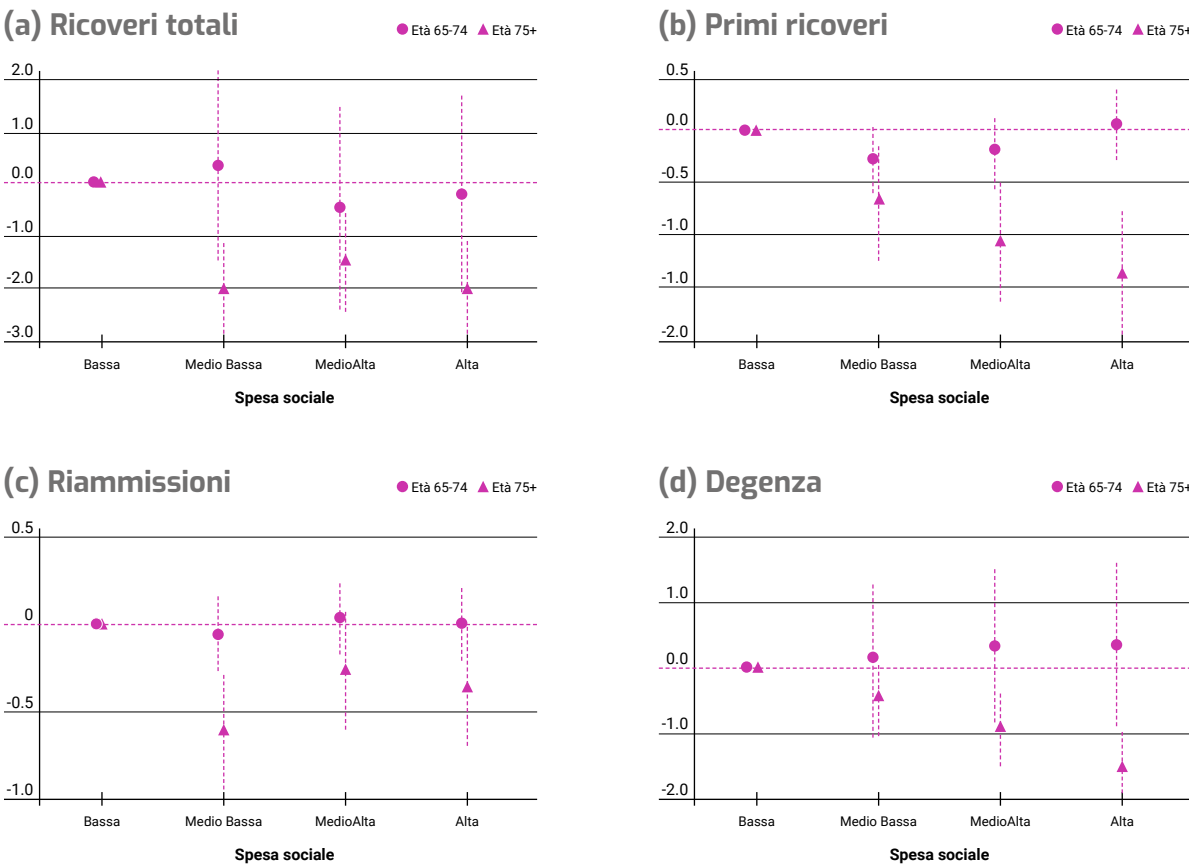


Figura A1. Effetto della spesa sociale sugli esiti di interesse per età al ricovero. Le linee verticali tratteggiate corrispondono a intervalli di confidenza del 90%.

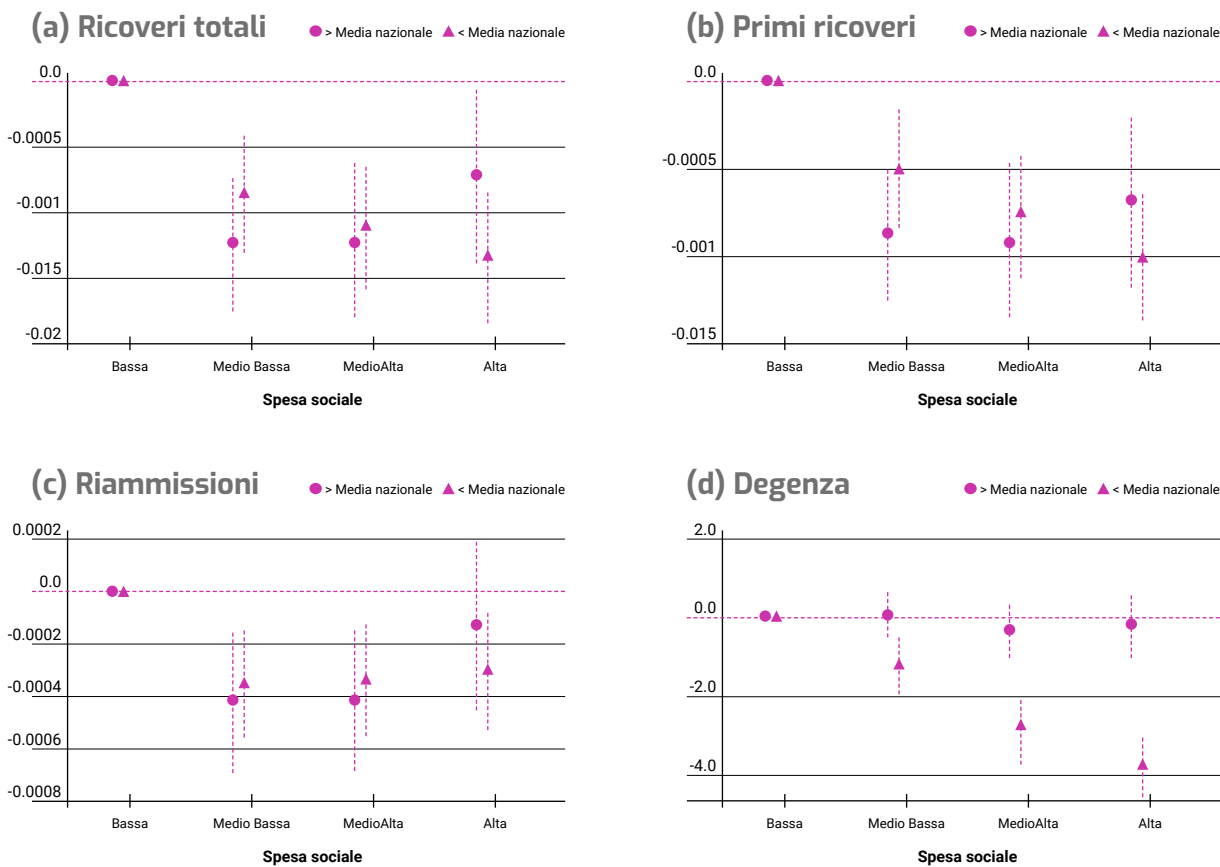


Figura A2. Effetto della spesa sociale sugli esiti di interesse per numero di lavoratori pro-capite negli studi medici. Le linee verticali tratteggiate corrispondono a intervalli di confidenza del 90%.

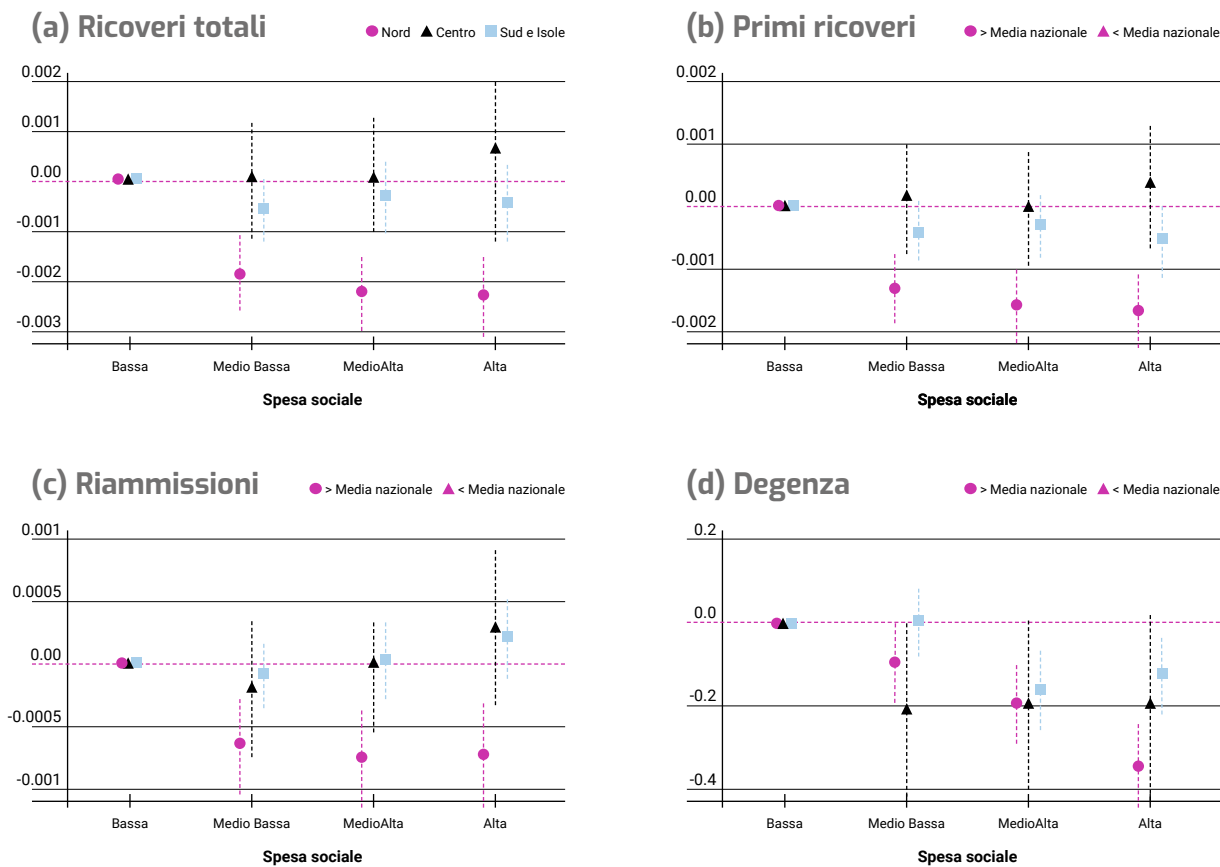


Figura A3. Effetto della spesa sociale sugli esiti di interesse per macro-area.
Le linee verticali tratteggiate corrispondono a intervalli di confidenza del 90%.

BIOGRAFIE DEGLI AUTORI E DELLE AUTRICI

Valery Artusio: componente del team di ricerca della Società italiana di Diritto sanitario (SoDiS), dottoranda in Salute, medicina e welfare nella società digitale all'Università "Magna Graecia" di Catanzaro.

Giacomo Balduzzi: ricercatore di Sociologia generale all'Università del Piemonte Orientale, Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze politiche, economiche e sociali (Alessandria), dove insegna Metodologia della ricerca sociale, Sociologia digitale, Organizzazione dei servizi sociali.

Renato Balduzzi: ordinario a.r. di Diritto costituzionale all'Università Cattolica del Sacro Cuore, direttore del Centro di ricerca "Laboratorio sull'assistenza territoriale in sanità" (LaboST), direttore scientifico della Società italiana di diritto sanitario (SoDiS).

Erika Bassi: ricercatrice in Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (MEDs/24c) presso il Dipartimento di Medicina Traslationale dell'Università del Piemonte Orientale.

Ines Basso: assegnista di ricerca in Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (MEDs/24c) presso il Dipartimento di Medicina Traslationale dell'Università del Piemonte Orientale.

Franca Beccaria: sociologa (PhD), presidente e socia fondatrice dell'impresa sociale Eclectica+ Ricerca e Formazione di Torino; ha insegnato sociologia della salute presso l'Università di Torino. Esperta in promozione della salute e processi partecipati.

Paolo Berta: professore ordinario di Scienze delle Finanze presso il Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca dove coordina il corso di laurea in «Statistica e Gestione dell'Informazione»; vice-coordinatrice del corso di Dottorato di Ricerca in Public Health, Epidemiology, Statistics and Health Economics e Membro del Consiglio Scientifico del Centro di Ricerca BReCHS e del Centro di Ricerca CRISP, entrambi all'interno dell'Università di Milano-Bicocca.

Michele Bertani: è ricercatore in sociologia generale presso l'Università "Ca' Foscari" di Venezia. Ha conseguito il dottorato in Sociologia e Ricerca Sociale e si occupa di *welfare*, politiche sociali, invecchiamento della popolazione e benessere urbano, analizzando sistemi di *welfare* e politiche pubbliche con approcci interdisciplinari.

Maria Vittoria Bufali: ricercatrice presso l'Università Bocconi e la SDA Bocconi School of Management. Ha conseguito un dottorato di ricerca in Management presso la Strathclyde Business School (Glasgow, Regno Unito). I suoi interessi di ricerca si concentrano su valutazioni d'impatto ed economiche di interventi sociali e sanitari; innovazione sociale, del settore pubblico e digitale; valutazione dei bisogni; gestione e (ri)progettazione dei servizi, in particolare in ambito di terzo settore, *welfare* locale e *long term care*. Ha pubblicato su riviste internazionali come *Social Science & Medicine*, *Public Management Review*, *BMC Health Services Research*, *Journal of Social Entrepreneurship*, *Journal of Community Psychology*.

Erica Busca: assegnista di ricerca in Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (MEDs/24c) presso il Dipartimento di Medicina Traslationale dell'Università del Piemonte Orientale.

Stefano Campostrini: professore ordinario di Statistica sociale presso il dipartimento di Economia dell'Università "Ca' Foscari" di Venezia

Silvia Caristia: sociologa, PhD in Scienze Mediche e Biotecnologie, assegnista di ricerca in sanità pubblica presso il Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la

Transizione Ecologica, Università del Piemonte Orientale. Lavora in ambito epidemiologico, con interessi nel campo della valutazione d'efficacia delle politiche sanitarie.

Alberto Catalano: è assegnista di ricerca presso l'Università del Piemonte Orientale dove si occupa di epidemiologia e biostatistica, in particolare in progetti legati all'invecchiamento in salute.

Davide Cino: ricercatore in Pedagogia Generale e Sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. I suoi principali interessi di ricerca riguardano l'educazione informale, l'apprendimento lungo l'arco della vita e i neoliberismi. Nell'ambito delle sue ricerche adotta uno sguardo interdisciplinare e utilizza approcci qualitativi, quantitativi e *mixed method*.

Amelia Compagni: professoressa associata, presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università Bocconi e Direttrice del Centro di Ricerca sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale (CERGAS) di SDA Bocconi. Si occupa di *management* in ambito sanitario, in particolare di dinamiche professionali in risposta a cambiamenti nelle politiche pubbliche, innovazioni tecnologiche e rilevanti sfide sociali, tra cui l'invecchiamento. Ha pubblicato in numerose riviste scientifiche internazionali di *management* e *management* pubblico e sanitario.

Paola Costelli: è professoressa ordinaria di Patologia Generale presso l'Università degli Studi di Torino, dove guida ricerche sui meccanismi del catabolismo muscolare, la sarcopenia e la cachessia, con numerose pubblicazioni scientifiche nel campo della biologia sperimentale e della medicina sperimentale.

Alberto Dal Molin: professore Associato in Scienze Infermieristiche Generali, Cliniche e Pediatriche (MEDs/24c) presso il Dipartimento di Medicina Traslationale dell'Università del Piemonte Orientale. Coordinatore dello Spoke 10 e Responsabile task 6.6 del progetto "Age-It".

Enrico Daly: componente del team di ricerca della Società italiana di Diritto sanitario (SoDiS), borsista di ricerca in Diritto costituzionale nell'Università della Valle d'Aosta.

Egidio de Benedetto: è professore associato di misure elettriche ed elettroniche presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II". I suoi attuali interessi di ricerca includono la caratterizzazione dielettrica dei materiali, sistemi di riflettometria a microonde per applicazioni di monitoraggio, sistemi di misura basati su Industria 4.0 e misure per sistemi di realtà aumentata.

Alessandra Dian: sociologa, lavora in Eclectica+ Ricerca e Formazione impresa sociale di Torino come assistente di ricerca.

Francesca Donati: assegnista di ricerca presso l'Università del Piemonte Orientale, Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica (DIS-STE). Ha conseguito il dottorato di ricerca in Sociologia-Studi Urbani presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca, in co-tutela con la Universidad Pablo de Olavide di Siviglia, con una tesi dedicata allo studio dei sistemi locali di cura. È tutt'ora affiliata al Centro de Sociología y Políticas Locales (Urban Governance Lab) dell'Universidad Pablo de Olavide di Siviglia. I suoi principali interessi di ricerca riguardano lo studio delle politiche sociali multilivello, del *welfare* locale, delle disuguaglianze territoriali e dei processi di produzione della cura.

Fabrizio Faggiano: professore di igiene generale e applicata presso l'Università del Piemonte Orientale, direttore dell'Osservatorio Epidemiologico dell'ASL di

Vercelli. Di formazione epidemiologo, è stato Presidente dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, membro del Comitato Scientifico di Santé Publique France e dello European Monitoring Centre on Drugs and Drug Abuse; ha contribuito alla fondazione della European Society of Prevention e del Network Italiano di Evidence-based Prevention. I suoi principali campi di ricerca sono la promozione della salute, la valutazione degli interventi, in particolare applicati alla promozione dell'invecchiamento sano e attivo.

Giovanni Fattore: è laureato in economia e ha studiato ad Harvard e alla London School of Economics and Political Science (LSE). È professore ordinario di economia aziendale all'Università Bocconi. Le sue attività di ricerca riguardano le politiche sanitarie e il *management* pubblico. Si sta occupando di solitudine e di impatto dell'intelligenza sanitaria sulla diagnostica per immagini. È stato Presidente dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria (AIES). Ha lavorato per l'Unione europea, l'OCSE, la Banca Mondiale e l'OMS. È *associate editor* della rivista *Health Policy* e autore di quasi 200 pubblicazioni in riviste scientifiche nazionali e internazionali.

Gianluca Fiorentini: professore di scienza delle finanze presso l'Università di Bologna, insegna corsi di economia sanitaria, economia della regolamentazione e politiche di welfare. I suoi interessi di ricerca riguardano l'economia sanitaria e l'analisi economica del diritto.

Laura Formenti: professoressa ordinaria di Pedagogia Generale e Sociale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca dove insegna Pedagogia della famiglia e Consulenza familiare. Coordina il Life History and Biography Network della European Society for Research on the Education of Adults e dirige il *Journal of Transformative Education* dell'American Association for Adult and Continuing Education. Fa ricerca sull'apprendimento permanente in tutte le età della vita, sulla dimensione educativa della cura in ambiti formali e informali, su intergenerazionalità e interventi di comunità, sugli approcci narrativi e trasformativi nel lavoro con le persone che invecchiano.

Simone Ghislandi: è professore associato di economia pubblica all'Università Bocconi. È laureato in economia e ha conseguito un MPhil e un DPhil in *economics* alla Oxford University. È stato professore di *Health Economics* alla Vienna University of Economics and Business (WU) e ha svolto periodi di studio alla Pompeu Fabra (Barcellona), all'Imperial College (Londra) e all'Università del Lussemburgo. Ha collaborato con l'Unione europea, la World Bank, l'International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA) e con autorità pubbliche in vari Paesi. Ha pubblicato su riviste scientifiche internazionali nell'area dell'economia pubblica e sanitaria e della demografia della salute.

Marta Giachello: ricercatrice di scienza delle finanze all'Università di Bologna, ha un dottorato in economia e si occupa di economia sanitaria, con particolare attenzione ai modelli di cure primarie e ai meccanismi di incentivazione per i professionisti sanitari. È membro di ALMA AGING.

Guido Giarelli: professore ordinario di Sociologia generale, Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro. I suoi ambiti di ricerca riguardano i sistemi sanitari comparati e le riforme sanitarie, la medicina narrativa, l'invecchiamento sano e attivo, la gerontologia sociale, le associazioni di cittadinanza e il ruolo della società civile.

Olena Ignatenko: dottoranda in Salute, Medicina e Welfare nella Società Digitale presso il Dipartimento di

Scienze della Salute dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro.

Giovanni Lamura: dirige il Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento all'IRCCS INRCA di Ancona. Dopo un dottorato in Corso della vita e politiche sociali all'Università di Brema, è stato *visiting fellow* all'Università di Amburgo-Eppendorf e allo European Centre for Social Welfare Policy & Research di Vienna, con focus su *long-term care*, *caregiver* informali e assistenti private di cura.

Francesca Romana Loberto: dottoranda in Educazione nella Società Contemporanea dell'Università Milano-Bicocca, Infermiera Ifec dell'Asst Santi Paolo e Carlo Milano.

Davide Lucantoni: ha conseguito una laurea magistrale in Economia e *Management* presso l'Università Politecnica delle Marche. È ricercatore junior presso il Centro Ricerche Economico-Sociali sull'Invecchiamento (CRESI) dell'IRCCS INRCA di Ancona, dove svolge attività di ricerca sui temi dell'invecchiamento attivo nell'ambito del progetto "Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", finanziato dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Sull'argomento è autore di alcune pubblicazioni sotto forma di relazioni e su riviste scientifiche internazionali.

Marilyn Mantineo: assegnista di ricerca in sociologia della salute e docente a contratto presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro.

Michele Marzulli: è professore associato di sociologia generale presso l'Università "Ca' Foscari" di Venezia, con interessi legati alla sociologia della salute, dell'innovazione sociale e del *welfare*. Partecipa a progetti di ricerca sulla società, l'invecchiamento attivo e i sistemi di *welfare* ed è autore di articoli e contributi accademici nel campo della sociologia e delle politiche sociali.

Marialuise Marzullo: ricercatrice di Economia e Gestione delle Imprese, Dipartimento di Economia, Management, Istituzioni, Università degli Studi di Napoli Federico II.

Paolo Marzullo: è professore associato di Endocrinologia presso l'Università del Piemonte Orientale e direttore della Struttura complessa di endocrinologia dell'Azienda ospedaliero-universitaria "Maggiore della Carità" di Novara. I suoi interessi clinici e scientifici includono le malattie metaboliche, le patologie neuroendocrine, i disturbi endocrino-ginecologici, le problematiche tiroidee e la modulazione endocrino-metabolica dell'invecchiamento.

Alice Masini: ricercatrice in Igiene Generale e Applicata, ha un dottorato in sanità pubblica e insegna igiene, sanità pubblica e metodologia della ricerca presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale dell'Università del Piemonte Orientale. I suoi interessi di ricerca ri-

guardano promozione della salute, prevenzione e *lifestyle medicine*.

Cristina Mele: professore ordinario di Economia e Gestione delle Imprese, Università degli Studi di Napoli Federico II.

Lorenzo Mercurio: professore di organizzazione aziendale presso l'Università di Napoli "Federico II", insegna organizzazione aziendale per le professioni sanitarie. La sua attività di ricerca riguarda l'innovazione, la gestione delle risorse umane e della conoscenza, con particolare applicazione alle organizzazioni pubbliche e alla sanità pubblica.

Mohamed Mowafy: assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Statistica e Metodi Quantitativi dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Tiziana Nazio: professoressa associata di Sociologia all'Università di Torino e all'Università del Piemonte Orientale, fellow del Collegio Carlo Alberto. Si occupa di disuguaglianze sociali legate al genere, al lavoro retribuito e non, alle forme famigliari e alle relazioni intergenerazionali.

Nikolai Salvatore Pagano: assistente sociale e ricercatore nell'ambito delle politiche sociali e socio-sanitarie presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro. Si occupa di invecchiamento attivo, demenze e pratiche narrative nei servizi, con particolare attenzione all'analisi delle politiche pubbliche e ai contesti territoriali di *welfare*.

Massimiliano Panella: professore ordinario di Igiene Generale e Applicata presso l'Università del Piemonte Orientale, è direttore del Dipartimento di Medicina Traslazionale e direttore della struttura complessa a direzione universitaria dei presidi ospedalieri – AOU Alessandria. Insegna igiene, sanità pubblica e organizzazione e gestione dei processi organizzativi. Si occupa di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari, miglioramento continuo della qualità, epidemiologia e *lifestyle medicine*.

Andrea Principi: ricercatore senior presso il Centro Ricerche Economico-Sociali dell'IRCCS INRCA di Ancona, unico IRCCS in Italia specializzato nella tematica dell'invecchiamento. Suo principale tema di studio è l'invecchiamento attivo, che pratica da più di 25 anni attraverso la realizzazione di progetti di ricerca, prevalentemente a finanziamento europeo, applicati a tutti i livelli (macro: politiche; meso: organizzazioni; micro: individui). Negli anni, ha realizzato numerose pubblicazioni sull'argomento (articoli su riviste scientifiche, libri e capitoli di libro).

Federico Rivella: dottorando in Sustainable Development and Cooperation (SUSTNET), Dipartimento per lo Sviluppo Sostenibile e la Transizione Ecologica dell'Università del Piemonte Orientale; Dipartimento di Scienze della Vita e Biologia dei Sistemi (DBIOS) all'Università di Torino.

Sara Rolando: sociologa (PhD), è responsabile del set-

tore ricerca di Eclectica+ Ricerca e Formazione impresa sociale s.r.l. di Torino. Nell'ambito del progetto Age-it (Spoke 10), ha curato gli studi qualitativi sulle policy delle regioni Lazio e Piemonte.

Ludovica Rossotti: research fellow al Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università "Magna Graecia" di Catanzaro.

Isabella Santomauro: dottoranda di ricerca presso il Dipartimento di Medicina Traslazionale dell'Università del Piemonte Orientale.

Davide Servetti: professore associato di Diritto costituzionale e pubblico all'Università del Piemonte Orientale, Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze politiche, economiche e sociali (Alessandria), dove insegna Diritto pubblico, Biodiritto, Diritto sanitario e farmaceutico.

Marco Socci: ricercatore senior presso il Centro Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento (CRESI) dell'IRCCS INRCA di Ancona, si occupa di fenomeni socioeconomici associati all'invecchiamento, in particolare di invecchiamento attivo, *caregiving* e rapporti intergenerazionali. Ha partecipato a vari progetti di ricerca nazionali e internazionali e realizzato diverse pubblicazioni su tali temi su riviste scientifiche internazionali.

Fulvio Ricceri: è professore associato di igiene, epidemiologia e Sanità Pubblica all'Università di Torino. Si occupa di disuguaglianze sociali e invecchiamento in salute, con particolare attenzione ai fattori ambientali ed epigenetici. È *principal investigator* di studi basati sulla coorte EPIC Torino ed è il *WP3 leader* per il progetto Age-it.

Tiziana Russo Spena: è professoressa ordinaria di economia e gestione delle imprese presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II". I suoi interessi di ricerca si concentrano su innovazione, strategie di valore, tecnologia e gestione, con pubblicazioni accademiche su temi di innovazione e tecnologie emergenti.

Irene Torrini: è ricercatrice post-doc presso l'Università Bocconi, dove attualmente lavora al progetto Age-It: "Ageing Well in an Ageing Society", finanziato dal programma Next Generation EU. Ha conseguito il dottorato di ricerca in Economia presso l'Università di Milano-Bicocca. I suoi principali interessi di ricerca riguardano l'economia e le politiche sanitarie, l'economia pubblica e la microeconometria applicata. I suoi progetti di ricerca attuali si concentrano sull'impatto dei servizi di assistenza territoriale sul consumo di servizi ospedalieri, nonché sulle interdipendenze tra assistenza sociale e sanitaria. Inoltre, studia l'influenza dei fattori sociali, come la solitudine e le dinamiche familiari, sulla salute e sull'utilizzo dei servizi sanitari.

Silvio Roberto Vinceti: componente del team di ricerca della Società italiana di Diritto sanitario (SoDiS), assegnista di ricerca in Diritto pubblico comparato al Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali dell'Università di Bologna.

e&p UN TUFFO NELLA SOSTENIBILITÀ



MENO CARTA PIÙ E&P

Nuove tariffe abbonamenti 2026

Rivista e supplementi in formato digitale

Privati	1 anno	80€
	2 anni	150€
	3 anni	210€
Enti ad accesso unico	1 anno	155€
	2 anni	290€
	3 anni	410€
Enti ad accesso multiplo	da concordare con l'editore scrivendo all'indirizzo abbonamenti@ inferenze.it	

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

ABBONAMENTO ALLA RIVISTA
A PARTIRE DAL PRIMO NUMERO RAGGIUNGIBILE

SCRIVI A: abbonamenti@inferenze.it

TELEFONA: 02 48702283

INFERENZE scrl via Ricciarelli, 29 - 20148 Milano

DATA / /

TIPO DI ABBONAMENTO

EURO

MODALITÀ DI PAGAMENTO

☐ PAYPAL
fai tutto on-line alla pagina
www.epiprev.it/abbonamenti

☐ BONIFICO BANCARIO
BPER BANCA, Piazza Wagner, 8
20145 - Milano
IBAN IT83Z0538701612000035010623
intestato a Inferenze soc. coop.,
via Ricciarelli, 29
20148 - Milano
(per velocizzare, inoltra anche via mail
la richiesta allegando la contabile)

☐ CARTA DI CREDITO ☐ Carta Si ☐ Master Card ☐ Eurocard ☐ VISA

COGNOME E NOME

AZIENDA

INDIRIZZO

CAP / LOCALITÀ / PROVINCIA

TEL. / FAX

E-MAIL

NUMERO

SCADENZA

COD.CV2
(ULTIME 3 CIFRE STAMPATE SUL RETRO DELLA CARTA)

FIRMA



www.epiprev.it