

INVECCHIAMENTO ATTIVO E CONDIZIONI DI VITA DEGLI ANZIANI IN ITALIA



INVECCHIAMENTO ATTIVO E CONDIZIONE DI VITA DEGLI ANZIANI IN ITALIA

ISBN 978-88-458-2028-1

© 2020

Istituto nazionale di statistica
Via Cesare Balbo, 16 - Roma



Salvo diversa indicazione, tutti i contenuti
pubblicati sono soggetti alla licenza
Creative Commons - Attribuzione - versione 3.0.
<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/it/>

È dunque possibile riprodurre, distribuire,
trasmettere e adattare liberamente dati e analisi
dell'Istituto nazionale di statistica, anche a scopi
commerciali, a condizione che venga citata la fonte.

Immagini, loghi (compreso il logo dell'Istat),
marchi registrati e altri contenuti di proprietà di
terzi appartengono ai rispettivi proprietari e non
possono essere riprodotti senza il loro consenso.

INDICE

	Pag.
Avvertenze	5
Introduzione	7
PARTE PRIMA - L'invecchiamento demografico	9
Capitolo 1 – Invecchiamento demografico e salute della popolazione anziana	11
1.1 Il Paese più anziano: sfide, opportunità e prospettive	11
1.2 Un panorama dell'invecchiamento del Paese sul piano quantitativo	12
1.3 L'impatto dell'invecchiamento sul piano economico e sociale	16
1.4 L'invecchiamento sotto un'altra luce: un'analisi comparativa alle età equivalenti	18
1.5 Le condizioni di salute nell'aspettativa di vita delle persone anziane	19
1.6 Conseguenze del cambiamento demografico: le famiglie in cui vivono gli anziani	22
PARTE SECONDA - L'invecchiamento attivo	31
Capitolo 2 – L'invecchiamento attivo: concetti e misure	33
2.1 La definizione di invecchiamento attivo: un concetto multidimensionale	33
2.2 Come si misura l'invecchiamento attivo: aspetti metodologici dell'Aai	35
2.3 L'invecchiamento attivo in Europa e in Italia	39
Capitolo 3 – L'invecchiamento attivo in Italia	47
3.1 Overall: sintesi dell'indice generale Aai in Italia	47
3.1.1 <i>Relazioni tra l'Active ageing index e altri indicatori di sviluppo</i>	55
3.2 L'Occupazione nell'Aai	58
3.2.1 <i>Il mercato del lavoro degli ultimi dodici anni (2007-2018)</i>	58
3.2.2 <i>La dimensione Occupazione nell'Active ageing index</i>	60
3.2.3 <i>Funziona veramente la staffetta intergenerazionale?</i>	67
3.2.4 <i>Lavoro e previdenza: tra equilibri finanziari, stili di vita e demografia</i>	71

	Pag.
3.3 La Partecipazione attiva alla vita sociale nell'Aai	75
3.3.1 <i>Il ruolo degli anziani nel welfare familiare</i>	81
3.3.2 <i>Il volontariato attivo degli anziani</i>	87
3.4 Vita indipendente, sana e sicura nell'Aai	95
3.4.1 <i>Gli indicatori della vita indipendente, sana e sicura</i>	97
3.4.2 <i>La condizione economica degli anziani</i>	103
3.4.3 <i>La formazione continua e il capitale umano degli anziani</i>	108
3.5 Capacità e ambiente favorevole all'invecchiamento attivo	113
3.5.1 <i>Condizioni di salute e prevenzione per garantire un invecchiamento attivo e inclusivo</i>	119
3.5.2 <i>Gli stili di vita come sostegno dell'invecchiamento attivo</i>	127
Conclusioni	133
Allegato	137
Riferimenti bibliografici	138

AVVERTENZE

Segni convenzionali

Nelle tavole statistiche sono adoperati i seguenti segni convenzionali:

Linea (-)

a) quando il fenomeno non esiste;

b) quando il fenomeno esiste e viene rilevato, ma i casi non si sono verificati.

Composizioni percentuali

Le composizioni percentuali sono arrotondate automaticamente alla prima cifra decimale. Il totale dei valori percentuali così calcolati può risultare non uguale a 100.

Ripartizioni geografiche

Nord:

Nord-ovest - Piemonte, Valle d'Aosta/*Vallée d'Aoste*, Liguria, Lombardia

Nord-est - Trentino-Alto Adige/*Südtirol*, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna

Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio

Mezzogiorno:

Sud - Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria

Isole - Sicilia, Sardegna

Sigle e abbreviazioni utilizzate

Aai *Active ageing index* (indice di invecchiamento attivo)

Bes Benessere equo e sostenibile

Eurostat Istituto statistico dell'Unione europea

Ilo International labour office (Organizzazione internazionale del lavoro)

Mipaa Madrid international plan of action on ageing (Piano di azione internazionale sull'invecchiamento di Madrid)

Oms/Who Organizzazione mondiale della sanità/ World Health Organization

Onu Organization of the United Nations (Organizzazione delle Nazioni Unite)

Ue Unione europea

Unece United nations economic commission for Europe (Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite)

INTRODUZIONE¹

È opinione comune che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sia ormai un processo ineludibile in quasi tutti i paesi sviluppati. Si tratta di una realtà la cui intensità dipende sia da una forte e diffusa caduta della natalità, sia dalla generalizzata conquista di una sopravvivenza sempre più lunga; ma è anche, non dimentichiamolo, l'effetto di una struttura per età lasciataci in eredità dal passato: ossia la presenza di coorti formatesi in epoche ad alta natalità, talvolta veri e propri *baby boom*, che stanno via via raggiungendo i vertici della piramide delle età.

Come è noto, l'invecchiamento della popolazione sta rimodellando gran parte degli assetti sociali ed economici, con conseguenze pervasive e trasversali che si riflettono nel campo della produzione, del consumo, nel mercato del lavoro e soprattutto del welfare; nel cui ambito sanità e sistema previdenziale sono, e saranno sempre più, costretti a fare i conti con una "questione demografica". Per governare un'evoluzione di questo tipo si ritiene dunque essenziale un profondo cambiamento culturale; un approccio innovativo che sia capace di stimolare politiche mirate e organiche, in grado di affrontare il cambiamento della struttura per età della popolazione trasformandolo da peso a risorsa per la nostra società. Non a caso, dall'inizio del nuovo millennio si è assistito a una progressiva attenzione al fenomeno dell'invecchiamento demografico a livello internazionale: un orientamento che ha spinto l'Unione europea a decretare il 2012 come Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni.

Le raccomandazioni degli organismi internazionali ai singoli paesi sull'adozione di politiche per l'invecchiamento attivo, hanno portato alla costruzione dell'*Active ageing index* (Aai), cui Istat ha ampiamente collaborato interagendo con i suoi partner internazionali (Unece e Commissione Europea).

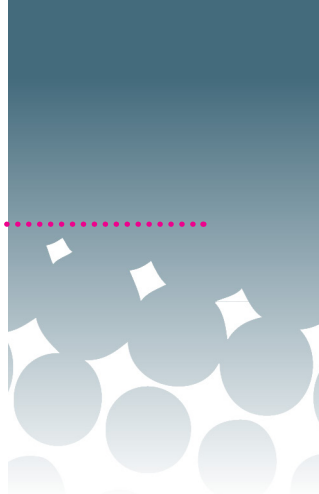
Partendo dalla multidimensionalità del concetto di invecchiamento attivo, l'Aai si compone di quattro dimensioni e 22 indicatori, che coprono i diversi aspetti del fenomeno. Tale indice viene diffuso per la prima volta in maniera sistematica - congiuntamente agli indicatori che lo compongono e distintamente per regione e genere - come prodotto di una sperimentazione, svolta a livello sub-nazionale, che ha posto Istat all'avanguardia tra gli Istituti di statistica europei.

D'altra parte non vi è dubbio che l'Aai rappresenta uno strumento particolarmente utile, sia per misurare i progressi conseguiti sul fronte dell'invecchiamento attivo, sia per favorire, attraverso il monitoraggio, la valutazione e l'implementazione di politiche mirate al miglioramento degli eventuali aspetti che non presentano risultati soddisfacenti.

Si tratta, dunque, di un importante contributo che viene offerto ai *policy maker*, affinché possano compiere le necessarie valutazioni - e le conseguenti azioni - con una visione del fenomeno, delle sue manifestazioni e delle sue problematiche, tanto a livello nazionale quanto, soprattutto, a livello territoriale.

Gian Carlo Blangiardo
Presidente dell'Istituto Nazionale di Statistica

¹ Il volume è stato curato da Luciana Quattrococchi e Mauro Tibaldi. Editing di Giovanna Dessi.



Parte prima - L'invecchiamento demografico

1. INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO E SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA¹

1.1 Il Paese più anziano: sfide, opportunità e prospettive

Su un libro di testo per gli studenti della scuola secondaria di primo grado si legge *“la percentuale della popolazione sopra i 65 anni tende a crescere sia perché il numero della nascite è molto basso sia perché la vita tende ad allungarsi”*². Su un altro, meno recente e destinato invece agli studenti dell’ultimo anno della scuola primaria, si legge *“oggi il nostro Paese è a crescita zero. Ciò significa che il numero dei nati è simile a quello dei morti e che la popolazione aumenta pochissimo; cresce invece il numero degli anziani”*³. Questi due esempi fanno comprendere quanto ormai il tema dell’invecchiamento demografico sia permeato nell’opinione pubblica, sino a diventare ordinaria materia di insegnamento nelle scuole. Particolarmente in un paese come l’Italia, in cui la struttura per età della popolazione è in continuo cambiamento con la prospettiva di divenire progressivamente sempre più anziana.

Al 1° gennaio 2019 gli individui residenti nel Paese con 65 anni di età ed oltre ammontano a 13,8 milioni, pari al 22,8 per cento del totale della popolazione. Nel 2009 sfioravano i 12 milioni e costituivano il 20,3 per cento. Ma è andando ancora più a ritroso nel tempo che ci si può rendere conto di quanto potente e prodigiosa possa essere stata la crescita della cosiddetta popolazione “anziana”: da 4,6 milioni nel 1960 (9,3 per cento) a 7,4 milioni nel 1980 (13,1 per cento), a 10,3 milioni nel 2000 (18,1 per cento).

In senso assoluto, come ormai apprendono anche i ragazzi delle scuole, il processo di invecchiamento è correlato al costante aumento della speranza di vita, che alla nascita oggi fa registrare un livello superiore agli 80 anni per gli uomini e uno sopra gli 85 anni per le donne. Se invece si vuole ragionare di invecchiamento in termini relativi, al positivo percorso della sopravvivenza sin qui ottenuto, bisogna aggiungere che, dalla seconda metà degli anni Settanta, le coppie italiane hanno smesso di avere un comportamento riproduttivo in grado di garantire il cosiddetto rimpiazzo delle generazioni (due figli per donna). Questi due processi demografici, sopravvivenza e fecondità, hanno dunque viaggiato in parallelo negli ultimi 40-45 anni e si prevede che possano continuare a farlo nei prossimi decenni, facendo ulteriormente accrescere l’importanza assoluta e relativa delle persone anziane.

Nel frattempo, però, i cambiamenti demografici in corso hanno già indotto sostanziali cambiamenti nella società italiana, con evidenti implicazioni in tanti suoi settori, che vanno dalla progressiva erosione e invecchiamento della forza lavoro alle trasformazioni del mondo produttivo sul piano dell’offerta di beni e servizi, dalla pressione esercitata sul sistema previdenziale a quella sul sistema di cura e assistenza. Importanti cambiamenti sono poi quelli intervenuti a livello individuale e familiare. Sono aumentate le famiglie unipersonali composte da anziani soli (si veda il paragrafo 1.6), mentre a prescindere da queste si è ridotta la consistenza del numero medio di componenti in quelle pluripersonali. Per tali famiglie, dove per

¹ I paragrafi da 1.1 a 1.4 sono stati curati da Marco Marsili, il paragrafo 1.5 è stato curato da Lidia Gargiulo, il paragrafo 1.6 da Elisa Marzilli.

² Morelli, Scelne, 2018.

³ Scataglini, 2013.

via della bassa fecondità tende a ridursi sensibilmente la quota di quelle numerose (sopra i quattro componenti), si è inoltre verificata una trasformazione in senso verticale: dalla famiglia composta da una coppia con figli si è via via passati a famiglie in cui le coppie hanno spesso un solo figlio e magari uno o più genitori anziani ancora in vita. Genitori anziani che, a loro volta, sovente si trovano nella situazione di dover prestare assistenza ai propri, ancora più anziani. Se è vero, infatti, che la speranza di vita si è allungata così tanto, e se è vero che in base alle ultime tavole di mortalità il 50 per cento degli individui ha la concreta possibilità di oltrepassare gli 85 anni di vita, è evidente come possa risultare in crescita il numero dei 65enni che, impegnati ancora nel mondo del lavoro o in procinto di uscirvi, provvedono a sostenere genitori 90-95enni.

L'invecchiamento attivo è definito dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) come quel processo volto a garantire opportunità di salute, partecipazione e sicurezza sociale, man mano che le persone invecchiano, al fine di migliorarne la qualità della vita. In tale definizione è incluso quindi il principio di estendere l'attività delle persone anziane sia riguardo all'inclusione nel mercato del lavoro, sia alla partecipazione ad attività di natura sociale, civica o culturale. Da un punto di vista demografico, rispondere a tali principi equivale a guardare oltre le classiche misure di base, come ad esempio la percentuale crescente di persone anziane nella popolazione totale o i guadagni della speranza di vita. Nella misura in cui l'obiettivo sia ribaltare il principio di vedere le persone anziane solo e soltanto come un carico per la società, bisogna introdurre misure quantitative diverse e misure che guardino anche alla qualità della vita. È il tema a cui si cerca di dare un contributo nei paragrafi successivi.

1.2 Un panorama dell'invecchiamento del Paese sul piano quantitativo

L'invecchiamento della popolazione è il risultato di vari fattori che congiuntamente concorrono a modificarne la struttura per età della popolazione. Tra tali fattori si riconoscono forze endogene ed esogene. Le prime sono rappresentate dall'aumento della sopravvivenza, che induce l'aumento delle persone in età avanzata, e dalla diminuzione della fecondità, che a sua volta determina l'erosione delle classi di età giovanili, col risultato composito di generare un progressivo squilibrio strutturale nella popolazione. Tra le forze esogene si riconosce soprattutto l'azione esercitata dai movimenti migratori, in ingresso come in uscita. Se sono i primi a prevalere, come nel caso dell'Italia perlomeno a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, nel breve/medio termine si produce un aumento delle persone in età lavorativa e, successivamente, anche un incremento della popolazione di età giovanile. Quest'ultimo effetto, in particolare, viene a formarsi quando i processi di integrazione nei confronti degli immigrati sono tali da indurli a radicarsi nel Paese di accoglienza, portandoli a formare nuove famiglie. Il risultato indotto è dunque quello di sortire un parziale ringiovanimento della struttura demografica. Nel lungo termine, invece, a meno che i flussi migratori in ingresso non continuino ad essere molto sostenuti e le possibilità di integrarsi preservate, è più arduo valutare se l'impatto strutturale vada nella direzione del ringiovanimento, stante il fatto che anche le persone immigrate invecchiano e che potenzialmente portano a far crescere la popolazione anziana.

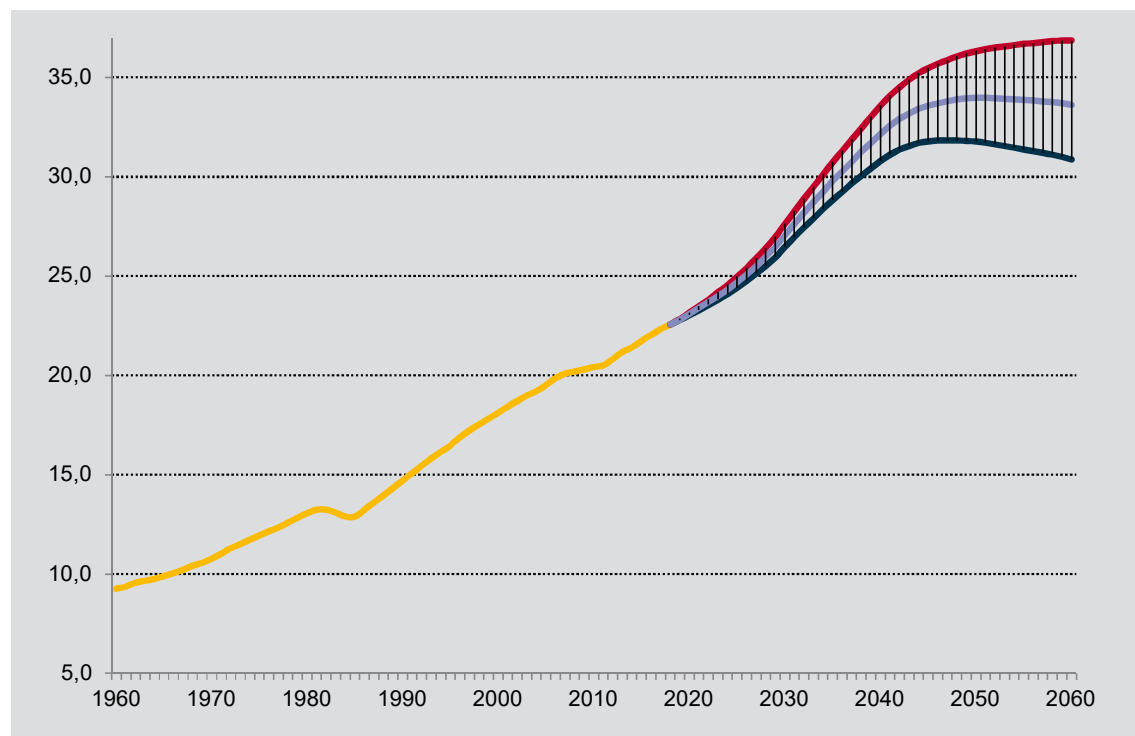
Le misure più comuni per valutare l'invecchiamento della popolazione sono quelle che guardano ai rapporti di composizione tra una parte della popolazione, generalmente quella più anziana, e un'altra. Sono così misure di invecchiamento quantitativo la percentuale di

individui di 65 anni e oltre sul totale della popolazione, l'indice di vecchiaia⁴ o anche, quali misure di estrema sintesi, l'età media⁵ o mediana⁶ della popolazione. Si tratta di misure convenzionali tra loro fortemente correlate, per cui se non si ha uno specifico scopo a impiegarne una piuttosto che un'altra, sono tra loro facilmente sostituibili.

La misura di invecchiamento più comunemente impiegata è la percentuale di popolazione di 65 anni e oltre, ciò in quanto convenzionalmente si ritiene da sempre "anziana" una persona appartenente a tale fascia di età. In realtà, è noto come tale concetto costituisca una forzatura, oggi sempre più inadeguata, anche se accettata diffusamente. L'anziano di oggi conduce infatti uno stile di vita e gode di una salute completamente diversa rispetto al coetaneo del passato (si approfondirà tale aspetto nei successivi paragrafi), per cui la soglia di ingresso nella cosiddetta terza età tende progressivamente a spostarsi in avanti. Peraltro, sulla base del concetto di *counter-ageing* (svecchiamento) in realtà si sostiene che le società moderne stiano complessivamente divenendo più giovani benché "anagraficamente" vecchie. Si vive più a lungo e meglio, pertanto ciò significa che le capacità fisiche e intellettuali del capitale umano in termini globali aumentano.

La Figura 1.1 mostra, anche da quest'ultimo punto di vista, il portentoso cammino di crescita di cui in Italia ha potuto godere la popolazione "anziana" negli ultimi 60 anni, nonché in prospettiva ciò che è possibile attendersi sulla base delle ultime previsioni dell'Istat (base 1.1.2018) entro i prossimi 40 anni.

Figura 1.1 - Popolazione di 65 anni e più in Italia. Dati storici 1960-2018 e previsioni al 2060, scenario mediano e intervallo di confidenza al 90 per cento (valori percentuali)



Fonte: Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione, Rilevazione della popolazione per sesso età e stato civile, Previsioni demografiche base 1.1.2018

4 Rapporto percentuale tra le persone di 65 anni e più e le persone di 0-14 anni.

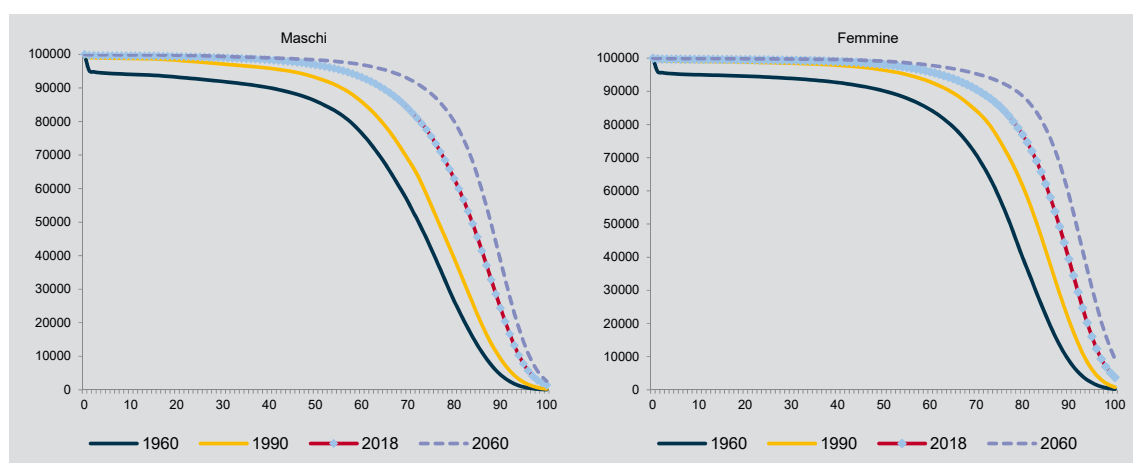
5 Età media della popolazione, considerando il peso specifico della stessa nelle varie classi di età.

6 Età rispetto alla quale la popolazione si ripartisce esattamente, sopra e sotto di essa, in due sottogruppi ciascuno pari al 50 per cento del totale.

Da valori percentuali inferiori al 10 per cento nel corso dei primi anni Sessanta, la popolazione ultrasessantacinquenne cresce progressivamente nel tempo, senza soluzione di continuità, salvo una breve parentesi agli inizi degli anni Ottanta. La quota del 20 per cento, un cittadino su 5, viene oltrepassata nel 2007, mentre gli ultimi dati disponibili quotano la popolazione anziana a circa il 23 per cento del totale. In chiave prospettiva che l'invecchiamento della popolazione possa proseguire il suo percorso di rafforzamento, alla luce di ipotesi che sono state prodotte dall'Istat, rappresenta un fatto con probabilità pressoché pari a uno. La crescita dell'importanza relativa della popolazione di 65 anni e oltre sembrerebbe molto repentina nei prossimi due decenni. Sulla base dello scenario mediano, infatti, tra il 2040 e il 2045 questa, pervenendo al 33 per cento del totale, ossia un cittadino su tre, sembrerebbe raggiungere il massimo sviluppo potenziale. Se dunque sussiste una qualche incertezza, questa non riguarderà la direzione di crescita della popolazione anziana, quanto piuttosto quale peso essa possa raggiungere. Nell'ipotesi meno favorevole almeno il 31 per cento della popolazione totale entro l'anno 2060, in quella al contrario più favorevole ben il 37 per cento.

Queste profonde trasformazioni demografiche, che come ricordato in premessa già condizionano oggi e ancor più sono destinate a condizionare in futuro la struttura sociale ed economica del Paese, hanno quale loro fondante motivazione gli straordinari progressi ottenuti nella lotta contro la mortalità. Per un paese come l'Italia si tratta di progressi che hanno avuto origine agli inizi del Novecento, quando la speranza di vita alla nascita non superava i 43 anni, indistintamente dal genere, e che hanno avuto un grosso impulso nella seconda metà del secolo scorso. Attraverso una serie di fasi espansive, che hanno visto protagonisti lo sviluppo economico e sociale del Paese, innovazioni mediche e trasformazioni del quadro nosologico, efficacia del sistema sanitario in termini di cura e prevenzione delle malattie, adozione di stili di vita progressivamente più salutari, oggi la speranza di vita alla nascita è pervenuta a superare gli 80 anni per gli uomini e gli 85 per le donne.

Figura 1.2 - Curve di sopravvivenza alle diverse età per genere in Italia. Anni 1960, 1990, 2018 e previsione al 2060, scenario mediano

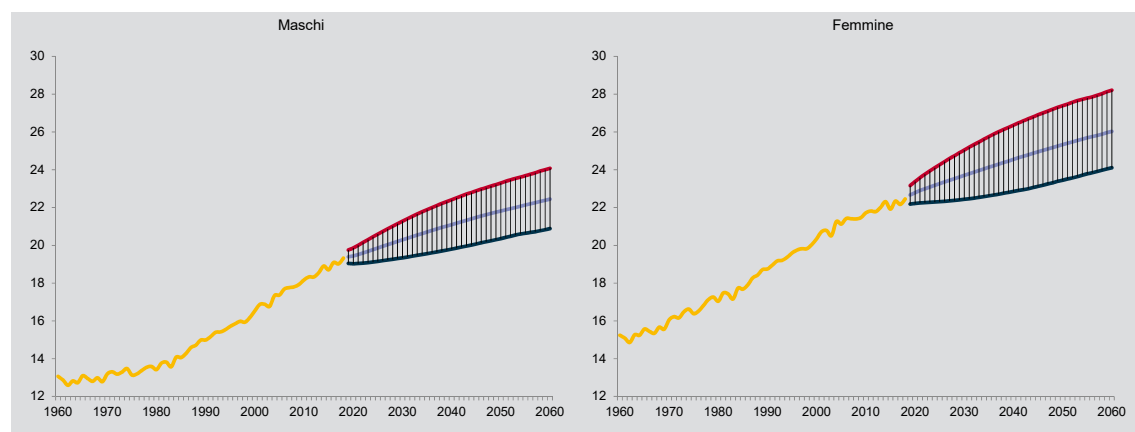


Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione, Previsioni demografiche base 1.1.2018

Come dimostra l'evoluzione delle curve di sopravvivenza alle diverse età, oggi è sempre più raro assistere a eventi di morte nella prima fase della vita (Figura 1.2). Secondo le tavole di mortalità del 2018, ad esempio, tra gli uomini il 50 per cento della popolazione è ancora in vita all'età di 84 anni. Per le donne la situazione è ancora più favorevole, visto che il 50 per

cento di esse risulta ancora in vita all'età di 88 anni. Rispetto ad un anno come il 1960, nel periodo di sviluppo economico e con la seconda guerra mondiale ormai alle spalle, e che per tali ragioni storiche possiamo ricondurre al momento di avvio della rivoluzione della terza età, i progressi sono stati notevoli. In quell'anno, infatti, l'età raggiunta dal 50 per cento della popolazione corrispondeva a 72 anni per gli uomini e a 77 per le donne. Cosicché è intuitivo comprendere, da questo come da altri esempi, quanto il concetto di anzianità di una popolazione tenda nel tempo sempre più a dissociarsi dal concetto di mera età anagrafica. Se volessimo, ad esempio, concentrarci nell'analisi di una singola classe di età simbolica, come quella relativa ai 65 anni, è facile pervenire a simili conclusioni. Dai dati 2018 si evince che il 90 per cento degli uomini e il 94 per cento delle donne arriverebbe a superare tale età, quando nel 1960 ad arrivarci erano solo, rispettivamente, il 68 per cento e il 79 per cento. In una visione prospettica, poi, la situazione potrebbe ulteriormente migliorare. Nel 2060, guardando allo scenario mediano, i 65 anni di età verrebbero raggiunti dal 96 per cento degli uomini e dal 97 per cento delle donne, praticamente da quasi l'intera popolazione. Negli ultimi 60 anni, quindi, con la progressiva riduzione della mortalità infantile e col sostanziale abbattimento della mortalità nelle classi di età giovanili e adulte, dove arrivano a prevalere cause di morte di carattere perlopiù accidentale (incidenti stradali o sul lavoro) o sociale (sindromi da immunodeficienza, abuso di alcol e sostanze stupefacenti), la lotta a favore della sopravvivenza si è spostata decisamente nelle età più avanzate dell'esistenza. Cosicché il conseguimento di nuovi progressi in termini di vita aggiuntiva si è dovuto, e sempre più si dovrà in futuro, a quanto verosimilmente si consegue contrastando la mortalità per malattie cronico-degenerative, come quelle dovute al sistema cardiovascolare o alle neoplasie. Ne è testimone il progressivo allungamento della speranza di vita che ha interessato proprio le età più anziane a partire dalla seconda metà del secolo scorso (Figura 1.3). Nel 1960 il numero di anni di vita mediamente a disposizione per un sessantacinquenne era pari a 13,1 per gli uomini e a 15,2 per le donne. Le medesime cifre sono passate oggi rispettivamente a 19,3 e a 22,5 anni. Per il 2060 si prevede si possa arrivare, sempre in base allo scenario mediano, a 22,4 anni e a 26. Non è esclusa tuttavia, una qualche incertezza, stante il fatto che si potrebbe in realtà assistere al 2060 a margini di ampiezza che oscillano nell'intervallo dei due anni in più o in meno rispetto ai livelli ipotizzati nello scenario centrale. Comunque, si tratterà di ulteriori progressi di sopravvivenza, anche nell'ipotesi meno favorevole.

Figura 1.3 - Speranza di vita a 65 anni per genere in Italia. Dati storici 1960-2018 e previsioni al 2060, scenario mediano e intervallo di confidenza al 90 per cento



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione, Previsioni demografiche base 1.1.2018

1.3 L'impatto dell'invecchiamento sul piano economico e sociale

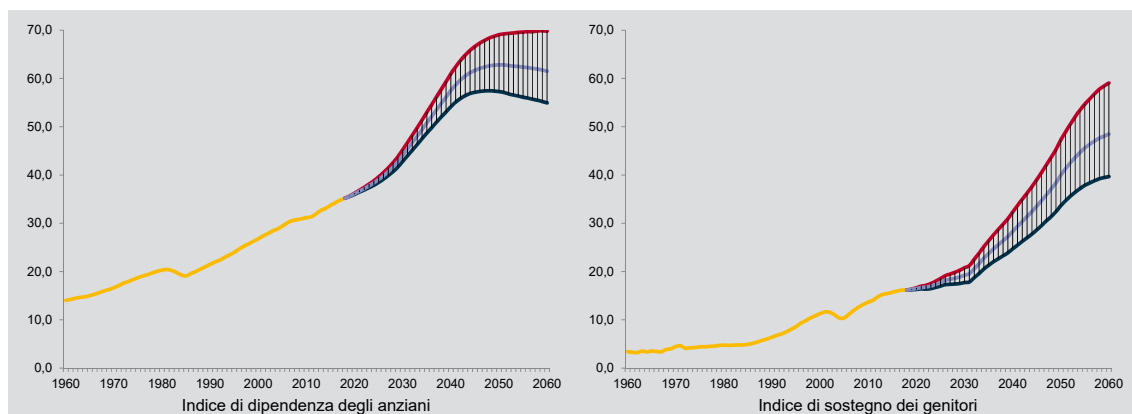
Come viene da sempre evidenziato, l'invecchiamento della popolazione comporta fondamentali conseguenze, collettive e individuali, arrivando a coinvolgere praticamente ogni settore della vita quotidiana, soprattutto se visto in chiave prospettica. L'impatto che ne deriva è in primo luogo assai rilevante sul piano economico in quanto può modificare il potenziale di crescita economica di un Paese, può costringerlo a rivedere l'organizzazione dei processi produttivi anche in relazione al mutamento prospettico della domanda di beni e servizi, può alterare quantità e struttura del capitale umano a disposizione comportando un marcato effetto nel mercato del lavoro. Considerando, poi, la necessità di dover sostenere un numero crescente di prestazioni previdenziali, assistenziali e sanitarie, l'invecchiamento della popolazione si porta appresso anche un importante fabbisogno di welfare, nonché l'esigenza, come è stato fatto in Italia, di introdurre ingenti riforme statali. Welfare che in un paese come l'Italia è per fortuna supportato dal sistema di rete familiare, sistema che fino a oggi ha permesso cure e assistenza a una vasta platea di individui anziani, in parte surrogando quelle che sono competenze delle amministrazioni centrali e territoriali dello Stato.

All'orizzonte di una prospettiva che vedrà crescere il numero dei potenziali anziani nel volgere di qualche decennio, ci si chiede se, e fino a quando, il sistema di welfare all'italiana possa continuare a reggerne l'urto. La domanda, infatti, cui maggiormente si cerca di dare risposta è comprendere se l'aumento della sopravvivenza possa essere sostenibile o, se al contrario, possa definitivamente mettere in crisi la stabilità socio-economica del Paese. Raramente, in realtà, si prende in considerazione il fatto che gli anziani di oggi, e quelli di domani, risultano in migliori condizioni di salute, riconoscendone autonomia fisica ed efficienza psichica. Ci si limita a dare una visione quantitativa del fenomeno, come ad esempio prendendo a riferimento indicatori strutturali come l'indice di dipendenza degli anziani. Questo indicatore, che misura il rapporto percentuale tra la popolazione ultrasessantacinquenne e quella in età 15-64 anni, è spesso al centro del dibattito riguardante le questioni sulla sostenibilità dei sistemi pensionistici (si veda il paragrafo 3.2.3), anche in ambito internazionale, fino a divenire il principale parametro di riferimento. Effettivamente, nella misura in cui l'indice di dipendenza degli anziani può essere considerato una proxy del carico previdenziale ed assistenziale che grava sulla popolazione economicamente attiva, sussistono forti elementi di preoccupazione riguardo al suo evolversi nel tempo (Figura 1.4).

A inizio degli anni Sessanta l'indice viaggiava intorno al 14 per cento e benché sin da allora fosse evidente il suo progressivo processo di crescita, la questione non destava preoccupazione sul piano politico, stante la forte crescita economica e il dato non ancora allarmante per quel che concerneva il debito pubblico.

Così fu solo a inizio degli anni Novanta, con un indice nel frattempo salito al 21,0 per cento, e un quadro di spesa pubblica pervenuto a rischio insostenibilità, che fu necessario mettere mano alle prime riforme del sistema previdenziale. Senza entrare nel merito di come tali riforme siano state predisposte e quindi portate a regime, quanto siano risultate efficaci e quanta disuguaglianza inter-generazionale abbiano di fatto introdotto, esse hanno rappresentato la risposta, colpevolmente in ritardo, a una questione indotta dalle trasformazioni demografiche. In itinere certamente, ma anche in chiave di lunga prospettiva visto che al 2060, con poco margine di incertezza tra le varie ipotesi, si prevede che l'indice di dipendenza degli anziani possa pervenire a valori superiori al 60 per cento, aumentando di oltre 25 punti percentuali rispetto al 2018.

Figura 1.4 - Indice di dipendenza degli anziani e indice di sostegno dei genitori in Italia. Dati storici 1960-2018 e previsioni al 2060, scenario mediano e intervallo di confidenza al 90 per cento (valori percentuali)



Fonte: Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione, Rilevazione della popolazione per sesso età e stato civile, Previsioni demografiche base 1.1.2018

In altri termini, le molteplici riforme italiane sul sistema pensionistico, dalla legge Dini del 1995 alla riforma Fornero del 2012, sino a quelle più recenti, sono state introdotte non solo per il contenimento della spesa nel breve termine, ma anche per disinnescare gli effetti che l'evoluzione dell'indice di dipendenza degli anziani assicura negli anni a venire.

Nel frattempo però, un'altra trave portante del sistema nazionale di welfare rischia di pervenire al collasso, ovvero quella nelle mani delle famiglie che operano nell'ampia rete di supporto informale alle persone anziane. Poiché le persone vivono più a lungo e quindi hanno maggiori probabilità di sperimentare più malattie croniche, si prevede che un numero crescente di adulti dovrà affrontare la necessità di prendersi cura di parenti molto anziani e talvolta fragili. Questo aspetto si comprende bene guardando a un altro indicatore strutturale, il Parent support ratio (Psr), un rapporto numerico che non avendo una corrispondente traduzione in italiano possiamo qui identificare come "indice di sostegno ai genitori anziani". Il Psr è infatti definito come il numero di persone di età pari o superiore a 85 anni per 100 persone di età compresa tra 50 e 64 anni. In quanto tale fornisce un'indicazione della domanda complessiva cui le famiglie devono rispondere per fornire supporto ai loro membri più anziani.

In effetti, sta diventando sempre più comune per le persone tra i cinquanta e i sessantaquattro anni avere genitori sopravvissuti. Questo rapporto, che era pari al 3,4 per cento nel 1960, oggi è arrivato a superare la quota del 16 per cento. Un ulteriore aumento del rapporto negli anni a venire implica che coloro che sono in prossimità di concludere la propria esperienza di vita lavorativa avranno ancora più genitori anziani da sostenere. Guardando alle previsioni così sarà, sia prendendo a riferimento lo scenario più probabile, sia prendendo una qualunque altra variante all'interno del previsto intervallo di incertezza. Se ci si attiene allo scenario mediano, nel 2060 per il Psr si attende un valore del 48 per cento. Per essere più chiari, ciò significa che chi in quell'anno avrà tra i 50 e i 64 anni di età avrà tre volte più probabilità di quanto accada oggi di doversi assumere la responsabilità della cura dei parenti più anziani.

Naturalmente ragionare in termini di un indicatore come il Psr equivale a riflettere in termini puramente deduttivi. Le persone incluse nel numeratore del rapporto non sono necessariamente correlate da legami di parentela con quelle del denominatore. In quanto tale, il Psr è solo un indicatore approssimativo dei cambiamenti previsti nel sistema di supporto familiare agli anziani. In buona sostanza, esso denuncia la stessa problematicità di analoghi

indicatori strutturali che anche in questa sede sono stati documentati. Tuttavia, per la grande importanza e il grande valore che assumono da sempre i legami intergenerazionali tra le famiglie italiane, un indice come il Psr agevola senza dubbio l'interpretazione di una delle tante tematiche connesse all'invecchiamento della popolazione.

1.4 L'invecchiamento sotto un'altra luce: un'analisi comparativa alle età equivalenti

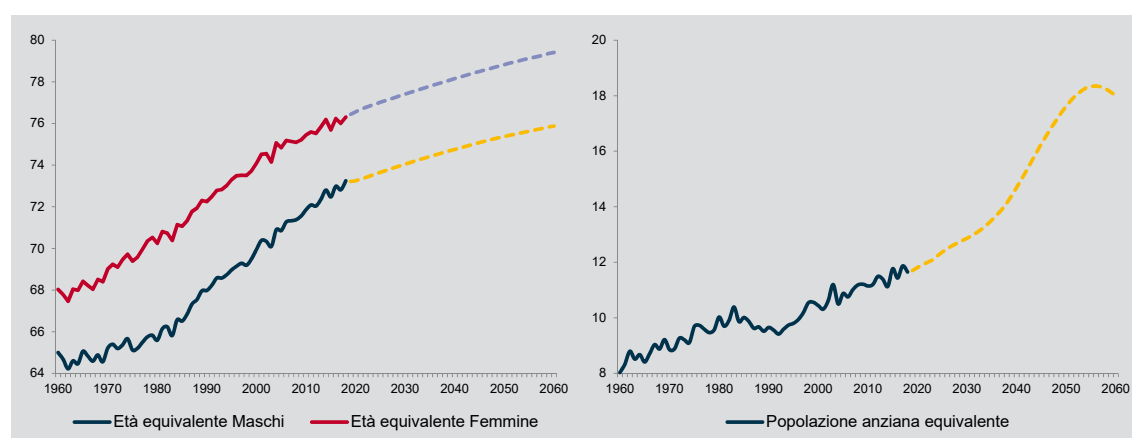
Oggigiorno è sempre più difficile definire chi sia una persona anziana se non definiamo almeno da quale particolare momento della sua vita abbia cominciato ad esserlo. Fino a pochi decenni fa i nostri nonni che avessero superato il 65° compleanno venivano considerati "anziani". Oggi risulterebbe difficile ricorrere alla stessa unità di misura, dati i cambiamenti indotti da una speranza di vita in progressivo aumento. È acclarato come oggi un sessantacinquenne possa condurre una vita nel pieno del benessere psico-fisico, continuare ad essere inserito nel mondo del lavoro o ad occuparsi attivamente dei propri interessi personali o familiari. Dal momento che la condizione stessa dell'anzianità tende a muoversi nel tempo, gli indicatori tradizionalmente usati, ossia quelli basati sull'età anagrafica delle persone (l'età media, piuttosto che l'indice di vecchiaia, gli indici di dipendenza o la stessa speranza di vita alla nascita) non si prestano allo scopo di definire chi sia l'anziano. Questi indicatori, infatti, sono statici e non tengono in minimo conto il fatto che i parametri di sopravvivenza e le condizioni di salute mutano nel tempo.

Una parziale risposta, almeno sul piano della definizione quantitativa dell'invecchiamento, è quella che può venire in soccorso considerando misure dinamiche e comparative della sopravvivenza. Un tipico esempio è quello di guardare alla speranza di vita residua, ad esempio a 65 anni, in un dato anno per un definito collettivo di persone e di seguire negli anni successivi a quali età viene garantito il medesimo numero di anni residui da vivere. Ad esempio, nel 1960 gli uomini avevano una speranza di vita a 65 anni di 13,1 anni. L'età equivalente per le donne in quel medesimo anno, ossia l'età in cui potevano attendersi anche loro 13,1 anni di vita ulteriore, risultava pari a 68 anni. In pratica, definendo come anziano un individuo di sesso maschile che nel 1960 avesse un'età pari a 65 anni, per trovare una donna nella medesima condizione di anzianità bisognava aggiungere 3 anni. Sistemata la questione relativa al confronto di genere, è quindi poi possibile seguire l'evoluzione storica delle età equivalenti, mantenendo fermo il parametro iniziale di riferimento, cioè i 13,1 anni di vita residua (Figura 1.5). Per almeno una ventina di anni tale soglia di riferimento si è mantenuta relativamente costante. Nel 1980, ad esempio, possiamo definire anziano un uomo che avesse avuto in quel momento 66 anni di età, una donna che ne avesse avuti 70. Nel ventennio successivo la crescita della condizione di "anzianità" risulta più repentina, nel 2000 è di 70 anni per gli uomini e di 74 per le donne. Oggi, stando agli ultimi dati rilevati, si è pervenuti rispettivamente a 73 e 76 anni. Nel 2060, stando alle previsioni, si potrebbe pervenire a 76 e a 79 anni per poter riscontrare una condizione di anzianità che abbia la stessa valenza dei 65 anni individuati in un soggetto maschile nel 1960.

L'utilità di una soglia dinamica consiste non solo nella possibilità di approssimare la rappresentazione storica del soggetto cosiddetto "anziano", ma anche di valutare lo stesso invecchiamento della popolazione sotto una luce e una dimensione totalmente diversa da quella ordinariamente riconosciuta. Se infatti prendiamo a riferimento la popolazione che insiste su tali soglie dinamiche, ossia tutti coloro, uomini e donne, che abbiano età superiore o uguale a quella così definita, si perviene a un ordine di grandezza dell'invecchiamento

sensibilmente inferiore. Nel 1960 gli individui nella condizione di aver superato la soglia rappresentavano l'8 per cento della popolazione totale (Figura 1.5). Negli anni successivi, almeno fino agli anni Novanta, si rileva una crescita modesta che porta la popolazione "anziana" intorno al 9,6 per cento. Oggi, alla luce degli ultimi dati disponibili, la popolazione in età superiore o uguale alla soglia è pari all'11,6 per cento. Negli anni a venire dovrebbe manifestarsi una crescita molto più sostenuta dell'indicatore di quella finora riscontrata da un punto di vista storico, ossia salire di almeno altri 6 punti percentuali, con un massimo del 18,3 per cento intorno al 2055.

Figura 1.5 - Età anagrafiche equivalenti per genere e popolazione anziana equivalente (in percentuale) alla speranza di vita a 65 anni degli uomini nel 1960 in Italia. Dati storici 1960-2018 e previsioni al 2060, scenario mediano



Fonte: Istat, Ricostruzione intercensuaria della popolazione, Rilevazione della popolazione per sesso età e stato civile, Tavole di mortalità della popolazione. Previsioni demografiche base 1.1.2018

In ogni caso, a prescindere di quanto possa crescere, il livello di invecchiamento che sarebbe acquisito dalla popolazione in base a questo indicatore è di molto inferiore a quello basato sulla sola età anagrafica, ossia quello che ci dice che la popolazione ultrasessantacinquenne potrà evolvere da un minimo del 31 per cento a un massimo del 37 per cento entro il 2060 (Figura 1.1). Liberare, pertanto, la definizione dell'anzianità dal concetto cronologico, ovvero ricorrere a misure dinamiche che si fondano sul numero di anni ancora da vivere, si rivela di estrema efficacia. Sia nel designare un panorama quanto più vicino alla realtà dell'invecchiamento, sia perché offre l'opportunità di valutarne meglio l'impatto progressivo dal punto di vista sociale ed economico.

1.5 Le condizioni di salute nell'aspettativa di vita delle persone anziane

La vita media attesa degli ultrasessantacinquenni continua ad aumentare, sebbene a un ritmo più contenuto rispetto al decennio precedente, consolidando la rilevanza del nostro Paese nel mondo per longevità. Per tentare di comprendere se l'allungamento della vita comporti inevitabilmente un peggioramento dello stato di salute della popolazione - ovvero un effetto espansivo delle cattive condizioni di salute che sfida la sostenibilità del sistema socio-assistenziale e sanitario - è fondamentale affiancare all'indicatore sulla quantità di anni da vivere quelli che ci informano della qualità di tale sopravvivenza. L'auspicio sarebbe infatti provare che l'aumento del peso della popolazione anziana e molto anziana possa sempre più controbilanciarsi con i continui progressi diagnostici e terapeutici, con le favo-

revoli ripercussioni che comporta via via l'accrescimento di capitale umano delle nuove generazioni di anziani in termini di stili di vita più attivi, sia fisicamente sia nella partecipazione sociale, nonché di maggiore diffusione di comportamenti attenti alla prevenzione in tutto il corso della vita. Ci si aspetterebbe, dunque, che i processi degenerativi legati al costante invecchiamento della popolazione, con l'insorgenza di patologie croniche debilitanti in grado di compromettere l'autonomia della persona, possano essere gradualmente posticipati nell'età sempre più anziane, al punto da poter registrare non solo una mancata espansione della morbidità, ma addirittura una cosiddetta "compressione" della morbidità (si veda anche il paragrafo 3.5.1).

Focalizzando l'analisi sull'ultimo decennio, per la possibilità di fruire di indicatori perfettamente comparabili nel tempo, emerge un primo risultato positivo, in quanto l'evoluzione della sopravvivenza registrata in quest'arco temporale non si è accompagnata mediamente a un incremento del progressivo decadimento delle condizioni di salute. Il dato più recente del 2018 attesta che a 65 anni l'aspettativa di vita di un uomo è in media pari 19,3 anni, di questi un anziano può viverne almeno un terzo in buona salute. Si stima infatti pari a 7,5 anni la speranza di vita in buona salute a 65 anni, ovvero quell'indicatore consolidato anche a livello internazionale, oltre che nel nostro Paese per monitorare le condizioni di salute nell'ambito del Bes (Benessere equo e sostenibile), che combina la speranza di vita a quello sulla buona salute percepita, stimato dal giudizio positivo dichiarato sulla propria salute (stare bene o molto bene). Rispetto a quasi 10 anni fa, la vita media degli uomini a 65 anni aumenta di circa un anno e cinque mesi (nel 2009 gli anni di vita media attesi a 65 anni erano infatti 17,9), con il vantaggio che tutto il tempo di vita guadagnato si stima venga trascorso in buone condizioni di salute. Infatti in 10 anni anche la speranza di vita in buona salute degli uomini di 65 anni aumenta di un anno e mezzo, da 6,0 a 7,5 anni, lasciando quindi pressoché costante (quasi 12 anni) il complemento degli anni di sopravvivenza non trascorsi in perfette condizioni di salute (ovvero stare né bene/né male, oppure male o molto male).

La Figura 1.6, pur nell'esiguità della serie, mostra graficamente l'effetto combinato dei due indicatori, con la tendenza lievemente crescente della speranza di vita a 65 anni cui si accompagna quella della speranza di vita in buona salute a 65 anni. Anche per le donne, da sempre più longeve degli uomini, l'incremento della speranza di vita a 65 anni si affianca all'aumento degli anni di vita attesi in buona salute. In circa 10 anni le donne hanno guadagnato un anno di vita: l'aspettativa di vita a 65 anni nel 2009 era di 21,5 anni, nel 2018 è pari a 22,5 anni. Nello stesso arco temporale la speranza di vita in buona salute a 65 anni aumenta da 5,3 anni a 6,6 anni, cioè 1,3 anni. Ciò attesterebbe che le donne non solo hanno capitalizzato oltre l'intero anno di vita guadagnato, ma che sarebbero addirittura migliorate le loro condizioni di salute, essendo stata leggermente erosa la componente della vita attesa non in buona salute.

Questi primi risultati in termini di guadagno registrato, considerando anche l'esiguo numero di anni in buona salute rispetto a quelli che restano da vivere a una donna di 65 anni, non consentono di poter affermare che si assiste ad un netto miglioramento delle condizioni di salute, peraltro nemmeno troppo consolidato. Ciò che invece sembra potersi affermare è che allo stato attuale la maggiore longevità, guadagnata anche nell'ultimo decennio, non avviene a scapito della durata degli anni di vita in buona salute, che invece sono in lieve aumento tanto tra le donne e quanto più tra gli uomini.

Figura 1.6 - Speranza di vita e speranza di vita in buona salute a 65 anni per genere in Italia. Anni 2009-2018



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione e Indagine Aspetti della vita quotidiana

Quando si analizza la qualità degli anni da vivere nell'età anziana, non si può sottacere lo svantaggio femminile rispetto ai coetanei maschi, come mostra anche la Figura 1.6. Le donne sono costrette a vivere un maggior numero di anni in cattive condizioni di salute (la proporzione di tali anni da vivere a 65 anni supera il 70 per cento, a fronte di circa il 60 per cento tra gli uomini), sia a causa della loro maggiore longevità che per la maggiore precocità nell'insorgenza di problemi di salute.

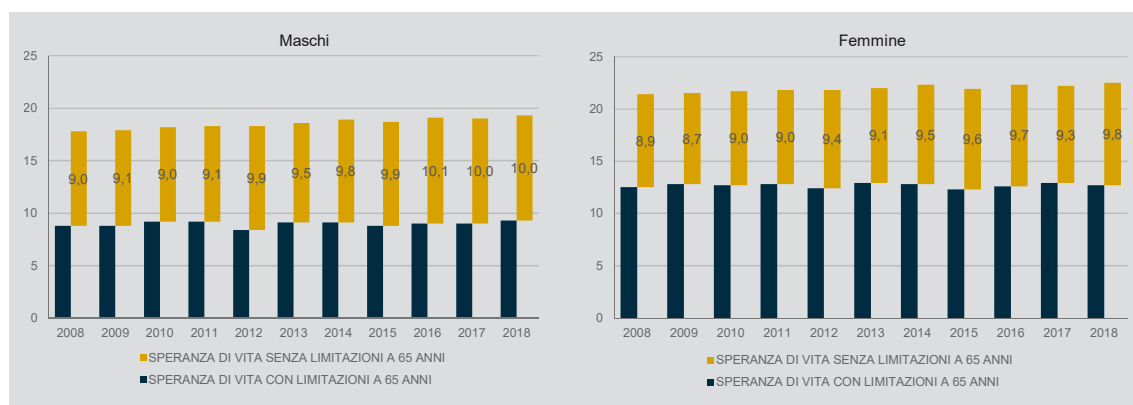
Un altro indicatore fondamentale per studiare aspetti di tipo qualitativo della sopravvivenza è quello che considera gli anni di vita attesi senza limitazioni nelle attività. Si tratta di un indicatore costruito a partire dalle tavole di sopravvivenza e tenendo conto delle prevalenze sull'assenza di limitazioni di lungo periodo nelle attività. Utilizzato anche a livello internazionale, ha sostituito l'indicatore della speranza di vita senza disabilità. La vita attesa senza limitazioni a 65 anni nel 2018 è pari a 10 anni per il genere maschile (Figura 1.7), con un incremento di un anno rispetto al 2008. Per la componente femminile, similmente, si attesta a 9,8 anni, con un incremento che sfiora l'anno nello stesso periodo considerato.

Tra gli uomini il numero di anni vissuti in presenza di limitazioni, siano esse gravi o non gravi, raggiunge in proporzione almeno la metà dell'intera vita media attesa, mantenendosi pressoché costante nell'arco del decennio considerato. In particolare, il favorevole allungamento della vita di 1,5 anni a 65 anni per gli uomini per i due terzi (un anno) contribuisce a far guadagnare anni di vita senza limitazioni nelle attività, ma per l'altro terzo fa registrare un aumento di sei mesi degli anni di vita vissuti con limitazioni.

Tra le donne l'indicatore dell'aspettativa di vita senza limitazioni conferma condizioni meno vantaggiose rispetto ai coetanei di 65 anni, poiché risulta inferiore la proporzione di anni da vivere senza limitazioni: essa rappresenta circa il 40 per cento, rispetto ad un 50 per cento tra gli uomini. A differenza di quest'ultimi però, l'anno di vita guadagnato dalle donne negli ultimi 10 anni è andato quasi interamente ad integrare il numero di anni di vita senza limitazione nelle attività.

È auspicabile che col passare del tempo si possa disporre di una serie più ampia degli indicatori che stimano la speranza di vita in relazione alle condizioni di salute. Integrando, infatti, il dato quantitativo della sopravvivenza con altri indicatori che ne declinino le dimensioni qualitative, definendone le traiettorie sul lungo periodo, è possibile programmare meglio le azioni per poter rispondere ai bisogni di salute e assistenza che comporta il processo di invecchiamento della popolazione, comunque in corso. Anche perché la vecchiaia è spesso associata a malattie, fragilità e disabilità, sebbene questa relazione non sempre corrisponda alla realtà.

Figura 1.7 - Speranza di vita e speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni per genere in Italia. Anni 2008-2018



Fonte: Istat, Tavole di mortalità della popolazione e Indagine Aspetti della vita quotidiana

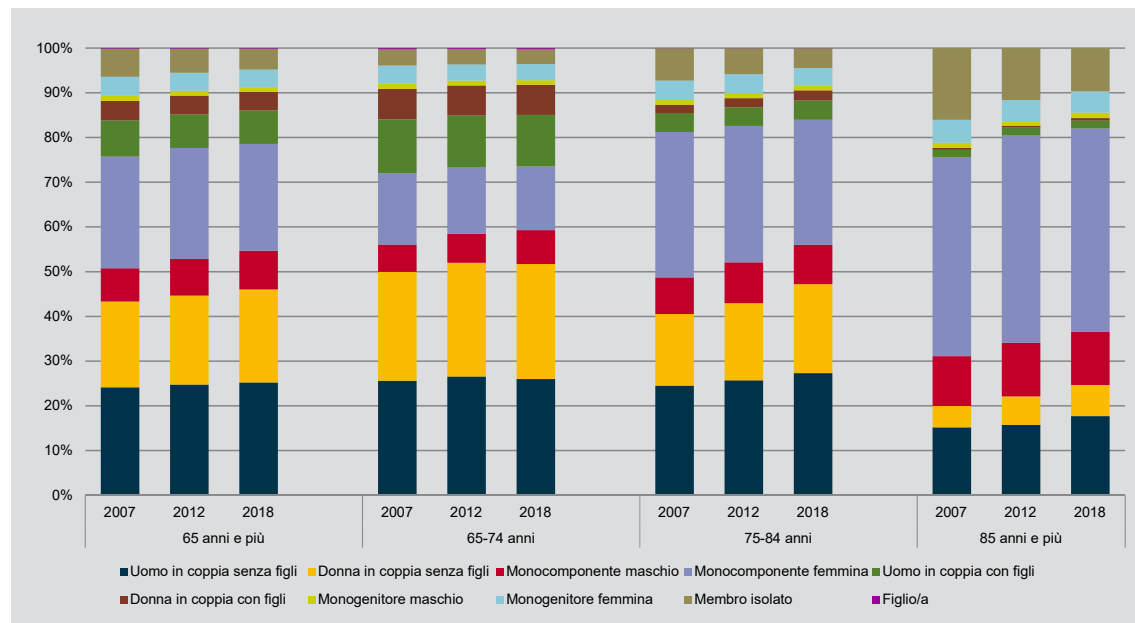
Effettivamente, le persone anziane che riescono a mantenersi attive hanno il potenziale per dare un contributo significativo alla società, ad esempio prolungando la loro permanenza nel mercato del lavoro o partecipando alla vita familiare e sociale. Sotto questo punto di vista le politiche sulla terza età devono essere incentrate sull'incoraggiare le persone anziane a rimanere in salute e autonome il più a lungo possibile. L'indicatore di anni di vita in buona salute fornisce a questo proposito una misura assai pertinente, permettendo di dimostrare che quando un paese assorbe un'elevata proporzione di persone anziane in salute e/o libera da limitazioni, tale paese è verosimilmente caratterizzato da popolazioni anziane più attive, sane e partecipative, con meno necessità di ricorrere a strutture mediche e di assistenza, con evidenti benefici individuali e collettivi.

1.6 Conseguenze del cambiamento demografico: le famiglie in cui vivono gli anziani

L'Italia negli ultimi decenni è stata caratterizzata da un processo di semplificazione delle strutture familiari: alla graduale crescita del numero di famiglie ha continuato ad associarsi una progressiva riduzione della dimensione familiare. L'invecchiamento della popolazione e il prolungamento della speranza di vita alla nascita, uniti al calo della fecondità, al diffondersi di separazioni e divorzi e ai nuovi scenari migratori, costituiscono i principali cambiamenti demografici e sociali che, insieme a quelli economici e culturali, hanno influito sulle trasformazioni delle strutture familiari. Tali fattori, infatti, hanno concorso a determinare non solo una contrazione della quota di famiglie più numerose (con due o più figli) e una crescente diffusione di famiglie mono-componenti o di nuclei con un solo genitore, ma anche un'accresciuta diffusione di famiglie composte da coppie di anziani o da un unico anziano.

Prima ancora di analizzare la distribuzione delle famiglie italiane sulla base della numerosità dei componenti e della presenza o meno di membri anziani al loro interno, appare utile indagare sul ruolo che gli individui di almeno 65 anni ricoprono all'interno delle famiglie cui appartengono. Nel 2018, sul totale di 13 milioni 439 mila individui di 65 anni e più, risultano essere in coppia senza figli 3 milioni 390 mila uomini (il 25,2 per cento del totale degli anziani) e 2 milioni 799 mila donne (il 20,8 per cento); nel complesso 4 milioni 373 mila vivono soli (circa un terzo, le donne sono quasi il triplo degli uomini) e 1 milione 565 mila sono genitori in coppia (Figura 1.8), poco più di uno su dieci, con una prevalenza di padri.

Figura 1.8 - Persone di 65 anni e più per classe di età e ruolo ricoperto in famiglia. Anni 2007, 2012 e 2018
(composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

La parte residuale è costituita da monogenitori anziani (5,0 per cento, più frequentemente madri) e da membri isolati che vivono dentro altri nuclei (4,6 per cento).

D'altra parte, però, emergono specifiche differenze nel ruolo ricoperto in famiglia attraverso l'articolazione degli anziani per classe di età.

Fino alla soglia degli 84 anni gli anziani vivono in contesti familiari caratterizzati dalla presenza maggioritaria, e in crescita, di coppie senza figli: è così, infatti, per il 51,7 per cento delle persone fra i 65 e i 74 anni e per il 47,2 per cento delle persone fra i 75 e gli 84 anni. La percentuale, invece, scende al 24,7 per cento per gli ultra-ottantacinquenni, in aumento comunque di quasi 5 punti percentuali dal 2007.

Fino alla soglia dei 74 anni significativa è anche la presenza di coppie con figli non ancora usciti dal nucleo familiare: il 18,2 per cento degli anziani che hanno tra i 65 e i 74 anni ricoprono ancora il ruolo di genitori in coppia, mentre la percentuale si riduce notevolmente per gli individui con almeno 75 anni (6,6 per cento per coloro che hanno tra i 75 e gli 84 anni) ed è minima per gli ultra-ottantaquattrenni.

Dopo gli 84 anni diviene predominante la condizione di persona sola, condizione che in questa fascia di età riguarda il 57,4 per cento delle persone anziane, con ampi divari di genere⁷: le anziane sole in questa classe di età rappresentano il 45,5 per cento contro l'11,9 per cento della componente maschile. Infine, sempre dopo gli 84 anni diventa consistente la condizione dell'anziano che coabita con un altro nucleo familiare: in quest'ultima classe di età la quota dei membri isolati si aggira intorno al 10 per cento, una quota doppia rispetto alle classi di età precedenti. Con l'avanzare dell'età, pertanto, la persona anziana sperimenta

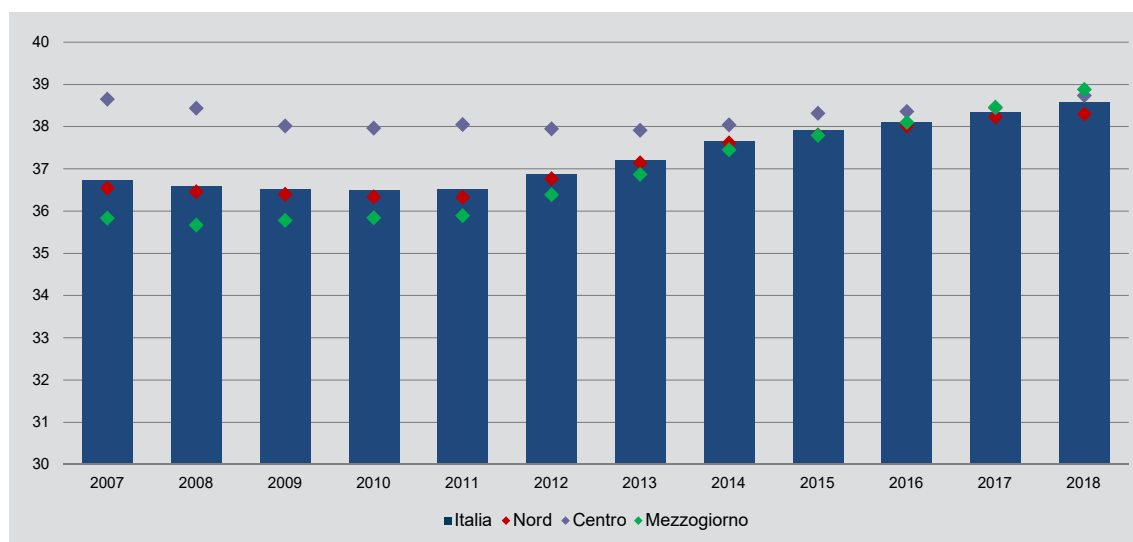
⁷ In generale, i contesti familiari degli anziani si connotano per un accentuato *gap* di genere nell'esperienza della solitudine: sul totale degli uomini la percentuale di persone sole di 65 anni e più è pari al 32,1 per cento, mentre fra le donne è circa il doppio (63,8 per cento), a causa di una maggiore condizione di vedovanza nella componente femminile. Peraltro sul totale delle persone vedove di 65 anni e più (poco più di 4 milioni) l'81,9 per cento è rappresentato da donne.

tipologie familiari contrapposte: dalla famiglia anziana che accoglie al suo interno i figli non ancora usciti dalla casa di origine, all'anziano che è accolto nella famiglia dei figli. Tra coloro che hanno meno di 75 anni, infatti, restano alte le incidenze di chi vive con il coniuge e anche con i figli non ancora indipendenti, a causa soprattutto dello slittamento in avanti dell'età in cui i figli decidono di abbandonare la famiglia di origine. Viceversa, tra gli anziani ultra-ottantacinquenni rilevante è la quota di chi vive presso la famiglia dei figli a causa di una condizione di vedovanza o per una ridotta autosufficienza.

I dati relativi al periodo esaminato fanno registrare, proprio per l'invecchiamento della popolazione, un incremento delle famiglie con almeno un anziano, sia in termini assoluti che percentuali: nel 2018 le famiglie in cui vive almeno un componente di 65 anni e più ammontano a circa 10 milioni e rappresentano il 38,6 per cento delle famiglie italiane, in crescita di 1,8 punti percentuali rispetto al 2007.

A livello territoriale l'aumento delle famiglie con almeno un anziano è avvenuto nel Nord e nel Mezzogiorno; al Centro, invece, la quota, intorno al 38 per cento già nel 2007, è rimasta piuttosto costante nel corso del decennio (Figura 1.9).

Figura 1.9 - Famiglie con almeno una persona di 65 anni e più per ripartizione geografica. Anni 2007-2018 (incidenze percentuali sul totale delle famiglie)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Nell'ambito delle famiglie con almeno un sessantacinquenne è possibile individuare tre segmenti e analizzarne distintamente struttura e dinamica: chi vive da solo, quelli che vivono esclusivamente con altri anziani di 65 anni e più e coloro che coabitano anche con persone più giovani.

Alla luce di questa segmentazione, emerge che l'aumento complessivo delle famiglie con almeno un anziano avvenuto negli ultimi anni è sintesi della crescita delle prime due componenti, vale a dire delle famiglie composte soltanto da anziani che vivono soli o in compagnia di altri anziani, e dal lieve decremento della terza componente. Sul totale delle famiglie, infatti, la quota delle persone sole di 65 anni e più è salita dal 15,8 per cento del 2007 al 16,9 per cento del 2018 e quella delle famiglie di due o più persone tutte anziane è passata dal 9,2 per cento al 10,5 per cento. Viceversa, le famiglie dove gli anziani vivono insieme anche a familiari più giovani hanno subito, in termini relativi, una leggera riduzione tra il 2007 e il 2018 (Tavola 1.1).

1. Invecchiamento demografico e salute della popolazione anziana

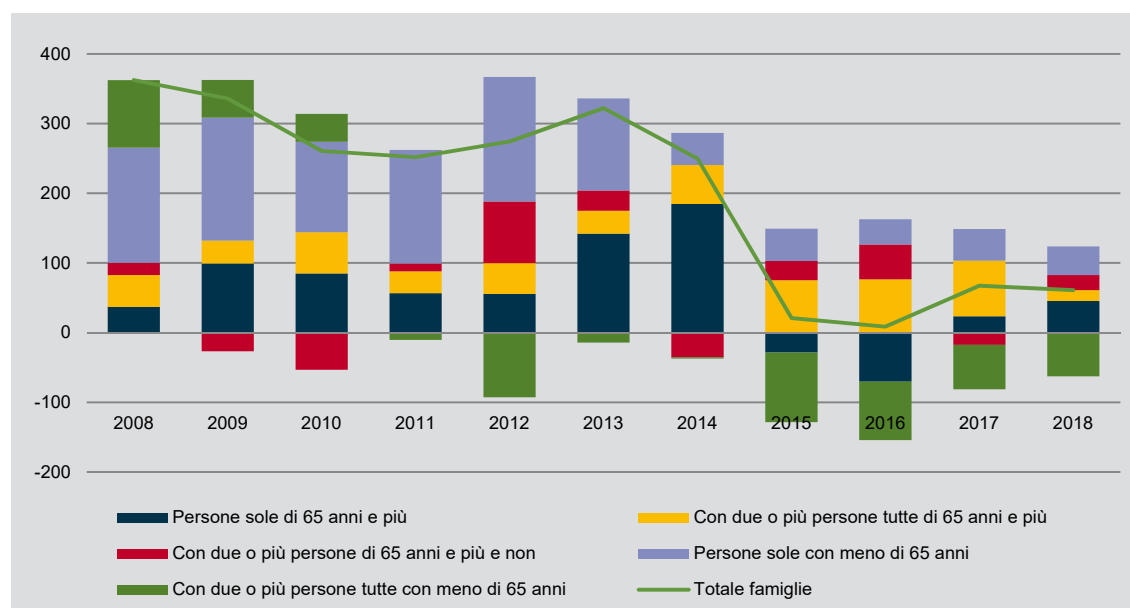
Tavola 1.1 - Famiglie per presenza di persone di 65 anni e più. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori assoluti in migliaia e valori percentuali)

Presenza di persone di 65 anni e più	Valori assoluti			Composizioni percentuali		
	2007	2012	2018	2007	2012	2018
Con almeno una persona di 65 anni e più	8.706	9.291	9.999	36,7	36,9	38,6
Persone sole di 65 anni e più	3.742	4.076	4.373	15,8	16,2	16,9
Con due o più persone tutte di 65 anni e più	2.178	2.392	2.728	9,2	9,5	10,5
Con due o più persone di 65 anni e più e con meno di 65 anni	2.786	2.823	2.899	11,7	11,2	11,2
Senza persone di 65 anni e più	15.004	15.905	15.927	63,3	63,1	61,4
Persone sole con meno di 65 anni	3.126	3.939	4.286	13,2	15,6	16,5
Con due o più persone tutte con meno di 65 anni	11.878	11.966	11.640	50,1	47,5	44,9
Totale	23.711	25.196	25.926	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

Osservando la crescita delle famiglie in termini tendenziali dal 2007, emerge come tale riduzione sia stata più accentuata nei primi anni del periodo considerato, per attenuarsi a partire dal 2015 (Figura 1.10).

Figura 1.10 - Famiglie per presenza di persone di 65 anni e più. Anni 2007-2018 (variazioni assolute tendenziali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Se gli aumenti significativi del primo periodo sono attribuibili soprattutto all'incremento delle persone sole – sia anziane che non – la tenuta negli ultimi anni deriva, invece, proprio dalla crescita delle famiglie composte esclusivamente da più persone anziane. Al contrario, a partire dal 2012 sono nettamente diminuite le famiglie pluricomponenti costituite soltanto da persone con meno di 65 anni e dal 2015 si è attenuata anche la crescita degli individui fino a 64 anni che vivono soli.

A livello regionale spetta alla Liguria il primato della regione italiana con la più alta quota di famiglie “pienamente anziane”, con oltre una famiglia su tre in queste condizioni, seguita dal Friuli-Venezia Giulia (31,1 per cento) e dal Piemonte (30,8 per cento). Sul versante opposto, Campania e Sardegna sono le regioni con la più bassa incidenza di famiglie composte da soli anziani, rispettivamente il 22,9 per cento e il 24,5 per cento.

Nel 2018, sul totale degli anziani, circa uno su tre vive da solo. Gli anziani di almeno 65 anni che vivono soli ammontano a 4 milioni 373 mila: sono cresciuti di 631 mila unità dal 2007 (+16,9 per cento), e di questi, quasi 3 milioni hanno 75 anni e più. Nel complesso gli anziani soli rappresentano il 43,7 per cento delle famiglie con almeno una persona di 65 anni e più e la metà di tutte le famiglie composte da una sola persona.

Gli uomini anziani che vivono soli sono 1 milione 166 mila, le donne quasi il triplo (3 milioni 207 mila). La metà degli anziani soli risiede nelle regioni settentrionali e tra loro – in misura ancora più accentuata dopo la soglia dei 74 anni – la condizione di vedovanza è quella predominante, seppur con ampi divari di genere: tra le anziane sole la componente delle vedove arriva al 78,9 per cento, mentre tra gli anziani soli i vedovi sono il 47,7 per cento. Ad essere cresciuta negli anni più recenti è invece la componente di uomini soli separati o divorziati, passata dall'11,8 per cento del 2007 al 27,0 per cento del 2018 (per la componente femminile il fenomeno è più contenuto, ancora sotto il 10 per cento) (Tavola 1.2).

Tavola 1.2 - Individui di 65 anni e oltre che vivono soli per classe di età e alcune caratteristiche. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)

Caratteristiche	65-74 anni			75 anni e più			65 anni e più		
	2007	2012	2018	2007	2012	2018	2007	2012	2018
Ripartizione geografica									
Nord	50,6	50,6	50,0	50,4	49,3	48,8	50,5	49,7	49,2
Centro	18,5	19,7	21,4	19,1	19,5	20,9	18,9	19,6	21,1
Mezzogiorno	30,8	29,7	28,6	30,5	31,2	30,3	30,6	30,7	29,7
Sesso									
Maschio	27,8	30,2	34,7	20,1	22,1	22,7	22,9	24,8	26,7
Femmina	72,2	69,8	65,3	79,9	77,9	77,3	77,1	75,2	73,3
Stato civile									
Celibe/nubile	20,9	22,8	23,9	11,2	10,8	10,8	14,7	14,8	15,1
Separato/divorziato	11,3	14,6	28,4	2,3	3,3	7,3	5,6	7,0	14,3
Vedovo	67,8	62,6	47,7	86,5	85,9	81,9	79,7	78,2	70,6
Titolo di studio									
Fino alla licenza media	81,3	75,7	62,9	89,6	88,4	85,0	86,6	84,2	77,7
Diploma	13,6	17,2	24,9	7,3	8,4	10,7	9,6	11,3	15,4
Laurea e oltre	5,1	7,0	12,3	3,1	3,2	4,3	3,8	4,4	6,9
Condizione professionale									
Pensionato	59,2	67,2	66,9	50,4	61,9	65,3	53,6	63,6	65,9
Inattivo (non pensionato)	37,0	27,8	24,6	49,2	37,6	34,1	44,7	34,3	30,9
Occupato o disoccupato	3,8	5,0	8,5	0,5	0,6	0,6	1,7	2,0	3,2
Totale	1.357	1.345	1.444	2.385	2.731	2.929	3.742	4.076	4.373

Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

Oltre tre anziani soli su quattro hanno un titolo di studio molto basso, che non supera la licenza media: la quota dei poco istruiti raggiunge l'80,7 per cento tra le donne e l'85,0 per cento tra coloro che hanno più di 75 anni. Rispetto al 2007, tuttavia, si registra un significativa crescita di anziani soli con un'istruzione medio-alta (in possesso di diploma o laurea): la quota è salita dal 13,4 per cento al 22,3 per cento, in particolar modo nella componente maschile (dal 20,1 per cento al 30,7 per cento) e tra i meno anziani (dal 18,7 per cento al 37,1 per cento).

Infine, per quanto riguarda la condizione occupazionale, un'ampia parte di anziani soli è costituita da pensionati: in due casi su tre gli ultra-sessantaquattrenni che vivono soli percepiscono una pensione da lavoro⁸, in crescita di oltre 12 punti percentuali nel lasso di

⁸ La Rilevazione sulle forze di lavoro coglie soltanto i pensionati da lavoro.

1. Invecchiamento demografico e salute della popolazione anziana

tempo considerato. La quota dei pensionati è pari all'87,8 per cento tra gli anziani soli e al 57,9 per cento tra le anziane sole, sebbene sia proprio nella componente femminile che si è registrato un incremento nel periodo sotto esame (era il 44,3 per cento nel 2007). Una parte esigua di coloro che hanno 65 anni e più e vivono soli, ma comunque in crescita rispetto al 2007, è ancora attiva sul mercato del lavoro (circa il 3 per cento si dichiara occupato o disoccupato), mentre una percentuale residuale, e fortemente in calo, dichiara di non lavorare e di non ricevere alcuna pensione.

Nel complesso, nel 2018 gli anziani di 65 anni e più soli che percepiscono una pensione o attivi nel mercato del lavoro sono circa 3 milioni. Tra costoro, rispetto al profilo medio degli ultrasessantatrenni, la componente femminile è meno marcata (63,7 per cento contro il 73,3 per cento), così come quella dei vedovi (63,8 per cento contro 70,6 per cento) e di chi possiede un titolo di studio molto basso (72,0 per cento contro 77,7 per cento).

Nel 2018 le famiglie di due o più componenti in cui vivono esclusivamente persone di 65 anni e più sono cresciute sia in termini assoluti sia in termini percentuali rispetto al 2007, raggiungendo le 2 milioni 728 mila unità (Tavola 1.3).

Tavola 1.3 - Famiglie pluricomponenti composte solo da persone di 65 anni e più per alcune caratteristiche familiari e della Persona di Riferimento (PR). Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)

Caratteristiche	65-74 anni			75 anni e più			65 anni e più		
	2007	2012	2018	2007	2012	2018	2007	2012	2018
Ripartizione geografica									
Nord	51,3	52,2	51,9	46,5	48,0	49,7	48,7	49,9	50,6
Centro	20,7	20,6	20,4	22,5	21,3	20,5	21,7	21,0	20,5
Mezzogiorno	28,0	27,1	27,7	31,0	30,7	29,7	29,6	29,1	28,9
Tipologia familiare									
Coppia senza figli	95,0	95,8	96,5	93,8	95,1	96,0	94,3	95,4	96,2
Altra tipologia	5,0	4,2	3,5	6,2	4,9	4,0	5,7	4,6	3,8
Titolo di studio del PR									
Fino alla licenza media	80,5	71,7	61,2	84,0	82,9	76,5	82,4	78,0	70,3
Diploma	14,6	20,7	27,4	11,0	11,9	16,3	12,7	15,8	20,8
Laurea e oltre	4,9	7,5	11,4	5,0	5,2	7,2	4,9	6,2	8,9
Condizione professionale									
Tutte pensionate e/o occupate	47,2	61,0	62,9	41,9	55,7	59,2	44,3	58,0	60,7
Solo alcune pensionate e/o occupate	48,7	37,5	35,6	51,9	42,7	39,4	50,5	40,4	37,8
Nessuna pensionata e/o occupata	4,0	1,6	1,5	6,2	1,6	1,4	5,2	1,6	1,5
Totale	986	1.045	1.113	1.193	1.346	1.615	2.178	2.392	2.728

Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

Si tratta di famiglie che risiedono in maggioranza al Nord e costituite quasi esclusivamente da coppie di anziani senza figli (96,2 per cento). Prevalgono le famiglie, o coppie, la cui la persona di riferimento ha 75 anni o più (quasi il 60 per cento).

Per quanto concerne il livello di istruzione, così come per gli anziani che vivono da soli, anche per il gruppo di famiglie pluricomponenti di soli anziani continua a prevalere la quota di quelle in cui la persona di riferimento è in possesso al massimo della licenza media (70,3 per cento), con ampi divari territoriali: la quota delle famiglie completamente anziane con la persona di riferimento scarsamente istruita è pari al 76,1 per cento nel Mezzogiorno mentre nel Nord e nel Centro è pari rispettivamente al 68,6 per cento e al 66,3 per cento. Tuttavia, anche per questo gruppo di famiglie, così come per le mono-componenti, la quota delle meno istruite si è ridotta considerevolmente in tutte le ripartizioni nell'arco di tempo esaminato. La contrazione più significativa in tal senso ha riguardato l'aggregato di fami-

glie meno anziane: tra queste ultime, infatti, la percentuale delle meno istruite dal 2007 si è ridotta di quasi 20 punti percentuali, passando dall'80,5 per cento al 61,2 per cento, mentre è aumentata di oltre 12 punti la quota delle famiglie con la persona di riferimento diplomata e di 6,5 punti quella delle famiglie con la persona di riferimento laureata.

Risultano evidenti, dunque, gli effetti dovuti ai più elevati tassi di istruzione delle coorti che man mano sono passate nella fase anziana della vita, la cosiddetta generazione dei *baby boomers*, cioè coloro che sono nati dal 1946 al 1965.

Riguardo alla condizione professionale, se nel 2007 la maggioranza di queste famiglie di soli anziani (il 50,5 per cento) era costituita da famiglie dove solo un membro (il coniuge nella coppia) percepiva la pensione e/o lavorava, dieci anni dopo tale quota scende al 37,8 per cento, a netto vantaggio delle coppie in cui i coniugi anziani risultano essere entrambi pensionati e/o lavoratori: nel 2018, infatti, la quota delle famiglie composte da soli ultra-sessantatrenni tutti pensionati e/o occupati sfiora il 61 per cento.

Anche in questo caso emergono i divari a livello territoriale: nelle regioni settentrionali la percentuale di famiglie di soli anziani tutti economicamente indipendenti, ovvero tutti o occupati o pensionati, raggiunge il 70,0 per cento, in quelle centrali si attesta sui valori della media nazionale (61,1 per cento), in quelle meridionali scende al 44,2 per cento. Rispetto al 2007, inoltre, risulta diminuita la quota di famiglie di soli anziani prive di redditi (senza occupati né pensionati), scesa complessivamente dal 5,2 per cento all'1,5 per cento.

Nel 2018 le famiglie dove vivono persone di 65 anni e più insieme a membri sotto la soglia dei 65 anni ammontano a 2 milioni 899 mila, cresciute in valore assoluto di 113 mila dal 2007, ma lievemente ridotte in termini percentuali sul totale delle famiglie (Tavola 1.4).

Tavola 1.4 - Famiglie pluricomponenti composte da persone di 65 anni e più e da persone con meno di 65 anni per numero di componenti e alcune caratteristiche familiari. Anni 2007, 2012 e 2018
(valori percentuali e assoluti in migliaia)

Caratteristiche	2007			2012			2018		
	Due	Tre o più	Totale	Due	Tre o più	Totale	Due	Tre o più	Totale
Ripartizione geografica									
Nord	48,1	41,1	44,2	48,0	39,8	43,5	47,1	37,2	41,7
Centro	20,1	22,9	21,7	19,8	22,9	21,5	19,5	20,6	20,1
Mezzogiorno	31,9	35,9	34,2	32,1	37,3	35,0	33,4	42,2	38,2
Tipologia familiare									
Monogenitore maschio	8,0	1,4	4,3	8,2	1,4	4,4	8,7	1,3	4,7
Monogenitore femmina	31,0	4,8	16,3	30,1	4,8	16,2	30,7	4,7	16,5
Coppia senza figli	51,3	-	22,4	52,2	-	23,6	49,6	-	22,4
Coppia con figli	-	58,6	33,0	-	59,6	32,7	-	62,4	34,2
Altra tipologia	9,7	35,2	24,0	9,6	34,2	23,1	11,0	31,6	22,3
Condizione professionale									
Occupate/pensionate solo le persone di 65 anni e più	31,0	15,0	22,0	30,4	20,1	24,7	35,3	25,6	30,0
Occupate/pensionate sia le persone di 65 anni e più sia quelle con meno di 65 anni	41,4	66,1	55,3	48,5	64,4	57,2	42,3	58,8	51,3
Occupate/pensionate solo le persone con meno di 65 anni	18,1	16,0	17,0	12,5	12,4	12,5	12,0	11,5	11,7
Senza persone occupate/pensionate	9,5	2,8	5,8	8,6	3,1	5,6	10,4	4,1	6,9
Totale	1.217	1.569	2.786	1.274	1.550	2.823	1.308	1.590	2.899

Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

Tali famiglie, concentrate più al Nord e al Mezzogiorno rispetto al Centro, sono di vario tipo. Le più frequenti (circa una su tre) sono le coppie con figli in cui almeno uno dei genitori ha raggiunto o superato la soglia dei 65 anni, ovvero famiglie composte minimo

da tre persone; a seguire ci sono le coppie senza figli in cui solo un partner ha superato la soglia dei 65 anni e le famiglie in cui gli anziani vivono come membri aggregati di altri nuclei (poco più di una su cinque entrambe le tipologie); infine ci sono i nuclei familiari composti da un solo genitore anziano che vive con i propri figli (circa una famiglia su cinque), molto più frequentemente una madre con un solo figlio.

In queste famiglie – dove coabitano persone di almeno 65 anni e non – l'anziano non è quasi mai economicamente a carico degli altri membri ma, al contrario, riveste sempre più un ruolo centrale di sostegno al reddito familiare.

Nel 2018, infatti, ammontano a 1 milione 488 mila (oltre la metà) le famiglie rette anche dalle pensioni o dai redditi degli anziani e a 869 mila quelle rette esclusivamente da ultra-sessantaquattrenni soprattutto pensionati (quasi una su tre). La quota di queste ultime, peraltro, rispetto al 2007 è salita dal 22 per cento al 30 per cento, a sottolineare come il ruolo di sostegno economico dell'anziano alla famiglia sia diventato nell'ultimo decennio sempre più rilevante. Oltre a queste, infatti, sono cresciute soltanto le famiglie prive di redditi/pensioni (passate dal 5,8 per cento al 6,9 per cento), mentre si sono ridotte in modo consistente quelle dove gli anziani risultano sostenuti economicamente solo da altri membri più giovani della famiglia (scese dal 17,0 all'11,7 per cento).

In altre parole, tra il 2007 e il 2018 – un periodo profondamente segnato dalla crisi economica – le persone anziane si sono rivelate un prezioso ammortizzatore sociale per molte famiglie (si veda il paragrafo 3.3.1). Grazie soprattutto al progressivo pensionamento di coorti di persone maggiormente istruite con carriere lavorative più lunghe e regolari, gli anziani hanno acquisito una centralità sempre più marcata nell'ambito del contesto sociale ed economico della famiglia di appartenenza. Le loro pensioni, dunque, hanno controbilanciato la mancanza di altri redditi familiari o la loro insufficienza in un periodo storico, come quello appena trascorso, caratterizzato per buona parte da una congiuntura economica sfavorevole.

A livello territoriale la quota di famiglie rette esclusivamente da anziani percettori di redditi da pensione/lavoro è molto più elevata nelle regioni meridionali rispetto alle regioni del Centro-nord: nel 2018 tale quota supera il 42 per cento in Sicilia, Calabria e Puglia e in tutte le regioni meridionali è maggiore del valore medio. Prossimi alla media nazionale sono le quote nel Lazio e in Liguria, mentre nel resto delle regioni settentrionali e centrali la quota delle famiglie sostenute soltanto da persone anziane è più bassa, raggiungendo il valore minimo in Trentino-Alto Adige (16,5 per cento).

Parte seconda - L'invecchiamento attivo

2. L'INVECCHIAMENTO ATTIVO: CONCETTI E MISURE

2.1 La definizione di invecchiamento attivo: un concetto multidimensionale

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno che ormai investe gran parte dei paesi, soprattutto quelli più sviluppati.

Dalla seconda metà del ventesimo secolo, il mondo occidentale è stato caratterizzato dall'aumento progressivo dell'aspettativa di vita, accompagnato da una riduzione delle nascite, parzialmente attenuata dai flussi migratori in entrata. La longevità è di per sé una conquista, ma i cambiamenti demografici in corso stanno producendo effetti ai quali la società fatica ad adeguarsi con apposite misure di governabilità del fenomeno.

Dall'inizio del nuovo Millennio è aumentata l'attenzione sull'impatto delle trasformazioni demografiche, in particolare sulla spesa sanitaria e previdenziale. Da una parte l'invecchiamento della popolazione comporterà una crescita elevata delle esigenze di cura, sia sanitarie sia assistenziali, con inevitabili riflessi sulla spesa per la salute, pubblica e privata, dall'altra peserà sempre di più sul versante della spesa previdenziale drenando risorse dal welfare state.

Più in generale, le conseguenze si rifletteranno sulla sfera economica, perché un numero sempre maggiore di persone anziane non "produttive" peserebbe su una platea sempre minore di persone più giovani.

Nella prospettiva dell'invecchiamento attivo si riscontra invece la tendenza a superare quella visione dell'età anziana che, ancora oggi, viene sovente associata a una fase passiva dell'esistenza, segnata da bisogni di assistenza e marginalità sociale, a favore di una visione della persona anziana protagonista della vita sociale (Walker, 2011): in altre parole, da peso a risorsa.

I benefici sperimentati a livello individuale, peraltro, si ripercuotono come esternalità positive anche sulla società nel suo complesso. Si pensi, ad esempio, alle ricadute derivanti dal prolungamento dell'attività delle persone anziane esercitata in diversi campi (mercato del lavoro, volontariato, cura di minori), e alla riduzione della spesa per servizi socio-sanitari per le loro migliori condizioni di salute (Principi et al., 2017).

L'invecchiamento attivo è un concetto ormai ampiamente accettato, elaborato all'interno del programma di invecchiamento e vita dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms): "L'invecchiamento attivo è il processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza al fine di migliorare la qualità della vita man mano che le persone invecchiano" (World health organization, 2002).

Secondo l'Oms i pilastri dell'invecchiamento attivo sono salute, partecipazione e sicurezza e, in un quadro politico generale, si raccomanda di implementare azioni mirate in tali aree. Con riferimento al pilastro "salute", questa viene intesa come salute fisica e benessere mentale e sociale, secondo la definizione raccomandata dall'Oms. La "partecipazione" a sua volta è intesa come una serie molteplice di attività da parte delle persone anziane negli affari sociali, economici, culturali e civili, oltre alla loro partecipazione alla forza lavoro. La "sicurezza" riguarda l'accesso delle persone anziane ad un ambiente fisico e sociale sicuro e protetto, nonché la sicurezza di un reddito che preservi dal rischio di una vita non dignitosa.

È un processo che interessa buona parte del ciclo di vita ed è influenzato da diversi fattori.

Si tratta di un concetto multidimensionale, in quanto afferisce a diverse sfere della vita tra loro interconnesse, che sposta l'attenzione dai bisogni ai diritti e alle opportunità della persona anziana. Seguendo la definizione dell'Oms, il discorso pubblico sull'invecchiamento attivo è orientato verso maggiori opportunità per un prolungamento dell'attività lavorativa e al contempo un impegno sulla partecipazione al lavoro non retribuito, che produce benefici per gli individui interessati e per le società in cui vivono. Il tutto in un quadro dove devono essere rafforzate le attività di mantenimento della salute non solo fisica, ma anche il benessere mentale e le relazioni sociali.

Un buono stato di salute rappresenta la condizione imprescindibile per potersi attivare in età anziana, e va costruito nel corso del tempo, anche attraverso la prevenzione e stili di vita adeguati (si vedano i paragrafi 3.5.1 e 3.5.2), al fine di ritardare quanto più possibile l'insorgenza di disabilità motorie e/o cognitive. Come già sostenuto, infatti, la condizione di anziano è costituita da una platea affatto uniforme, ma da persone con caratteristiche, potenzialità e bisogni socio-sanitari estremamente diversi. Il processo di invecchiamento attivo, dunque, non può necessariamente coinvolgere anziani e grandi anziani non autosufficienti. L'importanza fondamentale di questa dimensione è testimoniata dall'attenzione crescente degli organizzazioni internazionali e dei singoli paesi, tanto che l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità nel 2012 ha varato la "Strategia e piano di azione per l'invecchiamento sano in Europa, 2012-2020". Si tratta di una proposta di una nuova politica di riferimento europea a sostegno di un'azione trasversale ai governi e alle società per la salute e il benessere e consta di quattro aree strategiche di azione e cinque interventi prioritari.

L'invecchiamento attivo è dunque un processo in divenire, che si sostanzia e si consolida progressivamente con scelte e comportamenti che possono indirizzarsi verso ambiti di vita prima inesplorati o non considerati. Per le ragioni esposte, l'anziano non deve essere considerato soltanto come un soggetto debole e bisognoso di cure, ma può costituire ancora una risorsa per la società, così come spesso avviene già nell'ambito della sua famiglia (si veda il paragrafo 3.3.1).

La promozione dell'invecchiamento attivo non può essere delegata alla libera iniziativa dei singoli o di gruppi più o meno organizzati, ma deve essere sostenuta attraverso politiche che riconoscano ad ognuno il diritto e la responsabilità di avere un ruolo attivo e partecipare alla vita della comunità in ogni fase della vita, compresa l'età anziana. Tali politiche andrebbero poi attuate con risorse pubbliche la cui entità, peraltro, può variare in maniera significativa da paese a paese a seconda dello stato delle finanze pubbliche.

Le sfide associate all'invecchiamento della popolazione sono diventate sempre più importanti, non solo in Europa, ma in tutto il mondo, tanto che di queste si sono fatti carico con sempre maggiore energia gli organismi internazionali a partire dal nuovo millennio.

La Seconda Assemblea mondiale sull'invecchiamento promossa dalle Nazioni Unite, tenutasi a Madrid nel 2002, per discutere le sfide poste dal rapido invecchiamento della popolazione, ha adottato il Piano di Azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento (Mipaa), che rappresenta il quadro politico di riferimento globale per indirizzare le risposte dei vari paesi nei confronti dell'invecchiamento della popolazione, fornendo raccomandazioni ai governi per la sua realizzazione. I punti fondamentali riguardano l'integrazione delle persone anziane nel tema dello sviluppo, l'evoluzione di salute e benessere per la terza età e la garanzia di un ambiente che favorisca sostegno e capacità di iniziativa. Il Piano di Madrid chiede un cambiamento di comportamenti, atteggiamenti e abitudini per far sì che gli

anziani non siamo considerati semplicemente come beneficiari dei servizi sociali, ma come partecipanti attivi del processo di sviluppo con pieni diritti.

In merito all'impatto demografico dell'invecchiamento sulla popolazione europea, oltre ai rapporti annuali sulla demografia europea, la Commissione europea ha presentato le proprie opinioni sulle sfide demografiche che l'Ue deve affrontare nel Libro verde "Una nuova solidarietà tra le generazioni di fronte ai cambiamenti demografici" (Commissione europea, 2005); "Il futuro demografico dell'Europa, trasformare una sfida in opportunità" (Commissione europea, 2006); "Promuovere la solidarietà tra le generazioni" (Commissione europea 2007) e "Gestire l'impatto dell'invecchiamento della popolazione nell'Unione europea" (relazione 2009 sull'invecchiamento demografico), la creazione del Partenariato europeo per l'innovazione sull'invecchiamento attivo e in buona salute nel 2011. Fino a promulgare il 2012 l'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni, al fine di sensibilizzare l'opinione pubblica al contributo che le persone anziane possono dare alla società.

La Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (Unece) ha posto tra i suoi obiettivi principali l'invecchiamento della popolazione e la sua attivazione, a cominciare dal Ministerial Conference on Ageing (2007), per monitorare l'attuazione del Piano di Madrid, ovvero se i paesi hanno compiuto progressi significativi per adeguare i sistemi di protezione sociale, di promozione della salute e di regolazione dei mercati del lavoro alle esigenze di una popolazione sempre più anziana. Nel 2012, in concomitanza con l'anno europeo dell'invecchiamento attivo, in collaborazione con la Commissione europea e l'European Centre for Social Welfare Policy and Research è stato sviluppato l'indice di invecchiamento attivo (Aai), uno strumento che permette di misurare il livello di invecchiamento attivo e i progressi conseguiti in base a una serie di indicatori selezionati.

2.2 Come si misura l'invecchiamento attivo: aspetti metodologici dell'Aai

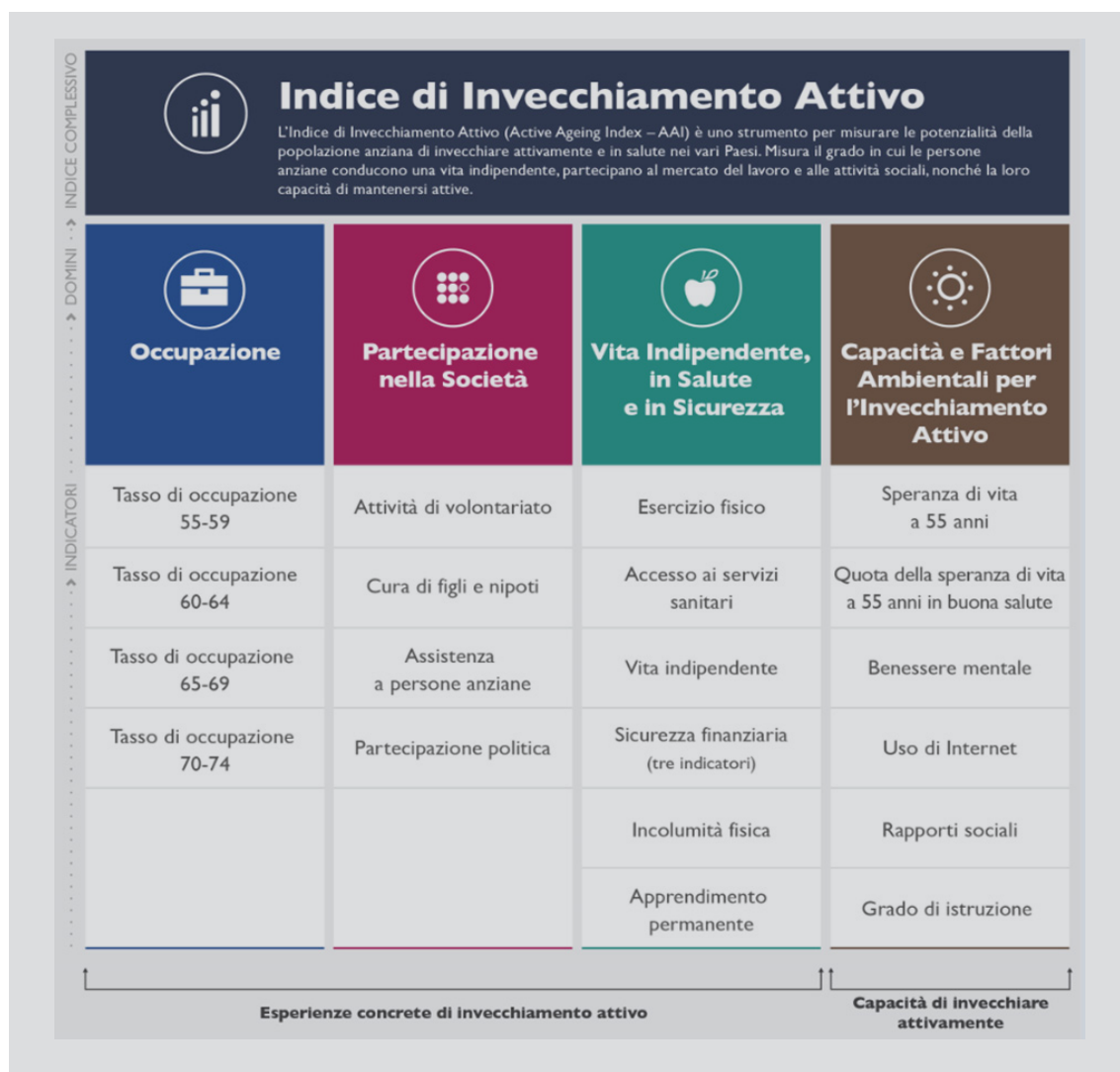
Il progetto di ricerca di *Active ageing index* (Aai) si sviluppa con la collaborazione di diversi paesi europei, tra cui l'Italia, mossi dalla convinzione che l'invecchiamento attivo e la conseguente valorizzazione della popolazione anziana possano contribuire alla crescita economica dei paesi e a creare le condizioni per una società più inclusiva. Partendo da questo assunto le attività sono state finalizzate a fornire un nuovo strumento per i decisori politici, al fine di consentire loro di elaborare strategie adeguate per affrontare le sfide dell'invecchiamento della popolazione e il suo impatto sulla società.

L'*Active ageing index* (Aai) è una misura composita costituita da un indice generale e da indici specifici dei domini che lo compongono, nonché dai singoli indicatori che costituiscono ogni dominio.

Consente dunque ai responsabili politici di basare i loro interventi di politica sociale su dati quantitativi e comparabili degli indicatori di invecchiamento attivo per gli Stati membri dell'Ue, così da promuovere l'invecchiamento attivo e in buona salute per i loro cittadini. La quantificazione riguarda in quale misura le persone anziane hanno e possono realizzare il loro potenziale nei diversi settori della loro vita: l'occupazione; la partecipazione sociale, una vita indipendente, sana e sicura (Zaidi et al, 2013). Tale quantificazione consente di individuare gli ambiti più critici che richiedono quindi degli interventi. Un quarto dominio più trasversale cattura la capacità dei paesi di creare un ambiente favorevole per l'invecchia-

mento attivo. Tutti gli strumenti dell'Aai sono declinati per genere, in modo da evidenziare le differenze per tendere a ridurre le disparità di genere nelle esperienze di invecchiamento.

Figura 2.1 - Domini e indicatori dell'Aai (*Active ageing index*)



Fonte: Zaidi and Stanton (2015)

Questi indicatori, individuati da un gruppo di esperti costituito da accademici, rappresentanti dei maggiori Istituti di statistica, tra cui l'Istat, e organizzazioni sovranazionali come l'Ocse, Eurostat, la Commissione europea e la Commissione economica per l'Europa delle Nazioni Unite (Unece), sono stati scelti per la loro capacità di catturare gli aspetti multidimensionali dell'invecchiamento attivo (Figura 2.1). Altresì le dimensioni e gli indicatori così individuati sono modulati in maniera aderente agli obiettivi programmatici del Piano di azione internazionale sull'invecchiamento di Madrid per consentire la verifica dei progressi effettivamente conseguiti. Dal 2012 ad oggi infatti la valutazione sull'efficacia delle politiche messe in atto dai vari paesi per il raggiungimento degli obiettivi del Mipaa è avvenuta in

modo molto eterogeneo e con differenti approcci¹ vanificando, almeno in parte, la possibilità di reali confronti a livello sovranazionale. Un fattore di fondamentale importanza nella scelta degli indicatori, oltre alla comparabilità tra paesi, è stata la loro replicabilità nel tempo per monitorare i progressi e valutare i risultati delle riforme politiche.

Questo criterio ha fatto di Eu-Silc (Survey of income and living conditions), Eu-Lfs (Labour force survey) e European quality of life survey (Eqls) le fonti di dati principali utilizzate per stimare gli indicatori dell'invecchiamento attivo, accanto a fonti per coprire particolari indicatori, come l'European health interview survey (Ehis), alcune versioni dell'indagine Eurobarometer o dell'European social survey (Ess), l'indagine Eurostat sulle Ict per l'indicatore sull'uso di internet. In base all'esperienza accumulata, peraltro, nel corso degli anni per alcuni indicatori sono cambiate le fonti statistiche (Unece/European commission, 2018).

La popolazione target è rappresentata dalle persone anziane di 55 anni e più.

Questa scelta metodologica è motivata dal fatto che è ormai ampiamente condivisa l'idea che l'invecchiamento sia un processo che riguarda tutte le fasi della vita, il cosiddetto *Life course approach*, che comporta un profondo cambiamento anche nella definizione stessa di età anziana. L'invecchiamento attivo significa invecchiare in buona salute, partecipare appieno alla vita della collettività e sentirsi più realizzati nel lavoro, in poche parole vuol dire essere più autonomi nel quotidiano e più impegnati nella società. Qualsiasi sia la nostra età, possiamo svolgere un ruolo attivo nella società e beneficiare di una migliore qualità di vita. L'obiettivo è quello di trarre il massimo vantaggio dall'enorme potenziale di cui si continua a disporre anche se si è avanti con gli anni (si veda http://publications.europa.eu/resource/cellar/72f6b037-7e9c-49bf-9ad0-7c00e3ee35f8.0011.02/DOC_1).

Così che, se da un lato è ormai stata ampiamente superata una visione basata unicamente sull'età anagrafica per definire l'universo degli anziani (si veda il paragrafo 1.4), a favore di una soglia "mobile" definita sulla base dei progressi sul piano della sopravvivenza cui vincolare anche l'uscita dall'età di piena attività, dall'altro è altresì importante ridefinire i confini dell'essere un "giovane anziano". I giovani anziani rappresentano infatti un gruppo sociale che, se adeguatamente valorizzato, può contribuire ad arrestare un ineluttabile scadimento della qualità della vita nelle età mature ed avanzate della vita e concorrere a realizzare società più giuste, inclusive e sostenibili.

È stata attuata una scelta parsimoniosa sul numero degli indicatori selezionati, soprattutto in considerazione del fatto che l'inclusione di un numero maggiore di indicatori può limitare la solidità di un indice composito come l'Aai. Affinché l'indice rimanga stabile, l'elenco degli indicatori selezionati rimarrà invariato nel tempo. I ventidue indicatori selezionati sono aggregati all'Aai seguendo una precisa metodologia. Innanzitutto, tutti gli indicatori di invecchiamento attivo sono espressi come indicatori positivi, il che significa che maggiore è il valore, migliore è il risultato dell'invecchiamento attivo; in secondo luogo, ciascuno degli indicatori è espresso in termini percentuali e può andare a zero a cento. Il valore massimo del punteggio pari a 100 è dunque il miglior risultato possibile che può essere raggiunto in ciascuna delle dimensioni considerate. Si tratta di un obiettivo ipotetico, solo "desiderabile" ma non realisticamente raggiungibile per alcun paese, piuttosto funge da stimolo per poter migliorare continuamente.

¹ Cfr. The Mainstreaming Ageing: Indicators to Monitor Implementation (MA:IMI) (Marin, Zaidi, 2007). The Macao Ageing Index The Global Age Watch Index (GAWI) che utilizza un database predisposto da United Nations Department of Economic and Social Affairs (Undesa), the World Bank, the World Health Organisation, International Labour Organisation, the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organisation (Unesco), and the Gallup World Poll. (Parry, Zaidi, 2018).

Successivamente, per ciascun dominio viene calcolato un indice sintetico con la media ponderata aritmetica degli indicatori che lo compongono. Infine, l'indicatore aggregato globale (Overall) viene calcolato come media ponderata aritmetica degli indici specifici di dominio, ai quali sono stati assegnati dei pesi differenziati. In assenza di basi teoriche ed empiriche consolidate sul contributo di ciascun indicatore a un determinato dominio e di ciascun dominio all'indice generale di invecchiamento attivo, sono stati utilizzati i pesi raccomandati dal gruppo di esperti.

La sperimentazione e la successiva applicazione dell'Aai in Italia a livello subnazionale è stata effettuata replicando la metodologia consolidata appena descritta, ma ha comportato in taluni casi la scelta di fonti statistiche diverse da quelle adottate a livello europeo (si veda Allegato 1). Questo per una duplice motivazione.

La prima attiene alla significatività statistica dei risultati in un contesto di analisi subnazionale. Le indagini europee, infatti, prevedono un campione limitato di interviste per i singoli paesi, proporzionato alla loro ampiezza demografica, sufficiente a fornire stime attendibili a livello nazionale, ma non a livello regionale. Per l'Italia si passa da poche centinaia di interviste per l'Indagine europea sugli aspetti sociali² (Ess) a circa 2 mila 250 per l'Indagine europea sulla qualità della vita (Eqls). L'altro fattore concerne la disponibilità continuativa dei dati e dunque la replicabilità nel tempo dell'Aai per monitorare i risultati.

L'Indagine europea sugli aspetti sociali, la più frequente, ha cadenza biennale, quella sulla qualità della vita viene effettuata ogni quattro anni (nel 2016 l'ultima edizione), l'Eurobarometro è un sondaggio di opinioni su numerose tematiche che cambiano in ogni edizione.

Per l'Italia è stata posta la massima cura nella scelta degli indicatori tratti dalle indagini nazionali, quanto più simili a quelli europei, per assicurare la robustezza e la replicabilità temporale dell'indice³. La grande maggioranza degli indicatori, peraltro, coincide con quelli adottati per la costruzione dell'Aai, in quanto tratti da indagini armonizzate a livello europeo: l'indagine sulle forze di lavoro (Lfs), l'indagine su reddito e condizioni di vita (Eu-Silc), le tavole di mortalità, l'indagine su condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari (Ehis).

L'indice si discosta parzialmente dall'originale solo per un limitatissimo numero di indicatori calcolati con dati di indagini nazionali e per i quali si registrano piccolissime differenze nella definizione o in termini di periodo di riferimento.

Successivamente, sono stati applicati i pesi proposti dal gruppo di esperti sull'Aai per ottenere sia i punteggi di dominio sia l'indice complessivo. In definitiva, lo scostamento nei risultati è ridotto al minimo e non inficia in alcun modo le analisi condotte.

In Italia gli interventi sull'invecchiamento attivo per molti aspetti sono demandati alle competenze delle regioni: promozione dello sviluppo economico locale, promozione del diritto allo studio, formazione professionale, programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e assistenziali, pianificazione della mobilità regionale, disciplina delle attività culturali. Nel corso degli anni le regioni, con diversa intensità, hanno emanato provvedimenti normativi "a pioggia" che riguardavano differenti aspetti legati all'invecchiamento attivo (assistenza, volontariato, formazione). La prima regione a dotarsi di una legge organica sull'invecchiamento attivo è stata l'Umbria nel 2012, poi nel 2014 il Friuli-Venezia Giulia e a seguire negli anni le altre regioni (Abruzzo e Lazio nel 2016, Veneto nel 2017, Campania e Calabria nel 2018, Marche nel 2019, eccetera).

2 Dall'anno 2017 tale indagine è condotta dall'Inapp e con un campione notevolmente più numeroso.

3 Le indagini Istat Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita e Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'Unione europea (Ehis) non hanno cadenza annuale, ma una numerosità campionaria molto elevata.

Occorre però sottolineare che in Italia finora non è stato adottato un piano nazionale sulle politiche di invecchiamento attivo, ma interventi mirati di volta in volta a particolari ambiti non inseriti in un quadro di coordinamento generale⁴. Soltanto alla fine del 2018 il Dipartimento per le politiche della famiglia (Presidenza del Consiglio dei Ministri) ha avviato, in collaborazione con l'istituto di ricerca scientifica Inrca, un progetto di coordinamento nazionale delle politiche e degli interventi sull'invecchiamento attivo. Il progetto, tutt'ora in corso, si pone l'obiettivo di delineare una strategia nazionale che consenta di costruire un piano di azione che coinvolga tutti gli attori istituzionali e gli ambiti di policy per agire in maniera integrata e coordinata.

Il calcolo a livello territoriale dell'Aai potrebbe essere dunque di supporto ai responsabili del governo locale (e nazionale) per contribuire a fornire una visione d'insieme dei punti di forza e di debolezza di un determinato territorio sulla base di dati quantitativi. L'utilizzo dell'Aai a livello regionale non ha, infatti, lo scopo di pervenire ad una graduatoria tra le regioni fine a se stessa, bensì è importante per individuare a un dettaglio territoriale regionale le dimensioni o i singoli aspetti su cui intervenire per migliorare il livello di invecchiamento attivo. O ancora, per valutare i risultati conseguiti a seguito dell'attivazione di politiche pubbliche per promuovere l'invecchiamento attivo e, non ultimo, per conoscere dove e come l'attivazione di buone pratiche ha prodotto risultati soddisfacenti, facilitando il processo di apprendimento e condivisione delle stesse. Ciò contribuirebbe a creare una visione comune di ciò che deve essere fatto a livello di governance (locale, regionale e nazionale) e a chi competono le diverse responsabilità di agire per supportarsi a vicenda e ottenere un maggiore impatto. L'Aai risponde altresì all'ovvia necessità di dotarsi di strumenti che potrebbero aiutare le autorità subnazionali a stabilire collegamenti con gli indicatori Aai nazionali utilizzati dai rispettivi paesi. Ciò è fattibile dove, come in Italia, i dati di base necessari al calcolo degli indicatori sono raccolti in modo affidabile a livello subnazionale e consentono di sviluppare una versione territoriale dell'Aai (Parent, 2016).

2.3 L'invecchiamento attivo in Europa e in Italia

Oltre a costituire uno strumento per valutare i risultati e i progressi, per sua costruzione l'indice di invecchiamento attivo consente anche il confronto e la comparazione dei paesi europei sulla realizzazione del potenziale di invecchiamento attivo. Queste risultanze possono essere utilizzate dai responsabili politici dei singoli paesi per avviare riforme adeguate che tendano a colmare il potenziale non realizzato, anche attraverso l'impulso di Unece e della Commissione europea con raccomandazioni mirate.

La stessa Unece, in collaborazione con la Commissione europea, pubblica periodicamente dei rapporti per monitorare lo stato di attuazione dell'invecchiamento attivo nei paesi europei. Il rapporto pubblicato a luglio 2019 (Unece/European commission, 2019) riporta gli ultimi dati disponibili (riferiti all'anno 2018), effettuando analisi sui punteggi raggiunti nell'Aai complessivo e quelli in ciascuno dei quattro domini per i 28 Stati membri dell'Unione europea.

In particolare, l'Aai calcolato a livello sovranazionale consente di confrontare i progressi conseguiti dalle persone anziane in Italia rispetto a quelli di altri paesi dell'Ue, di individuare

⁴ A titolo di esempio, il Piano nazionale di prevenzione 2014-2018 per l'invecchiamento attivo e in buona salute del Ministero della Salute, la riforma del terzo settore (l. 106/2016), numerosi provvedimenti che prevedevano incentivi all'assunzione di over 50.

gli aspetti in cui si sono registrati ritardi nonché di stabilire eventuali priorità per favorire una maggiore partecipazione degli anziani alla economia e alla società per il futuro. Grazie ad una generalizzata crescita dell'Aai in tutti i paesi nel periodo osservato la media Ue registra un incremento, seppur moderato, pari a 3,5 punti percentuali. Questo perché sebbene ci siano numerosi paesi soprattutto del Nord e dell'Est Europa che hanno registrato aumenti compresi tra quattro e sette punti percentuali, altri paesi non hanno registrato una crescita o hanno conseguito solamente una crescita molto contenuta.

Rispetto al punteggio complessivo, l'Italia si colloca nella seconda metà della classifica dei paesi europei (Tavola 2.1).

Tavola 2.1 - Punteggi totali dell'Aai nei paesi europei. Anni 2008, 2012 e 2018 (punti percentuali e differenze in punti percentuali)

Paese	Anno			Differenze 2018-2008
	2008	2012	2018	
Austria	30,8	33,9	35,8	5,0
Belgio	32,4	33,9	37,7	5,3
Bulgaria	28,0	30,1	31,8	3,8
Cipro	32,6	34,3	35,7	3,1
Croazia	28,1	31,8	29,3	1,2
Danimarca	38,7	40,3	43,0	4,3
Estonia	33,8	35,0	37,9	4,1
Finlandia	37,0	39,1	40,8	3,8
Francia	33,1	35,8	38,6	5,5
Germania	34,5	35,6	39,6	5,1
Grecia	29,1	27,9	27,7	-1,4
Irlanda	36,0	38,8	39,1	3,1
Italia	30,2	34,2	33,8	3,6
Lettonia	32,4	31,8	35,3	2,9
Lituania	30,4	31,7	33,4	3,0
Lussemburgo	32,1	35,8	35,2	3,1
Malta	28,4	31,8	35,4	7,0
Paesi Bassi	38,3	39,8	42,7	4,4
Polonia	27,4	28,6	31,0	3,6
Portogallo	32,6	34,4	33,5	0,9
Regno Unito	38,2	40,0	41,3	3,1
Repubblica Ceca	31,4	34,6	36,5	5,1
Romania	29,6	30,0	30,2	0,6
Slovacchia	27,1	28,9	32,3	5,2
Slovenia	30,5	30,2	31,1	0,6
Spagna	30,7	33,0	33,7	3,0
Svezia	42,3	44,5	47,2	4,9
Ungheria	26,5	28,6	30,5	4,0
Ue28	32,2	34,1	35,7	3,5

Fonte: Aai index

Dopo un significativo progresso che le ha consentito di passare tra il 2008 e il 2012 dal 20° al 14° posto, nel 2018 il nostro Paese scende al 17° posto nel ranking europeo: infatti è stato uno dei pochi paesi (con Croazia, Lussemburgo e Portogallo) che non ha registrato un progresso tra il 2012 e il 2018.

I paesi dell'Europa del Nord, economicamente più sviluppati, si collocano ai primi posti della classifica: tra il 2008 e il 2018 Svezia, Danimarca e Paesi Bassi si confermano nelle prime tre posizioni. Nella parte alta della graduatoria si posizionano, oltre i 40 punti, anche Regno Unito e Finlandia, e poco distanti Germania e Irlanda. Tuttavia la Svezia rispetto al resto dei paesi del Nord Europa si distingue non solo per essere in testa alla classifica, ma anche per un valore complessivo superiore di oltre quattro

punti e mezzo rispetto alla Danimarca o ai Paesi Bassi. Pur riuscendo ad ottenere buoni risultati, nessuno dei paesi che guidano la graduatoria supera i 50 punti, quindi tutti i paesi - nessuno escluso - presentano margini ancora ampi per conseguire ulteriori miglioramenti in tema di invecchiamento attivo.

Nel periodo considerato i progressi maggiori sono stati segnati da Malta, Francia, Slovacchia, Belgio, Germania e Repubblica Ceca con un incremento di oltre cinque punti percentuali.

La Grecia, colpita in maniera particolare negli ultimi anni dalla crisi economica e dall'indebitamento, è l'unico paese che registra un regresso rispetto al 2008, tanto che si colloca in coda alla graduatoria. Nelle ultime posizioni stazionano Croazia, Romania e Ungheria.

Il differenziale di punteggio tra il primo e l'ultimo paese nel tempo si è ampliato: passa da 15,8 punti nel 2008 a 16,6 punti nel 2012, salendo ulteriormente a 19,5 punti nel 2018. Tale dinamica dei divari sottintende che i paesi, pur partendo da posizioni differenti, stanno implementando politiche per favorire l'invecchiamento attivo con diversa intensità, tanto che nel periodo considerato il valore della varianza passa da 15,8 a 21,7.

Il *gap* di genere è un elemento importante della sfida all'invecchiamento attivo. Nella distribuzione per genere, sia per gli uomini sia per le donne, i paesi situati agli estremi sono gli stessi, la Grecia e la Svezia, ma il differenziale tra il primo e l'ultimo paese è più elevato tra le donne (20,4 punti contro 18,3 punti per i maschi).

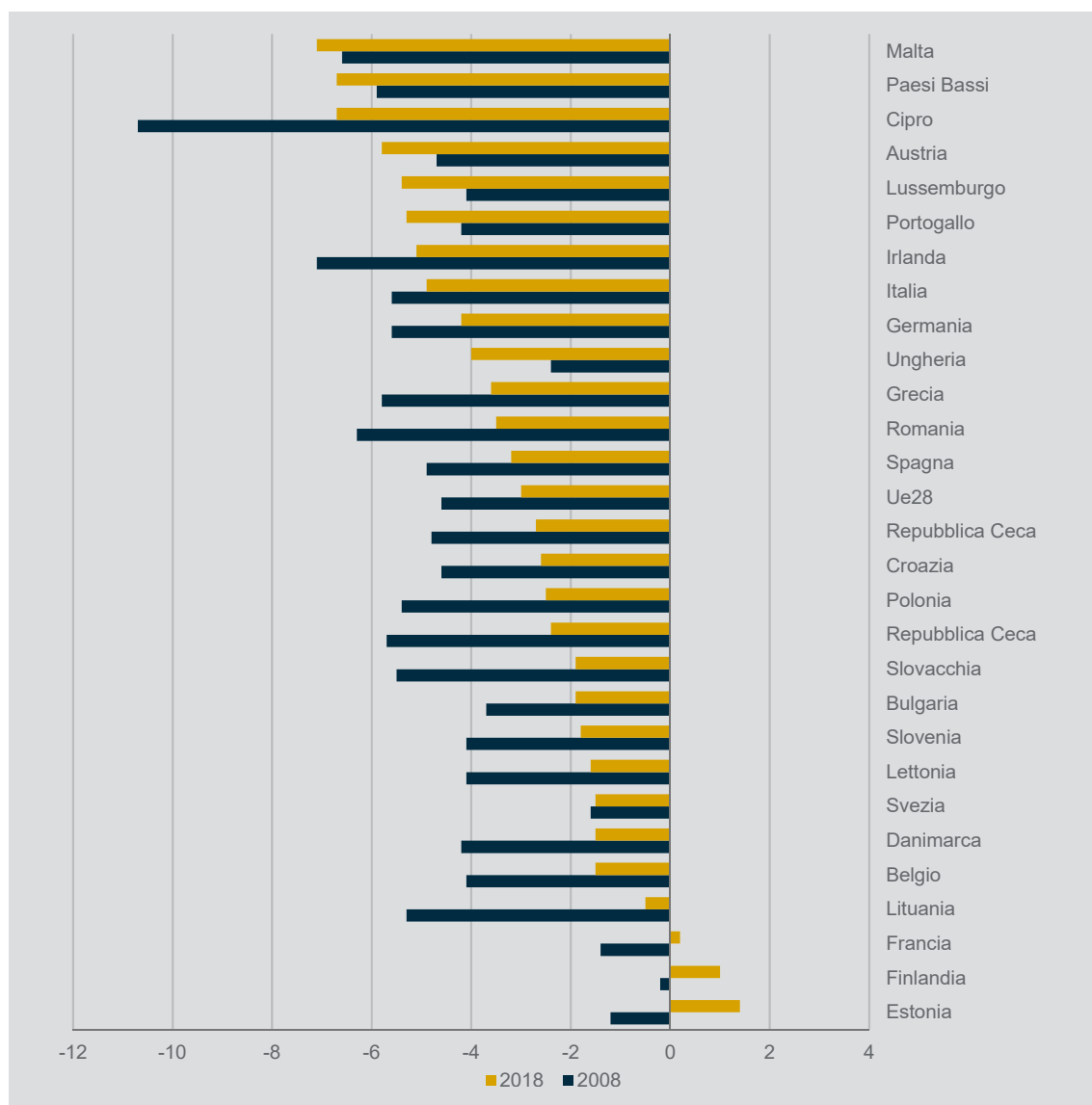
Un'analisi approfondita del divario di genere per paese mostra che Malta, Cipro e Paesi Bassi sono i paesi con le differenze più elevate; soltanto in tre paesi, Estonia, Finlandia e Francia il divario è a favore delle donne (Figura 2.2). Nel 2018 le riduzioni del *gap* di genere sono state più consistenti in Lituania, Slovacchia, Regno Unito e Cipro.

Tra gli anni 2008 e 2018, il divario di genere - comunque sfavorevole per le donne - si è ridotto in gran parte dei paesi europei, e nella media europea di 1,6 punti percentuali.

L'analisi dei singoli domini segnala le diverse capacità dei paesi di implementare politiche di invecchiamento attivo, nonché di individuare quali potrebbero essere le possibili aree di intervento per ottenere dei progressi.

Il primo dominio raccoglie le informazioni sull'occupazione a diverse età dai 55 anni in poi (Figura 2.3). In un contesto di invecchiamento della popolazione lavorare più a lungo può comportare benefici per la sostenibilità dei sistemi previdenziali e sanitari, nonché per gli individui, che potranno contare su carriere contributive più lunghe e quindi su benefici pensionistici più vantaggiosi, specialmente per le donne. Si tratta però di creare le condizioni adeguate perché questo si possa realizzare. L'occupazione varia ampiamente da paese a paese. I miglioramenti in questo ambito sono più difficili e complessi da raggiungere, poiché legati al livello di sviluppo economico e alle politiche di investimento e del lavoro.

Figura 2.2 - Divario di genere sui punteggi totali nei paesi europei. Anni 2008 e 2018 (differenze in punti percentuali)



Fonte: Aai index

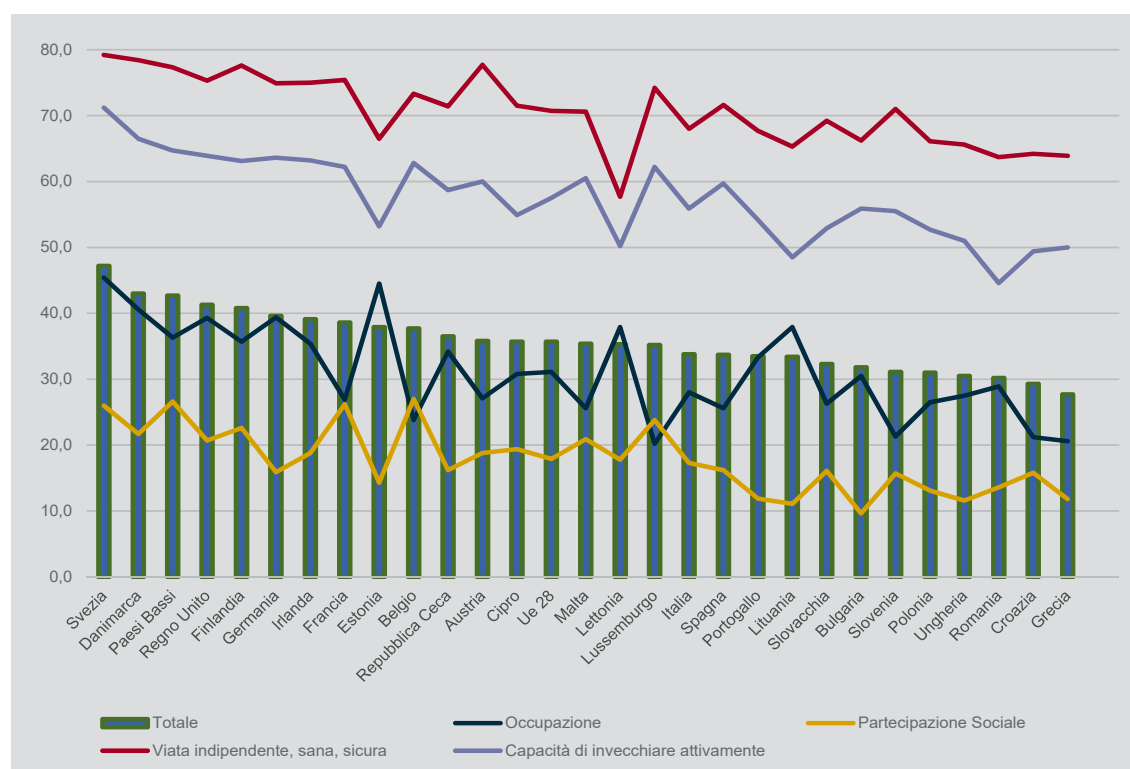
Nonostante i processi di globalizzazione dell'economia e la crisi economica che ha caratterizzato il periodo preso in considerazione, i tassi di occupazione in età avanzata negli ultimi anni sono andati comunque aumentando. Si possono osservare tre gruppi di paesi. Quelli che occupano le posizioni più elevate della graduatoria con punteggi molto alti come la Svezia (45,4 punti), l'Estonia (44,5 punti) e la Danimarca (40,6 punti). Segue un folto gruppo di paesi con valori compresi tra 30 e 40 punti, dalla Germania con 39,4 alla Bulgaria con 30,5 punti. Infine, un gruppo di paesi con i valori più bassi del dominio, dalla Romania con 28,9 a scendere fino a Grecia e Lussemburgo con poco più di 20 punti, che segnalano circa 25 punti di distacco dal paese in cima alla graduatoria.

Anche l'Italia si trova all'interno di questo ultimo gruppo di paesi, sebbene successivamente al 2012, sulla scorta di un'importante riforma del sistema pensionistico che ha fortemente arginato le uscite dal lavoro degli occupati meno avanti nell'età, i tassi di occupazione si siano incrementati in maniera significativa.

Quando si osservano i risultati per genere si evince che il punteggio complessivo del dominio è fortemente condizionato da quello conseguito dalle donne, il cui tasso di occupazione è storicamente più basso di quello registrato tra gli uomini: unica eccezione l'Estonia, che presenta valori più alti tra le donne.

Il punteggio del dominio partecipazione sociale nel 2018 è di 17,9 punti nella media Ue28. Il Belgio, con 27,0 punti, guida il gruppo dei paesi nella parte alta della classifica, insieme a Paesi Bassi, Francia e Svezia, tutti con punteggio pari o superiore a 26 punti.

Figura 2.3 - Punteggi dei domini e dell'indice generale Aai nei paesi europei. Anno 2018 (punti percentuali)



Fonte: Aai index

L'Italia con 17,3 punti rappresenta il valore mediano. In realtà la posizione dell'Italia, nonostante i punteggi relativamente alti dei due indicatori riferiti al lavoro di cura di bambini e anziani non conviventi, risulta ancora molto distante da quella dei paesi che guidano la graduatoria. Tale risultato dipende dai punteggi bassi riscontrati nell'attività di volontariato, che fatica ad affermarsi nella società italiana sempre più ripiegata su sé stessa, e dalla partecipazione politica. In Italia l'impegno politico è inferiore piuttosto che altrove non solo perché negli ultimi anni si è registrata una crescente sfiducia e disaffezione verso la politica e le istituzioni pubbliche, ma anche perché la misura è riferita solo alla partecipazione "visibile" più di tipo tradizionale e non coglie adeguatamente attività informali o forme di partecipazione emergenti come l'adesione a movimenti attraverso il web. Il gruppo di paesi che si posiziona verso la metà della graduatoria è molto nutrito con numerosi paesi con valori simili all'Italia, del Nord e del Centro Europa quali il Regno Unito, la Danimarca, la Germania e l'Austria, ma anche paesi dell'Est europeo come la Lettonia, la Slovacchia, la Slovenia, la Croazia. Infine chiudono la graduatoria paesi con punteggi inferiori a 13 punti: Portogallo, Grecia, Ungheria, Lituania, e ultima la Bulgaria, con il valore più basso (9,7 punti).

Dai dati disaggregati per genere si evince che nel 2018 questo è l'unico dominio in cui il divario di genere è favorevole alle donne: infatti queste segnalano punteggi maggiori degli uomini in oltre la metà dei paesi europei. Il punteggio più elevato per le donne si registra in Belgio, per gli uomini nei Paesi Bassi. Il livello più basso di partecipazione sociale per entrambi i generi si registra in Bulgaria. Il divario di genere a favore delle donne oltrepassa i cinque punti in Danimarca e Polonia, mentre quello a vantaggio degli uomini arriva a sei punti in Lussemburgo (Tavola 2.2).

I domini relativi a vita indipendente, sana, sicura e capacità di invecchiare attivamente appaiono invece quelli con i divari minori. Molti degli indicatori di questi due domini fanno riferimento al capitale umano e al capitale sociale per cogliere quegli aspetti legati sia agli individui sia al contesto in cui si vive, che possono concorrere a mitigare il declino associato alla vecchiaia. Le persone con alti livelli di capitale umano e sociale hanno maggiori probabilità di vivere in buona salute e in condizioni economiche soddisfacenti.

Tavola 2.2 - Divario di genere nei domini e nell'indice generale Aai dei paesi europei. Anno 2018 (differenze in punti percentuali)

Paese	Anno 2018				Totale
	Occupazione	Partecipazione sociale	Vita indipendente, sana e sicura	Capacità di invecchiare attivamente	
Estonia	2,8	-0,6	-3,7	4,8	1,4
Finlandia	-1,2	3,0	-1,1	2,1	1,0
Francia	-2,5	3,2	-3,1	1,5	0,2
Lituania	-3,3	3,2	-5,4	4,2	-0,5
Belgio	-6,7	2,8	-2,2	0,0	-1,5
Danimarca	-9,9	5,2	0,0	0,6	-1,5
Svezia	-5,2	1,0	-1,9	0,8	-1,5
Lettonia	-1,2	-3,0	-4,3	1,2	-1,6
Slovenia	-5,2	2,0	-4,5	-1,7	-1,8
Bulgaria	-5,7	2,0	-6,6	0,4	-1,9
Slovacchia	-6,4	1,8	-2,2	-0,5	-1,9
Regno Unito	-10,0	4,0	-2,8	-0,4	-2,4
Polonia	-12,2	5,3	-4,5	2,0	-2,5
Croazia	-8,5	1,3	-1,8	0,0	-2,6
Repubblica Ceca	-11,3	3,7	-1,9	0,9	-2,7
Ue 28	-8,5	0,7	-3,2	0,0	-3,0
Spagna	-7,0	-0,4	-2,5	-2,3	-3,2
Romania	-11,1	4,0	-4,5	-2,6	-3,5
Grecia	-10,7	2,4	-3,2	-2,1	-3,6
Ungheria	-10,0	-1,6	-1,1	0,6	-4,0
Germania	-8,2	-2,6	-3,4	-0,5	-4,2
Italia	-14,1	1,5	-1,7	-2,1	-4,9
Irlanda	-13,8	-1,3	-2,3	2,3	-5,1
Portogallo	-11,7	-1,7	-3,2	-1,5	-5,3
Lussemburgo	-7,7	-6,0	-4,1	-0,9	-5,4
Austria	-9,8	-5,3	-3,7	-0,5	-5,8
Cipro	-12,6	-3,3	-3,0	-4,5	-6,7
Paesi Bassi	-14,0	-3,0	-3,1	-2,3	-6,7
Malta	-20,5	1,1	-0,6	-1,5	-7,1

Fonte: Aai index

Nel terzo e nel quarto dominio la Svezia è il paese con i valori più alti (rispettivamente 79,2 e 71,2 punti), seguita in entrambi a poca distanza dalla Danimarca. All'ultima posizione troviamo la Lettonia nel terzo dominio e la Romania nel quarto, rispettivamente con il punteggio di 57,7 e 44,6 punti. Entrambi questi paesi sono molto al di sotto dalla media Europea e presentano un distacco di oltre 20 punti dalla Svezia.

Anche nel terzo dominio i punteggi sono più alti per gli uomini rispetto alle donne con la sola eccezione della Danimarca, per la quale non si registrano differenze di genere. L'Italia si colloca tra i paesi nei quali lo svantaggio delle donne rispetto agli uomini tende ad essere più contenuto e non supera i due punti. Al contrario la Lituania e la Romania, i paesi dove le donne tendono a registrare punteggi peggiori rispetto ai loro coetanei con differenze che superano i cinque punti percentuali.

Nel quarto dominio nel 2018 il divario di genere nella media europea è azzerato. Tra i paesi che hanno ridotto le disparità di genere spiccano Lituania, Irlanda, Finlandia e la Polonia, con almeno due punti a favore delle donne.

I punteggi in questo dominio sono fortemente condizionati dall'accesso alla formazione lungo l'intero arco della vita, il benessere mentale, l'accesso alle nuove tecnologie e l'aspettativa di vita in buona salute. L'Italia si trova tra i paesi in coda alla classifica dove il *gender gap* è più elevato, oltre i due punti. Chiude la graduatoria Cipro con il differenziale più alto a svantaggio delle donne.

Nella Tavola 2.3 sono stati riportati i valori per l'anno 2018 dei primi tre paesi in graduatoria, degli ultimi tre, dell'Italia e di alcuni altri grandi paesi, nonché della media Ue. Le distanze maggiori rispetto alla media europea si registrano nei domini dell'occupazione e della partecipazione sociale, ambiti nei quali ci sono ampi margini di recupero per i paesi più svantaggiati.

Le differenze rispetto alla media europea, nei singoli domini e nel punteggio totale, fanno emergere gli ambiti virtuosi e quelli deficitari dei vari paesi nonché l'ampiezza delle distanze, quindi le possibili aree di intervento.

Tavola 2.3 - Punteggi nei domini dell'Aai e differenze dalla media Ue in alcuni paesi europei. Anno 2018 (punti percentuali e differenze in punti percentuali)

Paese	Punteggio nei domini					Differenza dalla media Ue28				
	Occupazione	Partecipazione sociale	Vita indipendente, sana e sicura	Capacità di invecchiare attivamente	Totale	Occupazione	Partecipazione sociale	Vita indipendente, sana e sicura	Capacità di invecchiare attivamente	Totale
Svezia	45,4	26,0	79,2	71,2	47,2	14,3	8,1	8,5	13,7	11,5
Danimarca	40,6	21,7	78,4	66,5	43,0	9,5	3,8	7,7	9,0	7,3
Paesi Bassi	36,3	26,6	77,3	64,7	42,7	5,2	8,7	6,6	7,2	7,0
Germania	39,4	15,9	74,9	63,6	39,6	8,3	-2,0	4,2	6,1	3,9
Francia	26,9	26,2	75,4	62,2	38,6	-4,2	8,3	4,7	4,7	2,9
Ue28	31,1	17,9	70,7	57,5	35,7	-	-	-	-	-
Italia	28,0	17,3	68,0	55,9	33,8	-3,1	-0,6	-2,7	-1,6	-1,9
Spagna	25,6	16,2	71,6	59,7	33,7	-5,5	-1,7	0,9	2,2	-2,0
Portogallo	33,3	11,9	67,7	54,2	33,5	2,2	-6,0	-3,0	-3,3	-2,2
Romania	28,9	13,6	63,7	44,6	30,2	-2,2	-4,3	-7,0	-12,9	-5,5
Croazia	21,2	15,8	64,2	49,4	29,3	-9,9	-2,1	-6,5	-8,1	-6,4
Grecia	20,6	11,8	63,9	50,0	27,7	-10,5	-6,1	-6,8	-7,5	-8,0

Fonte: Aai index

Come già sottolineato, questo indice rappresenta uno strumento di monitoraggio delle politiche esistenti nel campo dell'invecchiamento attivo, e al tempo stesso può essere utilizzato per supportare l'elaborazione delle politiche a diversi livelli. La Germania potrebbe così attuare politiche mirate riguardo alla partecipazione sociale, e la Francia nell'ambito dell'occupazione. In l'Italia l'intervento prioritario sembra riguardare l'occupazione, il dominio che presenta ancora il divario maggiore nonostante i progressi conseguiti negli anni, per favorire soprattutto l'occupazione femminile (si veda il paragrafo 3.2). Il confronto con

la Spagna, paese con un punteggio totale molto simile all'Italia, denota una situazione relativamente migliore per il nostro Paese nei domini dell'occupazione e della partecipazione sociale, e migliore per la Spagna, anche superiore alla media europea, negli altri due domini. Appare poi evidente il deficit del Portogallo nel dominio della partecipazione sociale e il forte arretramento della Grecia nello stesso dominio e in quello dell'occupazione.

I pochi studi effettuati finora a livello subnazionale⁵ hanno evidenziato la presenza di divari territoriali all'interno dei singoli paesi. Per l'Italia questi sono storicamente particolarmente elevati, e per tale ragione saranno oggetto di ulteriore analisi.

⁵ Finora hanno interessato la Germania (Unece/European Commission, 2017), la Polonia (Unece/European Commission, 2017) e l'Italia (Unece/European Commission, 2019).

3. L'INVECCHIAMENTO ATTIVO IN ITALIA

3.1 Overall: sintesi dell'indice generale Aai in Italia

L'invecchiamento della popolazione è diventato ormai un asse portante della rivoluzione demografica mondiale e in particolare dei paesi europei. Nei decenni futuri il ritmo di questo rimodellamento strutturale della popolazione non soltanto non si arresterà ma, anzi, contaggerà progressivamente aree geografiche ad oggi meno investite da quello che si può definire "imbiancamento" delle società. Fortunatamente l'invecchiamento della popolazione non è più considerato esclusivamente come un problema delle società moderne. Una maggiore consapevolezza delle sue implicazioni è conseguenza dell'interagire di un insieme di fattori che influenzano le modalità con cui si invecchia, attraverso un percorso che abbraccia buona parte dell'arco della vita delle persone. Il solo riferimento all'età non può di per sé definire la (in)sostenibilità socioeconomica del sistema poiché l'invecchiamento varia al variare delle caratteristiche territoriali e sociali, dei diversi modelli di sviluppo e di *welfare* che traspaiono dalla geografia e dalle disuguaglianze sociali che questa geografia rivela (Quattrocioni, Squillante, Tibaldi, 2016). La disposizione a una vita attiva e all'impegno dipende, oltre che dalle caratteristiche individuali e dagli eventi che le persone hanno sperimentato nel corso della vita, anche dal contesto socioeconomico che può o meno favorire e valorizzare l'apporto che le persone anziane possono offrire alla società. Negli anni della tarda maturità e delle età anziane gli individui possono tendere a mantenersi attivi conservando stili di vita partecipativi, coltivando relazioni e impegnandosi sul piano sociale, adattandosi ai cambiamenti imposti dall'ambiente esterno, mantenendo elevati livelli di efficienza fisica e psicologica, fattori che possono contribuire a migliorare le condizioni di salute e favorire la longevità. Occorre quindi creare i presupposti, ancora oggi pressoché inesistenti, sul piano sociale ed economico perché ogni individuo possa invecchiare attivamente.

L'*Active ageing index* (Aai) offre una lettura multidimensionale inedita e misura la possibilità degli anziani di realizzarsi pienamente in termini di occupazione, partecipazione sociale e culturale, mantenimento dell'autonomia nei diversi contesti esaminati, a fronte di altri strumenti che non permettono di esplorare insieme tutte le dimensioni che concorrono all'invecchiamento attivo. L'Italia ha quindi declinato l'Aai a livello regionale, considerandolo uno strumento che potrebbe consentire di governare gli squilibri geografici e sociali, per monitorare nel territorio le condizioni che possono ampliare o limitare il grado di partecipazione attraverso cui le persone anziane contribuiscono alla società. Sulla base dei risultati si ritiene che l'Aai a livello subnazionale possa diventare un riferimento costante e condiviso per valutare i risultati dell'azione pubblica rispetto a obiettivi prefissati di breve e lungo periodo.

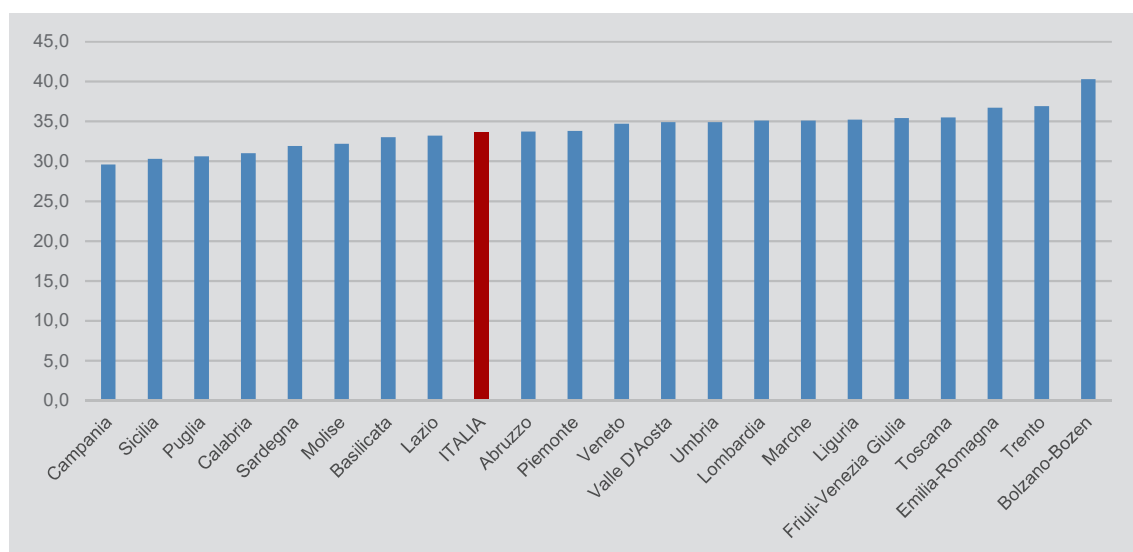
A partire dagli anni Settanta e con un'accelerazione legislativa all'inizio del nuovo Millennio, il graduale processo di decentralizzazione amministrativa ha ridefinito la distribuzione di competenze tra il Governo centrale, le regioni e i comuni. A seguito di un decentramento sempre più orientato a una maggiore autonomia, la programmazione sociale, politica, economica, oggi condivisa da diversi soggetti, deve definire sempre più incisive strategie di

cooperazione, pur salvaguardando specifiche competenze, risorse, responsabilità, per una programmazione tesa al raggiungimento del benessere delle persone anziane. È stato osservato che gli sforzi politici per promuovere e attuare l'invecchiamento attivo in Italia sono stati molto limitati a livello nazionale, più pronunciati a livello regionale, e caratterizzati da una certa energia a livello locale, che è comunque difficile da mappare (Principi, Lamura e Socci, 2017). L'indice sintetico di invecchiamento attivo mostra fino a che punto le persone anziane di 55 anni e più, che vivono nelle diverse regioni in cui è diviso il Paese, sono incoraggiate e messe in condizione di partecipare alla crescita dell'economia e della società con un impegno proporzionale alle proprie competenze, conoscenze ed esperienze maturate nel corso della vita, oppure non sono adottate misure volte a favorire il loro attivo contributo.

I risultati dell'Aai conseguiti dalle regioni risentono ovviamente delle disparità territoriali nel diverso livello di sviluppo economico, che condiziona la vita materiale e il livello di povertà, gli investimenti nelle infrastrutture, le politiche pubbliche di *welfare* (accesso all'assistenza sanitaria, prestazioni sociali e servizi rivolti ai poveri, agli anziani, eccetera).

Nel 2018 soltanto la provincia autonoma di Bolzano supera i 40 punti (Figura 3.1). Ciò evidenzia che anche dove, durante il periodo di osservazione, si registrano le prestazioni migliori, molto resta ancora da fare sul fronte dell'invecchiamento attivo. La provincia autonoma di Trento si attesta al secondo posto e l'Emilia-Romagna al terzo. Seguono, a poca distanza dalla testa della graduatoria, la Toscana, il Friuli-Venezia Giulia, la Liguria, le Marche e la Lombardia. Un gruppo cospicuo di regioni ottengono punteggi immediatamente poco sopra o poco sotto la media del Paese (33,6 punti). Si trovano nella parte opposta dello spettro Puglia, Sicilia e Campania, con un potenziale non sfruttato chiaramente molto elevato rispetto all'invecchiamento attivo (superiore al 70 per cento del punteggio ottenibile) a suggerire la necessità di avviare maggiori interventi di *policy*. L'Abruzzo è l'unica regione dell'Italia meridionale ad avere conseguito nel 2018 un punteggio vicino al dato medio nazionale, posizionandosi accanto a Piemonte e Veneto.

Figura 3.1 - Classifica dell'Aai complessivo per regione. Anno 2018 (punti percentuali)



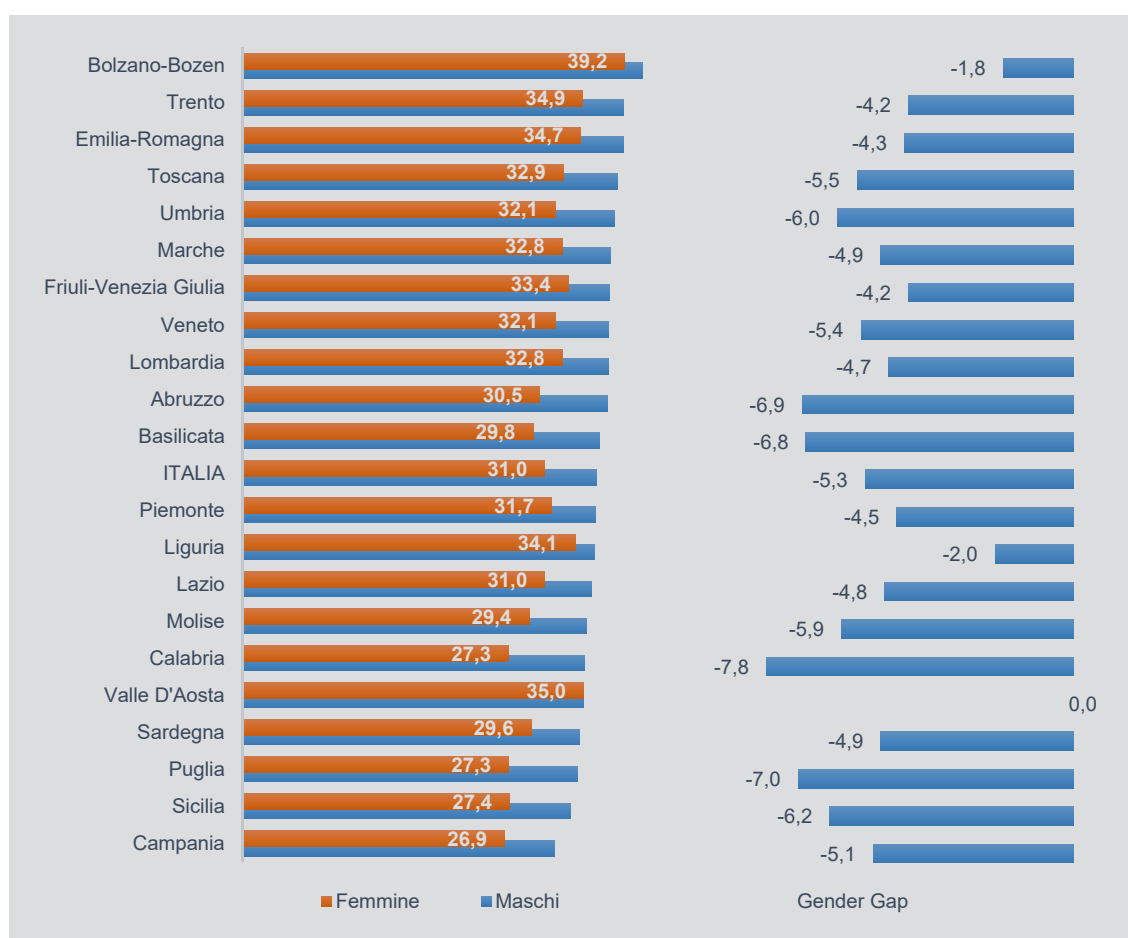
Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

L'Aai ci aiuta ad analizzare l'esistenza di un divario di genere e quanto le differenze nelle opportunità di invecchiare attivamente tra uomini e donne siano profonde. L'obiettivo

da perseguire è di utilizzare pienamente i talenti, le competenze e la creatività tanto degli uomini quanto delle donne anche nelle età mature e anziane, così da costruire una società con una migliore qualità della vita per tutti.

In tutte le regioni, le donne mostrano punteggi peggiori degli uomini ma con differenze notevoli da regione a regione, anche per l'impatto che le diverse politiche locali producono sul modo di invecchiare (Figura 3.2). Le donne conseguono risultati di invecchiamento attivo sensibilmente inferiori rispetto ai loro coetanei in Calabria, Puglia e Abruzzo, mentre differenze di genere marginali si registrano solo in Valle d'Aosta, nella provincia autonoma di Bolzano e in Liguria.

Figura 3.2 - Aai complessivo per regione e sesso. Anno 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)



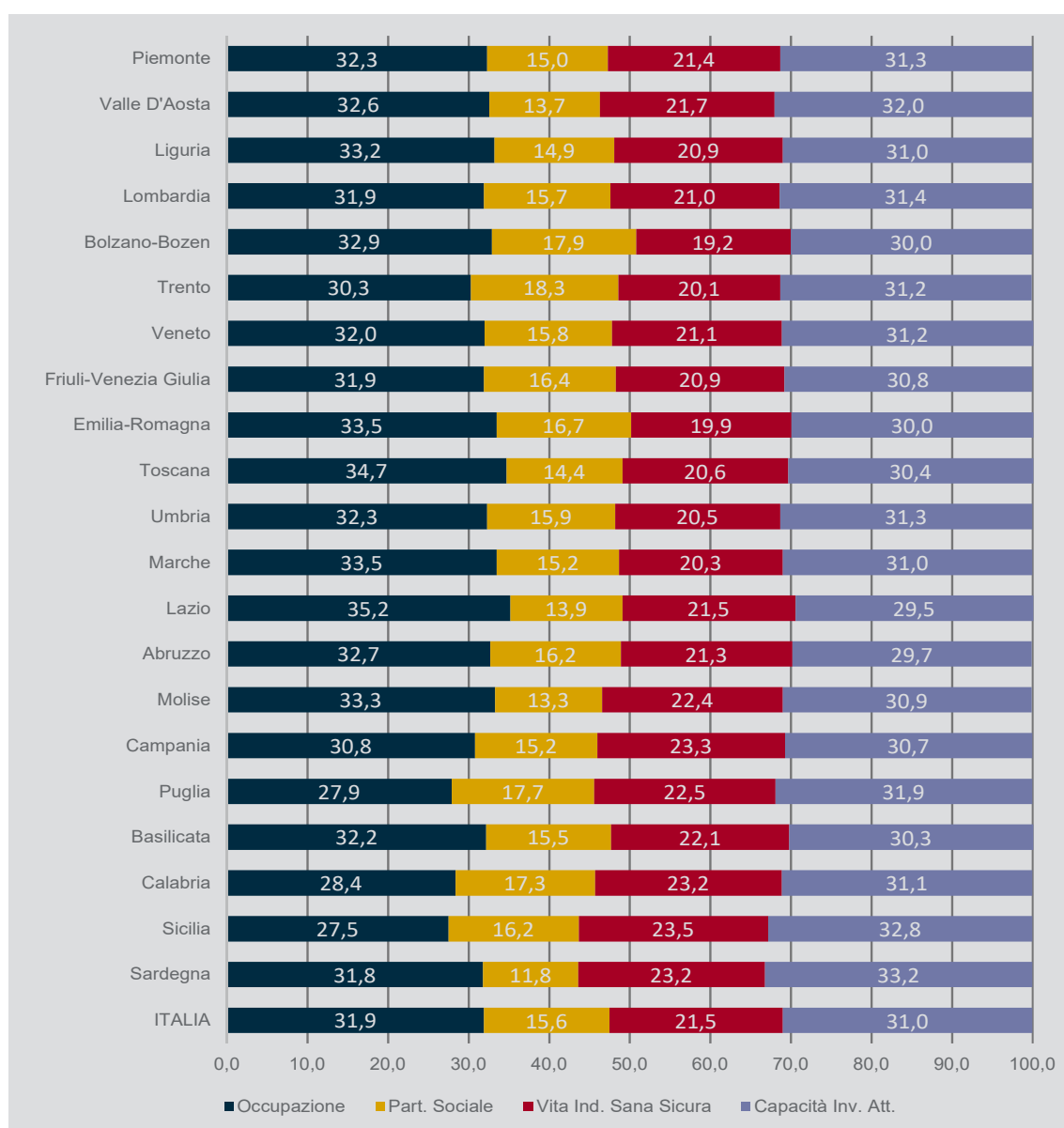
Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Tali differenze sono principalmente dovute a un pronunciato *gap* di genere nel primo dominio "Occupazione" e nel terzo "Vita indipendente ed autonoma" (si vedano i paragrafi 3.2 e 3.4), dovute alle continue e persistenti ineguaglianze nell'accesso delle donne al mercato del lavoro, al divario retributivo, alla sovra rappresentazione delle donne solo in determinati settori di attività e con determinate tipologie contrattuali, nella difficoltà per l'avanzamento in carriera, un'eredità che nelle età anziane incide fortemente sul reddito ed accentua la maggiore esposizione delle donne al rischio povertà. In tale ottica, la rimozione degli ostacoli al raggiungimento della parità di genere, soprattutto nel mondo del lavoro, necessita di una at-

tenta individuazione delle cause strutturali della disuguaglianza e della conseguente adozione di misure sociali ed economiche capaci, se non di sradicarle, di attenuarle fortemente.

Ciò trova conferma osservando il contributo di ciascun dominio all'Aai complessivo in Italia e tra le diverse regioni del Paese (Figura 3.3). Nel 2018 a livello Italia il contributo relativo del dominio Occupazione è il più elevato (31,9 per cento), segue a poca distanza la Capacità di invecchiare attivamente (31,0 per cento) e il dominio della Vita indipendente sana e sicura (21,5 per cento) mentre è decisamente minore il contributo attribuibile alla Partecipazione Sociale delle persone anziane (15,6 per cento).

Figura 3.3 - Contributo relativo dei quattro domini all'Aai complessivo per regione. Anno 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Le regioni che maggiormente si distinguono tra le altre con il contributo relativo più elevato per il dominio dell'Occupazione sono Lazio, Toscana, Emilia-Romagna e Marche, mentre all'opposto si trovano le regioni Puglia, Calabria e Sicilia.

3. L'invecchiamento attivo in Italia

Il contributo relativo del dominio Capacità di invecchiamento attivo all'Aai, non senza sorpresa, è più elevato in Sardegna, Sicilia e Valle d'Aosta, si collocano subito dopo l'Emilia-Romagna, il Lazio e l'Abruzzo.

Le regioni con il più alto contributo relativo nella dimensione della Vita indipendente, sana e sicura sono Campania, Calabria, Sicilia, Sardegna, mentre Emilia-Romagna, e le due province autonome di Bolzano e Trento registrano il contributo più basso all'indice complessivo di questo dominio.

Per quanto riguarda la Partecipazione sociale, il contributo di questo dominio all'indice complessivo è maggiore nelle province autonome di Trento e Bolzano e in Puglia, mentre Sardegna, Molise, Valle d'Aosta e Lazio mostrano il contributo più basso.

Sebbene questi risultati facciano riferimento al contributo relativo dei quattro domini considerati all'indice complessivo di invecchiamento attivo, ciò non implica che le regioni con il contributo relativo più alto di un dominio siano anche quelle che hanno i risultati migliori all'interno dello stesso (Tavola 3.1). Le ultime tre regioni con prestazioni relativamente peggiori nell'Occupazione sono effettivamente anche quelle con il contributo più basso di questo dominio al valore complessivo dell'Aai. Così come Bolzano, che si colloca al primo posto nella graduatoria dell'indice complessivo è in testa anche in tutti e quattro gli indici specifici di dominio. Tuttavia, ci sono regioni come il Lazio o la Sardegna che, pur non presentando uno dei risultati peggiori nell'Aai complessivo, occupano il primo posto solo nel dominio dell'Occupazione e uno degli ultimi posti della graduatoria rispettivamente nel dominio della Vita indipendente sana e sicura e in quello della Partecipazione sociale.

Tavola 3.1 - Graduatoria dell'Aai complessivo e dei quattro domini per regione. Anno 2018 (punti percentuali e graduatoria)

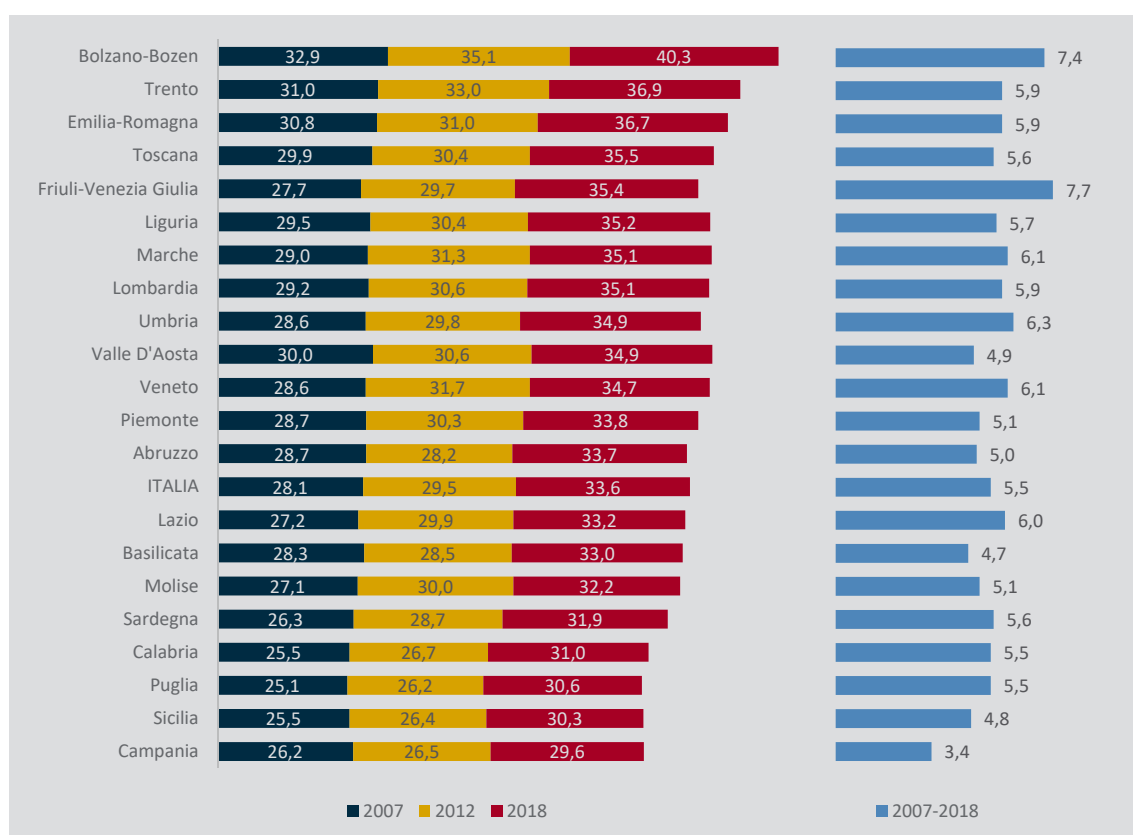
Territorio	Indice complessivo	Graduatoria	Territorio	Graduatoria Occupazione	Graduatoria Partecipazione Sociale	Graduatoria Vita Indipendente sana e sicura	Graduatoria Capacità di invecchiamento attivo
Piemonte	33,8	12	Piemonte	14	16	12	13
Valle D'Aosta	34,9	9	Valle D'Aosta	7	18	2	3
Liguria	35,2	6	Liguria	5	12	7	7
Lombardia	35,1	8	Lombardia	11	6	6	4
Bolzano-Bozen	40,3	1	Bolzano-Bozen	1	1	1	1
Trento	36,9	2	Trento	10	2	3	2
Veneto	34,7	11	Veneto	12	8	8	10
Friuli-Venezia Giulia	35,4	5	Friuli-Venezia Giulia	8	4	5	8
Emilia-Romagna	36,7	3	Emilia-Romagna	2	3	11	5
Toscana	35,5	4	Toscana	3	15	10	11
Umbria	34,9	10	Umbria	9	5	18	6
Marche	35,1	7	Marche	4	11	17	9
Lazio	33,2	15	Lazio	6	19	20	19
Abruzzo	33,7	13	Abruzzo	13	7	16	15
Molise	32,2	17	Molise	15	21	13	17
Campania	29,6	22	Campania	19	20	21	22
Puglia	30,6	20	Puglia	21	9	22	20
Basilicata	33,0	16	Basilicata	17	14	9	16
Calabria	31,0	19	Calabria	20	10	15	21
Sicilia	30,3	21	Sicilia	22	17	19	18
Sardegna	31,9	18	Sardegna	18	22	4	12
Italia	33,6	14	Italia	16	12	14	14
Nord	35,2	1	Nord	2	1	1	1
Centro	34,3	2	Centro	1	2	2	2
Mezzogiorno	30,8	3	Mezzogiorno	3	3	3	3

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

L'Aai è uno strumento solido e di facile utilizzo anche per osservare le tendenze dell'invecchiamento attivo nel tempo.

Nell'intervallo temporale tra il 2007 e il 2012 l'effetto della crisi economica è evidente: l'indice complessivo Aai passa da un punteggio di 28,1 a 29,5 con un aumento di appena 1,4 punti percentuali (Figura 3.4). L'evoluzione dell'indice complessivo di invecchiamento attivo tra il 2012 e il 2018 mostra un aumento per tutte le regioni, di conseguenza, con la crescente tendenza generale, anche la media nazionale segnala un miglioramento, passando da 29,5 punti a 33,6 punti.

Figura 3.4 - Aai complessivo per regione. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Nel 2018 l'Emilia-Romagna, che nel 2012 era stata scalzata dal podio delle prime tre regioni dal Veneto, che è passato da 28,6 punti del 2007 a 31,7 punti del 2012, riconquista il terzo posto sempre preceduta dalle province autonome di Bolzano e Trento. Al contrario la regione Veneto, nonostante i progressi registrati, non riesce a mantenere la sua posizione di vantaggio conquistata nel 2012 e scivola nel 2018 all'undicesima posizione, con un punteggio di invecchiamento attivo pari a 34,7 punti.

La geografia dell'invecchiamento attivo rileva la presenza del noto gradiente Nord-sud. Nel periodo osservato l'indice complessivo è aumentato di 5,9 punti nel Nord e di 4,8 punti percentuali nel Mezzogiorno, cosicché tale divario si è incrementato, passando da 3,3 punti a 4,4 punti nel 2018. Il dato più rilevante è che tra il 2007 e il 2018 la regione che segnala il progresso più alto del proprio indice complessivo è il Friuli-Venezia Giulia (+7,7 punti

3. L'invecchiamento attivo in Italia

percentuali), che ha varato nel 2014 una legge *ad hoc*¹ sull'invecchiamento attivo, tesa a promuovere la valorizzazione delle persone anziane attraverso norme e interventi concreti volti ad incidere sulla società. Seguono nella graduatoria la provincia autonoma di Bolzano (+7,4 punti percentuali), l'Umbria (+6,3 punti percentuali) il Veneto e le Marche (entrambe +6,1 punti percentuali) e il Lazio (+6,0 punti percentuali). Nel decennio considerato una situazione più sfavorevole con incrementi minori si registra in tre regioni, Sicilia (+ 4,8 punti percentuali), Basilicata (+4,7 punti percentuali) e Campania (+ 3,4 punti percentuali).

Questo risultato è frutto di un trend positivo registrato per la maggior parte dei domini considerati eccetto che quello della Partecipazione sociale, sostanzialmente stabile nel tempo (si veda il paragrafo 3.3).

Analizzando i risultati è possibile osservare che l'aumento si è registrato per entrambi i generi in tutte le regioni. Per quanto riguarda gli uomini l'aumento maggiore è stato conseguito dalla Calabria (+7,4 punti percentuali), dal Friuli Venezia Giulia e dall'Umbria. Apprezzabile anche l'aumento di oltre sei punti percentuali dell'indice complessivo di invecchiamento attivo registrato dai maschi nella provincia autonoma di Trento e in Veneto. Anche tra le donne, l'aumento è avvenuto in tutte le regioni (Tavola 3.2).

Tavola 3.2 - Aai complessivo per sesso e regione. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)

Regione	Maschi				Femmine			
	2007	2012	2018	Variazione 2018-2007	2007	2012	2018	Variazione 2018-2007
Piemonte	30,8	32,6	36,2	5,4	26,8	28,8	31,7	4,9
Valle D'Aosta	30,6	31,8	35,0	4,4	29,1	30,6	35,0	5,9
Liguria	31,4	32,6	36,1	4,7	28,0	29,3	34,1	6,1
Lombardia	31,8	34,2	37,5	5,7	26,8	28,1	32,8	6,0
Bolzano-Bozen	35,3	37,1	41,0	5,7	30,5	33,5	39,2	8,7
Trento	32,8	34,3	39,1	6,3	29,0	30,7	34,9	5,9
Veneto	31,3	34,3	37,5	6,2	26,0	28,9	32,1	6,1
Friuli-Venezia Giulia	30,6	32,1	37,6	7,0	25,2	28,0	33,4	8,2
Emilia-Romagna	33,7	33,7	39,0	5,3	28,0	28,9	34,7	6,7
Toscana	33,1	33,8	38,4	5,3	27,1	28,5	32,9	5,8
Umbria	31,1	32,7	38,1	7,0	26,4	28,1	32,1	5,7
Marche	32,1	33,9	37,7	5,6	26,2	30,0	32,8	6,6
Lazio	30,8	32,8	35,8	5,0	24,2	27,2	31,0	6,8
Abruzzo	31,6	31,4	37,4	5,8	26,1	25,0	30,5	4,4
Molise	30,2	32,2	35,3	5,1	24,2	26,8	29,4	5,2
Campania	29,7	29,6	32,0	2,3	22,9	23,7	26,9	4,0
Puglia	29,0	30,1	34,3	5,3	21,7	22,6	27,3	5,6
Basilicata	31,0	31,5	36,6	5,6	25,6	25,6	29,8	4,2
Calabria	27,7	28,6	35,1	7,4	23,4	25,7	27,3	3,9
Sicilia	28,8	29,2	33,6	4,8	22,5	23,2	27,4	4,9
Sardegna	29,5	30,5	34,5	5,0	23,4	26,6	29,6	6,2
Italia	31,0	32,4	36,3	5,3	25,4	27,0	31,0	5,6

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Osservando le differenze in base al sesso è però possibile comprendere se l'aumento dell'indice complessivo Aai nel periodo compreso tra il 2007 e il 2018 è dovuto ad un incremento dei valori per entrambi i generi o solo per uno di essi.

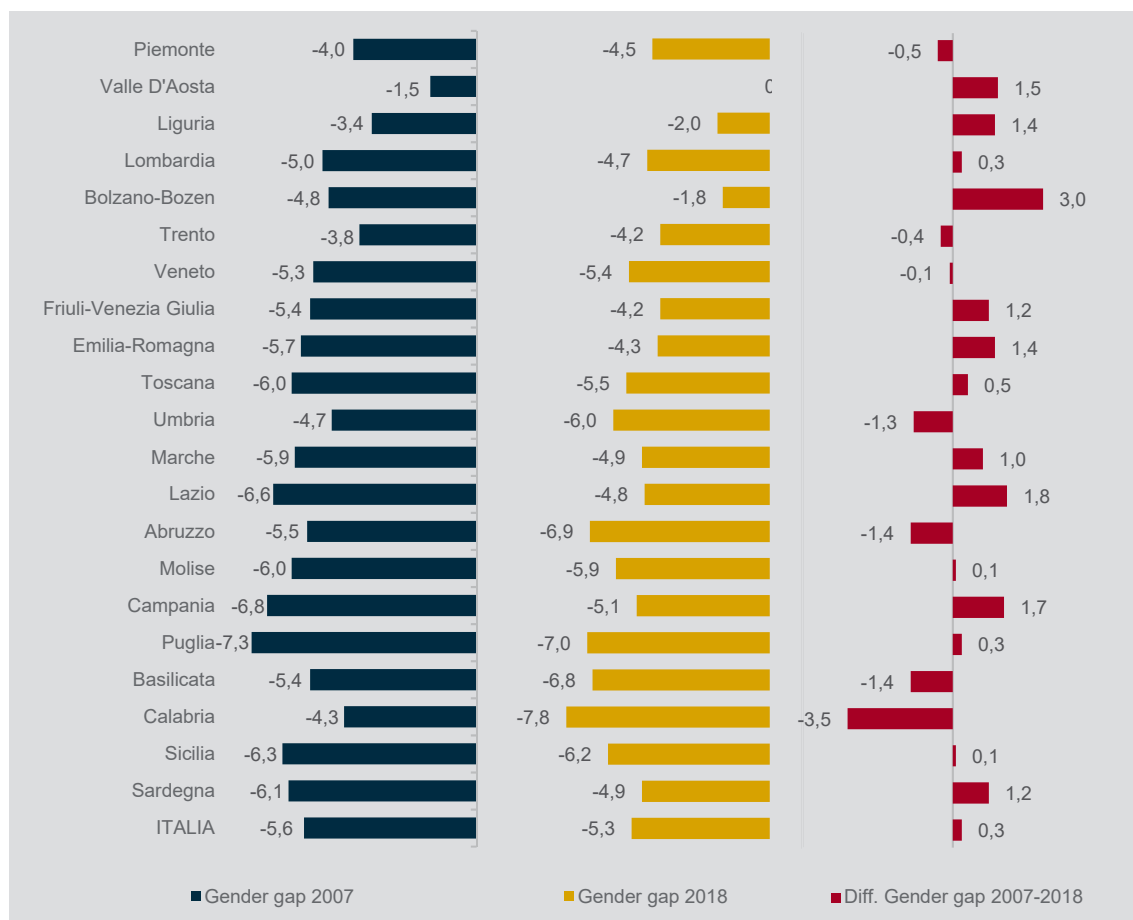
In Italia la condizione delle donne, già compromessa nel 2007 con un divario di genere pari a oltre -5 punti percentuali è sostanzialmente invariata nel tempo.

¹ Legge regionale 22/2014 per la promozione dell'invecchiamento attivo.

Particolarmente critico nel 2018 il divario di genere in Calabria (-7,8 punti percentuali), Puglia e Basilicata (entrambi circa -7,0 punti). Si rilevano elementi di problematicità anche in Abruzzo, Basilicata, Sicilia e Umbria. Risultati con livelli inferiori nei differenziali tra maschi e femmine emergono in Liguria e in Lombardia (rispettivamente -2,0 punti percentuali e -1,8 punti percentuali) nonché in Valle d'Aosta, dove non si registrano differenze nel punteggio tra i due generi.

Ciò suggerisce che l'aumento dell'indice complessivo dell'Aai è dovuto principalmente all'aumento dell'indice tra le donne: le differenze di genere tendono, infatti, a diminuire nella maggior parte delle regioni. Fanno eccezione il Piemonte, il Veneto, l'Umbria, l'Abruzzo, la Basilicata, la Calabria e la provincia autonoma di Trento, che registrano un aumento del divario di genere nell'intervallo di tempo considerato. Ma se nel 2007 solamente cinque regioni hanno una differenza tra uomini e donne inferiore a cinque punti, nel 2018 il numero di regioni al di sotto di questo valore sale a 11. Tra queste regioni sono comprese anche la Valle D'Aosta, in cui si osserva una situazione di sostanziale uguaglianza tra uomini e donne, la Sardegna e il Lazio, regioni che nel 2007 avevano registrato un *gender gap* superiore a sei punti percentuali (Figura 3.5).

Figura 3.5 - Differenza di genere dell'Aai complessivo per regione. Anni 2007 e 2018 (variazioni in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

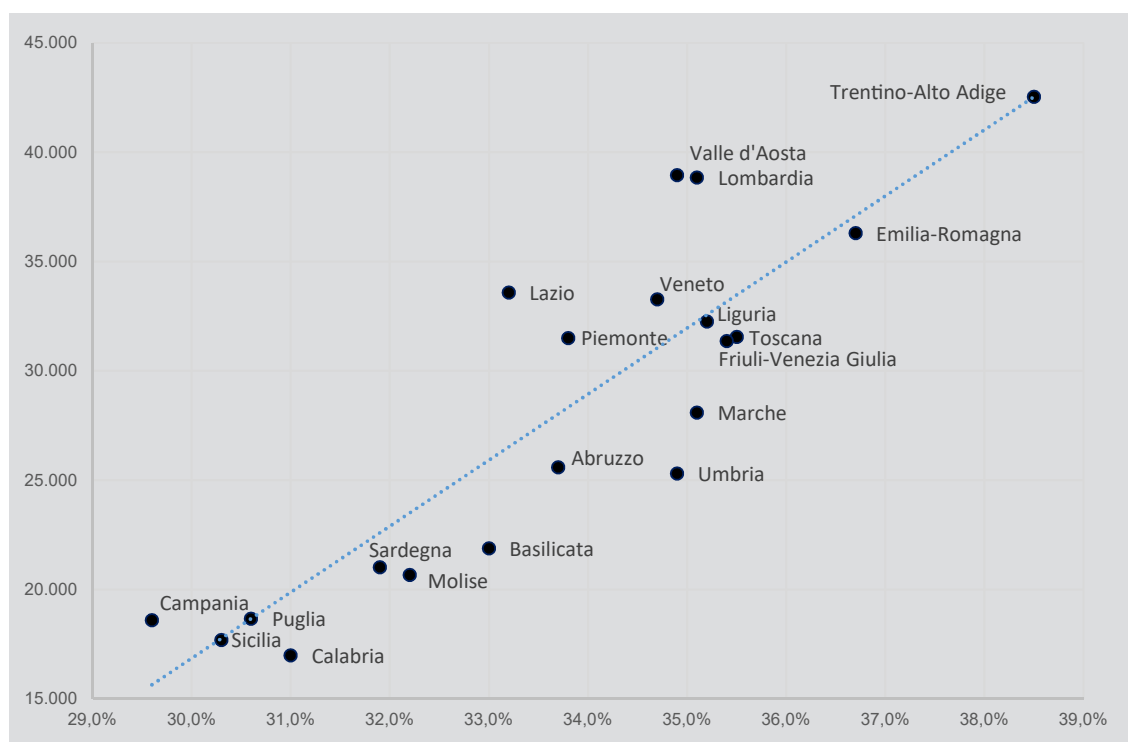
3.1.1 Relazioni tra l'Active ageing index e altri indicatori di sviluppo²

Dall'analisi che precede appare evidente che un invecchiamento attivo non può prescindere dalla rimozione di quel complesso di ostacoli che, incidendo sulla situazione economica, sociale, culturale e sanitaria, non permettono all'anziano di vivere appieno il proprio status di cittadino. A questo proposito, va sottolineato il ruolo dei cambiamenti che possono avvenire a livello macroeconomico nel Paese (produzione, consumi, investimenti, reddito, eccetera) e delle politiche sociali, in particolar modo quelle legate al welfare. Si tratta di fattori determinanti ai fini dell'invecchiamento attivo della popolazione, per i quali spetta ai decisori politici la creazione di un solido quadro normativo di riferimento. Questo consentirebbe la definizione di obiettivi a medio e lungo termine, congiuntamente a strategie e interventi che in un tessuto sociale come quello italiano, caratterizzato da una popolazione con età media tra le più elevate d'Europa, riveste una notevole importanza.

Poiché il processo di invecchiamento attivo non può non risentire della complessità sociale in cui è immerso, si è cercato di fornire una quantificazione di tale influenza. In particolare, si è voluto analizzare come questo sia associato a variabili legate allo sviluppo del territorio, sia per quanto riguarda la componente del benessere economico, sia per quanto riguarda l'offerta di servizi.

In particolare, per quanto riguarda la prima componente, la proxy considerata è stato il Pil pro capite. Ciò in virtù del ruolo attribuito in letteratura a tale indicatore nell'esprimere la ricchezza per abitante a livello territoriale in un determinato periodo. Nella Figura 3.6 viene riportata una rappresentazione cartesiana dei valori del Pil pro capite e dell'indice di invecchiamento attivo per le regioni italiane. L'analisi si riferisce al 2018, anno per il quale risultano di-

Figura 3.6 - Scatterplot di indice di invecchiamento attivo e Pil pro capite a livello regionale. Anno 2018 (punti percentuali e valori in euro)



Fonte: elaborazioni Istat

² Il paragrafo è stato curato da Livio Fenga e Marco Caputi.

sponibili i dati più aggiornati, ed evidenzia una correlazione positiva tra le due variabili (0,87), con le regioni che esprimono un Pil pro capite più elevato che tendono anche ad avere migliori risultati in termini di invecchiamento attivo.

Si osserva, in particolare, come le differenze presentino un gradiente geografico da Nord a Sud, con valori maggiori nelle regioni del Nord e del Centro rispetto a quelle del Mezzogiorno.

Situazioni di svantaggio più pronunciate si registrano soprattutto in Puglia, Sicilia e Calabria, e solo poco migliori in Sardegna e Molise. Situazione opposta si rileva per il Trentino-Alto Adige³, che peraltro presenta i migliori risultati per entrambi gli indicatori considerati, seguito dall'Emilia-Romagna.

Appare naturalmente ragionevole pensare che vi possa essere una relazione di dipendenza tra l'indice di invecchiamento attivo e il Pil pro capite, in quanto una maggiore disponibilità di ricchezza può certamente consentire migliori opportunità per l'invecchiamento attivo. Va anche considerato che alti livelli dell'indice di invecchiamento attivo sono rappresentativi di una maggiore partecipazione alla vita lavorativa, di un miglior stato di salute e di una maggiore prosperità economica che possono, a vario titolo, incidere sul benessere economico della collettività.

Ritenendo riduttivo, come detto, subordinare l'invecchiamento attivo al solo fattore economico, è stato deciso di includere nell'analisi un indicatore sintetico, peraltro già utilizzato nell'ambito del Bes⁴, relativo all'offerta e alla qualità dei servizi presenti sul territorio. In particolare, tale indicatore dà conto dell'eterogeneità⁵ e di altri fattori normalmente non catturati da indicatori economici in quanto più legati alla qualità del tessuto sociale ed al sistema di *welfare* pubblico.

Si osserva come la correlazione tra indice di invecchiamento attivo e indice sintetico sulla qualità dei servizi sia positiva (0,88). La rappresentazione cartesiana dei valori dei due indicatori per le regioni è riportata nella Figura 3.7.

Da tale rappresentazione si evince come ad una migliore copertura dei servizi offerti corrispondono maggiori livelli di invecchiamento attivo. In particolare, si osserva come i valori più alti siano, similmente al caso precedente, riferiti al Trentino-Alto Adige, seguito da Friuli-Venezia Giulia e Lombardia. La situazione tra le regioni del Mezzogiorno appare più critica, in particolar modo in Campania, Sicilia, Puglia e Calabria, regioni che, peraltro, esprimono i valori più bassi per entrambi gli indicatori.

Considerando alcuni dei singoli indicatori che compongono l'indice sintetico Bes per la qualità dei servizi, si osserva come la Campania si collochi all'ultimo posto rispetto al numero dei posti letto nei presidi socio-assistenziali, con soli 1,7 posti ogni 1.000 abitanti. All'opposto, il Trentino-Alto Adige mostra, per lo stesso indicatore, il livello più elevato, 13,7, più del doppio della media italiana (6,8). Le famiglie che vivono nel Mezzogiorno risultano quelle con le maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi essenziali (10,4 per cento),

3 Il preponderante peso relativo dei valori associati alla sola provincia autonoma di Bolzano, congiuntamente alla bassa numerosità campionaria, comporta un effetto leverage nel modello regressivo che genera stime caratterizzate da componenti distorsive. La soluzione adottata è stata quella dell'accorpamento delle province autonome di Trento e Bolzano nella regione Trentino-Alto Adige.

4 L'Istat ha sviluppato un approccio multidimensionale per misurare il "Benessere equo e sostenibile" (Bes) con l'obiettivo di integrare le informazioni fornite dagli indicatori sulle attività economiche con le fondamentali dimensioni del benessere, corredate da misure relative alle disuguaglianze e alla sostenibilità. Sono stati individuati numerosi indicatori 12 domini fondamentali, corrispondenti alle dimensioni del benessere, dei quali con la pubblicazione di un rapporto annuale è offerta una sintesi attraverso indicatori compositi.

5 L'indicatore considera tre macroaree, servizi sociali, infrastrutture, mobilità e due dimensioni di riferimento, dotazione/accessibilità ed efficacia/soddisfazione. <https://www.istat.it/it/files/2018/04/12-domini-commissione-scientifica.pdf>.

3. L'invecchiamento attivo in Italia

tra i quali farmacie, pronto soccorso, uffici postali o comunali, forze dell'ordine e scuole, valore sensibilmente più basso rispetto a quelli rilevati nel Centro e nel Nord (rispettivamente 7,4 per cento e 5,1 per cento). Una situazione simile, si registra anche relativamente alla soddisfazione per il trasporto locale: in Trentino-Alto Adige gli utenti soddisfatti sono infatti quasi il triplo rispetto alla media italiana (48,9 e 17,8 per cento rispettivamente), mentre la Campania registra solo il 6,7 per cento di utenti soddisfatti⁶.

Figura 3.7 - Scatterplot di indice di invecchiamento attivo e indicatore sintetico Bes per la qualità dei servizi a livello regionale. Anno 2018 (punti percentuali)



Fonte: elaborazioni Istat

Per quantificare l'associazione fra gli indicatori considerati è stato utilizzato un modello di regressione lineare multipla, considerando l'invecchiamento attivo (Aai) come variabile dipendente e il Pil pro capite (Pil) e l'indicatore Bes sulla qualità dei servizi offerti (Qs) come variabili indipendenti.

Nella Tavola 3.3 si riportano le principali statistiche descrittive relative alle variabili considerate, prima delle ulteriori analisi.

Tavola 3.3 - Principali statistiche descrittive delle variabili considerate

Variabili	Minimo	Media	Massimo	Deviazione standard
AAI	29,63	33,77	38,5	2,28
PIL	16,98	28,22	42,54	7,90
QS	75,7	98,84	118,6	11,17

Fonte: elaborazioni Istat

Pur con il limite intrinseco legato al basso numero di osservazioni, i principali risultati del modello di regressione sono riportati nella Tavola 3.4. In particolare, si evidenzia un'associazione positiva e significativa dell'indice di invecchiamento attivo sia rispetto al Pil pro capite che all'indice di qualità dei servizi. L'adattamento del modello ai dati appare buono, esprimendo un valore relativo all'indice R² corretto pari a 0,81.

⁶ Cfr. Istat, Rapporto Bes 2019.

In conclusione, si è proposta una valutazione di come la crescita del benessere economico e il miglioramento della qualità dei servizi possano incidere sull'invecchiamento attivo. In quest'ottica, i risultati ottenuti possono offrire elementi interessanti per i decisori politici, a livello sia nazionale che locale, per il perseguimento di precisi obiettivi di benessere sociale.

Tavola 3.4 - Modello di regressione lineare multipla sui fattori territoriali che influenzano l'invecchiamento attivo. Anno 2018

Number of obs, = 20

F(2, 17) = 42,13

Prob > F = 2,587e-07

R-squared = 0,8321

Root MSE = 0,9864

Adj, R-squared = 0,8124

Variabile dipendente: AAI				
	Coef,	Std, Err,	t	P> t
Intercepta	20,028	2,681	7,471	9,14E-07
PIL	0,128	0,056	2,291	0,035
QS	0,103	0,039	2,604	0,019

Fonte: elaborazioni Istat

Gestire il rapido invecchiamento della popolazione italiana costituisce infatti non solo una sfida, ma una precisa responsabilità politica alla quale tutte le istituzioni sono chiamate a rispondere. Il mantenimento di un ruolo attivo da parte di questa fascia di popolazione comporta infatti un livello di benessere economico adeguato ad una vita dignitosa, la fruizione di migliori forme di supporto e, al contempo, la promozione di maggiori livelli di prosperità e coesione sociale (Zaidi, 2015).

3.2 L'Occupazione nell'Aai⁷

3.2.1 Il mercato del lavoro degli ultimi dodici anni (2007-2018)

Le dinamiche economiche, le politiche del lavoro e le riforme pensionistiche degli ultimi 12 anni hanno contribuito a mutare il mercato del lavoro italiano sotto molteplici aspetti. La performance occupazionale negativa del periodo 2007-2012 ha colpito soprattutto i settori dell'industria in senso stretto e delle costruzioni, caratterizzati da alta intensità di lavoro, maschile e a tempo pieno; parallelamente si è assistito a un processo di terziarizzazione dell'economia, con la crescita soprattutto di settori come quello dei servizi alla persona e collettivi, caratterizzati da lavoro a orario ridotto, contratti a termine e più alta intensità di lavoro femminile.

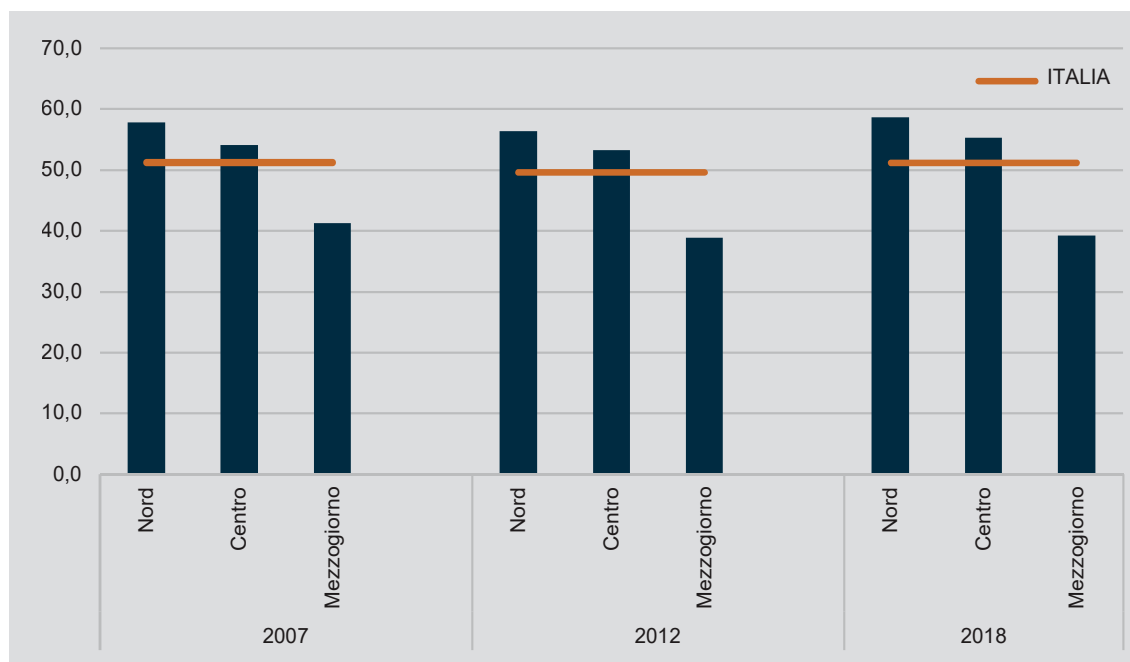
Durante il sostanziale miglioramento registrato nel mercato del lavoro italiano negli ultimi cinque anni, l'occupazione è tornata sopra i livelli precrisi: il tasso di occupazione dei 15-74enni nel 2018 si è ristabilito sul 51,2 per cento, lo stesso livello del 2007.

Tra il 2007 e il 2018 le caratteristiche dell'occupazione sono risultate tuttavia profondamente mutate, anche in termini socio-demografici. Il peso della componente maschile

⁷ Il paragrafo è stato curato da Cinzia Graziani.

è diminuito: in termini di tasso di occupazione gli uomini hanno perso nel periodo complessivamente 2,7 punti percentuali; la quota di donne occupate è invece aumentata, con il tasso delle 15-74enni che nel 2018 si è attestato al 42,7 per cento, superando di 2,6 punti percentuali il valore del 2007. Di conseguenza si è ridotto il *gap* di genere, che resta tuttavia molto ampio, pari a più di 17 punti percentuali nel 2018.

Figura 3.8 - Tasso di occupazione 15-74 anni per ripartizione geografica. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

Nel periodo si sono inoltre acuite le già rilevanti differenze territoriali. Il calo occupazionale del periodo 2007-2012 ha interessato tutto il territorio nazionale, ma in particolare il Mezzogiorno. Peraltro, la fase di ripresa è stata particolarmente accentuata nelle regioni centro-settentrionali, grazie alla crescita dei dipendenti e degli occupati nelle professioni qualificate, mentre in quelle meridionali il recupero dell'occupazione persa è stato solo parziale e limitato ai soli occupati a termine, a orario ridotto e meno qualificati. Alla luce di queste differenti dinamiche, il distacco dal resto d'Italia è aumentato dai 15,5 punti percentuali del 2007 ai 18,3 punti percentuali del 2018 (Figura 3.8).

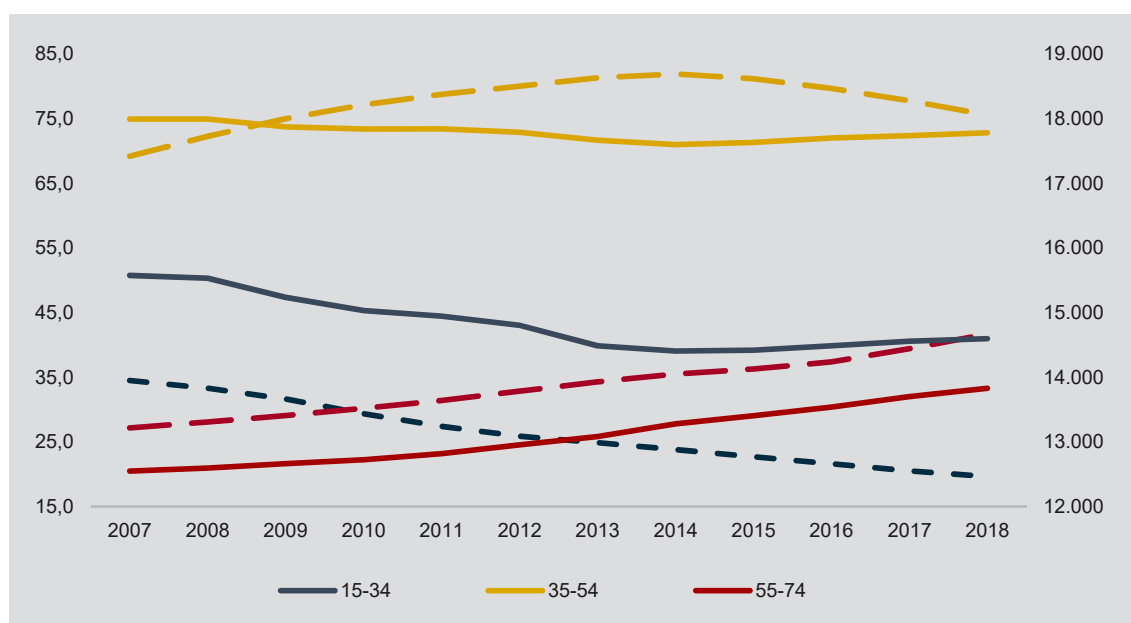
Uno dei cambiamenti più significativi dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione è l'aumento dell'età media degli occupati, passata da poco meno di 41 anni nel 2007 a 44 anni e mezzo nel 2018.

L'incremento è stato pressoché costante negli anni, evidenziando inoltre una convergenza dell'età media di uomini e donne, con quest'ultime che hanno sperimentato il maggiore rialzo arrivando ad annullare nel 2018 la differenza con gli uomini, che nel 2007 era di un anno di età.

Le difficoltà durante la crisi nel trovare e mantenere un impiego e la forte riduzione del contingente di popolazione, per effetto della denatalità che da oltre 40 anni interessa il nostro Paese, hanno fatto sì che il tasso di occupazione tra i più giovani, nella fascia tra i 15 e i 34 anni, calasse in 12 anni di quasi 10 punti.

Gli effetti del calo demografico sono ancora più evidenti tra gli occupati 35-54enni, interessati oltre che dall'ingresso di generazioni sempre meno numerose, anche dalla progressiva uscita dei cosiddetti *baby boomers*. La performance positiva del tasso di occupazione registrata in questa classe a partire dal 2015 è imputabile più che a un reale miglioramento del mercato del lavoro, al calo meno intenso degli occupati rispetto alla popolazione⁸ (Figura 3.9).

Figura 3.9 - Popolazione (linea tratteggiata) e tasso di occupazione (linea continua) per classe di età. Anni 2007-2018
(valori percentuali - scala di sinistra - e in migliaia - scala di destra)



Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

3.2.2 La dimensione Occupazione nell'Active ageing index

In controtendenza rispetto alle altre fasce di età, gli occupati di almeno 55 anni sono cresciuti anche durante gli anni di crisi economica. Tale risultato è stato determinato dall'effetto congiunto dell'invecchiamento della popolazione, dei più elevati livelli di istruzione e, soprattutto, della legislazione vigente in ambito previdenziale che, a partire dal 2012, ha di fatto prolungato per via normativa la permanenza degli occupati nel lavoro.

Il tasso di occupazione degli individui tra i 55 e i 74 anni è salito dal 20,5 per cento del 2007 al 33,3 per cento del 2018. In particolare tra i 55 e i 64enni, in virtù delle riforme previdenziali, il tasso è salito dal 33,7 per cento del 2007 al 53,7 per cento del 2018.

L'Italia tuttavia, nonostante il progresso degli ultimi anni, continua a caratterizzarsi per una scarsa partecipazione attiva sul mercato del lavoro anche tra le fasce di popolazione più adulte e, pertanto, resta ancora lontana dalla media europea (come già evidenziato nel paragrafo precedente).

L'*Active ageing index* (Aai) nel dominio dell'occupazione rileva i tassi nelle classi di età 55-59, 60-64, 65-69 e 70-74 anni sintetizzandoli in un indice generale, che permette di analizzare e confrontare contesti diversi, anche a livello subnazionale. È così possibile evidenziare criticità e margini di azione per quelle che dovranno essere le misure da mettere

⁸ Cfr. Spizzichino A., 2019.

in campo a sostegno di una partecipazione attiva e proficua nel mercato del lavoro degli individui sempre più adulti.

L'indice in 12 anni ha guadagnato complessivamente 11,5 punti, 7,5 dei quali solo tra il 2012 e il 2018, grazie agli effetti congiunti di crescita occupazionale, variazione demografica e innalzamento dell'età pensionabile⁹ (Tavola 3.5).

Tavola 3.5 - Punteggio dell'indice generale dell'occupazione per sesso e ripartizione geografica. Anni 2007, 2012, 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)

	2007	2012	2018	Variazioni 2018-2007
Sesso				
Maschi	26,4	29,8	37,6	11,2
Femmine	12,1	16,7	24,0	11,9
Ripartizione geografica				
Nord	18,8	24,0	32,5	13,7
Centro	21,0	25,3	33,9	12,9
Mezzogiorno	17,9	20,2	25,9	8,0
Italia	19,0	23,0	30,5	11,5

Fonte: Elaborazioni su dati della Rilevazione sulle forze di lavoro

La maggiore partecipazione attiva al mercato del lavoro ha interessato tutte le classi di età coinvolte nella costruzione dell'Aai dell'occupazione (Figura 3.10). Gli aumenti più consistenti hanno riguardato in particolare gli individui tra i 55 e i 59 anni, il cui tasso di occupazione è aumentato di 18,6 punti percentuali, e quelli tra i 60 e i 64 anni (+21,7 punti). Incrementi si registrano anche tra i 65-69enni seppure meno significativi, e i 70-74enni, i cui tassi di occupazione risultano abbastanza contenuti e gli effetti delle riforme previdenziali ancora marginali o assenti.

Dal 2007 al 2018 l'indice è aumentato sia tra gli uomini sia tra le donne ma il *gap* di genere è leggermente diminuito, da 14,3 a 13,6 punti percentuali.

In particolare tra il 2007 e il 2012, dove si iscrive la fase acuta della recessione economica, il divario tra uomini e donne si è ridotto di 1,2 punti percentuali per effetto di un aumento dell'indice che ha interessato entrambi, ma con maggiore intensità le donne. A fronte delle forti perdite occupazionali maschili è probabile infatti che sia emersa un'offerta di lavoro femminile, prima inespressa, per cercare di sostenere i redditi familiari, come dimostrato anche dall'aumento nel periodo dei tassi di attività femminili, specialmente tra le 55-64enni, pari a quasi nove punti, contro i poco più di sette dei coetanei uomini.

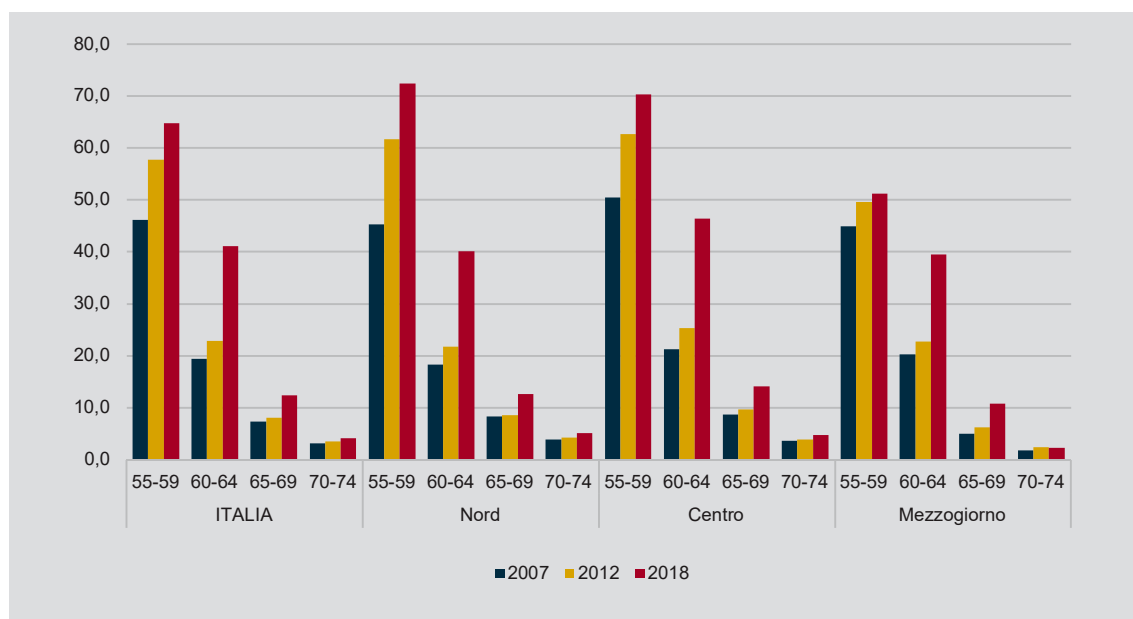
Tra il 2012 e il 2018 l'aumento dell'indice è stato invece più intenso tra gli uomini e, di conseguenza, il *gap* nel periodo è leggermente aumentato (+0,5 punti).

Nonostante la maggiore partecipazione in termini di occupazione abbia interessato tutto il territorio nazionale, il Mezzogiorno presenta livelli dell'indicatore sensibilmente più bassi rispetto al resto d'Italia. Il divario con la media italiana, di poco superiore al punto percentuale nel 2007, si è progressivamente ampliato fino ai 4,6 punti del 2018 per effetto, come già sottolineato, della crisi economica e della ripresa lenta e solo parziale dell'occupazione persa in questo territorio.

⁹ Nel 2011 i requisiti minimi per l'accesso alle pensioni di anzianità prevedevano almeno 35 anni di versamenti contributivi e 61 anni di età (cosiddetta quota 96). Precedentemente era stata introdotta la cosiddetta "finestra mobile" che prolungava la permanenza al lavoro degli individui che avevano raggiunto i requisiti anagrafici e contributivi per il pensionamento. Successivamente, a partire dal 2012 la riforma Fornero (l. 214/2011), ha di fatto abolito le pensioni di anzianità (possibili soltanto con il massimo dei requisiti contributivi) e confermato il legame tra i requisiti anagrafici e contributivi e l'aspettativa di vita.

L'ampliamento del divario tra regioni meridionali e regioni centro-settentrionali è attribuibile in larga parte alla diversa dinamica territoriale del tasso di occupazione dei 55-64enni. In questa classe di età infatti tra il 2007 e il 2018 il tasso è salito di oltre 27 punti al Nord e di circa 20 punti al Centro mentre nel Mezzogiorno, dove nel 2007 risultava in linea con la media italiana, è aumentato poco più di 6 punti, attestandosi su livelli appena superiori al 50 per cento.

Figura 3.10 - Tassi di occupazione per ripartizione geografica e classe di età. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro

Pesano su tale risultato, come visibile dal confronto regionale (Tavola 3.6 e Figura 3.11), soprattutto le performance di Campania, Calabria, Puglia e Sicilia. In queste regioni i livelli occupazionali, già inferiori alla media nazionale nel 2007, hanno registrato nel periodo 2007-2018 incrementi piuttosto contenuti: in controtendenza con quanto rilevato invece nelle altre regioni, qui i tassi di occupazione dei 55-64enni sono cresciuti a ritmi più lenti, o addirittura sono diminuiti, come nel caso specifico dei 55-59enni in Calabria. Sempre nel Mezzogiorno peggiorano, pur restando in linea con la media nazionale, Abruzzo e Basilicata, che dalle posizioni di metà classifica del 2007 scendono rispettivamente alla tredicesima e diciassettesima posizione.

Il Centro a distanza di 12 anni si conferma l'area con l'indice Aai dell'occupazione più elevato: le sue regioni anche nel 2018 si collocano infatti nei primi dieci posti della graduatoria. La Toscana guadagna due posizioni, diventando terza, a discapito delle Marche, stabile al quarto posto e, del Lazio, che scende alla sesta posizione. Grazie in particolare alla crescita registrata tra i 55-64enni, abbinata a tassi di occupazione già nel 2007 ampiamente superiori alla media, l'Emilia-Romagna conferma il secondo posto. Più complessa e diversificata la dinamica che ha interessato le regioni settentrionali. Al di là infatti della provincia autonoma di Bolzano, che si è confermata in testa alla classifica, con l'indice che da 24,9 punti del 2007 è salito a 37,9 punti del 2018, sono da notare le performance di Piemonte, Veneto e soprattutto Friuli-Venezia Giulia.

Nonostante il Nord rappresenti generalmente l'area del Paese più sviluppata dal punto di vista economico e con tassi di occupazione totale più elevati, queste tre regioni nel 2007 si collocavano in fondo alla classifica.

Tavola 3.6 - Variazioni dei tassi di occupazione, dell'indice generale e graduatoria. Anni 2018 e 2007 (variazioni in punti percentuali)

Territorio	55-59 anni	60-64 anni	65-69 anni	70-74 anni	Indice generale	Graduatoria 2007	Graduatoria 2018
Piemonte	28,0	23,9	4,0	1,6	14,4	20	14
Valle D'Aosta	24,6	22,0	2,8	3,0	13,1	9	7
Liguria	22,7	21,7	6,2	1,5	13,1	7	5
Lombardia	29,6	19,9	3,4	1,4	13,6	13	11
Bolzano-Bozen	24,2	22,7	5,7	-0,7	13,0	1	1
Trento	29,6	22,1	4,4	-0,9	13,8	14	10
Veneto	25,6	22,6	5,7	1,2	13,7	15	12
Friuli-Venezia Giulia	30,1	23,7	5,9	0,4	15,1	18	8
Emilia-Romagna	22,6	22,8	4,3	1,3	12,7	2	2
Toscana	24,0	26,8	5,5	1,0	14,3	5	3
Umbria	20,9	20,4	8,0	-0,1	12,3	8	9
Marche	19,0	24,1	5,6	1,7	12,6	4	4
Lazio	17,2	25,0	5,2	1,0	12,2	3	6
Abruzzo	15,3	27,2	4,9	1,3	12,2	10	13
Molise	14,5	32,0	4,9	-0,5	12,7	16	15
Campania	2,5	18,1	8,5	0,9	7,5	12	18
Puglia	9,0	18,3	3,3	0,1	7,7	21	20
Basilicata	8,6	24,3	6,4	0,2	9,9	6	16
Calabria	-0,2	17,7	6,2	0,6	6,1	11	19
Sicilia	3,7	16,5	5,0	0,8	6,5	17	21
Sardegna	17,0	24,7	6,6	-1,2	11,8	19	17
Italia	18,6	21,7	5,0	1,0	11,5	-	-
Nord	27,1	21,8	4,3	1,3	13,7	-	-
Centro	19,9	25,2	5,5	1,1	12,9	-	-
Mezzogiorno	6,3	19,3	5,8	0,5	8,0	-	-

Fonte: Istat. Elaborazioni su dati della Rilevazione sulle forze di lavoro

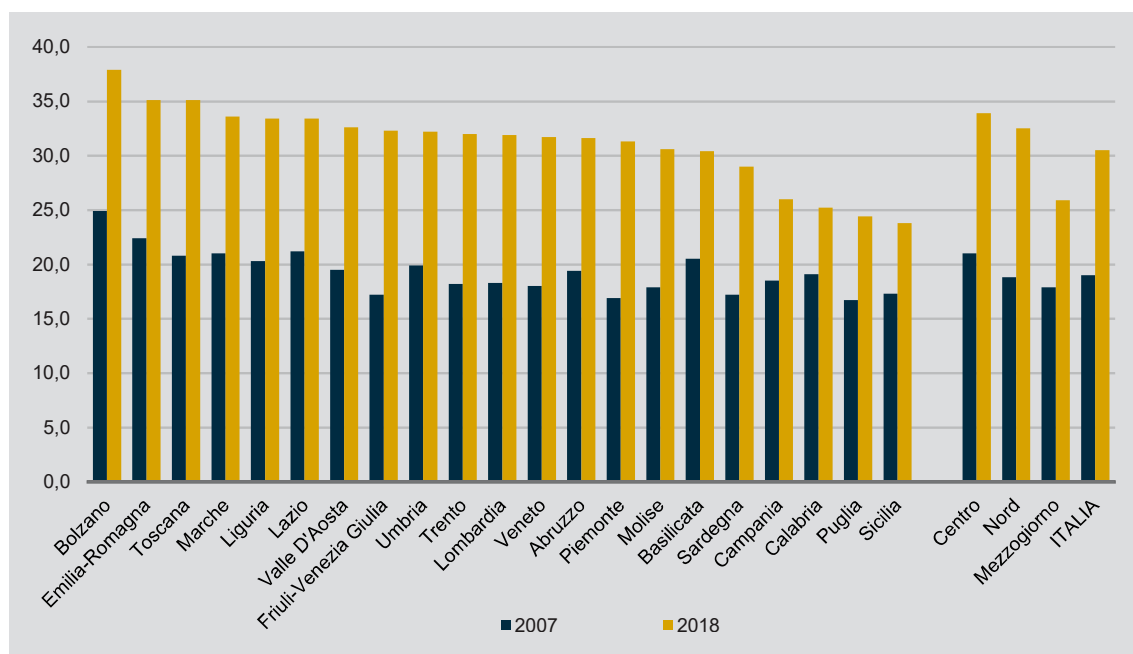
Il motivo è riconducibile agli ingressi precoci nel mondo del lavoro che caratterizzano questi territori, generando carriere lavorative tali da consentire, prima del 2012, il ritiro anticipato dal lavoro, sovente prima dei 60 anni di età. A seguito dell'innalzamento dei requisiti per accedere alla pensione, in queste regioni il tasso di occupazione è aumentato specie tra i 55-64enni. Per lo stesso motivo risultano invece molto contenuti i livelli e gli incrementi dei tassi dei sessantacinquenni e oltre. Nel Friuli-Venezia Giulia, l'indicatore ha registrato l'espansione maggiore, pari a oltre 15 punti percentuali, portandola a risalire nella graduatoria regionale dell'Aai di ben dieci posizioni.

Riguardo al divario di genere si è ridotto a livello nazionale, registrando però nel corso dei 12 anni un andamento alterno: è diminuito tra il 2007 e il 2012 e si è ampliato tra il 2012 e il 2018. La dinamica complessiva risulta confermata anche nel dettaglio regionale per Piemonte, Liguria, Marche, Lazio e tutto il Mezzogiorno, a esclusione di Basilicata e Abruzzo dove invece sull'intero periodo si è registrato un aumento del divario (Tavola 3.7).

In controtendenza Veneto, provincia autonoma di Trento e Umbria, regioni dove tra il 2007 e il 2012 il *gap* è aumentato per una crescita dell'indice maschile maggiore di quella femminile e, successivamente, tra il 2012 e il 2018 è diminuito per un incremento dell'indice superiore tra le donne rispetto agli uomini.

Nelle restanti regioni centro-settentrionali la riduzione del *gap* tra partecipazione attiva maschile e femminile ha interessato invece l'intero periodo.

Figura 3.11 - Punteggio dell'indice generale dell'occupazione per regione. Anni 2007 e 2018 (punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su dati della Rilevazione sulle forze di lavoro

È interessante notare come il divario si sia ridotto di più nelle regioni con le performance migliori in termini di indice generale dell'occupazione (come nel caso di Bolzano, Emilia-Romagna e Toscana) e, al contrario, sia aumentato in quelle risultate in coda alla classifica generale del 2018 (come Abruzzo, Basilicata, Campania e Calabria).

L'innalzamento generale del livello medio di istruzione della popolazione registrato negli ultimi anni coinvolge anche le coorti di età più adulte: gli incrementi più consistenti nel periodo esaminato si registrano in particolare tra gli occupati nella fascia di età di 55-64 anni.

In generale, il possesso di un titolo di studio elevato si correla positivamente a tassi di occupazione più alti e riveste, inoltre, un ruolo protettivo nei confronti dell'occupazione, soprattutto durante le fasi di recessione economica.

La crescita del tasso di occupazione nella classe di età 55-64 anni registrata nei 12 anni ha riguardato tutti gli individui, indipendentemente dal titolo di studio, tuttavia tra i laureati si registrano livelli e incrementi del tasso superiori a quelli di chi invece ha un titolo medio-basso. Il tasso dei laureati 55-64enni è salito dal 65,6 per cento all'83,0 per cento, mantenendosi per tutto il periodo di quasi 30 punti al di sopra di quello medio dei coetanei.

Sempre con particolare riferimento ai 55-64 anni¹⁰, emerge il contributo dato dal possesso di un titolo di studio elevato al contenimento dei divari sia territoriali sia di genere. Nel 2007 i laureati residenti nelle regioni meridionali presentavano addirittura tassi di occupazione superiori a quelli dei coetanei residenti altrove e in possesso degli stessi titoli (69,2 contro il 63,9 per cento del Centro-nord).

Nei 12 anni successivi, per effetto delle differenti dinamiche economiche che hanno interessato regioni Centro-settentrionali e meridionali, il vantaggio di queste ultime si è ridotto.

¹⁰ L'analisi per titolo di studio è circoscritta ai 55-64enni in quanto in questa classe, rispetto alle coorti più adulte, i laureati occupati costituiscono il contingente più numeroso.

Tavola 3.7 - Divario di genere femmine-maschi dell'indice generale per regione e ripartizione geografica.
Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)

Territorio	2007	2012	2018	Differenze 2018-2007
Piemonte	-10,7	-9,6	-11,3	-0,6
Valle D'Aosta	-7,7	-7,7	-4,3	3,4
Liguria	-11,1	-7,9	-10,2	0,9
Lombardia	-14,2	-13,1	-11,8	2,4
Bolzano-Bozen	-14,8	-12,0	-8,2	6,6
Trento	-11,9	-12,5	-9,7	2,2
Veneto	-14,3	-14,5	-13,9	0,4
Friuli-Venezia Giulia	-11,0	-9,8	-9,0	2,0
Emilia-Romagna	-14,6	-11,8	-11,0	3,6
Toscana	-13,1	-12,2	-10,8	2,3
Umbria	-7,8	-11,4	-9,6	-1,8
Marche	-12,3	-11,5	-11,8	0,5
Lazio	-15,2	-12,2	-14,0	1,2
Abruzzo	-13,8	-16,0	-16,6	-2,8
Molise	-13,9	-13,5	-14,8	-0,9
Campania	-16,8	-15,4	-19,3	-2,5
Puglia	-16,6	-16,5	-17,0	-0,4
Basilicata	-15,3	-15,8	-17,0	-1,7
Calabria	-13,4	-13,2	-15,2	-1,8
Sicilia	-16,4	-14,7	-16,1	0,3
Sardegna	-15,9	-11,5	-13,4	2,5
Italia	-14,3	-13,1	-13,6	0,7
Nord	-13,2	-12,0	-11,6	1,6
Centro	-13,6	-12,1	-12,4	1,2
Mezzogiorno	-16,0	-14,9	-16,9	-0,9

Fonte: Istat. Elaborazioni su dati della Rilevazione sulle forze di lavoro

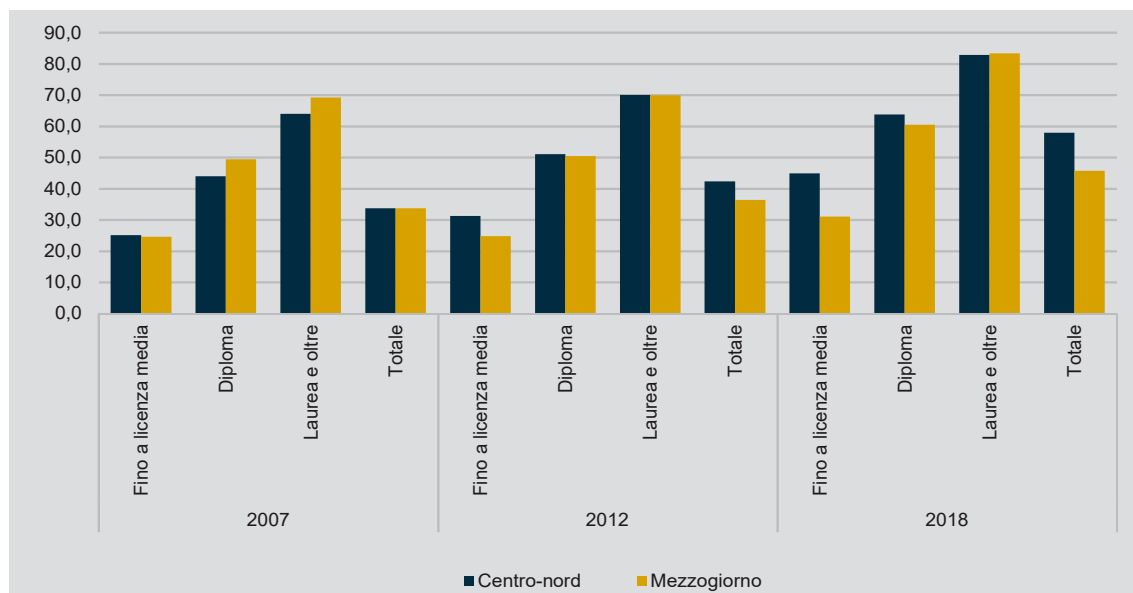
Nel periodo 2007-2012 i 55-64enni del Mezzogiorno mostrano una crescita occupazionale più contenuta di quella registrata nel Centro-nord, che riguarda tutti i livelli di istruzione e che porta all'annullamento del vantaggio a favore dei laureati presente al 2007. Successivamente, tra il 2012 e il 2018, anche nelle regioni meridionali gli occupati sono tornati a crescere, in maniera più sostenuta e specialmente tra i laureati, il cui tasso sale di oltre 13 punti, tuttavia il divario complessivo rispetto al resto dell'Italia si amplia (Figura 3.12).

Il rallentamento della crescita occupazionale dei laureati nel Mezzogiorno, contrariamente a quanto osservato nelle altre regioni, è senza dubbio ascrivibile all'ampliamento delle differenze, di natura strutturale, esistenti tra offerta e domanda di lavoro qualificato, per il quale sempre più laureati meridionali sono costretti a trasferirsi altrove.

La maggiore dotazione di capitale umano incide positivamente sulla partecipazione delle donne al mercato del lavoro anche nella classe di età 55-64 anni, così come nel complesso della popolazione, contribuendo alla riduzione del *gap* di genere. Se tra il 2007 e il 2018 il divario tra uomini e donne in termini di tasso di occupazione nella classe di età 55-64 anni si è ridotto nel complesso di meno di due punti, tra i laureati la riduzione è stata di quasi 12 punti, passando da circa 22 punti nel 2007 a meno di dieci nel 2018 (Figura 3.13). A questo risultato però ha contribuito, oltre la maggiore partecipazione delle donne laureate, anche la crescita piuttosto contenuta del tasso maschile.

Nel nostro Paese l'occupazione più adulta, e con essa quella generale, è stata alimentata in questi anni sostanzialmente dalle riforme pensionistiche, attraverso le quali sono stati innalzati i requisiti per poter uscire dal mondo del lavoro.

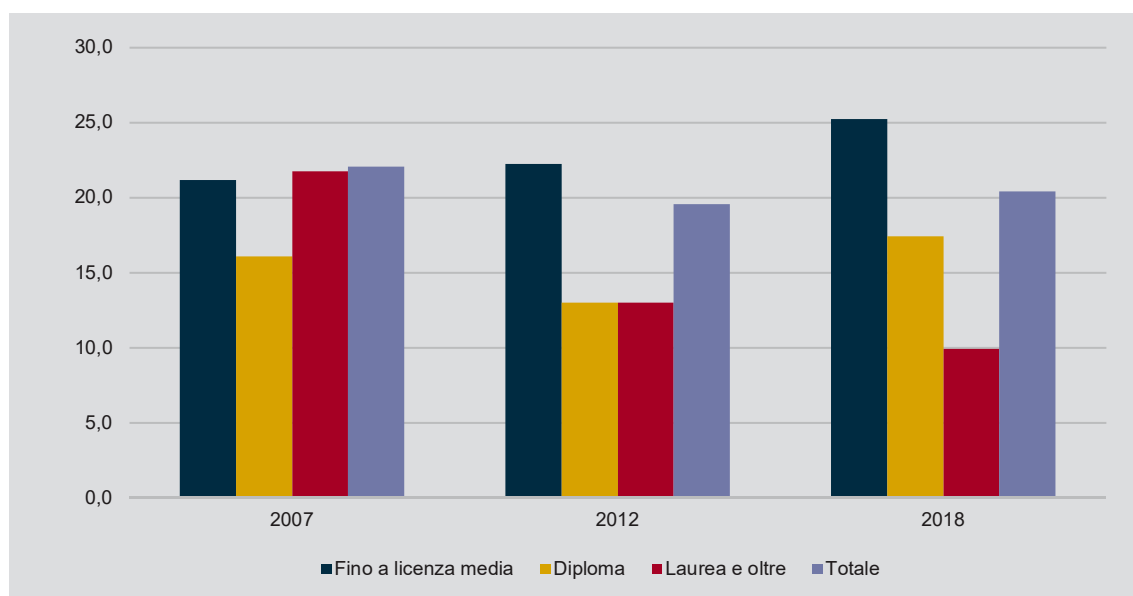
Figura 3.12 - Tasso di occupazione di 55-64 anni per ripartizione geografica e titolo di studio. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Ulteriori margini di espansione in termini di occupazione sono possibili agendo sull'annosa questione dei divari territoriali e di genere attraverso politiche di tipo economico strutturale, di investimenti, nonché di incentivazione di forme di lavoro che permettano di conciliare lavoro e famiglia.

Figura 3.13 - Divario tra uomini e donne nei tassi di occupazione della popolazione di 55-64 anni per titolo di studio. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

D'altra parte, però, l'allungamento della vita lavorativa e il progressivo invecchiamento della forza lavoro fanno emergere con prepotenza un'altra questione: la gestione dei lavoratori maturi da parte delle imprese. Queste, infatti, sono chiamate a un cambiamento cultu-

rale per attuare politiche di *age management*, quell'insieme di strategie e interventi organizzativi volti a gestire e valorizzare i lavoratori maturi, ma in generale di tutte le età, facendo convivere le diverse generazioni nelle organizzazioni, anche per prevenire possibili conflitti intergenerazionali. A fronte di un naturale declino delle capacità psicofisiche, i lavoratori anziani sviluppano abilità specifiche quali l'affidabilità, la responsabilità, la relazionalità, le competenze cognitive basate sull'esperienza. Aumentano, peraltro, i bisogni di sicurezza e di tutela della salute, specie per i lavoratori anziani dediti ad attività di tipo manuale (si veda il paragrafo 3.2.4). Si rende necessario un cambio culturale e manageriale nella gestione dei lavoratori maturi che, fino a pochi anni addietro, in occasione dei processi di ristrutturazione e/o di crisi industriale, erano i primi a venire espulsi dalle imprese (anche per il loro elevato costo del lavoro) attraverso ammortizzatori passivi come pensionamento anticipato, mobilità e cassa integrazione, spesso a totale carico delle finanze pubbliche.

Occorre dunque un cambio delle politiche aziendali, indirizzate all'adozione di una gamma di interventi volti a favorire l'occupazione degli anziani. Dalle politiche di sostegno alla formazione e alla riqualificazione professionale anche per la *workability* degli anziani in sinergia con attori pubblici (si veda il paragrafo 3.4.3), alle modifiche delle condizioni di lavoro con riguardo alle mansioni, agli orari, all'alleggerimento dei turni, agli aspetti ergonomici.

Questa è senz'altro una nuova sfida che il mondo del lavoro deve affrontare.

3.2.3 Funziona veramente la staffetta intergenerazionale?

Il progressivo invecchiamento della popolazione sta producendo conseguenze anche sul mercato del lavoro. L'intreccio di tale cambiamento con quelli tecnologici, istituzionali e socioeconomici, unitamente ai perduranti effetti della crisi economica, stanno ridisegnando l'allocazione del lavoro tra le generazioni.

La riforma previdenziale varata dal governo Monti con la legge 24/2011 (comunemente nota come legge Fornero), ha innalzato l'età pensionabile e i requisiti contributivi per poter accedere alla pensione, introducendo a margine qualche elemento di flessibilità. Una riforma adottata con l'intento di salvaguardare le finanze pubbliche nel medio e lungo periodo, ma giudicata da molti troppo rigorosa e iniqua. Il governo Gentiloni nel 2018 ha introdotto alcuni correttivi per mitigarne gli effetti¹¹, lasciando però intatto l'impianto complessivo della riforma Fornero, fattore che ha contribuito ad alimentare il dibattito politico e pubblico sulla necessità della sua abolizione o rimodulazione.

Per attenuare gli effetti della riforma Fornero, il primo governo Conte ha varato un provvedimento che dal 2019 al 2021 prevede la possibilità di andare in pensione in maniera anticipata, in aggiunta ai canali di pensionamento tradizionali, avendo almeno 62 anni di età e 38 anni di contributi versati, la cosiddetta quota 100. L'adozione di tale norma è stata supportata anche dalla convinzione che il prolungamento della vita lavorativa rappresenterebbe una sorta di "barriera" all'ingresso del mercato del lavoro per i più giovani, contribuendo ad alimentare la già elevata disoccupazione giovanile, e che l'uscita anticipata dal lavoro avrebbe automaticamente generato nuovi posti di lavoro per i giovani.

Il presupposto teorico sottostante è la fissità dei posti di lavoro nel sistema economico (*boxed economy*), tale per cui i lavoratori anziani dovrebbero lasciare il posto a quelli più giovani (teoria del *lump of labour*), e una rappresentazione del mercato del lavoro che prevede una logica di competizione tra i due gruppi.

¹¹ Tra questi si annoverano l'Ape sociale, l'Ape volontaria, lavori precoci e lavori usuranti.

Per far luce sulla questione del ricambio generazionale nel mercato del lavoro si è utilizzata come base empirica la Rilevazione sulle forze di lavoro, in particolare i dati riferiti ai 15-34enni che hanno iniziato il primo lavoro negli ultimi 3 anni e i pensionati di 55 anni e oltre che hanno smesso di lavorare negli ultimi 3 anni. In tal modo sono stati costruiti dei profili dei “nuovi entrati” e degli “appena usciti”, il cui confronto può fornire - con buona approssimazione - informazioni utili per indagare sulla sostituibilità tra forza lavoro giovane e più adulta nel mercato del lavoro italiano.

Come già esposto nel paragrafo precedente, pur in presenza di un trend in lieve crescita dal 2015, nel periodo 2008-2018 il tasso di occupazione dei 15-34enni diminuisce (dal 50,3 per cento del 2008 al 41,0 per cento nel 2018) mentre per i 55-64enni l'andamento dell'indicatore è fortemente positivo (dal 34,3 per cento al 54,7 per cento nel 2018). Tale tendenza è l'effetto combinato di dinamiche demografiche, crisi economica, riforme pensionistiche, aumento del livello di scolarizzazione dei più adulti.

La struttura occupazionale dei due gruppi è cambiata nel tempo, anche per la terziarizzazione dell'economia, e presenta notevoli differenze, pur mantenendo alcune caratteristiche di fondo. Infatti gli occupati giovani sono meno presenti nel lavoro indipendente e sono mediamente più istruiti rispetto ai più adulti.

In generale, il peso degli occupati di 55-64 anni nel 2018 è aumentato rispetto al 2008 e quello dei giovani è diminuito, ma non in maniera uniforme (Tavola 3.8). Nel 2018 i lavoratori più adulti sono maggiormente presenti nei settori tradizionali quali i servizi generali della Pubblica amministrazione, l'istruzione, la sanità, i trasporti e l'agricoltura, che risultano quindi i settori più “anziani” in termini di occupati: in particolare i primi due, dove sono oltre tre su dieci degli occupati.

I giovani sono invece più presenti nei comparti degli alberghi e ristorazione (quasi quattro su dieci del totale occupati), del commercio, dell'industria, nei servizi alle imprese e in quello informazione e comunicazione. Sono invece meno presenti nell'area del pubblico impiego a causa dei reiterati contenimenti al turn-over, che finora hanno limitato fortemente il ricambio generazionale nella Pubblica amministrazione, sbloccato solamente alla fine del 2019 anche per far fronte ai pensionamenti legati al provvedimento di Quota 100.

La struttura per livelli di qualifica mostra che gli adulti sono più presenti tra le professioni qualificate e tra quelle non qualificate. I giovani, invece, stante le loro brevi carriere lavorative sono più spesso impiegati nelle professioni di media qualifica impiegatizie, tra gli operai e in quelle non qualificate.

Queste prime analisi evidenziano che gli occupati di diversa età non sono omogenei per esperienza, capacità e settore di impiego, e che quindi l'idea di una staffetta “posto” per “posto” è difficilmente realizzabile.

Anche le caratteristiche dei giovani nuovi entrati e dei più adulti appena usciti sono diverse, a cominciare dal livello di istruzione¹². Meno elevato per i più adulti, seppure in miglioramento nell'ultimo decennio: circa il 48 per cento possiede al massimo la licenza media contro il 19 per cento dei giovani, il 35,7 per cento il diploma e il 16,4 per cento la laurea (contro rispettivamente il 53,2 per cento e il 27,9 per cento, e le giovani donne più istruite dei coetanei maschi). Oltre il 55 per cento degli ingressi dei giovani, poi, si realizza attraverso un contratto a tempo determinato.

In generale è da sottolineare che anche negli anni nei quali le uscite per pensionamento sono di entità minore, circa 570 mila nel 2014 e nel 2015, il saldo con i giovani

12 Cfr. De Rosa et al., 2016.

appena entrati è positivo, 87 mila e 151 mila rispettivamente: sembrerebbe dunque che la permanenza prolungata al lavoro degli individui maturi non impedisca ai giovani l'ingresso nell'occupazione.

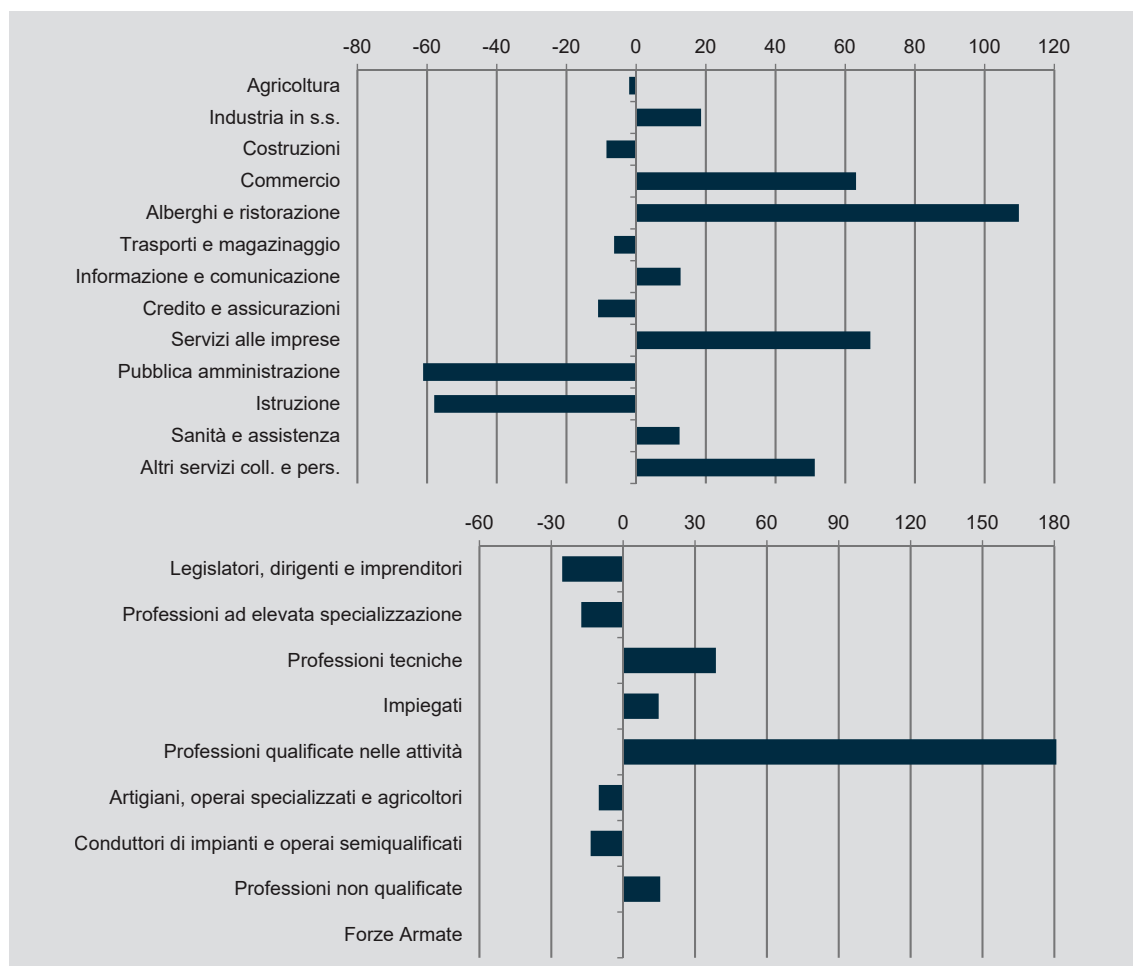
Tavola 3.8 - Profilo degli occupati per classe di età. Anni 2008 e 2018 (incidenze percentuali)

Regione	2008		2018	
	15-34 anni	55-64 anni	15-34 anni	55-64 anni
Attività economica				
Agricoltura	20,9	16,8	20,9	20,9
Industria in s.s.	32,7	7,7	23,0	14,8
Costruzioni	36,5	9,2	20,5	16,4
Commercio	35,6	9,5	27,1	15,2
Alberghi e ristorazione	42,2	7,8	39,2	10,8
Trasporti e magazzinaggio	25,5	11,4	19,7	23,0
Informazione e comunicazione	36,2	5,5	22,8	13,9
Credito e assicurazioni	28,5	10,0	16,7	20,0
Servizi alle imprese	33,4	8,9	22,8	15,8
Amministrazione pubblica e difesa	16,0	14,6	8,1	31,2
Istruzione	14,5	20,9	10,4	31,3
Sanità e assistenza	22,3	12,8	19,4	24,2
Altri servizi coll. e pers.	32,3	10,5	22,5	18,9
Professione				
Qualificata	25,0	13,0	18,1	21,0
Impiegatizia	36,8	8,5	27,6	16,9
Operaia	31,4	9,6	21,5	17,2
Non qualificata	27,1	11,6	20,7	20,0
Forze Armate	33,8	2,1	18,2	6,4
Totale	30,2	10,6	22,0	18,7

Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Il saldo occupazionale nel 2018 tra nuovi entrati e appena usciti è positivo per 188 mila unità, tuttavia questo non è affatto “posto su posto”. Infatti soltanto alcuni settori presentano un ricambio equilibrato, altri mostrano una tendenza espansiva (più entrati che usciti) o, all'opposto, una contrazione con più usciti per pensionamento rispetto ai nuovi entrati. Il saldo è sbilanciato anche per genere a favore delle donne, a sintesi di una quota di entrate maggiore rispetto alle uscite (45,2 per cento contro 35,9 per cento), cosicché circa l'80 per cento del saldo è alimentato dalle donne, con ricadute differenti nella composizione dei flussi. Le entrate si concentrano sostanzialmente in quattro settori, alberghi e ristorazione, servizi alle imprese, commercio e altri servizi collettivi e personali (Figura 3.14), mentre il deficit occupazionale si concentra nei servizi generali della Pubblica amministrazione e nell'istruzione (oltre due terzi del calo è dovuto alle donne).

Figura 3.14 - Saldo tra il numero di occupati 15-34enni nuovi entrati e quello di pensionati 55 anni e oltre appena usciti per settore di attività economica e professione. Anno 2018 (valori assoluti in migliaia)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

L'incremento registrato nel settore sanità e assistenza sociale è alimentato quasi esclusivamente dalla componente femminile, che contribuisce per tre quarti al saldo positivo dell'industria in senso stretto, per due terzi all'aumento degli altri servizi collettivi e personali (che includono i servizi domestici), e per circa il 60 per cento all'incremento occupazionale del commercio e dei servizi alle imprese.

Il saldo negativo nel settore pubblico, un importante canale di ingresso nell'occupazione per i giovani con livello di istruzione medio-alta, specie per la componente femminile, è da imputare al reiterato blocco del turn over nel pubblico impiego, rimosso solamente alla fine del 2019.

Parimenti, la crescita declinata per professione si è concentrata in quelle qualificate nelle attività dei servizi e nel commercio, in misura ridotta nelle professioni tecniche, impiegatizie e non qualificate. Le professioni più qualificate dei primi due grandi gruppi e quelle operaie specializzate e semiqualeficati mostrano un saldo negativo. Le donne hanno contribuito per tre quarti al saldo positivo delle professioni tecniche e per quasi due terzi in quelle qualificate nei servizi e nel commercio.

L'analisi dei dati suggerisce che la "staffetta generazionale" come strategia per favorire l'occupazione giovanile in realtà si potrebbe realizzare se non in maniera parziale. In primo

luogo perché è inadeguata una concezione statica dell'occupazione che presuppone un numero "dato" di posti di lavoro disponibili da ridistribuire. È il sistema economico che crea i posti di lavoro, e nei settori in cui la domanda lo richiede, con processi produttivi, modalità organizzative e uso delle tecnologie in continua evoluzione. In secondo luogo perché giovani e anziani hanno profili professionali e competenze differenti, quindi possono essere complementari e non sostituibili. Anzi, l'innovazione tecnologica, una delle forze trainanti dello sviluppo economico, tende da un lato a distruggere posti di lavoro, dall'altro a creare nuove opportunità che possono essere colte proprio dai giovani, solo se si investisse in maniera più significativa in innovazione e ricerca.

Da ultimo occorre considerare che il pensionamento anticipato degli anziani usato come sbocco occupazionale per i giovani, sempre che funzionasse, creerebbe istantaneamente una crescita della spesa per pensioni, che in Italia è già una delle più alte in Europa in rapporto al Pil (il 16,7 per cento nel 2017). Ciò determinerebbe anche un mutamento nella composizione della spesa pubblica per welfare, che nel nostro Paese è già sbilanciata sul capitolo pensioni. L'effetto derivante sarebbe la mancanza di risorse sufficienti da impiegare in altri ambiti del welfare, in particolare politiche attive del lavoro, misure di conciliazione vita-lavoro, politiche per la famiglia, ovvero in altri interventi indirizzati proprio a sostenere i giovani.

3.2.4 Lavoro e previdenza: tra equilibri finanziari, stili di vita e demografia¹³

Molteplici interventi normativi¹⁴ hanno procrastinato l'età di ritiro dal lavoro.

La fase riformatrice è sostanzialmente motivata dalla insostenibilità finanziaria (troppe pensioni, troppo alte, scarsa crescita economica, pochi figli) e dall'aumento della speranza di vita (nel 2019 81 anni gli uomini e 85,3 le donne).

La prima ricognizione degli assetti previdenziali italiani è relativamente recente: fu della Commissione Onofri da cui scaturì il primo intervento normativo del governo Amato, da cui ebbe inizio questa fase riformatrice, siamo all'inizio degli anni 90. Per vent'anni non si sono fatti interventi incisivi, poi nel 2010 improvvisamente, la matematica attuariale diede avvio a una stagione di lacrime e sangue, misure di solidarietà e responsabilità intergenerazionale, con severe conseguenze sugli stili di vita. Nella prima fase, è utile ricordarlo, si tergiversò per prolungare di qualche mese l'attività lavorativa a neo-cinquantenni o per ridurre di qualche decimale il rapporto tra ultimo stipendio e prima pensione. Per oltre 20 anni le riforme sono state fatte sulla posterità¹⁵, tipicamente più silente e accomodante, e soprattutto ignara degli effetti futuri.

¹³ Il paragrafo è stato curato da Emiliano Mandrone.

¹⁴ L'armonizzazione e stabilizzazione del sistema previdenziale ha preso avvio con il D.L. 503/1992 che ha disposto il graduale innalzamento dell'età pensionabile e l'avvio di un processo di allineamento del regime pensionistico dei pubblici dipendenti e di altre categorie speciali a quello del regime generale. In questo processo graduale c'è uno spartiacque: a decorrere dal 1° gennaio 1996 la L.335/1995 introduce il sistema contributivo e l'innalzamento a 40 anni per il ritiro dal lavoro. Alcune messe a punto sono introdotte dalla L.449/1997 (art.59). La L.47/2007 introduce le quote tra età anagrafica e anzianità contributiva. La L.122/2010 introduce la c.d. "speranza di vita": il momento del pensionamento diviene mobile perché agganciato all'andamento della aspettativa di vita. Inoltre innalza a 65 anni l'età di accesso alla pensione di vecchiaia per le donne del pubblico impiego, e le finestre mobili per l'erogazione del trattamento pensionistico. La L.183/2011 introduce una salvaguardia imponendo dal 2026 un'età minima non inferiore a 67 anni per l'accesso alla pensione. La L.214/2011 generalizza secondo il meccanismo pro rata, il metodo contributivo di calcolo delle pensioni; abolisce le pensioni di anzianità e le "finestre" di uscita, viene incrementata l'età di pensionamento delle lavoratrici dipendenti fino alla convergenza di genere nel 2018. Si prevedono penalizzazioni percentuali sulla quota retributiva dell'importo della pensione anticipata.

¹⁵ Si ricorderanno le inconcludenti diatribe tra i gradini e i gradoni previdenziali, espedienti per differire nel tempo

Le riforme introdotte, inoltre, hanno dei costi collaterali e indiretti da considerare affinché l'analisi costi-benefici sia corretta. Ad esempio sono evidenti i rischi di un collasso della produttività: per tenere in attività vaste componenti della popolazione di 65 anni e oltre, servono politiche tempestive e diffuse di prevenzione delle più comuni patologie, senza le quali sarà impraticabile lavorare in tarda età (Mazzaferro, Morciano, 2012) e avere un capitale umano aggiornato, pena un conseguente crollo della resa lavorativa e sociale.

Al di là delle considerazioni in merito alla modalità di intervento sul sistema previdenziale, è evidente che le riforme siano state intempestive e inique, in termini di costi-benefici intergenerazionali, perché scaricano gran parte del peso sulle generazioni a venire. Sulla dilazione degli interventi, ormai, c'è poco da fare. Invece molto di più deve fare per rendere lo schema di riforma credibile. Infatti, l'invecchiamento è influenzato dalla eredità genetica e da danneggiamenti indotti da fattori ambientali quali lo stress, l'inquinamento, l'alimentazione, lo stile di vita. Siamo direttamente responsabili del 70 per cento del nostro invecchiamento, ovvero dipende da condizioni e fattori ambientali su cui si può intervenire. Molti di questi processi degenerativi possono peraltro essere prevenuti sui luoghi di lavoro e si contrastano senza medicinali, con qualche forma di attività fisica mirata, una dieta corretta e una migliore ergonomia delle postazioni. Il libro *Get up* (Levine, 2014) si riferisce ai danni causati dalla sedentarietà dovuta all'abuso da "poltrona d'ufficio": è correlata a 20 patologie croniche. Sostituire regolarmente la poltrona ergonomica, consente di prevenire mesi di assenza dal lavoro per problemi osteoarticolari.

Paradigmatico l'esperimento condotto dall'azienda automobilistica Bmw nel 2007, con una linea di produzione composta esclusivamente da lavoratori over 50. Attraverso il loro coinvolgimento, unitamente all'intervento di tecnici e fisioterapisti, con un investimento molto modesto sono state modificate l'organizzazione e le attrezzature di lavoro (pavimenti in legno, calzature e sedie ergonomiche, monitor orientabili, pause cadenzate). Il risultato è stato una diminuzione delle patologie e un forte incremento della produttività.

"Lo scenario gerontologico si fa promettente: perché se diviene possibile posticipare l'età di insorgenza delle malattie croniche riducendone l'impatto disabilitante più rapidamente di quanto non aumenti ogni anno l'aspettativa di vita, allora appare realistico un incremento del tasso di attività" (Filippi, 2014). Se i segnali sono incoraggianti, bisogna non sprecare l'occasione, avviando subito serie politiche di *active ageing*. Nell'interesse reciproco degli individui, delle istituzioni pubbliche e delle imprese private, insomma della società.

È dunque il tempo – se non per etica almeno per calcolo – di una educazione al benessere psicofisico, ad un rapporto diverso tra tempi e modi di vita e lavoro (Checcucci, Mandrone, 2014). Il sistema di organizzazione del lavoro è tuttora improntato a logiche del secolo scorso, molto può essere fatto come si è visto nell'emergenza sanitaria del Covid-19 (telelavoro, lavoro agile, web meeting, e-learning), almeno per le attività produttive che producono beni immateriali.

Cosa farà in sala operatoria un chirurgo settantenne o un carpentiere di 65 anni sui tetti, o un infermiere con l'artrosi o, semplicemente, una cassiera di 66 anni che sposta una tonnellata di prodotti al giorno? Ciò rappresenta anche un piano di rivendicazione sindacale nuovo, trasversale, positivo che, dopo aver indugiato a lungo sulle questioni del passato, riporta al presente il tempo delle relazioni industriali.

Pertanto sarà necessario – come la formazione continua per mantenere il capitale umano efficiente – prevedere interventi ascrivibili all'*active ageing* per i lavoratori ben prima

dell'età matura, per dargli una corretta ergonomia, più salute e sicurezza sul lavoro, una dieta equilibrata, un'organizzazione del lavoro più favorevole alle esigenze familiari, prevenzione e screening massivi, attività fisica specifica (buoni fitness?) e, in generale, uno stile di vita in grado di mantenere a lungo l'efficienza psicofisica dell'individuo, e di recuperarla dopo le inevitabili (statisticamente) malattie. Infatti, oggi un uomo a 55 anni ha una speranza rimanente di vita in buona salute pari al 59,1 per cento, una donna solamente del 51,3 per cento: ovvero, benché più longeve, vivono un maggior numero di anni in condizioni di salute via via più precarie.

Un ripensamento del modo di stare al lavoro deve iniziare subito per essere credibile ed efficace, occorre prepararsi per tempo alle trasformazioni sociali e tecnologiche. Sarebbe un errore fare una proiezione del nostro assetto sociale nel futuro secondo un approccio malthusiano, di applicazione delle categorie del passato al futuro, senza prevedere profondi cambiamenti (nelle ore e giorni lavorate, nelle modalità di impiego, nella automatizzazione, nel ruolo delle reti e della tecnologia, nel progresso della sanità, della biologia, della mobilità, eccetera). Pensare di lavorare otto ore al giorno per 11 mesi all'anno nel 2050 non è verosimile. Avendo più momenti ricreativi, una minore intensità lavorativa, maggior formazione e maggior aiuto dalle tecnologie allora la partecipazione a settant'anni per alcuni potrebbe essere uno scenario credibile. Ma solo per alcuni: un leale sistema contributivo non può considerare solo i flussi finanziari, la capacità di costituzione di ricchezza pensionistica da spalmare sugli anni di ritiro dal lavoro o la produttività, ma anche l'usura psicofisica, i carichi familiari, il percorso di vita (separazioni, attività di cura di familiari, traumi, incidenti o malattie) che modificano - sicuramente - la probabilità di vita stampata nelle tavole di mortalità/sopravvivenza.

L'equità, dunque, non è una questione solo economica, riguarda anche la salute e gli stili di vita, riguarda il tenore di vita e il territorio, l'ambiente e la comunità, con le sue convenzioni, aspettative e sensibilità. In continua evoluzione. I benefici sarebbero molteplici, sia sul piano socioassistenziale, sia sui costi da sostenere. Questo sia in termini di risorse pubbliche, sia private, per via del forte sbilanciamento sul versante del *welfare* familiare del peso relativo all'assistenza degli anziani. Manca una ricomposizione delle poste del *welfare* coerenti con un mutato "ciclo di vita". Va promosso il benessere psicofisico e sostenuta la qualità dell'istruzione e della partecipazione lavorativa per, da un lato, consentire di ridurre la morbosità (cronica in particolare) e migliorare la produttività fisica e, dall'altro, ridurre la povertà, l'emarginazione, il disagio sociale.

Con l'introduzione del sistema contributivo si è inserito un principio di causalità e proporzionalità solo economica senza curarsi di introdurre perequazioni per le altre dimensioni del lavoro (usura fisica, psicologica, intensità lavorativa, responsabilità familiari, eccetera) continuando sulla logica delle politiche miopi o malevole, in cui i costi si differivano per sostenere le spese correnti senza attivare quelle politiche necessarie affinché le riforme producessero benessere generale e duraturo nella comunità¹⁶.

Infatti, intervenendo via via sui dettagli si perde di vista l'adeguatezza – non solo finanziaria – del sistema pensionistico e progressivamente si trasforma l'istituzione in qualcos'altro. In più le continue correzioni creano posizioni concorrenti: anziani contro giovani, poveri verso ricchi, autonomi contro dipendenti. Dovremmo riconsiderare cosa vogliamo dalla previdenza: assolvere prioritariamente una funzione di assicurazione dal rischio po-

¹⁶ È difficile giustificare le pensioni alte, pur se sorrette da adeguata contribuzione: c'è un limite oltre il quale la previdenza travalica la sua funzione di assicurazione sociale e diventa strumento di perpetuazione della ricchezza.

vertà in tarda età (o di inabilità) o se è prevalente la funzione finanziaria, come un piano di risparmio oppure, verosimilmente, un ragionevole compromesso tra le due.

Tutto lascia pensare ad un periodo di ritiro dalla vita attiva ridotto rispetto al passato. Pare giusto controbilanciare con più fasi ricreative e di riposo durante la vita attiva, considerando anche il ruolo minore che avremo nella produzione di beni e servizi.

L'incertezza sui trattamenti previdenziali è implicita nei sistemi contributivi e sempre più presente nella nostra *vita quantica* (Mandrone, 2014). Il rischio è una crisi di liquidità tra montanti in uscita e in entrata, frutto dello squilibrio tra attivi e inattivi e della virtualizzazione dell'accantonamento, che richiede ancora una gestione mono-temporale della contribuzione dei lavoratori e delle prestazioni dei pensionati. È bene quindi contrastare l'*illusione previdenziale*, ovvero quella serie di luoghi comuni, opinioni infondate, calcoli erronei, informazioni inesatte che alimentano scenari ipotetici e aspettative surreali. L'unica certezza è che siamo di fronte ad uno dei tanti punti di equilibrio di una traiettoria economico-previdenziale-demografica largamente ignota.

Molti studi affermano che la capacità di un individuo di gestire questioni così complesse è scarsa. Appare opportuna una gestione collettiva di questi rischi. Le motivazioni sono le stesse dell'assicurazione pubblica (M. Draghi, 2010) e, come visto, non intervenire non è neutrale: farlo è a tutela dei più deboli (meno istruiti, più poveri, lavori a bassa qualifica).

Una questione rilevante rimane sullo sfondo. L'automazione renderà molte attività produttive prive, o quasi, di occupazione umana. Ciò comporta il ridisegno dei sistemi fiscali, della premialità lavorativa, con implicazioni rilevanti sulla distribuzione e redistribuzione delle risorse e del capitale. "Una società complessa richiede grandi capacità individuali: Super Manager, Leader Autorevoli, Abili Medici. Ma anche Insegnanti aggiornati, Operai specializzati, Fattorini ultra-connessi" (Mandrone, 2019). Si riteneva che il cambiamento tecnologico avrebbe ridotto l'occupazione solamente delle mansioni routinarie (Autor et al., 2003), ma la tecnologia è progredita e sembra poter travolgere anche attività non routinarie: ad esempio il *machine learning* svolge pure attività cognitive (Brynjolfsson, McAfee, 2014). Per Frey e Osborne (2013) un posto su due nei prossimi anni è a rischio. Tuttavia queste proiezioni sembrano distopiche alla luce dei dati dell'International labour organization (Ilo), che afferma che mai tanti individui hanno lavorato nel mondo e la domanda di lavoro è ai suoi massimi.

Le proiezioni Cedefop al 2025 indicano una caduta della domanda di lavoro legata a bassi livelli di istruzione. Le professioni non routinarie/cognitive sono in espansione mentre le routinarie/manuali si riducono. Scenari simili emergono dalla *Skills Strategy* dell'Ocse e dagli scenari sull'automazione World Economic Forum. Al di là dell'attendibilità della previsione, la società della conoscenza è un processo ineludibile. Tutti avremo a che fare con la complessità che deriva sia dall'innovazione tecnologica (Autor et al., 2003) sia dall'evoluzione dei costumi comportando spesso, quando subite e non comprese, rotture dei patti intergenerazionali e delle convenzioni sociali. Inoltre, il più generale processo di disintermediazione, dovuto alla pervasività della tecnica, concorre all'emorragia delle professioni intermedie.

Le politiche come l'*active ageing*, registrano un doppio dividendo: sono sia eque sia efficienti, ovvero rappresentano un investimento ad alta redditività e riattivano le dinamiche economiche (Stiglitz, 2015; Piketty, 2013).

La lettura analitica del lavoro e della previdenza, dei giovani e degli anziani, fuori dalla interpretazione dei padri costituzionalisti tipicamente olistica e inclusiva, è una forzatura recente dell'interpretazione del nostro patto sociale. Gran parte dei problemi hanno origine in un tempo e ricadute in un altro, ad esempio le fragilità che si generano nel lavoro

(discontinuità lavorativa, precarietà di vita, tardiva emancipazione e costituzione della famiglia, inadeguata copertura assicurativa e previdenziale) si riverberano nella previdenza (tardivo ritiro dal lavoro, assegni modesti, produttività bassa, marginalità sociale). Un delicato equilibrio cui concorrono tutte le forze dell'ecosistema socioeconomico, di cui fanno parte l'istruzione, la protezione sociale, la sanità. Ma non da sole. Il processo deve essere governato dalla politica attraverso l'applicazione dei principi dell'equità sociale, senza i quali si avranno gioco-forza una platea di vincenti e un'altra molto più ampia di perdenti, ovvero i soggetti sociali più deboli e vulnerabili.

Infine, è necessario considerare, anche solo preliminarmente, e privi di dati economici e demografici affidabili, l'impatto non transitorio che la pandemia legata al Covid-19 avrà sui sistemi socioeconomici di tutto il mondo e quindi, inevitabilmente, pure sul sistema di regole dal ritiro dal lavoro e di contribuzione durante la vita attiva degli italiani.

La stima è complessa, ci vorranno anni per ricostruire la contabilità dello shock, tuttavia il segno è sicuramente negativo: al di là dell'inestimabile valore delle vite umane che sono state spente da questo vento invisibile, i consumi, gli scambi, i viaggi, gli investimenti, le attività economiche, le relazioni sociali, il lavoro sono intimamente cambiati, contratti per chissà quanto tempo.

Inevitabilmente il benessere economico si assesterà su livelli inferiori, per quantità e qualità, per un periodo difficile da quantificare. Difficile anche pensare che dopo arriverà un rimbalzo (boom economico) tale da far recuperare i livelli poiché oggi, al contrario del secondo dopoguerra, il denaro immesso nell'economia non è un aiuto unilaterale (piano Marshall) quanto una anticipazione a debito (ovvero va reso) con effetti sicuramente recessivi sul ciclo economico.

Peraltro, l'incertezza è tale da rendere difficile una lettura analitica e obiettiva di un evento così pervasivo.

3.3 La partecipazione attiva alla vita sociale nell'Aai

Una tra le maggiori sfide che la società si trova ad affrontare è legata al rischio di isolamento delle persone anziane, dovuto all'inevitabile cambiamento nelle età avanzate della struttura delle famiglie in cui vivono, alla perdita di un definito ruolo sociale successivo al pensionamento e alla rarefazione delle reti sociali. Per contrastare questi possibili elementi di vulnerabilità degli anziani, si possono adottare diverse strategie volte a favorire la loro partecipazione attiva a iniziative sociali attraverso le quali possono fornire un utile contributo alla collettività. Numerosi studi dimostrano che l'azione delle sole strutture pubbliche (reti formali come servizi organizzati, pianificati, centralizzati e specializzati) non sempre sono sufficienti a produrre un miglioramento della qualità della vita, molto si deve anche alle reti informali che includono relazioni interpersonali che gravitano intorno alle persone, relazioni di assistenza reciproca di famiglie e parenti. Oltre a ciò, decisamente importante è l'impegno che gli anziani danno alle associazioni di volontariato, le risorse umane e materiali mobilitate all'interno di questa rete assicurano supporto e protezione agli individui, sia nella vita quotidiana che nei momenti più difficili, rappresentando così un elemento essenziale della coesione sociale¹⁷.

¹⁷ Cfr. Amoretti et al., 1989.

Nel secondo dominio l'Aai offre una misura della partecipazione sociale¹⁸ ponendo attenzione al contributo degli anziani nella società attraverso forme di impegno anche indiretto legate sia alla dimensione del sostegno familiare che a quello più ampio della partecipazione politica e alle attività di volontariato¹⁹. L'intento è di esaminare da varie angolazioni, individuale e associativa, le diverse modalità di partecipazione delle persone anziane e individuare le condizioni che ne favoriscono lo sviluppo. I risultati evidenziano un quadro articolato e differenziato di dinamiche, opportunità e limiti delle attività svolte dalle persone anziane nella società.

La partecipazione sociale in Italia risulta stabile nel tempo. Tra il 2007 e il 2018, infatti, il punteggio medio è rimasto di 15 punti, ma questo non significa che non si siano registrati cambiamenti a livello regionale (Tavola 3.9).

Tavola 3.9 - Punteggio dell'indice generale del dominio partecipazione per regione e ripartizione geografica. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)

Territorio	Indice generale			Variazioni 2018-2007	Graduatoria	
	2007	2012	2018		2007	2018
Piemonte	17,2	17,0	14,5	-2,7	3	13
Valle D'Aosta	16,3	14,1	13,7	-2,6	9	3
Liguria	15,3	12,3	15,0	-0,3	11	7
Lombardia	16,4	17,0	15,8	-0,6	8	4
Bolzano-Bozen	16,9	17,4	20,6	3,7	5	1
Trento	17,7	17,5	19,3	1,6	2	2
Veneto	16,5	17,5	15,6	-0,9	7	10
Friuli-Venezia Giulia	14,2	15,6	16,6	2,4	15	8
Emilia-Romagna	17,9	14,1	17,5	-0,4	1	5
Toscana	16,7	15,1	14,6	-2,1	6	11
Umbria	14,6	14,6	15,8	1,2	14	6
Marche	15,2	17,2	15,2	0,0	12	9
Lazio	10,9	14,2	13,2	2,3	21	19
Abruzzo	16,9	10,7	15,7	-1,2	4	15
Molise	13,5	15,8	12,3	-1,2	17	17
Campania	14,0	13,3	12,9	-1,1	16	22
Puglia	12,1	13,4	15,5	3,4	20	20
Basilicata	15,9	12,8	14,6	-1,3	10	16
Calabria	9,7	11,6	15,3	5,6	22	21
Sicilia	12,8	11,6	14,1	1,3	19	18
Sardegna	13,1	13,5	10,8	-2,3	18	12
Italia	15,0	15,0	15,0	0,0	-	-
Nord	16,6	16,3	15,9	-0,7	-	-
Centro	13,7	14,9	14,1	0,4	-	-
Mezzogiorno	13,0	12,6	13,9	0,9	-	-

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

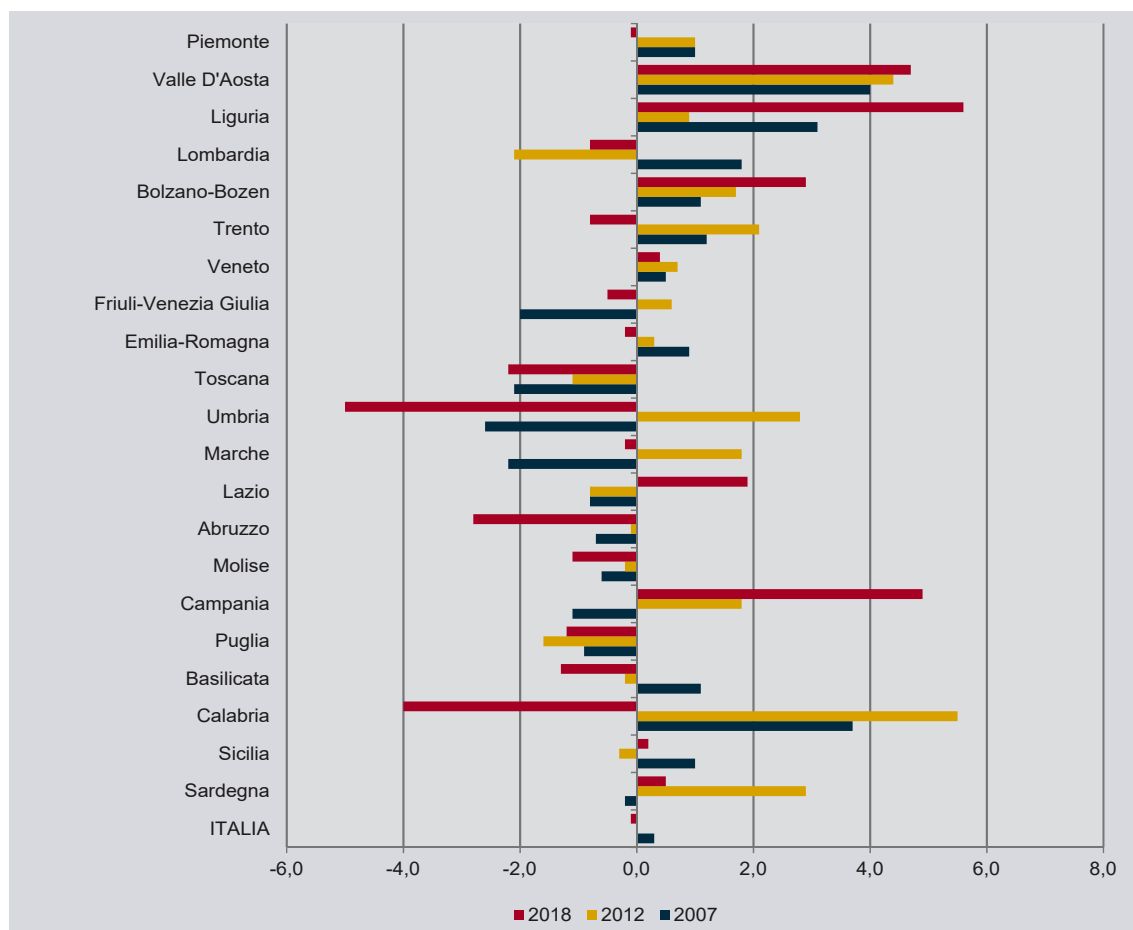
Se il fenomeno della polarizzazione geografica, con l'Italia settentrionale e centrale da un lato e il Mezzogiorno dall'altro, è a prima vista elemento dirimente in questo dominio,

¹⁸ Cfr. Zaidi, A. et al, 2012.

¹⁹ I dati utilizzati per il calcolo degli indicatori considerati per questo dominio, provengono da due indagini nazionali dell'Istat, Aspetti della vita quotidiana e Famiglia e soggetti sociali. Per entrambi le indagini, la progettazione del campione consente stime a livello regionale. Per quanto riguarda gli indicatori "Assistenza ai bambini" e "Assistenza agli adulti", poiché non vi sono dati sugli anni di interesse, sono stati utilizzati i dati relativi al 2003, al 2009 e 2016, temporalmente più vicini agli anni di riferimento. Quello sul volontariato è invece un indicatore disponibile ogni anno. Per quanto riguarda la partecipazione politica, si è ritenuto opportuno utilizzare un indicatore composto, anch'esso disponibile ogni anno, in grado di cogliere aspetti multidimensionali della partecipazione politica visibile, in cui le persone cioè si impegnano personalmente.

questo tuttavia non è sufficiente a spiegare tutte le differenze. Il risultato complessivo a livello regionale è infatti fortemente influenzato da fattori istituzionali e territoriali che ne rappresentano al contempo limiti e opportunità differenti, tant'è che è possibile definire tre gruppi di regioni, a prescindere dalla loro appartenenza alle diverse aree macro-geografiche. Al primo gruppo appartengono le regioni che guidano la classifica con alti livelli di partecipazione, tra esse le province autonome di Bolzano (con il valore massimo di 20,6 punti) e di Trento, il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna. Il secondo gruppo comprende le regioni che si collocano al di sopra della media nazionale: Liguria, Lombardia, Veneto, Umbria, Marche, Abruzzo, Puglia e Calabria. Infine, con valori bassi, inferiori a 15 punti, abbiamo le regioni che rientrano nel terzo gruppo, dove la Sardegna chiude la graduatoria con il punteggio minore (10,8 punti).

Figura 3.15 - Divario di genere dell'indice generale del dominio partecipazione sociale per regione. Anni 2007, 2012 e 2018
(differenze in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

La disaggregazione dei dati per sesso offre interessanti spunti di analisi (Figura 3.15).

Nel periodo osservato non si registrano differenze di genere sostanziali a livello nazionale, risultato di dinamiche differenziate nelle singole regioni. Non solo, il *gender gap* non risente nemmeno dei consueti divari territoriali Nord-sud. Nel 2018 almeno nove regioni presentano differenze quasi insignificanti, mentre un divario di genere a vantaggio degli uomini si registra in sette regioni: Umbria (+5 punti percentuali), Calabria (+4 punti), Abruz-

zo (+2,8 punti), Toscana (+2,2 punti) e Basilicata, Puglia e Molise (poco più di un punto percentuale). Una posizione relativa a vantaggio delle donne si ha, invece, solo in cinque regioni: Liguria (+5,6 punti percentuali), Campania (+4,9 punti), Valle d'Aosta (+4,7 punti), provincia autonoma di Bolzano (+2,9 punti) e Lazio (+1,9 punti). Da sottolineare i progressi della Campania, che nel 2007 registrava uno svantaggio femminile di 1,1 punti.

Quando si esaminano i singoli indicatori, emergono alcune differenze significative (Tavola 3.10). I primi due indicatori di questo dominio fanno riferimento alle attività di assistenza informale che rappresentano sia un vantaggio individuale, in termini di contributo al risparmio complessivo della famiglia, sia collettivo, in termini di minor pressione sul *welfare* pubblico e di supporto aggregato all'occupazione femminile. La quota di anziani che dichiara di avere fornito come aiuto principale assistenza a bambini e nipoti è il doppio rispetto a quella che dichiara di aver fornito assistenza a adulti non conviventi (rispettivamente 26,8 per cento contro 13,2 per cento).

Gli indicatori sulle reti di assistenza informale mostrano tutti una tendenza trasversale, a conferma della centralità del territorio e delle reti sociali ed economiche. In generale, infatti, sembrerebbero entrambi influenzati sia dalle dinamiche del mercato del lavoro sia dai sistemi di *welfare* locale. In particolare, nel caso dell'assistenza all'infanzia, va tenuto presente che le regioni dell'Italia centro-settentrionale sono quelle in cui esiste il maggior numero di minori che vivono con giovani genitori che lavorano. Questo elemento più che la carenza di servizi sul territorio per bambini fino a due anni, può essere un elemento in grado di determinare l'attivazione e la dipendenza dalle reti di assistenza²⁰.

I due indicatori, tuttavia, mostrano una tendenza diversa nel tempo. Tra il 2007 e il 2018, la percentuale di *caregiver* più anziani che si sono occupati dei bambini è diminuita dal 30,4 per cento al 26,8 per cento, (-3,6 punti) mentre la percentuale di persone anziane che si prendevano cura di adulti bisognosi di cure, nello stesso arco temporale, è aumentata dall'11,5 al 13,2 per cento (+1,7 punti). Oltre ai fattori demografici (denatalità e allungamento della speranza di vita), questo ultimo incremento potrebbe dipendere anche dai provvedimenti sempre più restrittivi varati a livello centrale e locale per accedere all'aiuto pubblico per le persone anziane e i disabili²¹.

Si registra inoltre la tendenza alla diminuzione nell'attività di cura di nipoti e bambini riferita alle donne, che può essere letta alla luce della tendenza all'aumento del tasso di occupazione delle donne mature per l'innalzamento dell'età pensionabile. Ciò non significherebbe che il nonno è sostituito da una crescente offerta di servizi di assistenza all'infanzia, ma piuttosto che questo compito ricade principalmente sui genitori, costretti a trovare un difficile equilibrio tra lavoro e vita privata.

20 Cfr. Par. 3.3.2.

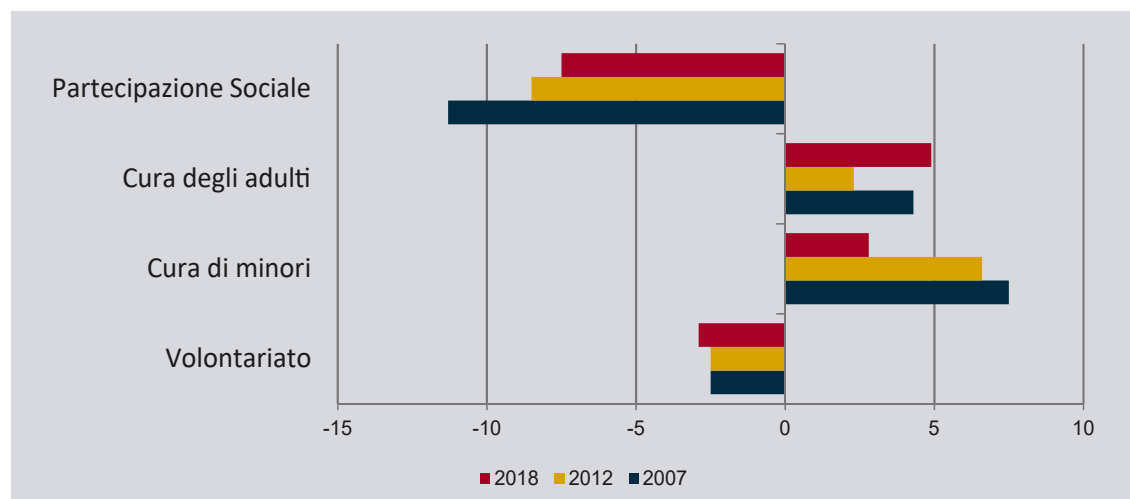
21 Cfr. Sbilanciamoci 2018, *Stiamo meglio o peggio di cinque anni fa? Un bilancio di fine legislatura*, in cui si afferma: "Miliardi di tagli al Fondo Sanitario Nazionale, contenimento dei fondi nazionali destinati al welfare e riduzione dei trasferimenti agli enti locali. Le politiche di austerità e le scelte dei Governi che si sono succeduti nella XVII legislatura hanno determinato un ridimensionamento dell'offerta di servizi di welfare che non può essere controbilanciata dall'investimento nel Reddito di Inclusione (il Rei). Sanità, istruzione, assistenza, casa e persino luoghi della detenzione che contribuiscano al reinserimento dei detenuti dovrebbero essere diritti universali, e non condizionati dall'ammontare delle risorse a disposizione o dal luogo in cui si vive". Parte seconda – Welfare prima di tutto le persone, pag. 66. http://sbilanciamoci.info/wp-content/uploads/2018/09/2018_Sbilanciamoci_Bilancio-di-fine-legislatura_def.pdf.

Tavola 3.10 - Indicatori del dominio partecipazione sociale per regione e ripartizione geografica. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)

Territorio	Volontariato			Variazioni 2018- 2007	Cura bambini			Variazioni 2018- 2007	Cura Adulti			Variazioni 2018- 2007	Partecipazione politica			Variazioni 2018- 2007
	2007	2012	2018		2007	2012	2018		2007	2012	2018		2007	2012	2018	
Piemonte	8,9	10,8	11,2	2,3	37,5	39,3	27,4	-10,1	13,5	10,6	12,7	-0,8	7,8	6,6	5,2	-2,6
Valle D'Aosta	10,4	8,2	12,8	2,4	30,3	24,1	21,2	-9,1	11,9	15,1	11,7	-0,2	12,9	7,4	8,4	-4,5
Liguria	6,0	10,7	9,8	3,8	31,9	20,0	21,6	-10,3	15,3	9,4	19,4	4,1	6,0	9,1	6,5	0,5
Lombardia	11,6	13,7	13,6	2,0	35,0	33,9	30,3	-4,7	11,1	11,1	10,8	-0,3	7,2	8,8	7,7	0,5
Bolzano-Bozen	15,5	18,9	16,7	1,2	35,1	31,7	37,9	2,8	3,9	6,4	12,0	8,1	15,3	14,0	16,7	1,4
Trento	18,7	17,3	22,7	4,0	31,6	33,0	32,3	0,7	9,9	10,6	12,4	2,5	11,0	8,6	9,1	-1,9
Veneto	12,3	12,0	13,2	0,9	32,8	33,9	27,9	-4,9	10,3	14,1	12,3	2,0	10,7	9,1	8,4	-2,3
Friuli-Venezia Giulia	9,1	9,9	10,6	1,5	28,4	30,6	35,1	6,7	11,5	13,3	11,4	-0,1	6,9	7,6	8,8	1,9
Emilia-Romagna	10,7	8,5	13,8	3,1	34,2	30,0	34,4	0,2	14,6	9,2	11,9	-2,7	11,7	8,7	9,2	-2,5
Toscana	9,7	9,6	10,8	1,1	36,3	32,7	30,1	-6,2	10,9	8,1	8,7	-2,2	9,4	10,3	8,6	-0,8
Umbria	5,1	5,4	10,0	4,9	30,0	35,5	26,3	-3,7	12,2	10,3	16,3	4,1	10,7	6,5	9,4	-1,3
Marche	6,8	7,8	9,1	2,3	31,1	41,8	25,0	-6,1	14,1	11,2	16,6	2,5	7,5	7,3	8,7	1,2
Lazio	4,2	6,2	8,2	4,0	22,4	32,0	21,8	-0,6	7,7	8,5	12,2	4,5	9,7	10,6	10,1	0,4
Abruzzo	3,5	4,9	4,4	0,9	33,4	20,2	25,5	-7,9	17,5	7,9	19,6	2,1	12,1	10,5	11,5	-0,6
Molise	3,5	4,2	3,6	0,1	27,5	28,0	20,6	-6,9	8,0	17,8	12,6	4,6	16,5	12,0	12,3	-4,2
Campania	3,9	3,7	4,6	0,7	26,3	29,5	15,6	-10,7	13,8	9,6	19,4	5,6	11,3	10,4	10,0	-1,3
Puglia	3,9	4,6	7,7	3,8	19,7	31,6	25,8	6,1	10,5	7,0	14,5	4,0	15,0	11,2	13,7	-1,3
Basilicata	4,3	5,1	6,6	2,3	32,6	23,2	19,7	-12,9	12,9	10,3	15,7	2,8	14,2	13,4	16,5	2,3
Calabria	2,7	4,0	5,6	2,9	12,6	20,0	20,0	7,4	10,2	11,4	20,7	10,5	14,2	10,8	13,4	-0,8
Sicilia	3,7	4,4	4,6	0,9	25,0	21,0	22,1	-2,9	12,6	10,7	17,2	4,6	9,4	10,3	11,1	1,7
Sardegna	8,6	10,0	8,9	0,3	25,1	24,3	14,2	-10,9	6,2	9,0	11,0	4,8	14,1	11,1	8,7	-5,4
Italia	7,8	8,6	9,8	2,0	30,4	31,4	26,8	-3,6	11,5	10,2	13,2	1,7	10,0	9,5	9,3	-0,7
Nord	10,8	11,8	13,0	2,2	34,2	33,1	30,1	-4,1	12,0	11,2	12,0	0,0	8,8	8,5	7,8	-1,0
Centro	6,5	7,5	9,3	2,8	28,8	33,8	25,2	-3,6	9,9	8,9	11,9	2,0	9,4	9,7	9,3	-0,1
Mezzogiorno	4,1	4,8	5,7	1,6	24,1	25,8	20,7	-3,4	11,7	9,4	16,7	5,0	12,3	10,8	11,5	-0,8

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

L'assistenza informale a bambini e adulti non conviventi è l'unica sfera in cui prevalgono le donne (28,0 per cento in caso di assistenza ai bambini e 15,3 per cento in caso di assistenza agli adulti) rispetto agli uomini (25,0 per cento e 10,4 per cento rispettivamente) (Figura 3.16), per cui su di loro ricade il peso maggiore del *welfare* familiare.

Figura 3.16 - Divario di genere degli indicatori del dominio partecipazione sociale. Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Il terzo indicatore è riferito alla partecipazione ad associazioni di volontariato delle persone anziane. L'impegno degli anziani nei confronti delle associazioni e del lavoro di volontariato, sebbene mostri chiari benefici collettivi, come una maggiore fiducia nel tessuto sociale e il sostegno al benessere integrando i servizi di assistenza sociale, ha anche una dimensione di beneficio individuale, aumentando le opportunità delle singole persone anziane di rompere il loro isolamento (si veda il paragrafo 3.3.2). Dall'analisi dei dati sembrerebbe ci sia un *continuum* tra le attività di assistenza informale e la partecipazione ad attività di volontariato organizzato. Secondo molti studi, infatti, la solidarietà è precedentemente appresa e interiorizzata all'interno della famiglia e quindi estesa a circoli sociali più ampi e distanti. Questo indicatore nel 2018 registra una percentuale di persone anziane che svolgono attività di volontariato (9,8 per cento) inferiore a quella relativa all'assistenza ai bambini e all'assistenza agli adulti, sebbene registri un aumento di 2 punti percentuali rispetto al 2007. L'incremento di questa attività ha contribuito, almeno in parte, a contenere le perdite registrate sul fronte della partecipazione politica. Il volontariato coinvolge nelle età mature e anziane una quota più alta di uomini (11,4 per cento) rispetto alle donne (8,5 per cento). Sia per gli uomini che per le donne si trovano punteggi più alti nel Nord rispetto al Mezzogiorno.

Infine, riguardo all'ultimo indicatore considerato, nel 2018 le persone sembrano sempre più distanti dalla politica, distaccate o addirittura indifferenti (Schiavone, 2013) per una molteplicità di concause. Sembra infatti emergere una crescente sfiducia nei partiti politici, accusati di essere tra i principali responsabili della crisi finanziaria e delle politiche di austerità che hanno reso la popolazione italiana generalmente più povera, viene meno al contempo il forte radicamento sul territorio delle forze politiche tradizionali e si vanno affermando nuove forme attraverso cui si esprime la partecipazione politica dei cittadini²². La quota assolutamente modesta di coloro che nel 2018 hanno dichiarato di avere partecipato attivamente alla vita politica del Paese (9,3 per cento) sembra confermare questa visione pessimistica. Il livello di partecipazione politica è più elevato nel Mezzogiorno (11,5 per cento, 7,8 per cento nel Nord). Notevole il divario tra la partecipazione politica di uomini e donne, a vantaggio dei primi (rispettivamente 13,4 per cento e 5,9 per cento). Ma mentre il livello di partecipazione delle donne rimane pressoché invariato, questo diminuisce tra gli uomini (-2,9 punti rispetto al 2007).

A livello nazionale, nell'intervallo di tempo compreso tra il 2007 e il 2018, la tendenza complessiva del dominio è rimasta sostanzialmente stabile (15,0 punti) per il bilanciato rapporto tra le diverse tendenze nei quattro indicatori che lo compongono. Ciò è dovuto alle profonde trasformazioni in atto della società italiana guidate nel corso del periodo considerato da diversi fattori, come la crisi economica che ha minato principi come l'uguaglianza sociale e comportato minori investimenti pubblici nel *welfare* a sostegno delle famiglie, e in parallelo una maggiore sfiducia nei confronti delle istituzioni pubbliche e nella politica.

Le regioni che, nel periodo osservato, mostrano un miglioramento più marcato in questa dimensione sono la Calabria (+5,6 punti), la provincia autonoma di Bolzano (+3,7), la Puglia (+3,4), seguono Friuli-Venezia Giulia e Lazio (con oltre due punti). Registrano diminuzioni di oltre due punti percentuali il Piemonte, La Valle D'Aosta, la Toscana e la Sicilia.

²² Nel 2018 diminuisce la partecipazione diretta e aumentano forme di partecipazione indiretta. In tal senso Cfr. Istat, Elezioni e attività politica e sociale. Annuario statistico italiano 2018, cap 8, pp. 404-405.

In definitiva, tra 2007 e 2018 non è stata registrata nella partecipazione sociale degli anziani alcuna variazione di rilievo.

Quanto emerge dall'analisi dei dati si traduce in un arricchimento in termini di conoscenza utile per individuare le azioni da intraprendere al fine di capitalizzare e accompagnare la partecipazione attiva degli anziani nella società, a beneficio degli anziani stessi e della collettività.

3.3.1 Il ruolo degli anziani nel welfare familiare²³

Di seguito si analizzerà il ruolo svolto dalle persone di 55 anni e più nel prestare aiuto ad altri coabitanti e non.

Le motivazioni e i modi in cui il lavoro di cura viene fornito gratuitamente dagli individui in un determinato contesto sociale e culturale è stato analizzato in diversi studi (Parsons, 1943, Cox et al., 1995, Litwak, 1985). Questi lavori hanno esplicitato le relazioni esistenti tra le diverse forme di sostegno che possono ricevere le famiglie. I filoni interpretativi possono, in modo estremamente sintetico, essere ricondotti a tre:

1. sostituzione, l'offerta pubblica colma le richieste di assistenza che le famiglie non riescono ad assolvere da sole;
2. complementarità o di supporto, le diverse forme di aiuto vengono fornite simultaneamente e in modo collaborativo;
3. compensazione gerarchica: le forme di aiuto hanno una gerarchia che ha al livello base gli aiuti informali della rete di supporto, seguono gli aiuti a pagamento attivati dalle famiglie e, nel caso in cui queste forme di aiuto non siano sufficienti o non siano attivabili, interviene l'aiuto formale da parte delle istituzioni.

Questo quadro teorico risulta particolarmente utile per iscrivere le forme di aiuto che vengono messe in atto dalle famiglie nel contesto di servizi a loro disposizione a seconda del *welfare* presente nel territorio di appartenenza.

Il sistema sociale italiano (Esping-Andersen, 1999 e 2006) è particolarmente carente dal punto di vista dei servizi alla persona, anche per la presenza di una cultura familista che delega ai familiari l'assistenza e la cura dei propri cari.

L'indagine "Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita", condotta nel 2016, consente di analizzare il ruolo delle persone di 55 anni e più sia nella rete familiare estesa (familiari non coabitanti) sia in quella circoscritta (persone coabitanti con problemi legati all'invecchiamento). Le persone nella fascia di età considerata sono ancora in parte nel pieno della vita lavorativa e, generalmente, in condizioni di buona salute, sono però in linea di massima scevri dal carico di cura nei confronti dei propri figli, che o hanno lasciato la famiglia di origine o comunque non necessitano più di attività di cura. Liberi da carichi di lavoro familiare nei confronti dei figli, essi, spesso, sono coinvolti nella cura dei genitori (propri o del partner) e in fasi sempre più avanzate della vita nell'accudimento dei nipoti.

Il carico di lavoro familiare, dunque, non diminuisce in questa fase della vita, ma si sposta fuori dalle proprie mura domestiche. Cogliere il bisogno di cura che viene svolto dalle persone in questa fase della vita è un'indicazione di quali sono i settori di assistenza in cui è particolarmente coinvolta la rete informale.

²³ Il paragrafo è stato curato da Eleonora Meli.

Con le analisi riportate di seguito è possibile cogliere la dimensione del fenomeno e connotarlo per tipo di aiuto fornito, livello di impegno profuso e condivisione con altri dell'attività di cura. È inoltre possibile tracciare un profilo dei *caregiver* di 55 anni e più sia per caratteristiche individuali, sia del territorio di appartenenza.

Oltre un terzo delle persone di 55 anni e più (34,7 per cento) si è attivata nelle quattro settimane precedenti l'intervista per fornire aiuto gratuito a persone non coabitanti, si tratta di circa 7,3 milioni di persone (Tavola 3.11). La quota più alta si registra tra i 55 e i 64 anni (44,1 per cento), in misura decisamente più consistente tra le donne di questa fascia di età (49,3 per cento) rispetto agli uomini (38,6 per cento). Le persone di 55 anni e più che assistono un familiare coabitante per problemi legati all'invecchiamento sono l'8,8 per cento, meno di 2 milioni di persone, con un picco che raggiunge l'11,1 per cento per le donne tra 65 e 74 anni. In media, i *caregiver* forniscono 2,1 aiuti. Il numero medio di aiuti diminuisce all'aumentare dell'età: i 55-64enni forniscono in media 2,3 aiuti, i 75enni e più 1,8. La lettura per genere non evidenzia differenze sul numero medio di aiuti, emergono però differenze sostanziali nell'organizzazione dell'aiuto. Il 31,5 per cento dei *caregiver* si organizza con altre persone nel fornire aiuto (circa 2,3 milioni di persone), si tratta in misura maggiore di uomini (38,5 per cento), in particolare entro i 74 anni. Coloro che invece fanno parte di una rete di volontariato sono solamente il 6,1 per cento, poco più di 400 mila persone.

Tavola 3.11 - Persone di 55 anni e più che hanno fornito aiuto gratuito e numero medio di aiuti per sesso e classe di età. Anno 2016 (valori percentuali e valori medi)

Classe di età	Persone che hanno dato almeno un aiuto	Assistenza a familiari conviventi	Persone che hanno dato almeno un aiuto come volontarie	Persone che hanno condiviso almeno un aiuto con altri	Numero medio di aiuti dati
			Maschi		
55-64 anni	38,6	6,5	7,0	39,7	2,3
65-74 anni	38,6	8,7	7,2	40,3	2,1
75 anni e più	21,2	10,3	5,8	31,6	1,8
Totale	33,7	8,3	6,8	38,5	2,1
			Femmine		
55-64 anni	49,3	8,8	4,7	31,6	2,3
65-74 anni	38,0	11,1	5,2	24,8	2,1
75 anni e più	19,7	8,2	8,0	14,1	1,7
Totale	35,5	9,2	5,5	26,0	2,1
			Totale		
55-64 anni	44,1	7,7	5,6	35,0	2,3
65-74 anni	38,3	10,0	6,1	32,2	2,1
75 anni e più	20,3	9,0	7,1	21,3	1,8
Totale	34,7	8,8	6,1	31,5	2,1

Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

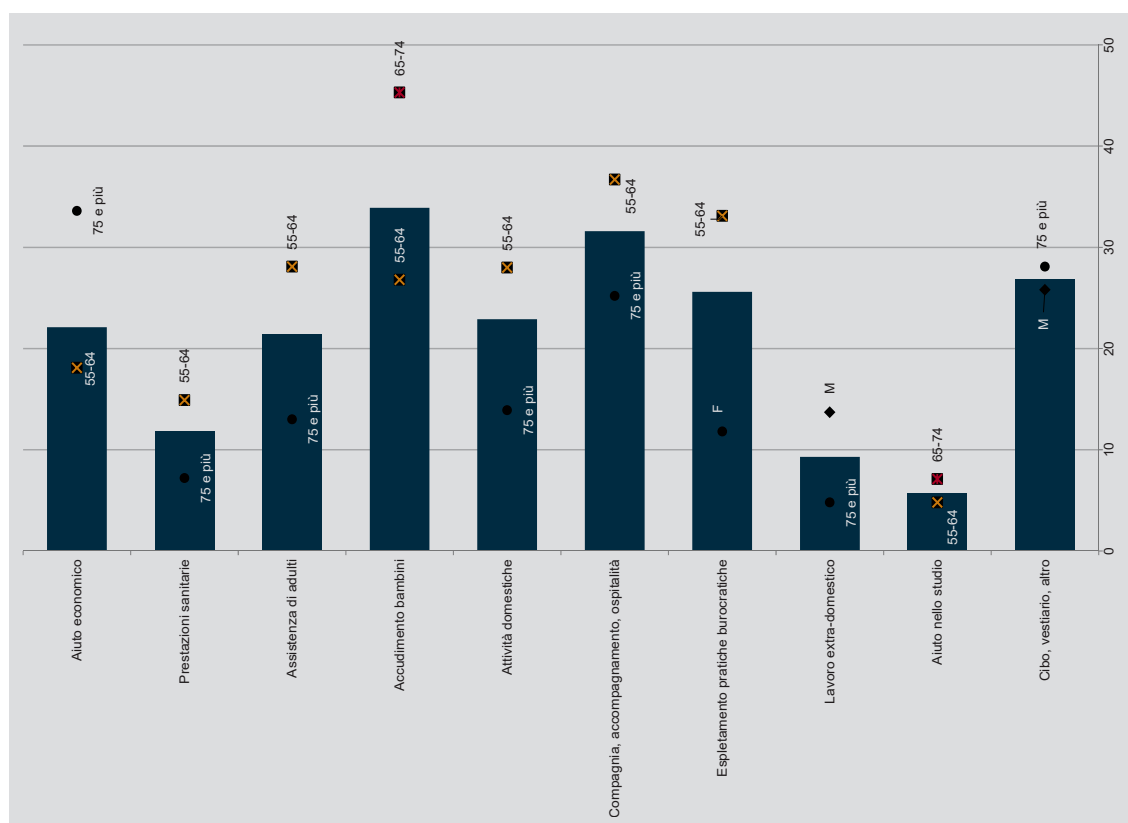
Circa un terzo delle persone di 55 anni e più fornisce aiuti rivolti all'accudimento di bambini, sempre riferiti alla gestione quotidiana sono gli aiuti per accompagnamento (31,6 per cento) e in beni come cibo o vestiario (26,8 per cento). Il tipo di aiuto che viene prestato ha una forte connotazione di genere (Figura 3.17). Mentre la quota di donne che si attiva per aiuti che prevedono accudimento, cura e gestione della quotidianità (accudimento bambini, compagnia, cibo, vestiario, attività domestiche, assistenza adulti, prestazioni sanitarie, aiuto nello studio) è sempre più alta della quota di uomini, questi ultimi si contraddistinguono per attivarsi su temi più legati alla contigenza e di tipo pratico (espletamento pratiche burocratiche, aiuti economici, lavoro extra-domestico).

A livello territoriale è nel Nord del Paese che si registrano le quote più elevate di *caregiver* di 55 anni e più (42,5 per cento nel Nord-est e 39,2 per cento nel Nord-ovest), in particolare in Friuli-Venezia Giulia (46,8 per cento), Veneto (42,8 per cento) e Lombardia (42,1 per cento) (Figura 3.18). Queste sono anche le zone del Paese con i livelli più alti di servizi offerti dai comuni per le famiglie e l'infanzia (Istat 2019). Parimenti sono in questi stessi contesti territoriali che più spesso le persone si organizzano con altri per prestare aiuto, con una specificità rispetto ai residenti nelle periferie delle aree metropolitane che più spesso fanno rete nel prestare aiuti informali (37,4 per cento).

Coloro che si organizzano tramite associazioni di volontariato risiedono in misura maggiore in Veneto (9,9 per cento) e Lombardia (9,0 per cento) e hanno come caratteristica specifica la piccola dimensione demografica del comune di residenza (sono l'8,4 per cento nei comuni da 2 a 10 mila abitanti).

Sulla base delle informazioni raccolte dall'indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita è possibile poi analizzare, nel caso in cui gli intervistati abbiano dato più di un aiuto, quello che viene da loro considerato il più importante.

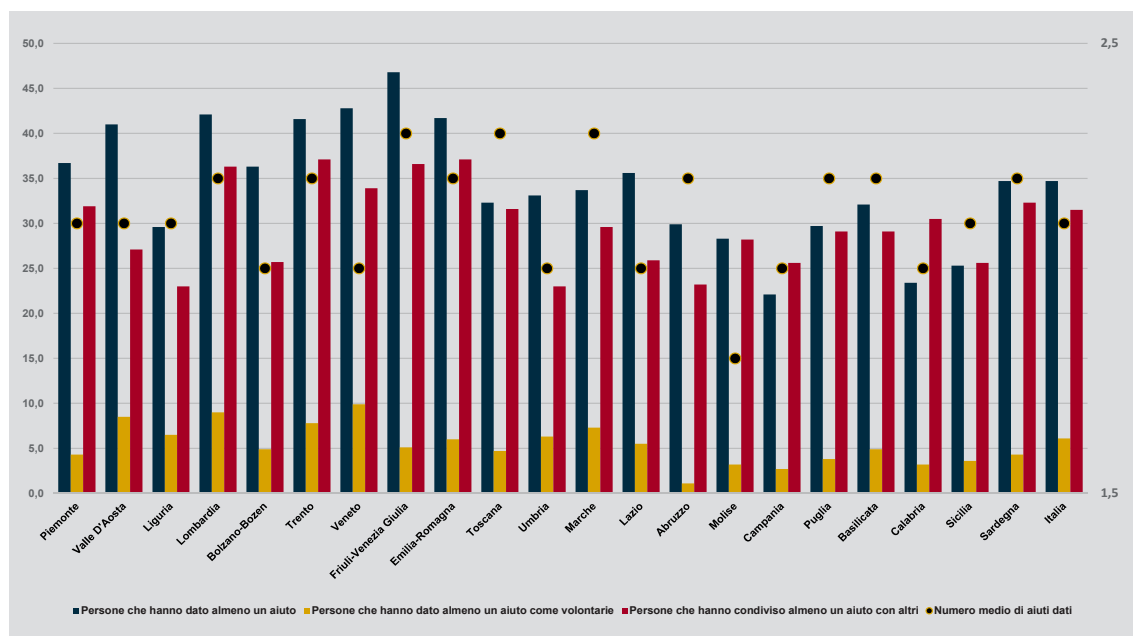
Figura 3.17 - Persone di 55 anni e più che hanno dato almeno un aiuto gratuito nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipo di aiuto, sesso e classe di età. Anno 2016 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

Il 26,8 per cento delle persone di 55 anni e più (circa 2 milioni di persone) ha valutato l'accudimento dei bambini essere l'aiuto più importante che ha dato nelle quattro settimane precedenti all'intervista (Figura 3.19). Si tratta del 39,9 per cento delle donne tra 65 e 74 anni e del 34,6 per cento degli uomini della stessa età. L'assistenza agli adulti viene considerato l'aiuto più importante dal 13,2 per cento dei *caregiver* (poco

Figura 3.18 - Persone di 55 anni e più che hanno dato almeno un aiuto gratuito nelle quattro settimane precedenti l'intervista, che hanno dato almeno un aiuto come volontarie, che si sono organizzati con altri per fornire l'aiuto e numero medio di aiuti per regione. Anno 2016 (valori percentuali e valori medi)



Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

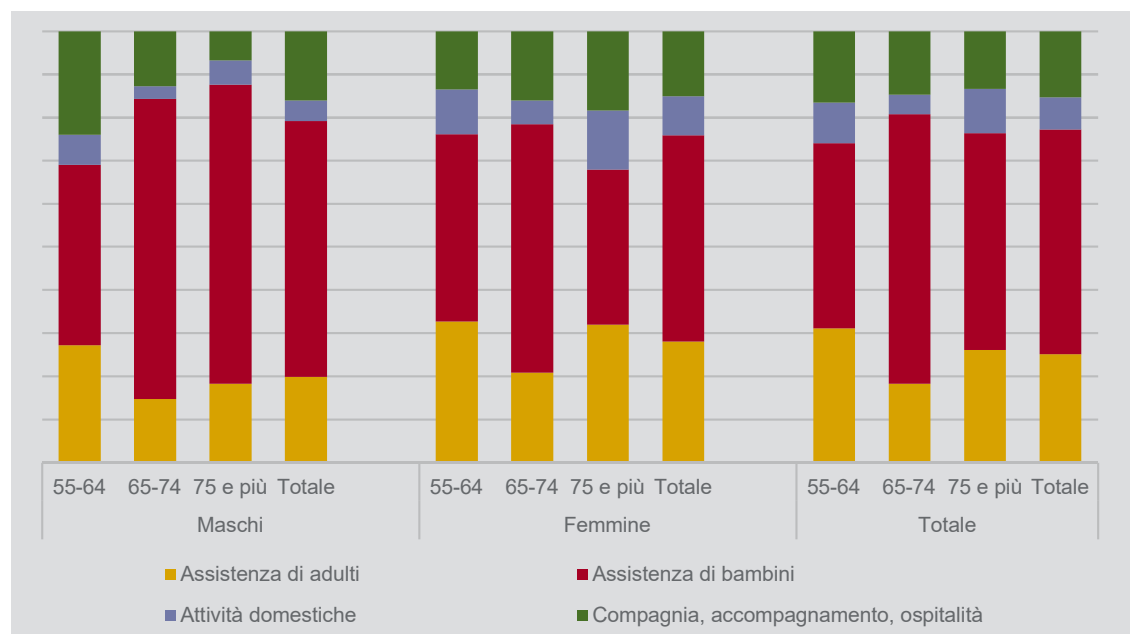
meno di un milione di persone), interessando in particolar modo quelli più giovani (20,8 per cento delle donne 55-64enni e il 17,6 per cento dei coetanei maschi).

Il territorio offre una lettura differenziata per i due tipi di aiuto in cui sono coinvolti i *caregiver* di almeno 55 anni, il 31,9 per cento di chi reputa l'aiuto principale fornito l'accudimento dei bambini risiede nel Nord-est. La provincia di Bolzano, il Friuli-Venezia Giulia e l'Emilia-Romagna sono le aree con le quote più alte di aiuti per bambini (rispettivamente 37,9, 35,1 e 34,4 per cento). Un terzo di queste persone vive in comuni periferia dell'area metropolitana. Sul fronte dell'assistenza agli adulti ad attivarsi sono soprattutto i residenti nel Mezzogiorno (17,5 per cento), con quote che sfiorano un quinto dei *caregiver* in Calabria, Abruzzo e Campania (rispettivamente, 20,7, 19,6 e 19,4 per cento). Il 15,9 per cento risiede in comuni di medie dimensioni (da 10 a 50 mila abitanti) e il 15,7 per cento in comuni di piccole dimensioni (fino a 2 mila abitanti).

Le ore di aiuto erogate nelle quattro settimane dalle persone di 55 anni e più sono 264 mila, ma tale carico di ore di aiuto non è distribuito equamente tra uomini e donne: queste ultime svolgono il 60 per cento delle ore totali di aiuto, fornendo aiuto per circa 65 mila ore in più degli uomini. Il maggiore carico di lavoro di cura svolto dalle donne al di fuori della propria famiglia, ricade principalmente sulle donne tra 55 e 64 anni che svolgono oltre 78 mila ore di aiuto (Moreno 2002).

Più del 45 per cento del monte ore totale viene assorbito dall'accudimento ai bambini (circa 120 mila ore), al secondo posto come numero di ore dedicate si trova l'assistenza agli adulti (si spendono oltre 57 mila ore), pari ad un quinto del monte ore totali. In queste due attività di cura la prevalenza di genere nelle ore ad esse dedicate risulta evidente: gli uomini spendono la metà del loro tempo di aiuto nell'accudimento dei bambini, mentre le donne hanno tempi di aiuto più distribuiti: il 42,1 per cento è destinato all'accudimento di bambini e un quarto viene assorbito dall'assistenza ad adulti.

Figura 3.19 - Ore di aiuto erogate nelle quattro settimane precedenti l'intervista a persone non coabitanti per tipo principale di aiuto, sesso e classe di età (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

Considerato che soprattutto tra 55 e 64 anni una buona parte della popolazione può essere ancora attiva sul mercato del lavoro, si è considerato il ruolo giocato dalla condizione professionale nella disponibilità a fornire aiuto. Essere occupati o meno agisce su un doppio binario rispetto alla disponibilità ad aiutare persone non coabitanti: da un lato chi è ancora occupato è sicuramente più giovane e in buona salute, dall'altro ha meno tempo a disposizione e giornate più piene (Guidi et al., 2016). In generale essere occupati incentiva la predisposizione verso la cura di altri: gli occupati *caregiver* sono il 42,8 per cento degli occupati, rispetto al 33,0 per cento dei non occupati (Figura 3.20). Se il maggiore impegno in generale delle persone occupate emerge dalla quota di *caregiver*, le attività a cui si dedicano cambiano sensibilmente. Aumentano infatti gli aiuti forniti per l'espletamento di pratiche burocratiche, mentre subisce un crollo l'accudimento dei bambini, aiuto che presumibilmente non è conciliabile con l'impegno lavorativo ma, a parte questa forma di aiuto, tutti gli altri aiuti considerati impegnano quote più elevate di occupati, aumentando anche il numero medio di aiuti fornito da questi ultimi (2,1 è il numero medio di aiuti forniti da chi non è occupato, 2,4 quelli degli occupati).

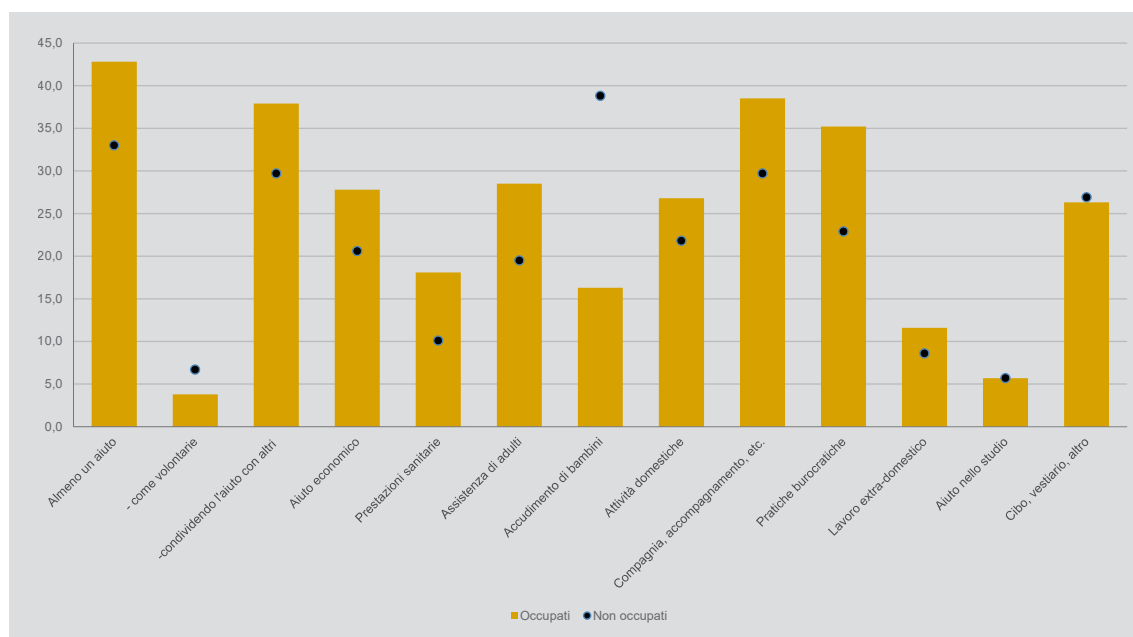
Le oggettive condizioni di impegno su più fronti fanno sì che chi è ancora attivo nel mercato del lavoro tende maggiormente a coordinarsi con altri per prestare aiuto (37,9 per cento rispetto al 29,7 dei non occupati).

Questi dati confermano due importanti evidenze: il fatto che le famiglie e le persone si aiutano anche a prescindere da una necessità oggettiva, quasi a conferma della relazione esistente, e la complementarità degli aiuti.

In altri termini, anche laddove lo stato sociale è più presente e organizzato (come in Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, eccetera), con una maggiore diffusione di servizi per le famiglie e per l'infanzia e anche il numero di utenti è cospicuo, ciò non comporta un minore coinvolgimento della rete informale, anzi le reti di aiuto si attivano ugualmente e in maniera complementare. Nello specifico si nota come il 25,3 per cento degli utenti dei

servizi per l'infanzia sono presi in carico in Emilia-Romagna (Tavola 3.12) e nella stessa regione gli aiuti forniti dalle persone di 55 anni e più per l'accudimento dei bambini siano tra i più alti (34,4 per cento).

Figura 3.20 - Persone di 55 anni e più che hanno dato almeno un aiuto gratuito nelle quattro settimane precedenti l'intervista per tipo di aiuto e condizione professionale. Anno 2016 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Famiglie, soggetti sociali e ciclo di vita

Da un'analisi congiunta delle caratteristiche che risultato determinanti nell'attivazione delle persone di 55 anni e più verso altri non coabitanti si aggiunge alle analisi già prodotte l'elemento della coesistenza degli elementi analizzati (Tavola 3.13). A tale scopo è stato utilizzato un modello di regressione logistica la cui variabile risposta è la probabilità per una persona di 55 anni e più di fornire aiuto gratuitamente ad altri non coabitanti, le variabili esplicative utilizzate sono di natura demografica (sesso, età, stato civile), socio-culturale (titolo di studio, condizione professionale, giudizio sulle proprie risorse economiche) e territoriali (ripartizione geografica e tipo di comune di residenza), oltre ad una proxy di coinvolgimento multiplo (se si prende cura di persone coabitanti).

I risultati confermano il maggiore coinvolgimento delle donne, delle persone con meno di 75 anni, in particolar modo è più probabile che a fornire aiuto siano persone di 55-64 anni, parimenti significativo è essere residenti nel Nord del Paese.

La probabilità di aiutare è maggiore tra i coniugati e invece è meno probabile tra i celibi e le nubili, avere un titolo di studio elevato (almeno la laurea) è la caratteristica che maggiormente influenza la possibilità di essere un *caregiver*, aiuta anche avere un giudizio ottimo delle proprie risorse economiche e a conferma che chi è già attivo si attiva più facilmente: la probabilità di fornire aiuti aumenta se già dentro casa ci si prende cura di un familiare.

Da queste analisi emerge un modello di aiuto che vede largamente coinvolte le persone di 55 anni e più, con caratteristiche peculiari rispetto al genere, all'età e anche al titolo di studio. Ciò va oltre lo stereotipo che vede gli anziani come una categoria debole e bisognosa di assistenza. Da questo contesto emerge che, compatibilmente con condizio-

3. L'invecchiamento attivo in Italia

ni di salute soddisfacenti, gli anziani sono invece soggetti attivi, e che con il loro operato costituiscono uno degli assi portanti del *welfare* familiare che caratterizza il nostro Paese.

Tavola 3.12 - Alcuni indicatori di diffusione di servizi alle famiglie e quota di persone di 55 anni e più che danno aiuto gratuito. Anno 2016 (valori percentuali)

Regione	Presa in carico di tutti gli utenti dei servizi per l'infanzia (a)	Anziani trattati in assistenza domiciliare socio-assistenziale (b)	Diffusione dei servizi per l'infanzia (c)	Persone di 55 anni e più che hanno dato almeno un aiuto gratuito nelle 4 settimane precedenti l'intervista (d)	Assistenza di adulti	Accudimento di bambini
Piemonte	12,4	0,7	29,5	36,7	12,7	27,4
Valle d'Aosta	22,6	4,4	100,0	41,0	11,7	21,2
Liguria	15,1	1,0	33,6	46,8	11,4	35,1
Lombardia	15,6	1,5	80,8	29,6	19,4	21,6
Bolzano/Bozen	15,9	4,9	-	39,0	12,2	34,8
Trento	26,4	2,5	90,4	36,3	12,0	37,9
Veneto	10,5	1,1	78,0	41,6	12,4	32,3
Friuli-Venezia Giulia	22,2	2,0	100,0	42,8	12,3	27,9
Emilia-Romagna	25,3	1,2	87,4	41,7	11,9	34,4
Toscana	23,3	0,5	82,1	32,3	8,7	30,1
Umbria	15,8	0,3	55,4	33,1	16,3	26,3
Marche	16,0	0,5	49,6	33,7	16,6	25,0
Lazio	16,9	0,5	33,6	35,6	12,2	21,8
Abruzzo	8,4	1,1	44,9	29,9	19,6	25,5
Molise	11,8	1,6	42,6	28,3	12,6	20,6
Campania	3,6	0,7	57,1	22,1	19,4	15,6
Puglia	6,5	0,7	64,3	29,7	14,5	25,8
Basilicata	6,9	1,0	34,4	32,1	15,7	19,7
Calabria	2,2	0,7	22,5	23,4	20,7	20,0
Sicilia	5,2	1,1	40,0	25,3	17,2	22,1
Sardegna	11,3	2,1	30,8	34,7	11,0	14,2
Italia	13,0	1,0	58,1	34,7	13,2	26,8

Fonte: Istat, varie rilevazioni

(a) Bambini tra zero e 3 anni compiuti che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi, servizi integrativi e innovativi) sul totale della popolazione in età 0-2 anni.

(b) Anziani trattati in assistenza domiciliare socio-assistenziale sul totale della popolazione anziana (65 anni e oltre).

(c) Comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi) sul totale dei comuni della regione.

(d) Persone 55 anni e più che danno aiuti sul totale della popolazione 55 anni e più della stessa regione.

3.3.2 Il volontariato attivo degli anziani²⁴

La partecipazione attiva alla vita sociale e in particolare ad attività di volontariato organizzato rappresenta, come mostrato in precedenza²⁵, una componente costitutiva del concetto di invecchiamento attivo. Impegnare il proprio tempo per il bene comune, soprattutto in una fase della vita in cui progressivamente cresce il tempo liberato dal lavoro, sia quello retribuito sia quello legato alle responsabilità di cura verso i propri figli ormai adulti, contribuisce sensibilmente al benessere degli anziani (Mannarini et al., 2017), consolidando la percezione di sé come soggetto ancora utile agli altri e proteggendo dall'isolamento. Il volontariato amplia, infatti, le reti sociali con effetti positivi su diverse componenti della qualità della vita, in particolare per gli anziani (Istat, 2018).

Conoscenze aggiuntive sia sulle caratteristiche oggettive delle attività volontarie - quantità di ore donate, tipo di lavoro svolto, ambito associativo in cui ci si attiva - sia sulla sfera soggettiva individuale - motivazioni e ricadute personali dichiarate dai volontari - offrono ulteriori elementi per una riflessione più attenta sul ruolo delle attività di volontariato per il benessere individuale e collettivo²⁶.

²⁴ Il paragrafo è stato curato da Tania Cappadozzi.

²⁵ Cfr. par.3.3.

²⁶ Informazioni statistiche aggiuntive che consentono di andare oltre la misurazione del livello di partecipazione alle

Tavola 3.13 - Stima e significatività dei parametri sulla probabilità che le persone di 55 anni e più forniscano aiuto gratuito

Parametro	Stima	Pr > ChiQuadr	Sign
Ripartizione (ref=Mezzogiorno)			
Centro	-0.0261	0.4891	
Nord	0.3088	<.0001	***
Dominio (ref= meno 10.000)			
10.001 abitanti e piu'	0.0327	0.2758	
Comune area metropolitana	-0.0441	0.2492	
Sesso (ref=Maschi)			
Femmine	0.1408	<.0001	***
Età (ref=75+)			
55-64 anni	0.3668	<.0001	***
65-74 anni	0.1585	<.0001	***
Stato civile (ref=Vedovo/a)			
Celibe/Nubile	-0.2195	0.0008	**
Coniugato/a	0.2663	<.0001	***
Separato/a di fatto/ legalmente, Divorziato	0.0115	0.8529	
Titolo di studio (ref=Basso)			
Alto	0.4730	<.0001	***
Medio	-0.00524	0.8729	
Condizione professionale (ref=Occupato)			
Altra condizione	0.0933	0.1576	
Disoccupato	-0.0796	0.4932	
Risorse economiche (ref=Assolutamente insufficienti)			
Adeguate	-0.0316	0.5005	
Insufficienti	-0.1518	0.0802	*
Ottime	0.3092	0.0017	**
Accudimento persone coabitanti (ref=SI)			
No	-0.3337	<.0001	***

Le ore donate alla comunità dai volontari di 55 anni e più nell'arco di quattro settimane precedenti sono poco più di 37mila²⁷, con un maggior contributo da parte degli uomini, che ne svolgono il 57 contro il 43 per cento delle donne. Questo per effetto non solo della maggior partecipazione maschile a tali attività ma anche per un impegno orario pro capite superiore. In un mese, infatti, i volontari donano in media circa 24 ore del proprio tempo agli altri, che diventano 26 per gli uomini contro le 23 ore delle volontarie (Figura 3.21). Tale differenza di genere non sorprende alla luce della struttura familistica del *welfare* italiano (Ferrera, 1996), in cui le donne sono più spesso chiamate ad attività di cura rivolte ai familiari coabitanti e non (si veda il paragrafo 3.3.1). Un impegno che spesso è di ostacolo a una loro maggiore partecipazione ad attività rivolte alla comunità (Cappadozzi e Fonovic, 2019).

Come prevedibile, a erogare la quota maggiore di ore sono i volontari di 65-74 anni, tra i quali è elevata la quota di non occupati ancora in buona salute: svolgono il 39,5 per cento del complesso delle ore fornite, con un impegno pro capite di 28 ore al mese. Sono invece 17 le ore che gli occupati riescono a dedicare al volontariato, contro le 26,6 ore del totale dei non occupati. Il titolo di studio, che ha un forte impatto positivo sui tassi di partecipazione al volontariato, sembra avere un effetto inverso sull'entità dell'impegno: più il titolo è basso maggiore è l'impegno orario pro capite (si passa dalle 25 di chi ha fino alla licenza media alle 22,6 ore dei laureati).

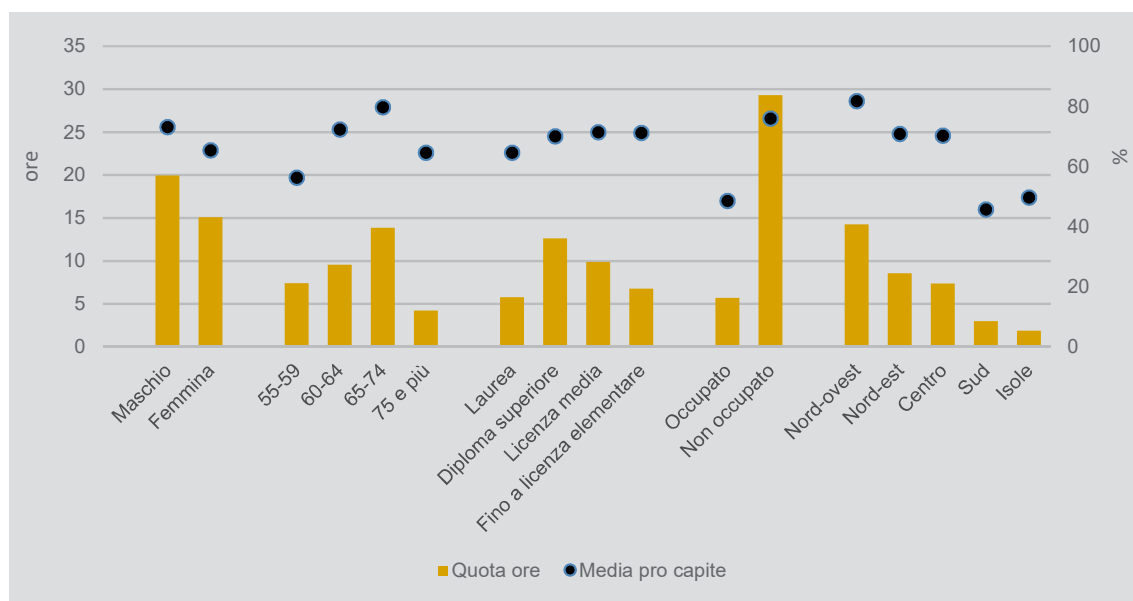
Riguardo alle differenze territoriali il gradiente Nord-sud, già analizzato per i livelli di partecipazione, caratterizza anche l'entità dell'impegno prestato dai volontari. Nelle regioni del Nord le ore pro capite fornite sono molto elevate, con picchi di 39 ore in Friuli-Venezia Giulia e 33,4 in Piemonte, di poco più basse quelle del Centro con le 30 ore pro capite erogate in Toscana e Marche, per arrivare nelle regioni del Mezzogiorno con le 11,5 ore della Campania.

attività di volontariato organizzato sono state raccolte per la prima volta attraverso un modulo *ad hoc* ospitato dall'indagine Aspetti della vita quotidiana del 2013. Una nuova edizione dell'indagine *ad hoc* sarà effettuata nel 2021.

27 Nel modulo *ad hoc* sul lavoro volontario il periodo di riferimento per i quesiti è relativo alle 4 settimane che precedono l'intervista, considerato il periodo ottimale per fornire risposte attendibili sulle attività svolte, senza incorrere in errori dovuti a un effetto ricordo (Ilo, 2011).

Una possibile spiegazione di tali differenze risiede nel diverso contesto organizzativo in cui le attività sono prestate, con le organizzazioni di volontariato del Centro-nord che operano in modo più strutturato rispetto a quelle del Mezzogiorno. In effetti a mostrare differenze territoriali non è tanto la quantità di ore prestate dai volontari (si passa da circa 4 ore per volta nelle ripartizioni del Nord a circa 3 ore in quelle del Mezzogiorno), quanto la cadenza con cui nell'arco del mese i volontari si attivano nell'organizzazione (6,6 volte nel Nord-ovest contro 4,8 al Sud).

Figura 3.21 - Ore di volontariato svolte da persone di 55 anni e più nelle quattro settimane precedenti l'intervista per caratteristiche individuali. Anno 2013 (media pro capite in ore e quota per 100 ore di volontariato)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

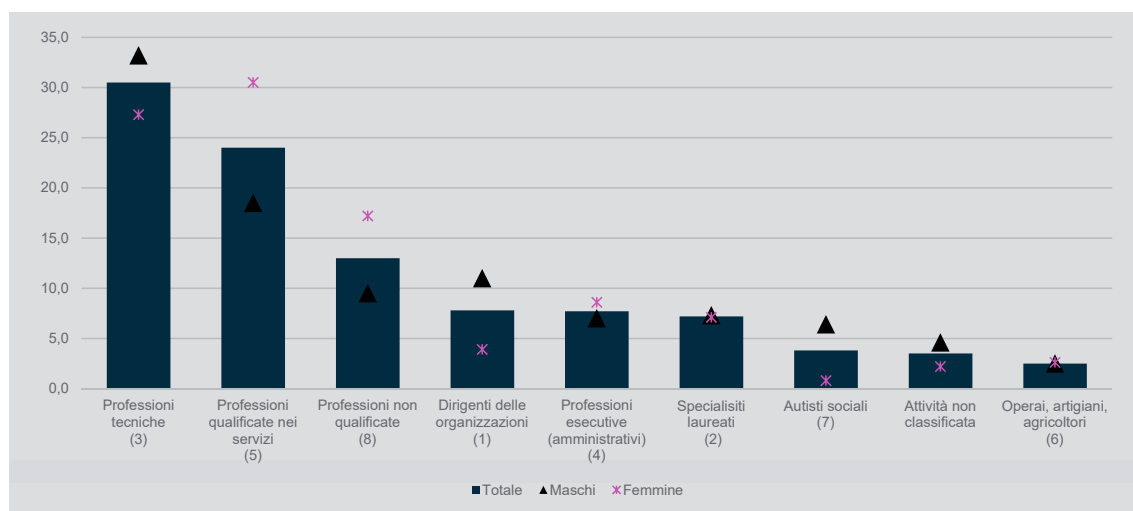
Il tipo di lavoro svolto dai volontari è stato rilevato per la prima volta utilizzando la stessa classificazione delle professioni utilizzata per il lavoro retribuito²⁸, poiché le attività volontarie sono quasi del tutto assimilabili al lavoro retribuito (Michellini et al., 2016). Si va dal primo grande gruppo della classificazione Cp2011, che include professioni molto qualificate, che per il volontariato classifica il lavoro dei dirigenti delle associazioni, sino all'ottavo gruppo, che comprende professioni non qualificate, che richiedono cioè lo svolgimento di attività semplici, che per il volontariato classifica attività come ad esempio la raccolta dei rifiuti abbandonati.

Le attività più frequenti tra i volontari di 55 anni e più sono riconducibili alle professioni tecniche (30,5 per cento), il gruppo 3 della classificazione Cp2011 (Figura 3.22), con una tipologia di attività professionali molto diversificate. La maggioranza di essi svolge un'attività che rientra nei tecnici dei servizi sociali (38,1 per cento): il 23,0 per cento come assistenti sociali, mediatori culturali, educatori e il 15,1 per cento come volontari tecnici delle attività religiose e di culto in qualità di catechisti, assistenti liturgici, animatori. Un'altra fetta consistente dei volontari che svolge un'attività di tipo tecnico, circa un quarto, si occupa dell'organizzazione di eventi culturali,

²⁸ L'Istat classifica le professioni lavorative utilizzando la Cp2011, una classificazione gerarchica a 5 livelli coerente con lo standard Ilo Isco-08 fino al terzo livello. La Cp2011 suddivide le professioni in nove grandi gruppi secondo un ordinamento imperniato sul concetto di competenza. Questa è definita come la capacità di svolgere i compiti di una data professione e declinata nella sua duplice dimensione del livello di complessità richiesto per eseguire i compiti lavorativi e del campo in cui si esplicano. Per maggiori approfondimenti sulla logica e i criteri della classificazione delle professioni si rinvia a Gallo e Scalisi (2013).

sportivi, religiosi e di beneficenza o fa la guida. A questi si aggiungono i contabili e coloro che si occupano dell'organizzazione di raccolte alimentari o di generi di prima necessità (14,0 per cento), gli istruttori di discipline sportive (9,3 per cento) e gli operatori sanitari specializzati (4,3 per cento). In questo gruppo i volontari sono in maggioranza di sesso maschile (sei su dieci), della classe più giovane tra quelle considerate (il 65,4 per cento ha tra 55 e 64 anni) e con un titolo di studio medio alto (il 60,8 per cento ha almeno un diploma secondario superiore).

Figura 3.22 - Volontari di 55 anni e più per tipo di attività svolta secondo la classificazione Cp2011 e genere. Anno 2013
(valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

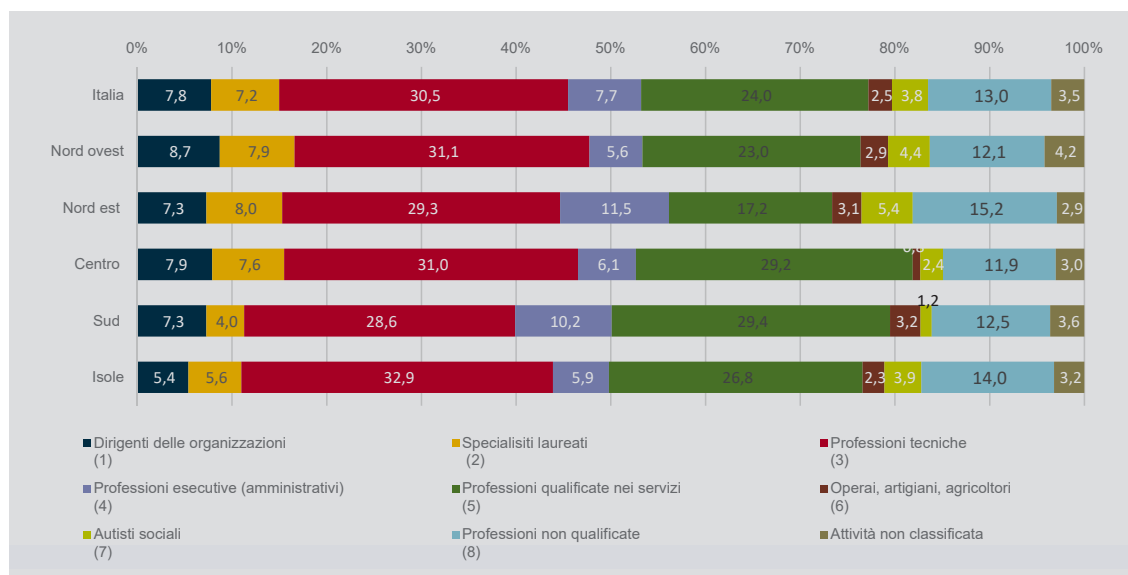
Il secondo gruppo di attività per frequenza riguarda le professioni qualificate nei servizi (24,0 per cento), il gruppo 5 della classificazione Cp2011. La maggioranza dei volontari che rientrano in questo gruppo fornisce servizi alla persona, occupandosi dell'assistenza a persone anziane o con disabilità (45,7 per cento) o di servizi ricreativi e di doposcuola per bambini (15,1 per cento). Rientrano in tale gruppo anche i volontari che si occupano di servizi nell'ambito della ristorazione collettiva (16,7 per cento), nonché quelli che svolgono attività qualificate nei servizi sanitari o di sicurezza, come i volontari della Croce Rossa, della Protezione Civile o nel Corpo dei Vigili del fuoco (13,6 per cento). I volontari che appartengono a questo gruppo sono in prevalenza donne (il 58,1 per cento), con età elevata (il 52 per cento ha più di 65 anni) e un basso titolo di studio (il 57,8 per cento ha al massimo il diploma di scuola media inferiore).

Al terzo posto si trovano le attività non qualificate, svolte dal 13,0 per cento dei volontari di 55 anni e più, l'ottavo grande gruppo della Cp2011. Vi rientrano soprattutto i volontari che aiutano nei lavori domestici persone in difficoltà, coloro che partecipano a campagne di pulizia dell'ambiente, che si prendono cura degli animali, che realizzano mercatini, pesche di beneficenza e altri tipi di raccolta fondi in strada. Come e più del gruppo precedente, queste attività sono svolte più frequentemente da donne (60,4 per cento), con età elevata (il 55,2 per cento ha più di 65 anni) e un titolo di studio basso (il 69,4 per cento ha al massimo il diploma di scuola media inferiore).

Al quarto posto per frequenza si trovano, pressoché a pari livello, tre diverse tipologie di attività: la dirigenza delle associazioni, gli amministrativi e gli specialisti laureati (tra il sette e l'otto per cento). I primi due gruppi sono costituiti dalle persone il cui lavoro volontario consiste nella gestione stessa delle associazioni. Il terzo gruppo svolge professioni

intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione: vi rientrano medici, veterinari, avvocati, giornalisti, professori e insegnanti di lingue, ma anche artisti di varie discipline, specialisti delle pubbliche relazioni, dell'immagine e addetti stampa. Interessante notare come anche nel mondo del volontariato operino le stesse dinamiche di genere che si registrano nel mercato del lavoro: i dirigenti sono in netta prevalenza uomini (il 77,0 per cento), mentre le differenze di genere si attenuano tra chi si occupa della parte amministrativa e nelle professioni a elevata specializzazione. Riguardo al titolo di studio, dirigenti e amministrativi hanno in prevalenza un diploma superiore (55,1 e 51,0 per cento rispettivamente), mentre chi svolge attività a elevata specializzazione ha sovente la laurea (57,6 per cento). Un terzo dei dirigenti ha tra i 55 e i 59 anni, un altro terzo ne ha tra 65 e 74, mediamente più giovani invece i volontari che prestano la loro opera in settori di elevata specializzazione (il 63,9 per cento ha tra 55 e 64 anni); di frequente, infatti, questi ultimi sono professionisti che nella fase finale della loro carriera lavorativa donano parte della proprio tempo e professionalità a titolo gratuito. Al contrario gli amministrativi sono volontari di età più avanzata: il 61,1 per cento ha dai 65 anni in su. Seguono gruppi di professioni che identificano attività volontarie meno frequenti, come quelle degli autisti sociali, volontari che si occupano del trasporto di persone o merci (3,8 per cento), o dei volontari che svolgono attività assimilabili a quelle di agricoltori, operai o artigiani (2,5 per cento). Infine il 3,5 per cento delle attività volontarie non è assimilabile ad alcuna professione e nella quasi totalità dei casi si tratta della donazione di sangue, svolta nell'ambito di un'associazione di volontariato.

Figura 3.23 - Volontari di 55 anni e più per tipo di attività svolta secondo la classificazione Cp2011 e ripartizione geografica. Anno 2013 (valori percentuali)



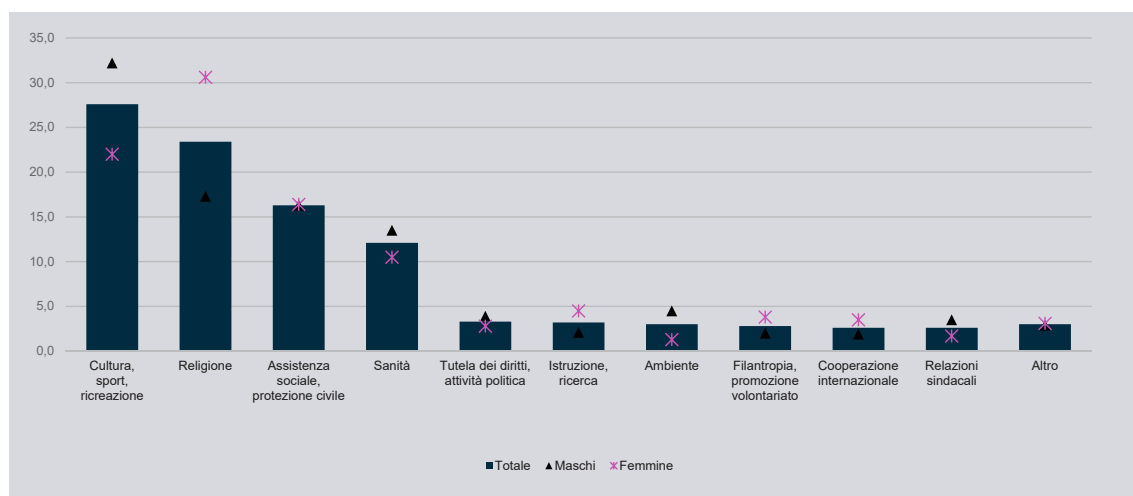
Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Le forti differenze territoriali presenti nel Paese investono anche le caratteristiche strutturali del volontariato, se ne ha evidenza analizzando la diversa composizione delle attività

svolte dai volontari per ripartizione geografica²⁹. Nel Mezzogiorno la metà dei volontari svolge attività poco o per niente qualificate – dal 5° all'8° gruppo della Cp2011 – con una quota rilevante di volontari impegnati in servizi assistenziali che sopperiscono alle carenze del *welfare state* proprie di tali territori. Meno presenti, rispetto alle regioni del Centro-nord sono invece le figure professionali più qualificate, come ad esempio quelle legate al volontariato ricreativo, i volontari cioè che si occupano di attività culturali, ludiche o sportive (Figura 3.23).

Ai volontari è stato chiesto di indicare il settore di attività prevalente in cui opera l'organizzazione per cui svolgono la loro attività. Il settore più indicato dai volontari di 55 anni e più è quello relativo alle attività ricreative, culturali e sportive (27,6 per cento), con il 19,6 per cento impegnato nel settore ricreativo e culturale (Figura 3.24). Il 23,4 per cento dei volontari si dichiara attivo in gruppi/organizzazioni che hanno finalità religiose. Dopo quello religioso, i settori di attività maggiormente indicati sono quello dell'assistenza sociale e protezione civile (16,3 per cento) e della sanità (12,1 per cento). Da soli questi quattro settori contano quasi l'80 per cento del complesso dei volontari, mentre il resto dei settori raccolgono tipologie di attivisti "di nicchia", con tassi di partecipazione che si aggirano sempre intorno al tre per cento.

Figura 3.24 - Volontari di 55 anni e più per settore di attività prevalente in cui operano le organizzazioni e genere. Anno 2013 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

A partecipare alle attività di organizzazioni che hanno finalità ricreative sono in particolare gli uomini rispetto alle donne (32,2 contro 22,0 per cento), per effetto del loro maggior impegno nelle associazioni che si occupano di sport, che vedono attivarsi il 13,4 dei volontari contro appena l'1,6 per cento delle volontarie. Al contrario nelle attività culturali e ludiche le differenze di genere sono minori e a partecipare di più sono le donne (20,4 contro 18,8 per cento). Anche nel settore della sanità la partecipazione è più alta tra gli uomini (13,5 contro 10,5 per cento), mentre sono prevalentemente le donne ad attivarsi nell'ambito delle organizzazioni religiose (30,6 per cento contro il 17,3 per cento degli uomini).

²⁹ La numerosità dei dati campionari raccolti non consente di analizzare per regione le tipologie di attività svolte dai volontari, classificate secondo Cp2011, pertanto vengono proposte analisi per ripartizione geografica di residenza dei volontari.

Il territorio di residenza caratterizza fortemente i settori di attività in cui i volontari prestano la loro opera: nelle ripartizioni del Mezzogiorno i volontari nelle organizzazioni a finalità religiose superano il 35 per cento, mentre solamente il 17 per cento circa è attivo in associazioni che si occupano di attività ricreative, culturali e sportive (Tavola 3.14). Situazione diametralmente opposta a quella presente nel Nord-est, dove i volontari in contesti legati alla religione scendono al 16,5 per cento e salgono al 33,0 per cento quelli impegnati nel settore delle attività ricreative, culturali e sportive.

Il Centro si avvicina al Nord-est per la partecipazione al settore delle attività ricreative, culturali e sportive (32,4 per cento), ma si distingue a livello nazionale per la maggior partecipazione ai settori dell'assistenza sociale e protezione civile (20,1 per cento).

Infine il Nord-ovest si caratterizza a livello nazionale per la maggior quota di volontari impegnati nel settore della Sanità (14,3 per cento). Queste differenze evidenziano una disomogeneità strutturale nell'offerta delle organizzazioni di volontariato presenti sul territorio italiano, dovuta ad una molteplicità di fattori tra cui la differenziazione dei bisogni, ma tale analisi esula dalle finalità del presente contributo (Stoppiello et al., 2016).

Rispetto al contesto organizzativo i dati rilevati mostrano anche che un volontario su due di 55 anni e più è attivo nella stessa organizzazione da oltre 10 anni, con poca differenza per caratteristiche individuali o territoriali, segno che l'inizio dell'attività per la maggior parte si colloca nella fase di vita precedente e che buona parte di chi è attivo lo è in modo continuativo da molti anni. C'è inoltre una buona percentuale di volontari che offre il proprio tempo in più di un'organizzazione (18,0 per cento), con picchi del 26,0 per cento tra i laureati. In sintesi le organizzazioni hanno dai volontari di 55 anni e più un contributo prezioso e duraturo su cui basare le proprie attività, che altrimenti risulterebbero seriamente compromesse.

Tavola 3.14 - Volontari di 55 anni e più per settore di attività prevalente in cui operano le organizzazioni e ripartizione geografica. Anno 2013 (composizioni percentuali)

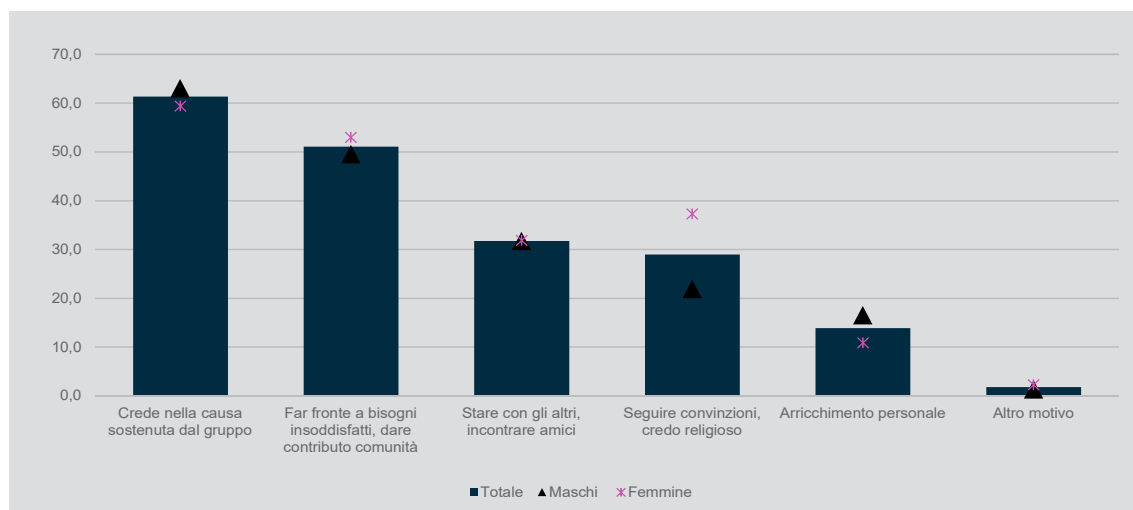
Settore di attività	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud	Isole	Italia
Cultura, sport, ricreazione	26,9	33,0	32,4	16,8	17,2	27,6
Religione	21,4	16,5	22,1	36,7	35,2	23,4
Assistenza sociale, protezione civile	14,8	17,2	20,1	13,1	15,4	16,3
Sanità	14,3	11,2	10,2	10,3	13,7	12,1
Tutela dei diritti, attività politica	3,3	2,6	2,1	5,6	5,6	3,3
Istruzione, ricerca	4,4	4,0	1,4	2,1	1,9	3,2
Ambiente	4,4	2,5	2,0	2,5	2,1	3,0
Filantropia, promozione volontariato	2,8	5,3	1,4	1,8	-	2,8
Cooperazione internazionale	1,7	4,1	2,8	1,7	3,5	2,6
Relazioni sindacali	3,2	1,5	2,2	5,0	1,2	2,6
Altro	2,7	2,0	3,2	4,5	4,2	3,0

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Il forte legame che unisce i volontari con la propria organizzazione è confermato dal fatto che la motivazione più frequentemente indicata è quella identitaria: riconoscersi nella causa portata avanti dal gruppo (61,4 per cento), una motivazione indicata trasversalmente a tutte le caratteristiche osservate (Figura 3.25). Seguono poi motivazioni civiche, legate alla necessità di far fronte a bisogni non soddisfatti dai servizi pubblici o al desiderio di dare un contributo alla comunità, indicate dal 51,1 per cento dei volontari e particolarmente sentite nel Nord-est del Paese (59,8 per cento). Anche le motivazioni legate alla socialità sono molto importanti per i volontari e sono indicate dal 31,8 per cento di essi. Per questa

motivazione l'età dei volontari è determinante: mentre fino ai 64 anni è indicata da circa il 28 per cento dei volontari, il potersi incontrare con altri spinge ad attivarsi circa il 36 per cento degli anziani di 65 anni e più.

Figura 3.25 - Volontari di 55 anni e più per motivazioni soggettive a svolgere la propria attività di volontariato e genere. Anno 2013 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Il 29,0 per cento dei volontari è spinto ad attivarsi per seguire il proprio credo o le proprie convinzioni. Tale motivazione è particolarmente forte per le donne (37,3 per cento), al Sud (36,9 per cento) e nelle Isole (44,5 per cento), confermando la forza delle organizzazioni religiose nell'attivazione di volontari anche in contesti solitamente meno propensi alla partecipazione. Infine una piccola quota di volontari si attiva per motivazioni legate ad un proprio arricchimento personale (13,9 per cento): valorizzare le proprie esperienze e capacità, mettersi alla prova, esplorare i propri punti di forza. Sono in particolare gli uomini a scegliere tale motivazione (16,5 per cento) e i laureati (19,6 per cento).

Riguardo alle ricadute soggettive dell'attività svolta percepite dai volontari, il 55,0 per cento dichiara di sentirsi meglio con se stesso, con un effetto positivo che cresce con l'età dei volontari, passando dal 47,7 dei volontari tra 55 e 59 anni al 59,0 degli ultra settantaquattrenni. Il 43,7 per cento pensa che l'attività svolta ha allargato la sua rete di conoscenze, in modo abbastanza trasversale tra i volontari. Il 22,0 per cento che è migliorata la propria capacità di relazionarsi con gli altri, ricaduta indicata soprattutto per le donne (26,6 per cento). Un volontario su quattro dichiara che la sua attività ha cambiato il suo modo di vedere le cose, in particolare le donne (29,5 per cento), i volontari con la licenza media inferiore (30,5 per cento) e residenti nelle isole (32,7 per cento); quasi un quinto che ha sviluppato maggiore coscienza civile e politica, in particolare tra i laureati (24,2 per cento) e al Sud (24,7 per cento). Solo il 3,2 per cento dei volontari ritiene che fare volontariato non abbia cambiato nulla e appena l'1,9 per cento che abbia comportato più svantaggi che vantaggi.

In estrema sintesi appare evidente come il volontariato non sia solo il contributo al bene comune della parte culturalmente egemonica del Paese, come ipotizzato nella visione propria del modello della centralità sociale (Lemon et al., 1972), ma rappresenti per le fasce più deboli della società un forte strumento di emancipazione, soprattutto nelle età più anziane, in cui altre fonti di soddisfazione personale sono più difficili da attuare. Il valore aggiunto consiste nel fatto che la molla della soddisfazione personale genera poi benefici

collettivi che ricadono sulla popolazione più debole. Da ultimo, ma non per importanza, gli anziani non sono solamente i possibili destinatari delle attività di volontariato, ma ne sono i protagonisti attivi, tanto che la realizzazione di queste attività sarebbe ben più difficoltosa senza il loro apporto.

3.4 Vita indipendente, sana e sicura nell'Aai³⁰

La qualità della vita delle persone anziane è diventata uno dei *core topics* del dibattito internazionale e nazionale in quanto racchiude in sé diversi domini della vita umana, come il benessere economico e finanziario, la salute, la vita familiare, la partecipazione al lavoro, nonché il contesto delle relazioni affettive ed amicali e in generale la partecipazione attiva alla vita sociale.

In particolare, in questo contesto si analizza la vita indipendente sana e sicura, ovvero uno dei quattro domini dell'indice dell'invecchiamento attivo, composto da otto indicatori: attività fisica; nessun bisogno insoddisfatto di salute e cure; vita indipendente; rapporto del reddito mediano; non a rischio di povertà; no deprivazione materiale; sicurezza fisica e apprendimento permanente.

Nel 2018 l'indice generale del dominio è pari a 72,1 punti (Tavola 3.15), con un divario di genere appena a favore degli uomini rispetto alle donne (72,3 e 71,9 rispettivamente), tanto che è quello più basso registrato fra tutti i domini. Il *gap* è leggermente più elevato osservando i dati relativi alla ripartizione geografica. In generale, l'Italia si caratterizza per le sue marcate differenze territoriali: la parte settentrionale presenta un quadro migliore rispetto alle regioni centrali e ancora di più rispetto a quelle meridionali. I risultati verosimilmente rispecchiano una disuguaglianza più generale che caratterizza le regioni meridionali rispetto alla media del paese e alle altre due aree geografiche esaminate, ma in questo contesto si tratta del divario territoriale più basso fra tutti i domini. Il Nord presenta un valore superiore di 1,5 punti rispetto al Centro e di 2,4 punti rispetto al Mezzogiorno, un divario che si è ridotto nel 2018. Tra il 2007 e il 2018, infatti, a livello territoriale i progressi maggiori si registrano nel Mezzogiorno con +5,6 punti, rispetto al Nord e al Centro che aumentano rispettivamente di 4,4 e 4,1 punti, cosicché nell'ultimo anno la differenza tra il Mezzogiorno e il dato nazionale è solamente di 1,2 punti.

Tavola 3.15 - Punteggio totale del dominio vita indipendente, sana e sicura per sesso e ripartizione geografica. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali)

Ripartizione geografica	Maschi			Femmine			Totale		
	2007	2012	2018	2007	2012	2018	2007	2012	2018
Nord	69,4	71,5	74,1	68,5	69,9	72,7	68,9	70,6	73,3
Centro	69,2	69,7	72,6	66,5	68,4	71,4	67,7	68,8	71,8
Mezzogiorno	65,1	66,5	70,2	65,3	66,2	71,3	65,3	66,3	70,9
Italia	68,0	69,5	72,3	67,0	68,3	71,9	67,4	68,8	72,1

Fonte: Istat, Elaborazioni su varie rilevazioni

L'analisi degli anni 2007, 2012 e 2018 evidenzia come il punteggio totale del dominio sia aumentato, passando da 67,4 nel 2007 a 68,8 nel 2012 fino a raggiungere i 72,1 punti nel

³⁰ Il paragrafo è stato curato da Clodia Delle Fratte.

2018. Aumentano i valori complessivi sia per gli uomini sia soprattutto per le donne, +4,9 punti tra il 2007 e il 2018. Il divario di genere, passa quindi da -1,2 punti nel 2012 ad appena -0,4 nel 2018 a sfavore delle donne. Non solo, ma il Mezzogiorno è l'unica area geografica che evidenzia per le donne un punteggio generale più alto, 71,3 punti contro 70,2 degli uomini.

A livello regionale, i valori più alti nel 2018 si registrano nella provincia autonoma di Bolzano con 77,2 punti, in Valle D'Aosta con 75,6 e nella provincia autonoma di Trento con 74,1. Le regioni del Mezzogiorno si caratterizzano invece per i punteggi più bassi: la Puglia con 68,8, la Campania con 69,0 e la Sicilia con 71,3, a pari merito con il Lazio.

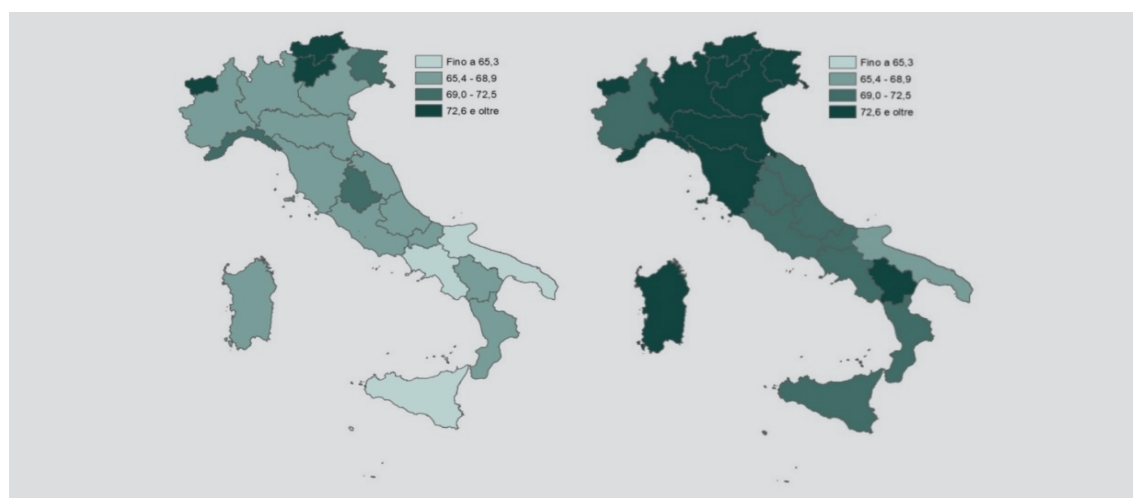
Continuano invece a peggiorare il proprio posto in classifica la regione Umbria, che passa dalla sesta posizione (2007) alla decima (2012), per poi regredire alla diciottesima (2018) e le Marche, che partendo nel 2007 dalla decima posizione si aggiudica poi negli altri due anni la sedicesima posizione (Figura 3.26).

In particolare, nel 2007 la regione con il valore dell'indice generale del dominio più alto è la Valle D'Aosta con 73,3 punti, seguita dalle province autonome di Trento con 73,2 e di Bolzano (72,8). Le regioni del Mezzogiorno, di contro, sono le ultime in graduatoria: la Campania con 63,9 punti, la Sicilia con 64,9 e la Puglia, 65,1.

Le stesse regioni si confermano tra le prime nella classifica anche nel 2012: la Valle D'Aosta con 75,7 punti, che rimane la prima in graduatoria, le province autonome di Bolzano con 75,4 e di Trento con 72,6, che invertono le rispettive posizioni in confronto al 2007. Anche le regioni del Mezzogiorno, con qualche spostamento interno, confermano il loro andamento aggiudicandosi le ultime posizioni in graduatoria: la Puglia con 63,3 punti, la Campania con 65,9 e la Sicilia con 66,0.

Nel periodo analizzato, la dinamica a livello territoriale mostra il continuo miglioramento anche di alcune regioni meridionali come la Sardegna, che passa dalla sedicesima posizione (2007) alla nona (2012), fino a raggiungere la quarta (2018) e la Basilicata, che tra il 2007 e il 2018 passa dalla diciannovesima alla nona posizione.

Figura 3.26 - Indice generale del dominio vita indipendente, sana e sicura per regione. Anni 2007 e 2018
(punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

I dati a livello regionale mostrano in quale misura ogni regione riesce a trasformare l'invecchiamento della popolazione in opportunità di sviluppo sociale ed economico, sostenendo la promozione dell'invecchiamento attivo attraverso interventi, piani e leggi regionali.

3.4.1 Gli indicatori della vita indipendente, sana e sicura

Per poter analizzare le possibili aree di intervento è necessario studiare sia i differenti contributi forniti dagli otto indicatori che compongono il dominio, sia il loro andamento negli anni osservati (2007, 2012 e 2018). Di seguito si descrivono i singoli indicatori e il loro apporto nel determinare una vita indipendente, sana e sicura. La maggior parte di essi è tratta dall'indagine Eu-Silc e attengono alle condizioni economiche degli anziani.

L'indicatore "attività fisica" indica la quota di persone di età pari o superiore a 55 anni che praticano sport o esercizio fisico in maniera continuativa.

L'esercizio fisico e il movimento possono aiutare a rimanere in salute, così le persone anziane potrebbero cercare di ritardare gli effetti inevitabili dell'invecchiamento provando a rimanere attive e in forma. Tale indicatore è infatti strettamente legato allo stato di salute, se una persona sta bene e gode di buona salute può sperimentare una buona mobilità e autonomia e condurre una vita attiva. Con l'avanzare dell'età e la probabile insorgenza di patologie, il ruolo svolto dalle condizioni di salute tende a divenire sempre più importante, fino a essere quasi esclusivo tra i grandi anziani (si veda il paragrafo 3.5.1). Per questi individui il rischio di uno stato di cattiva salute è molto alto e maggiore il suo impatto sulla qualità della vita, fino a giungere alla difficoltà o impossibilità non solo di praticare esercizio fisico, ma addirittura di essere auto-sufficienti.

Nel 2018, la percentuale di persone anziane che frequentemente pratica attività fisica è pari all'11,7 per cento (Tavola 3.16). Tale valore è legato ai bassi livelli che si registrano in Italia rispetto alla media dei paesi europei in termini di qualità degli anni che restano da vivere, ovvero in buona salute e senza limitazioni (Istat, 2017).

Tavola 3.16 - Punteggi dei singoli indicatori e dell'indice generale per sesso e ripartizione geografica. Anno 2018 (valori e punti percentuali)

Ripartizione geografica	Attività fisica	Bisogni di salute insoddisfatti	Vita indipendente	Reddito mediano	Non rischio di povertà	Non deprivazione materiale	Sicurezza fisica	Apprendimento permanente	Indice generale
Maschi									
Nord	18,3	94,7	86,5	95,0	96,4	97,1	67,4	4,1	74,1
Centro	14,6	95,4	81,1	102,6	95,6	94,2	62,5	3,7	72,6
Mezzogiorno	8,6	86,2	74,5	124,5	87,2	88,1	70,7	1,8	70,2
Italia	14,3	92,1	81,7	103,9	93,3	93,6	67,5	3,3	72,3
Femmine									
Nord	12,4	93,1	89,1	89,7	94,2	96,5	64,8	5,1	72,7
Centro	9,7	93,8	84,5	96,3	93,8	94,5	58,2	4,4	71,4
Mezzogiorno	5,1	85,4	87,3	121,0	86,7	84,3	69,1	1,8	71,3
Italia	9,4	90,7	87,6	99,9	91,7	92,3	64,9	3,9	71,9
Totale									
Nord	15,1	93,8	88,1	91,4	95,1	96,7	66,0	4,6	73,3
Centro	11,9	94,5	83,2	97,7	94,6	94,3	60,2	4,1	71,8
Mezzogiorno	6,7	85,8	82,2	122,0	86,9	85,9	69,8	1,8	70,9
Italia	11,7	91,3	85,3	101,2	92,4	92,8	66,1	3,6	72,1

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

L'analisi a livello territoriale evidenzia una forte eterogeneità dei risultati nelle diverse aree. L'indicatore è pari a 15,1 per cento al Nord, a 11,9 per cento al Centro e con quasi la metà dei punti, 6,7 per cento, al Mezzogiorno: in particolare, la regione Calabria registra il valore più basso con il 3,3 per cento.

Accentuato anche il divario di genere a favore degli uomini con 14,3 per cento (contro il 9,4 per cento delle donne), che sale maggiormente se questi vivono al Nord (18,3 per cento contro

il 12,4 per cento), mentre le donne del Mezzogiorno registrano il valore più basso, 5,1 per cento.

L'analisi a livello temporale rileva un aumento dal 2007 al 2018 di 4 punti percentuali (Figura 3.27), pur rimanendo un indicatore con valori molto bassi in quanto è noto che con l'avanzare degli anni l'attività motoria è correlata direttamente alle condizioni complessive di salute: può essere notevolmente limitata o assente nelle persone molto anziane e con difficoltà nei movimenti.

In Italia la popolazione con età pari o superiore a 55 anni che dichiara di non avere avuto alcun bisogno insoddisfatto di esami medici o dentistici rappresenta un altro importante indicatore. Gli esami e le cure mediche o odontoiatriche costituiscono fattori fondamentali dell'assistenza sanitaria intesa come insieme delle attività svolte dalle istituzioni per prevenire e curare le malattie, ridurre la mortalità prematura, prendersi cura dei malati e promuovere la salute pubblica. È quindi molto importante che la popolazione anziana non incontri barriere e ostacoli quando cerca di accedere all'assistenza sanitaria. Le barriere d'accesso ai servizi sanitari comprendono costi, distanza, tempi di attesa, mancanza di cultura, sensibilità e discriminazione, mentre gli ostacoli all'assistenza sanitaria possono derivare da una scarsa comprensione o da mancanza di informazione rispetto ai diritti di un paziente e alle pratiche e ai requisiti amministrativi dei sistemi sanitari.

L'area geografica sembra svolgere un ruolo importante, anche per l'autonomia regionale esercitata in materia di gestione dei servizi sanitari. Nel 2018 il dato migliore si registra nelle regioni del Centro con 94,5 per cento (Tavola 3.16), seguite da quelle del Nord con 93,8 per cento e da quelle del Mezzogiorno con una distanza di quasi 10 punti percentuali. In particolare, il valore scende fino a 77,1 per cento nella regione Puglia.

I dati di tale indicatore mostrano un divario di genere lievemente a favore degli uomini rispetto alle donne, soprattutto se residenti al Nord e al Centro.

Nel periodo considerato, la quota di popolazione con età pari o superiore a 55 anni che dichiara di non avere avuto alcun bisogno insoddisfatto di esami medici o dentistici è aumentata negli anni passando da 86,1 per cento nel 2007 a 91,3 per cento nel 2018, anche se ha registrato un peggioramento nel 2012 con un valore pari a 82,6 per cento (Figura 3.27), anno nel quale più forti erano le conseguenze negative della crisi economica.

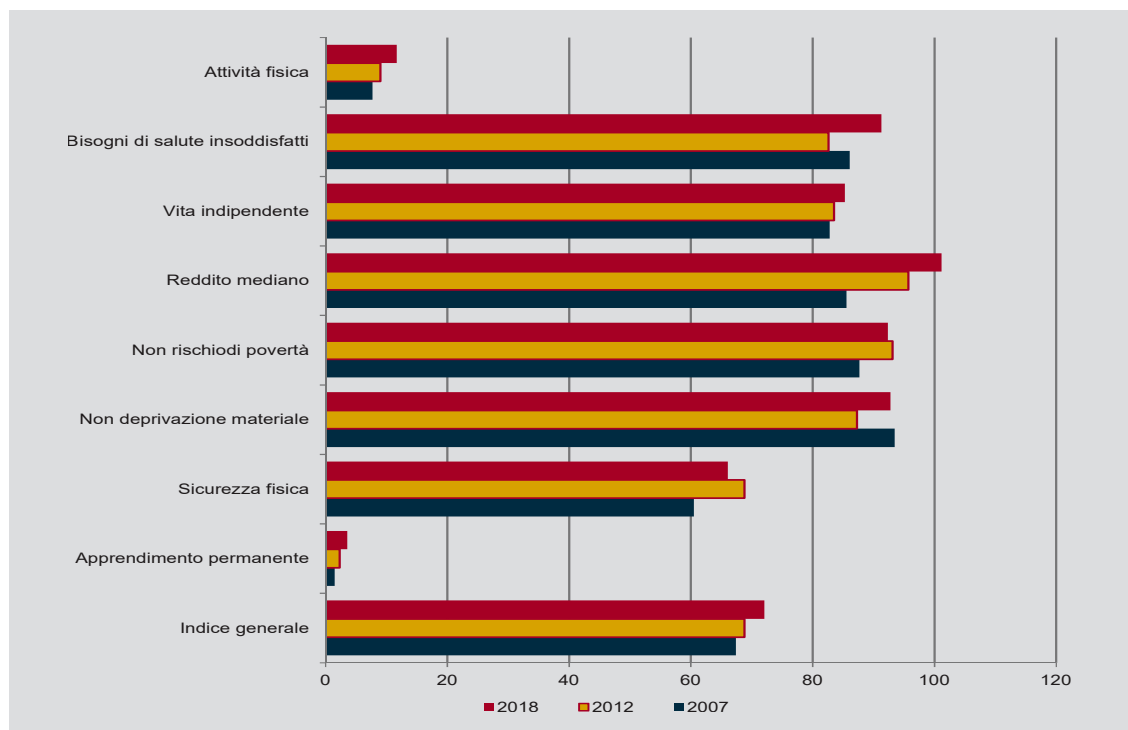
L'indicatore "vita indipendente" rappresenta la percentuale di persone di età pari o superiore a 75 anni che vivono da sole o in coppia. L'analisi del contesto familiare mostra chiaramente che tale indicatore è associato a un elevato livello di indipendenza, proprio perché riferito a questo segmento di popolazione particolarmente avanti negli anni. Mentre la convivenza di persone anziane con altri membri della famiglia o con i propri figli può essere ascritta a una fragilità fisica, questa platea invece non solo non è a carico dei familiari, ma svolge un ruolo importante di sostegno economico o di aiuti forniti ad altri familiari che versano in situazioni di difficoltà (si vedano i paragrafi 1.6 e 3.3.1).

Tra gli anni 2007 e 2018 aumenta la percentuale di persone di età pari o superiore a 75 anni che vivono da sole o in coppia: passa dall'82,8 per cento nel 2007 fino a raggiungere l'85,3 per cento nel 2018.

Nel 2018, l'analisi a livello territoriale mostra valori più elevati per gli anziani che vivono al Nord (88,1 per cento), piuttosto che al Centro (83,2 per cento) e al Mezzogiorno (82,2 per cento), area che si caratterizza per avere famiglie più numerose. Nella classifica regionale, si posizionano al primo posto la Valle d'Aosta con il 92,9 per cento e all'ultimo l'Umbria con il 76,8 per cento.

L'indicatore vita indipendente si caratterizza, rispetto agli altri indicatori, per avere una notevole differenza di genere a favore delle donne (87,6 per cento contro 81,7 per cento degli uomini) (Figura 3.28), in particolare se residenti al Mezzogiorno, risultato legato anche alla migliore speranza di vita della componente femminile.

Figura 3.27 - Punteggi degli indicatori e dell'indice generale del dominio. Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

L'ambito della sicurezza economica rappresenta un'informazione rilevante per capire la struttura del benessere degli anziani e quindi per il calcolo dell'indice generale del dominio vita indipendente, sana e sicura. In particolare, sono stati analizzati tre indicatori: rapporto del reddito mediano, non a rischio di povertà e non deprivazione materiale. I dati relativi al reddito riportano l'anno d'indagine ma sono riferiti ai redditi percepiti l'anno precedente.

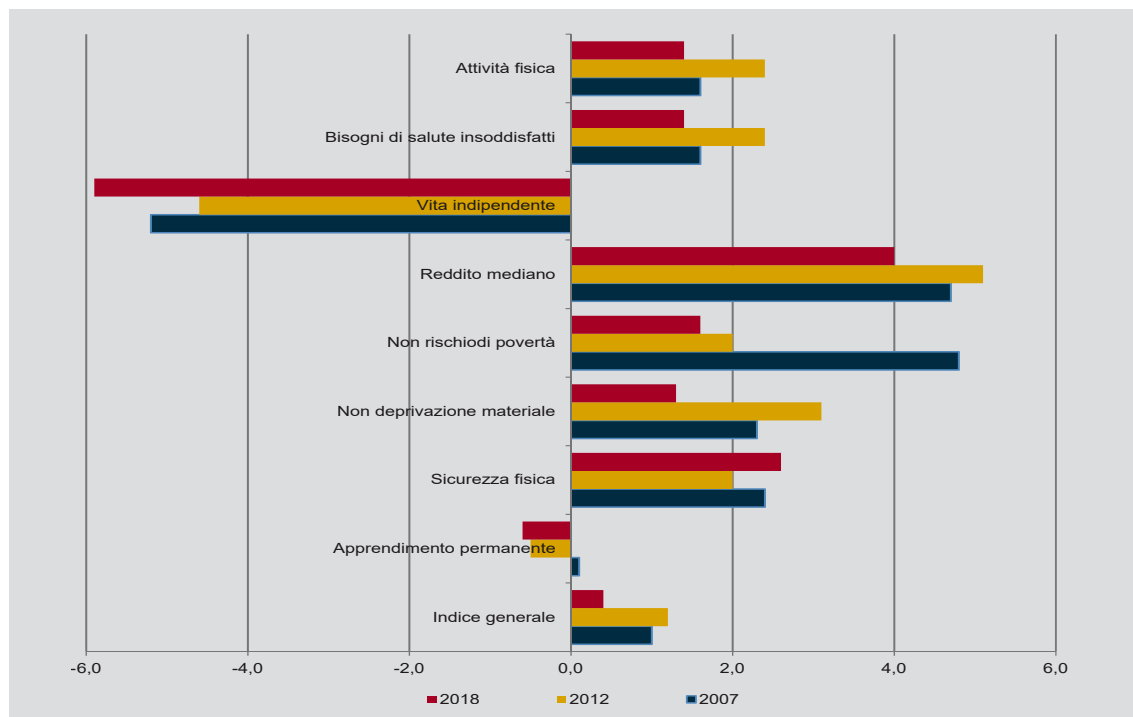
Il rapporto del reddito mediano è dato dal rapporto tra i redditi medi equivalenti delle persone di 65 anni e oltre e quello delle persone fino a 64 anni di età (si veda il paragrafo 3.4.2). Nel 2018, tale rapporto è pari a 101,2 (Tavola 3.16) in quanto gli anziani dispongono di un reddito netto più elevato: il 50 per cento di questi individui ha avuto circa 17.000 euro (circa 1.400 euro mensili), mentre le persone in età attiva hanno potuto contare su un reddito leggermente inferiore (la mediana è pari a 16.800 euro), a causa della difficoltà che hanno ad entrare e a rimanere nel mercato del lavoro.

Considerando le differenze geografiche, il rapporto più alto nel Mezzogiorno (122,0 punti) è dovuto a una porzione inferiore di reddito disponibile di coloro che hanno meno di 65 anni, rispetto al Nord e al Centro. I valori più elevati si registrano infatti in Campania, Calabria e Sicilia, le regioni che presentano il tasso di occupazione di 15-64 anni più basso del Paese.

Le aree geografiche del Centro-nord registrano un rapporto pari a 91,4 e 97,7, evidenziando un maggior reddito mediano equivalente a favore di coloro che hanno meno di 65 anni. Tali risultati derivano da una percentuale più elevata di occupati sotto i 65 anni, che possono contare su redditi o entrate da lavoro, dipendente o autonomo.

I dati declinati per genere confermano che gli uomini di almeno 65 anni hanno un reddito disponibile maggiore rispetto alle donne della stessa età, nonché rispetto agli uomini con meno di 65 anni (rapporto mediano pari a 103,9), mentre tale differenza risulta meno evi-

Figura 3.28 - Divario di genere degli indicatori e dell'indice generale del dominio. Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

dente per le donne di almeno 65 anni e quelle con un'età inferiore, segnalando un rapporto mediano pari a 99,9. Queste differenze di genere sono legate a vari fattori. Le donne infatti possono contare su un montante contributivo minore, a seguito di una vita lavorativa più breve a causa di interruzioni o percorsi di carriera limitati dovuti alla maternità e alla cura dei figli, nonché retribuzioni più basse per il ricorso al lavoro a tempo parziale o in settori caratterizzati da redditi relativamente bassi (European Union, 2019).

In generale, dal punto di vista economico, nonostante la crescita registrata nel 2018, la contrazione complessiva dei redditi rispetto al 2007, anno che precede il manifestarsi dei primi sintomi della crisi economica, resta ancora notevole, con una perdita in termini reali pari in media all'8,8 per cento per il reddito familiare e al 6,8 per cento per il reddito equivalente che tiene conto delle economie di scala, rendendo confrontabili i livelli di reddito di famiglie di diversa numerosità (Istat, 2019). Il reddito mediano equivalente delle persone fino a 64 anni di età è stato più alto rispetto a quello degli anziani fino al 2015, per poi invertire l'andamento. Dal 2016 infatti, sono gli anziani ad avere un reddito mediano equivalente più alto portando il rapporto tra i redditi mediани delle due popolazioni a favore di quest'ultimi con un valore pari a 101,2 nel 2018 (Figura 3.27).

L'indicatore "non a rischio di povertà" rappresenta la percentuale di persone di 65 anni di età e oltre che non risulta a rischio di povertà, ovvero che vive in famiglie con un reddito netto equivalente superiore a una soglia di rischio di povertà, fissata al 60 per cento della mediana della distribuzione individuale del reddito netto equivalente.

A livello nazionale, l'indicatore segnala che il 92,4 per cento degli anziani (Tavola 3.16) non è a rischio di povertà. L'area geografica sembra svolgere un ruolo importante: il dato più alto si registra al Nord con il 95,1 per cento, a seguire al Centro con il 94,6 per cento, mentre il Mezzogiorno si distingue per un valore distante dalla media nazionale di 5,5 punti percentuali.

Nella classifica regionale la prima in graduatoria è il Friuli-Venezia Giulia con il 97,4 per cento, mentre l'ultima è la Sicilia con l'83,8 per cento.

L'analisi di genere evidenzia come le donne anziane sono più spesso a rischio di povertà, registrando un valore più basso (91,7 per cento) rispetto agli uomini (93,3 per cento). Come sottolineato, i percorsi lavorativi delle donne sono spesso discontinui e più brevi, o caratterizzati dal lavoro a tempo parziale o retribuzioni inferiori. Questo significa che le donne, in particolare, affrontano un aumento del rischio di povertà al raggiungimento della pensione.

Negli anni esaminati, l'indicatore di coloro che non sono a rischio di povertà aumenta di 4,7 punti percentuali dal 2007 al 2018 (Figura 3.27). In particolare, nel 2018 gli anziani che non sono a rischio di povertà sono il 92,4 per cento contro il 79,7 per cento dell'intera popolazione. Tali dati confermano che la crisi economica ha avuto un impatto minore sugli anziani piuttosto che sul resto della popolazione perché possono contare sui redditi da pensione. Gli anziani dispongono infatti di un reddito netto equivalente soprattutto di fonte pensionistica più elevato rispetto a quello delle persone in età attiva. Quest'ultime possono contare principalmente su un reddito da lavoro dipendente o autonomo inferiore a causa soprattutto del ciclo economico negativo e alle scarse prospettive di crescita economica, fattori che hanno avuto un impatto negativo anche sull'occupazione.

Per meglio valutare le condizioni economiche degli anziani, è opportuno affiancare agli indicatori del reddito la situazione di deprivazione materiale, ossia il complesso delle risorse economiche che è realmente a disposizione degli anziani e le difficoltà che questi incontrano nell'acquisire beni e servizi desiderati, cogliendo aspetti che potrebbero non essere rivelati dalla situazione reddituale.

L'indicatore "no grave deprivazione materiale" è la percentuale di persone di 65 anni di età e oltre che non risultano gravemente deprivate, ossia rappresentano la quota di persone che vivono in famiglie che non registrano almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove (si veda il paragrafo 3.4.2).

Il divario territoriale è molto marcato: il Nord registra il valore più alto con il 96,7 per cento (Tavola 3.16) seguito dal Centro con il 94,3 per cento, mentre le regioni meridionali si caratterizzano per un valore inferiore, pari all'85,9 per cento, e solamente il Molise si avvicina al dato medio nazionale. L'indicatore supera il 98 per cento in Valle D'Aosta ed Emilia-Romagna, a fronte del 74,6 per cento della Campania.

Gli uomini, che segnalano un valore pari al 96,3 per cento, subiscono una grave deprivazione materiale minore rispetto alle donne (92,3 per cento). Vari sono i motivi di tale differenza di genere: esperienze sul mercato del lavoro (il divario retributivo e pensionistico di genere); maggiore longevità tra le donne (uso prolungato delle loro risorse finanziarie); maggior percentuale di donne anziane che vivono sole (possono contare solo sulle proprie disponibilità economiche).

L'analisi degli anni esaminati evidenzia come la quota degli anziani non deprivati materialmente si è ridotta dal 2007 al 2018 di 0,7 punti percentuali (Figura 3.27). Tale diminuzione conferma l'impatto minore della crisi sulla qualità della vita degli anziani.

L'indicatore "sicurezza fisica" è la percentuale di persone di età pari o superiore a 55 anni che vivono in zone sicure, non a rischio di criminalità. La sicurezza personale è un elemento fondamentale del benessere degli individui e quindi un'altra importante condizione preliminare per l'indipendenza e l'autonomia degli anziani, e non solo. Essere vittima di un crimine può comportare una perdita economica, un danno fisico e/o un danno psicologico dovuto al trauma subito. L'impatto più importante della criminalità sul benessere degli anziani è il senso di vulnerabilità che determina. La paura di essere vittima di atti criminali può influenzare molto le proprie libertà personali, la propria qualità della vita e lo sviluppo dei territori.

Le persone anziane che vivono nelle regioni meridionali (Tavola 3.16) dichiarano di avere una percezione più alta sulla sicurezza fisica (69,8 per cento) rispetto a quelle che vivono al Nord (66,0 per cento) e al Centro (60,2 per cento). A livello regionale, il valore più alto si registra nel Molise con l'85,4 per cento mentre il più basso nel Lazio (52,7 per cento).

L'indicatore registra delle differenze anche a livello di genere, soprattutto nel Centro dove sono più gli uomini a percepire la loro zona residenziale come (quasi) priva di criminalità, rispetto alle donne.

La percentuale di persone di età pari o superiore a 55 anni che hanno riportato rischi di criminalità scarsi o nulli è pari al 60,5 per cento nel 2007, raggiunge il 68,8 per cento nel 2012 per poi diminuire al 66,1 per cento nel 2018 (Figura 3.27). L'indicatore "sicurezza fisica" registra negli anni che gli italiani sperimentano un senso diffuso di insicurezza legato alla paura, una paura non più riferibile esclusivamente al timore di rimanere vittima di reato (Censis, 2018).

La frequenza a corsi, seminari, conferenze o lezioni private tra le persone di età compresa tra 55 e 74 anni rappresenta l'indicatore "apprendimento permanente", un altro aspetto di assoluta rilevanza nell'approccio allo studio della vita indipendente, sana e sicura degli anziani (si veda il paragrafo 3.4.3).

L'istruzione e la formazione influenzano il benessere delle persone: a un livello di istruzione più alto corrisponde un tenore di vita più elevato, le persone hanno maggiori opportunità di trovare lavoro, vivono di più e meglio perché hanno stili di vita più salutari, corrispondono livelli più elevati di accesso e godimento consapevole dei beni e dei servizi culturali, e una partecipazione attiva alla vita sociale (Istat, 2019).

Nel 2018, la partecipazione all'apprendimento permanente registra il valore più basso rispetto agli altri indicatori, il 3,6 per cento, nonché un quadro complessivamente peggiore rispetto alla media europea (Istat, 2019).

La disaggregazione geografica conferma una partecipazione minore nelle regioni del Mezzogiorno con l'1,8 per cento sia per gli uomini sia per le donne. Si osservano invece valori più alti tra gli anziani che vivono al Nord (4,6 per cento) e al Centro (4,1 per cento) con una leggera prevalenza delle donne sugli uomini.

Nel periodo esaminato la quota di persone di età compresa tra 55 e 74 anni che frequentano corsi, seminari, conferenze o lezioni private mostra un lieve aumento: +2,1 punti percentuali dal 2007 al 2018 (Figura 3.27). Tale incremento si è registrato sia perché il livello di istruzione tra gli anziani è aumentato, quindi sono più propensi a continuare la formazione, sia per l'attivazione di vari progetti mirati, come ad esempio il progetto italiano "*Implementation of the European Agenda for Adult Learning*", affidato all'Isfol.

L'apprendimento permanente è l'indicatore con i valori più bassi. Sarebbe quindi necessario accrescere il livello di consapevolezza e sensibilizzazione presso i decisori politici a livello territoriale, gli operatori pubblici e privati nell'ambito dell'istruzione e della formazione, le parti sociali, le imprese, gli operatori del terzo settore (Isfol, 2014).

In conclusione, l'indice generale del dominio vita indipendente sana e sicura si caratterizza per avere i divari di genere e territoriali minori. Il divario di genere quasi sempre a favore degli uomini, ad esclusione di due indicatori, non è comunque affatto elevato (al massimo raggiunge i sei punti percentuali). Le differenze territoriali registrano invece un divario più ampio, soprattutto tra Nord e Mezzogiorno per alcuni indicatori, anche se il differenziale più elevato, 30 punti per l'indicatore relativo al rapporto del reddito mediano, è a favore del Mezzogiorno (122 contro un valore di 91,4 per il Nord).

3.4.2 La condizione economica degli anziani³¹

Il decennio appena trascorso è stato caratterizzato da una grave crisi economica che, a partire dalla fine del 2008, si è protratta per quasi cinque anni. La lenta e moderata ripresa successiva non è stata sufficiente a garantire alle famiglie italiane il pieno recupero dei livelli di reddito precrisi: secondo i dati dell'indagine Eu-Silc 2018 per l'Italia, che rileva i redditi dell'anno precedente a quello di indagine, il reddito medio familiare era ancora inferiore del nove per cento in termini di potere d'acquisto³² rispetto ai livelli del 2007. L'impatto della crisi è stato però ampiamente differenziato secondo profili territoriali, socio-demografici ed economici: nel considerare la condizione economica degli anziani, e le variazioni che essa ha subito nel corso di questa decade, occorrerà dunque tenerne conto³³.

Nel 2018 secondo i dati dell'indagine Eu-Silc le persone con almeno 65 anni rappresentavano il 22,5 per cento della popolazione mentre le famiglie con almeno un anziano erano il 38,4 per cento del totale delle famiglie: nel 2007 gli anziani erano invece il 20 per cento della popolazione mentre le famiglie con anziani il 36,6 per cento del totale delle famiglie. All'aumentato peso demografico ha corrisposto, nello stesso periodo, un incremento ancora maggiore del peso economico degli anziani residenti in Italia (Tavola 3.17): la quota dei redditi complessivi attribuibile agli anziani è infatti passata dal 21,6 per cento al 28,0 per cento, mentre i percettori con meno di 45 anni hanno visto ridursi complessivamente la loro quota di redditi di più di 11 punti percentuali.

Al cambiamento della struttura demografica si è infatti accompagnato l'impatto differenziato della crisi economica, che ha colpito in misura maggiore le fasce più giovani della popolazione, in particolare quella con meno di 35 anni.

Tavola 3.17 - Popolazione e reddito per classe di età. Anni 2007 e 2018 (incidenze percentuali e valori in euro all'unità)

Classe di età	Popolazione		Reddito medio (prezzi costanti)		Reddito relativo (base Italia=100)		Quota di reddito	
	2007	2018	2007	2018	2007	2018	2007	2018
Meno di 35 anni	38,5	34,2	15.097	12.219	81,5	66,8	18,1	12,0
35 - 44 anni	16,1	13,8	21.673	19.261	116,9	105,3	23,0	17,8
45 - 54 anni	13,5	16,1	22.382	20.770	120,8	113,6	20,3	22,5
55 - 64 anni	12,1	13,3	20.882	22.488	112,7	122,9	17,0	19,7
65 anni o più	19,9	22,5	15.282	17.481	82,5	95,6	21,6	28,0
Italia	100,0	100,0	18.534	18.290	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Questo segmento ha registrato una forte riduzione tanto del tasso di occupazione, quasi dieci punti percentuali in meno nel periodo, che dei redditi medi percepiti, diminuiti del 19 per cento in termini reali (Figura 3.29). Al contrario i redditi sono cresciuti in termini reali del 7,7 per cento per i percettori con età comprese tra 55 e 64 anni (il tasso di occupazione in questa fascia di età è aumentato di oltre venti punti percentuali) e del 14,4 per cento per i percettori con 65 anni e più.

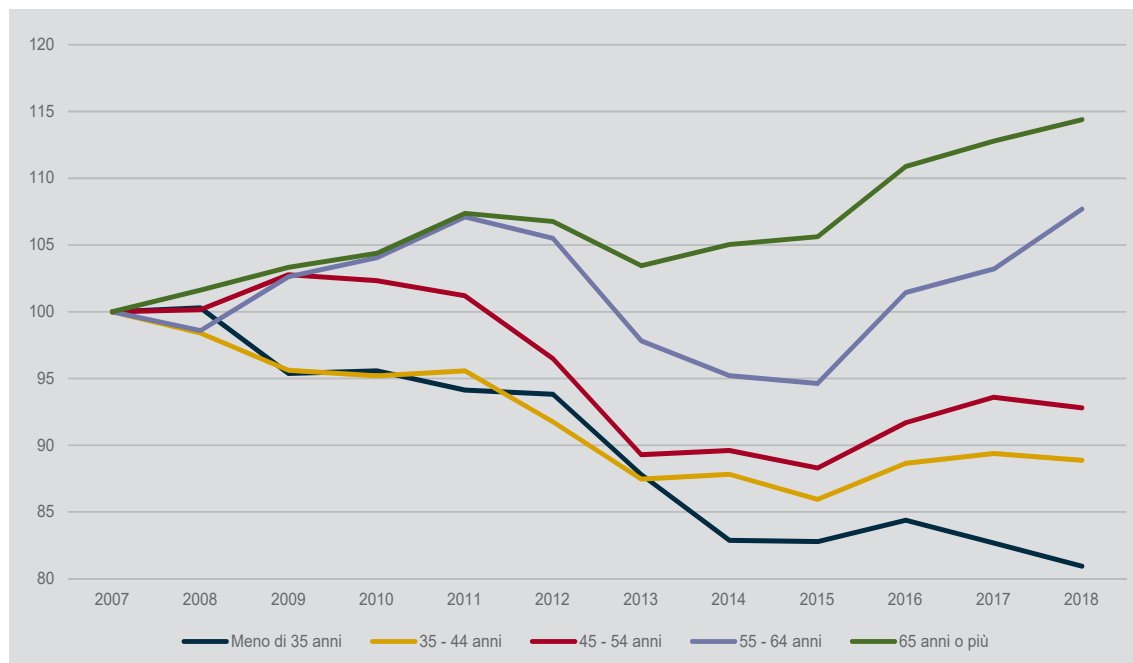
La crisi economica ha infatti colpito in maniera significativa i redditi da lavoro dipendente (-5,5 per cento) e soprattutto quelli da lavoro autonomo (-16,1 per cento). I redditi da pen-

31 Il paragrafo è stato curato da Stefano Gerosa.

32 I redditi nominali sono stati deflazionati utilizzando il valore medio annuo dell'indice dei prezzi al consumo armonizzato per i paesi dell'Unione europea (IPCA) con base nell'anno 2015.

33 Per una rassegna recente sugli aspetti economici legati all'invecchiamento della popolazione si veda Bloom, 2020.

Figura 3.29 - Redditi individuali a prezzi costanti per classe di età del percettore. Anni 2007-2018 (valori medi, base 2007=100)



Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc, i redditi sono relativi all'anno precedente quello di indagine

sione, che nel 2018 rappresentavano circa la metà dei redditi dei percettori della classe di età 55-64 e l'85 per cento dei redditi complessivi degli anziani, sono invece cresciuti in termini reali del 6,9 per cento, principalmente per effetto del pensionamento di coorti di lavoratori con retribuzioni e storie contributive migliori delle coorti precedenti. E con sistemi di calcolo afferenti ancor al regime retributivo, più vantaggioso, per grandissima parte degli anni lavorati. Così, se nel 2007 il reddito degli anziani risultava pari all'82,5 per cento del reddito medio individuale, alla fine del decennio tale rapporto era salito a circa il 96 per cento.

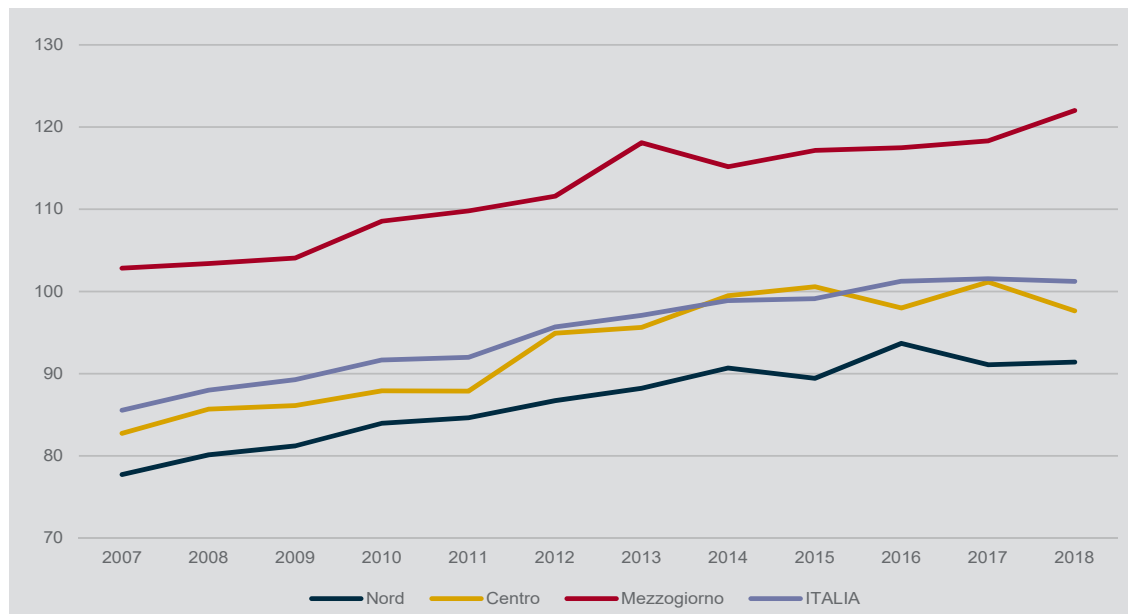
Per confrontare le condizioni di vita di individui appartenenti a nuclei familiari di dimensione e composizione diversa, è opportuno utilizzare il reddito equivalente³⁴: inoltre, poiché le distribuzioni dei redditi individuali sono asimmetriche e la media risulta così influenzata dai valori più elevati, il valore mediano fornisce una misura più accurata delle condizioni prevalenti. Considerando dunque il reddito mediano equivalente, il miglioramento della situazione economica degli anziani rispetto al resto della popolazione nel corso dell'ultimo decennio risulta ancora più evidente (Figura 3.30).

Il reddito mediano equivalente degli anziani, che era inferiore di circa il 15 per cento a quello dei non anziani nel 2007, ha progressivamente ridotto tale distanza nel corso dell'ultima decennio fino a risultare, a partire dal 2016, leggermente superiore. Il livello e la dinamica di questo rapporto è però significativamente differenziato a livello territoriale.

Nel Mezzogiorno il reddito mediano equivalente degli anziani era già superiore a quello dei non anziani prima della crisi, ma l'incremento è stato più forte che altrove (+19 per cento circa), tanto che nel 2018 gli anziani mostrano un reddito superiore di più di 20 punti percentuali rispetto ai non anziani.

³⁴ Il reddito equivalente è calcolato dividendo il valore del reddito netto familiare per un opportuno coefficiente di correzione (scala di equivalenza), che permette di tener conto dell'effetto delle economie di scala e di rendere direttamente confrontabili i livelli di reddito di famiglie diversamente composte.

Figura 3.30 - Rapporto tra i redditi mediani equivalenti delle persone di 65 anni e oltre e quello delle persone fino a 64 anni di età per ripartizione geografica. Anni 2007-2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc, i redditi sono relativi all'anno precedente quello di indagine

Il Mezzogiorno, infatti, è stata l'area del Paese in cui maggiore è stato l'impatto della recessione sull'occupazione e sui redditi da lavoro, cosicché la migliore tenuta dei trasferimenti pensionistici ha protetto i redditi familiari di fronte alla debolezza della struttura produttiva e del mercato del lavoro. Al Centro l'incremento di 15 punti percentuali ha portato gli anziani molto vicini al livello di reddito dei non anziani, mentre al Nord gli anziani hanno ancora un reddito mediano equivalente di circa il 9,0 per cento inferiore ai non anziani, in ragione delle migliori condizioni del mercato del lavoro di quest'area: nel 2018 il tasso di occupazione è pari al 67,3 per cento, rispetto al 44,5 del Mezzogiorno. Vi sono inoltre notevoli variazioni regionali, anche all'interno della stessa ripartizione: tra le grandi regioni del Mezzogiorno gli incrementi maggiori del reddito relativo degli anziani si sono verificati in Campania (+19,3 punti percentuali) e in Sicilia (+19,1 punti), ma notevoli sono stati gli incrementi anche in altre regioni, come in Emilia-Romagna (+18,7 punti) e in Toscana (+17,1 punti). In generale, il miglioramento delle condizioni degli anziani rispetto ai non anziani è stato maggiore nelle regioni in cui la crisi è stata più forte e la contrazione dei redditi medi equivalenti più ampia.

Per ciò che riguarda le differenze reddituali all'interno della popolazione anziana³⁵, si osserva in generale una minore dispersione dei redditi rispetto ai non anziani: l'indice di Gini³⁶ risultava nel 2018 pari a 0,34 (in crescita rispetto al valore di 0,32 del 2007) per il gruppo dei non anziani, contro lo 0,31 degli anziani (stabile rispetto al 2007). Le differenze di genere nei redditi sono invece più pronunciate tra gli anziani rispetto ai non anziani: il reddito mediano equivalente delle donne con più di 65 anni nel 2018 risultava inferiore di circa sette punti percentuali rispetto a quello degli uomini dello stesso gruppo, mentre tale differenza si riduce a tre punti nella popolazione con età inferiore ai 65 anni. La tipologia reddituale più diffusa tra gli anziani,

³⁵ Sulle interazioni tra i due processi dell'invecchiamento demografico e della rapida crescita delle disuguaglianze nei paesi sviluppati si veda Oecd, 2017.

³⁶ L'indice di Gini misura l'intensità della disuguaglianza della distribuzione dei redditi equivalenti: il suo valore varia tra 0 e 1, dove a valori più grandi corrispondono livelli maggiori di disuguaglianza distributiva.

ovvero i diversi trattamenti pensionistici, riflettono infatti sia i differenziali salariali di genere legati ad una minore partecipazione delle donne al mercato del lavoro e a storie contributive più brevi, sia la maggiore prevalenza tra le donne anziane di trattamenti assistenziali (pensioni sociali e di invalidità civile) caratterizzati da importi più bassi³⁷. Le differenze di genere nei redditi equivalenti sono più pronunciate al Centro-nord rispetto al Mezzogiorno sia per gli anziani che tra i non anziani: tra i primi la regione in cui il divario era maggiore nel 2018 è l'Emilia-Romagna (con un *gap* di genere di 11 punti percentuali), mentre in Sardegna le donne anziane avevano un reddito equivalente superiore a quello degli uomini di circa due punti percentuali.

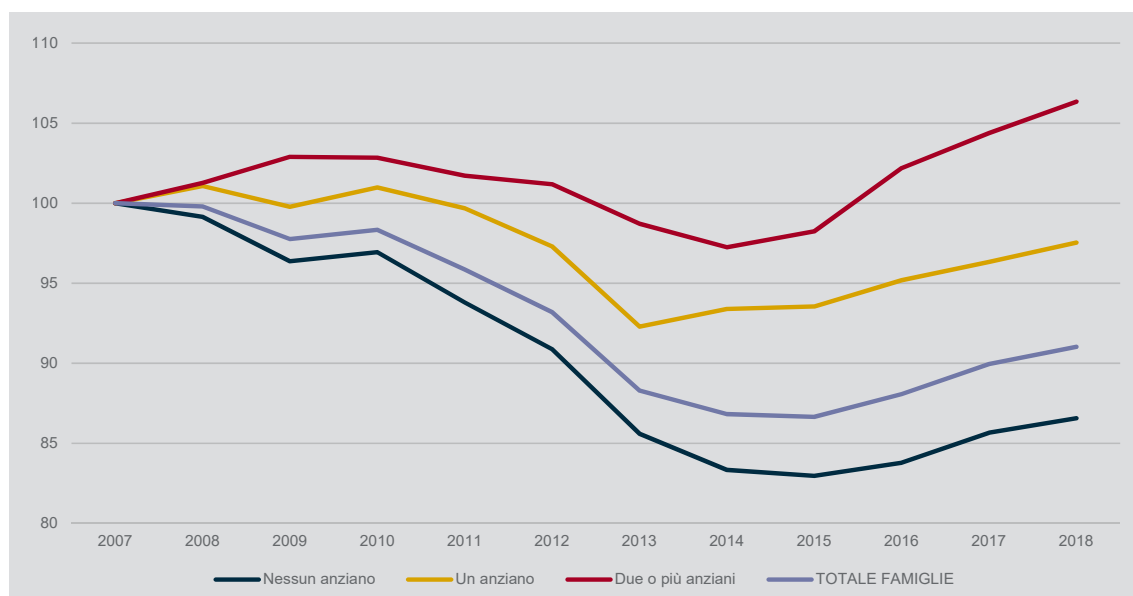
Anche se la gran parte degli anziani vive da solo o in coppie senza figli, circa il 30 per cento degli individui con 65 anni o più vive comunque in nuclei familiari in cui sono presenti figli o altri componenti, cosicché le famiglie con almeno un membro anziano nel 2018 erano quasi il 40 per cento del totale.

La migliore tenuta economica dei redditi degli anziani nel corso del periodo esaminato è visibile dunque anche nei redditi familiari a seconda della presenza o meno di componenti con 65 anni o più (Figura 3.31).

Le famiglie senza anziani hanno visto scendere in media i propri redditi di più di 13 punti percentuali in termini di potere d'acquisto a partire dal 2007, mentre le famiglie in cui almeno un anziano è presente hanno limitato la perdita al 2,5 per cento e le famiglie con due o più anziani hanno visto addirittura crescere i propri redditi del 6,3 per cento.

Nel 2018 dunque, a testimonianza dell'accresciuto ruolo economico della popolazione anziana, i redditi da pensione rappresentavano un quarto dei redditi delle famiglie italiane, due punti percentuali in più rispetto ai livelli del 2007.

Figura 3.31 - Redditi familiari a prezzi costanti per numero di anziani presenti. Anni 2007-2018 (valori medi, base 2007=100)



Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc, i redditi sono relativi all'anno precedente quello di indagine

Il miglioramento relativo delle condizioni economiche degli anziani emerge anche nella dinamica dei principali indicatori relativi al rischio di povertà ed esclusione sociale (Tavola 3.18).

³⁷ Sui trattamenti pensionistici e più in generale sulle condizioni di vita dei pensionati in Italia si veda Istat, 2020a.

Tavola 3.18 - Rischio di povertà e grave deprivazione materiale per classe di età e presenza di anziani in famiglia. Anni 2007 e 2018 (valori percentuali e variazioni in punti percentuali)

	Rischio di povertà			Grave deprivazione materiale		
	2007	2018	Variazione 2007-2018	2007	2018	Variazione 2007-2018
Classe di età						
Meno di 35 anni	21,4	24,8	3,4	7,8	9,4	1,6
35 - 44 anni	18,2	20,4	2,2	6,4	8,0	1,6
45 - 54 anni	16,2	19,8	3,6	7,1	8,7	1,6
55 - 64 anni	14,5	17,7	3,2	6,3	8,9	2,6
65 anni o più	22,2	15,3	-6,9	6,5	7,2	0,7
Famiglie con anziani						
Nessun anziano	19,2	22,5	3,3	7,1	8,9	1,8
Un anziano	22,9	19,4	-3,5	8,7	9,5	0,8
Due o più anziani	16,3	10,9	-5,4	4,4	5,5	1,1
Totale	19,2	22,5	3,3	7,1	8,9	1,8

Fonte: Istat, Indagine Eu-Silc

Il rischio di povertà, ovvero la quota di individui il cui reddito equivalente risulta inferiore alla soglia di povertà individuata dal 60 per cento del reddito equivalente mediano per ciascun anno di indagine, è diminuito di quasi sette punti percentuali per gli anziani nel periodo 2007-2018, mentre è cresciuto per tutte le altre classi di età. In particolare, divergente è stata la dinamica del rischio di povertà per i minori di 35 anni, che avevano un rischio di povertà leggermente inferiore a quello degli anziani nel 2007 e nel 2018 presentavano rispetto a questi ultimi un rischio maggiore di quasi dieci punti percentuali. Si tratta della fascia di popolazione che ha subito forse il contraccolpo maggiore rispetto alla recessione economica: il tasso di occupazione di 15-34 anni tra il 2007 e il 2018 infatti è sceso dal 50,8 per cento al 41,0 per cento.

La presenza di anziani nella famiglia ha costituito così un fattore protettivo rispetto al rischio di povertà anche per i membri non anziani del nucleo (pari a circa 5 milioni e mezzo di individui nel 2018, quasi il 30 per cento dei componenti delle famiglie con anziani).

Il rischio di povertà è infatti diminuito del 3,5 per cento nelle famiglie con almeno un anziano e di più di cinque punti nelle famiglie con due o più anziani, mentre è cresciuto di più di tre punti nelle famiglie prive di componenti con 65 anni o più. La riduzione del rischio di povertà nelle famiglie con anziani è stata particolarmente forte nel Mezzogiorno, soprattutto per le famiglie con almeno due anziani (-8,3 per cento), mentre i membri delle famiglie senza anziani del Centro hanno subito un incremento del rischio di quasi sette punti.

La grave deprivazione materiale³⁸, che a differenza del rischio di povertà non è un indicatore distributivo e quindi non esprime la posizione relativa di un gruppo rispetto ad altri nella distribuzione, non è invece diminuita per gli anziani nell'ultimo decennio, anche se l'incremento che li ha riguardati è stato il più basso tra tutte le classi di età. In generale, come già evidenziato, questo indicatore rivela un profondo divario territoriale, riconducibile al differente grado di sviluppo delle aree del Paese. Nel 2018 il dato medio si attesta al 92,8 per cento, ma quello del Nord arriva al 96,7 per cento e nel Mezzogiorno all'85,9

³⁸ La grave deprivazione materiale misura la percentuale di persone che vivono in famiglie in cui sono presenti almeno quattro segnali di deprivazione materiale sui nove indicati di seguito: essere in arretrato nel pagamento di bollette, affitto, mutuo o altro tipo di prestito; non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione; non poter sostenere spese impreviste di 800 euro; non potersi permettere un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni; non potersi permettere una settimana di vacanza all'anno lontano da casa; non potersi permettere alcuni beni materiali (televisore a colori, lavatrice, automobile, telefono).

per cento, oltre dieci punti in meno. In particolare, poi, la grave deprivazione materiale resta più alta nelle famiglie con un solo membro anziano, segnalando l'esistenza di fattori di disagio ed esclusione sociale che sono solo parzialmente catturati dalla condizione reddituale delle famiglie.

A dispetto della fragilità alla quale viene comunemente associata la condizione degli anziani, dal punto di vista economico si deve invece rilevare che, negli anni della grave crisi economica iniziata nel 2008, essi hanno rappresentato un elemento di stabilità dei redditi familiari e di protezione dal rischio di un impoverimento ancora maggiore anche per una parte della popolazione non anziana. Non è però possibile non sottolineare come il miglioramento relativo delle condizioni economiche degli anziani sia l'altra faccia dell'inedito arretramento della struttura produttiva del paese e del progressivo impoverimento della popolazione più giovane e adulta, dunque della sua capacità di generare ricchezza per la grande maggioranza delle famiglie italiane.

3.4.3 La formazione continua e il capitale umano degli anziani³⁹

La formazione degli individui durante tutto il corso della vita permette di acquisire competenze, abilità e attitudini che sono fondamentali sia per l'individuo, offrendogli flessibilità, adattabilità, soddisfazione e motivazione, sia per la società, fornendo un valore aggiunto per il mercato del lavoro, la coesione sociale e la cittadinanza attiva.

Il capitale umano di un individuo si forma e si sviluppa all'interno dei processi educativi, sia di quelli formali (scuola, università) sia di quelli non formali (corsi ed attività formative) e informali (ambiente di lavoro, famiglia, vita sociale e relazionale).

L'apprendimento permanente durante tutto l'arco della vita (*lifelong learning*) assume sempre maggiore importanza, soprattutto in relazione ai forti cambiamenti in atto nella nostra società. Sicuramente l'evoluzione demografica e il crescente peso della popolazione anziana, rendono indispensabile garantire la partecipazione sempre più attiva ed autonoma di tutte le fasce della popolazione alla vita sociale ed economica. In particolare, in sistemi economici caratterizzati da rapidi cambiamenti del mercato del lavoro e da mobilità lavorativa che richiedono alle persone capacità di acquisire, sviluppare e aggiornare le competenze durante tutto l'arco della vita lavorativa. Anche sotto la spinta dell'innovazione tecnologica, che accresce il rischio di una rapida obsolescenza delle competenze e richiede dunque un continuo adattamento e riqualificazione tramite l'acquisizione di nuove competenze e abilità (*skill*) e nuove conoscenze (*knowledge*).

Visto questo scenario, a livello europeo è ormai da tempo molto forte l'attenzione al *lifelong learning*. Inteso a migliorare le conoscenze e le competenze da un punto di vista personale, sociale e lavorativo, il *lifelong learning* rientra tra gli obiettivi strategici di Europa 2020. Nella Strategia europea si rimarca l'importanza di promuovere l'equità, la coesione sociale e la cittadinanza attiva attraverso politiche di istruzione e di formazione che rendano tutti i cittadini in grado di acquisire e sviluppare le competenze necessarie per favorire la propria occupabilità e la propria vita sociale. Per monitorare i progressi nel campo dell'istruzione e della formazione dei cittadini europei, l'Europa ha posto come indicatore *benchmark* quello di innalzare almeno al 15 per cento la quota di popolazione adulta, di età 25-64 anni, coinvolta in attività educative e/o formative. Nel 2018 in Italia il livello di partecipazione al *lifelong learning* è pari all'8,1 per cento (11,1 nella media Ue28).

39 Il paragrafo è stato curato da Raffaella Cascioli.

Il coinvolgimento in attività formative diminuisce con il crescere dell'età, una tendenza presente in tutti i paesi europei. L'alta partecipazione al *lifelong learning* tra i più giovani (in Italia il 15,3 per cento dei 25-34enni) è peraltro legata all'istruzione formale. Già nella fascia di età successiva, 35-44 anni, la partecipazione si dimezza e scende al 5,0 per cento tra i 55-64enni. Se si considera la successiva classe di età - quella dei 65-74enni - il coinvolgimento in attività formative si riduce ulteriormente all'1,9 per cento. Considerando nel complesso la popolazione tra 55 e 74 anni, la partecipazione al *lifelong learning* è pari al 3,6 per cento. Il valore medio dell'Ue28 è superiore e pari al 5 per cento, con in testa alla graduatoria i paesi scandinavi. Tra i più grandi paesi europei la Francia è quella con il tasso di partecipazione maggiore (9,8 per cento), segue il Regno Unito (7,8 per cento), la Spagna ha un valore simile all'Italia (3,7 per cento) mentre la Germania un valore inferiore (2,2 per cento).

Nelle fasce di età più mature, dunque, la quota di popolazione in formazione è molto esigua, e questo è particolarmente evidente in Italia. Eppure, proprio in queste fasce di età sarebbe indispensabile un'ampia partecipazione alle attività formative. Infatti l'aggiornamento delle competenze e la riqualificazione professionale è maggiormente necessaria per gli individui la cui formazione iniziale è avvenuta in momenti più lontani e che devono quindi tenere il passo dell'innovazione tecnologica e delle trasformazioni da questa indotte. Ma oltrepassando il piano della riqualificazione professionale legata al mondo del lavoro, la formazione continua permette una crescita personale ed una partecipazione attiva alla vita sociale capace di migliorare considerevolmente la qualità della vita delle persone anziane.

Così come per le classi di età più giovani, anche tra i più maturi vi è un maggiore interesse all'apprendimento e alla partecipazione culturale da parte delle donne rispetto agli uomini (3,9 per cento verso 3,3 per cento). Questo divario di genere è presente in quasi tutti i paesi europei.

Il *lifelong learning* è associato positivamente con il livello di istruzione, anche tra la popolazione meno giovane. Il livello di partecipazione è pari al 10,7 per cento tra chi ha conseguito una laurea, significativamente inferiore per chi è in possesso di un titolo secondario superiore (5,2 per cento) e minimo, 1,2 per cento, per coloro con al più un titolo secondario inferiore (al massimo la licenza media).

Questa relazione tra partecipazione alla formazione e livello di istruzione ha un impatto considerevole proprio sulla popolazione anziana, poiché è significativamente alta, tra i 55-74enni, la quota di coloro che possiedono un basso livello di istruzione (oltre uno su due, il 56,6 per cento).

L'Italia ha un incidenza di partecipazione simile a quella media europea tra coloro con alto livello di istruzione (10,7 per cento contro 11,1 per cento) persino superiore tra coloro con un diploma secondario superiore (5,2 per cento contro 4,2 per cento) ma inferiore tra coloro con basso livello di istruzione (1,2 per cento e 2,1 per cento). Anche con alcuni tra i più grandi paesi europei – in particolare Francia e Regno Unito dove è elevata la partecipazione al *lifelong learning* – le differenze sono maggiori proprio tra i 55-74enni con basso livello di istruzione.

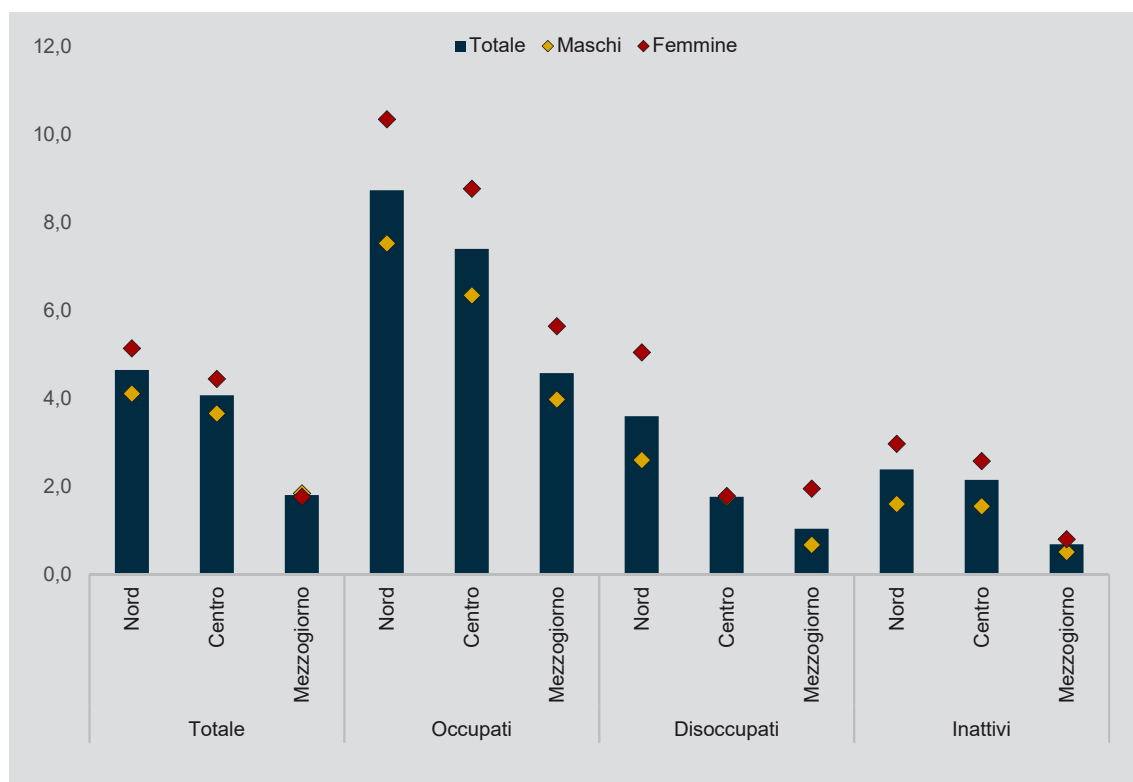
La partecipazione al mercato del lavoro – ma più propriamente la condizione di occupato – è positivamente correlata ad una maggiore partecipazione al *lifelong learning*. Questa relazione è confermata anche tra la popolazione matura, con una partecipazione alle attività formative dei 55-74enni pari al 7,3 per cento tra gli occupati, il 2,1 per cento tra i disoccupati e l'1,7 per cento tra gli inattivi. Anche nella media Ue la partecipazione al *lifelong learning* è massima tra gli occupati e minima tra gli inattivi (8,1 per cento, 6,6 per cento e 3,0 per cento, i rispettivi valori). In Italia, tuttavia, la differenza nella partecipazione al *lifelong learning* tra occupati e disoccupati è più accentuata rispetto alla media europea.

La quota di disoccupati tra i 55-74enni, poco meno di 300 mila individui, è comunque in crescita e inizia a diventare abbastanza numerosa. Per coloro che devono riallocarsi all'interno del mondo del lavoro ad un'età piuttosto avanzata - spesso in possesso di competenze acquisite lontano nel tempo e dunque più obsolete - sarebbe essenziale la partecipazione alla formazione al fine di acquisire nuove abilità e nuove competenze all'interno di un sistema integrato di politiche attive per il lavoro.

La scarsa partecipazione alla formazione della popolazione anziana inattiva riveste invece una notevole importanza in considerazione del fatto che la quota di inattivi è predominante (circa due su tre): si tratta di poco meno di 10 milioni di individui la cui inclusione sociale e qualità della vita sono connesse anche alla partecipazione al *lifelong learning*.

Per quanto riguarda i 55-74enni occupati (4,9 milioni), il livello di partecipazione al *lifelong learning* è massimo tra i professionisti (15,9 per cento); seguono i tecnici (10,7 per cento), i manager e dirigenti (8,2 per cento) e gli impiegati (7,2 per cento). La partecipazione è minima invece tra le professioni a bassa qualifica, quali gli addetti al commercio e ai servizi (3,3 per cento), gli operai (2,4 per cento) e il personale impiegato in lavori elementari (1,7 per cento)⁴⁰. In generale, dunque, più si è qualificati e più è alta la possibilità di trovarsi in formazione continua. Su questo risultato gioca un ruolo importante la formazione in ambito lavorativo organizzata e/o finanziata dall'impresa presso la quale si lavora (tra gli occupati di 55-74 anni ha un peso pari al 50 per cento) che è più centrata verso i profili professionali elevati. Incide anche la circostanza che questi profili più elevati sono coperti da soggetti con più elevato livello di istruzione il che influisce, come precedentemente

Figura 3.32 - Popolazione di 55-74 anni che partecipa ad attività formative per ripartizione geografica, genere e condizione occupazionale. Anno 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di Lavoro

⁴⁰ Questa relazione è presente indipendentemente dalla classe di età presa a riferimento.

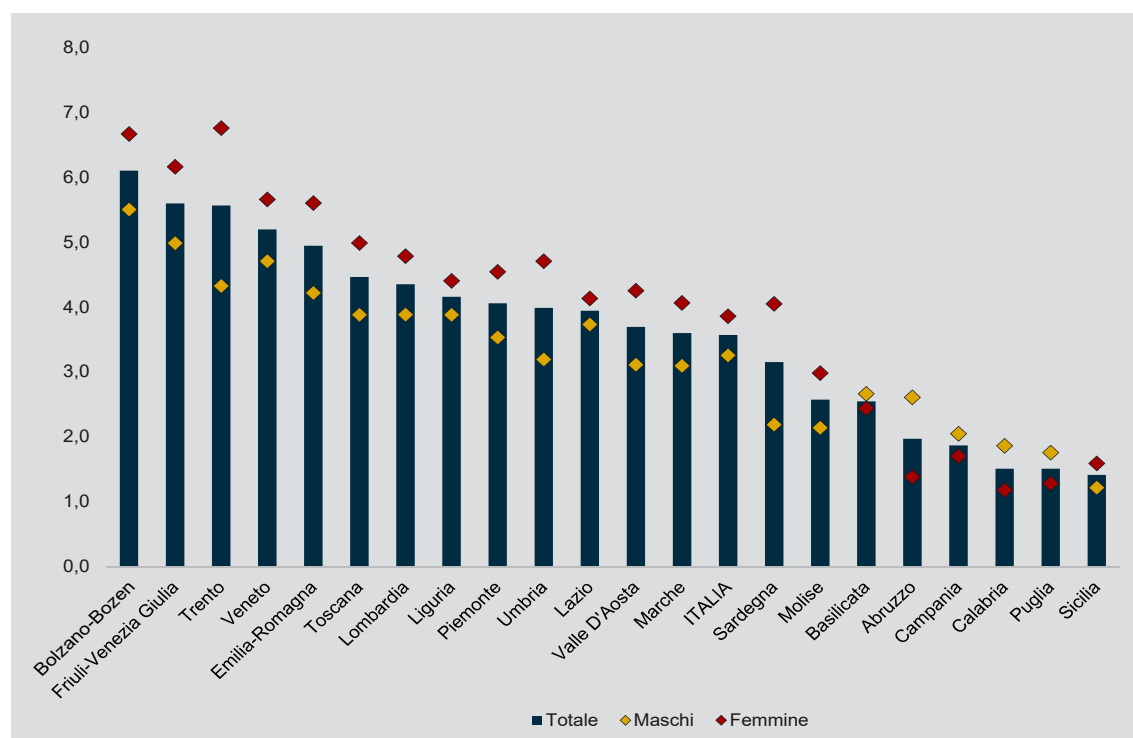
osservato, sulla propensione al *lifelong learning*. Del resto è ragionevole immaginare che le figure più formate abbiano una maggiore consapevolezza della necessità di mantenere elevati livelli di formazione nell'attuale contesto di veloce obsolescenza delle conoscenze dovute ad una evoluzione tecnica e tecnologica sempre più rapida.

I 55-74enni residenti nel Nord e nel Centro hanno un tasso di partecipazione alle attività formative più che doppio rispetto ai residenti nel Mezzogiorno (4,6 per cento, 4,1 per cento e 1,8 per cento, rispettivamente) (Figura 3.32). Questa differenza territoriale permane indipendentemente dalla condizione occupazionale e si accentua nella componente femminile.

L'analisi per territorio evidenzia che la provincia autonoma di Bolzano presenta la percentuale più elevata di persone che partecipano ad attività formative (6,1 per cento), seguono il Friuli-Venezia Giulia (5,6 per cento), la provincia autonoma di Trento (5,6 per cento) e il Veneto (5,2 per cento) (Figura 3.33). Tutte le regioni del Centro-nord hanno valori uguali o superiori al valore medio italiano, mentre tutte le regioni del Mezzogiorno hanno valori inferiori. La partecipazione è minima in Calabria (1,5 per cento), Puglia (1,5 per cento) e Sicilia (1,4 per cento). L'interesse all'apprendimento e alla partecipazione culturale - maggiore nelle donne rispetto agli uomini in quasi tutte le aree del Paese - risulta invece inferiore in quattro regioni del Mezzogiorno: Abruzzo, Campania, Calabria e Puglia.

Accanto alla partecipazione ad attività formative organizzate e pianificate vi sono altre occasioni formative non propriamente connesse a corsi strutturati, ma nelle quali vi è comunque una componente di apprendimento.

Figura 3.33 - Popolazione di 55-74 anni che partecipa ad attività formative per genere e regione. Anno 2018
(valori percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di Lavoro

Tuttavia, anche queste forme di apprendimento informale – che possono avvenire attraverso la lettura di libri e quotidiani, l'utilizzo del personal computer e di internet, i

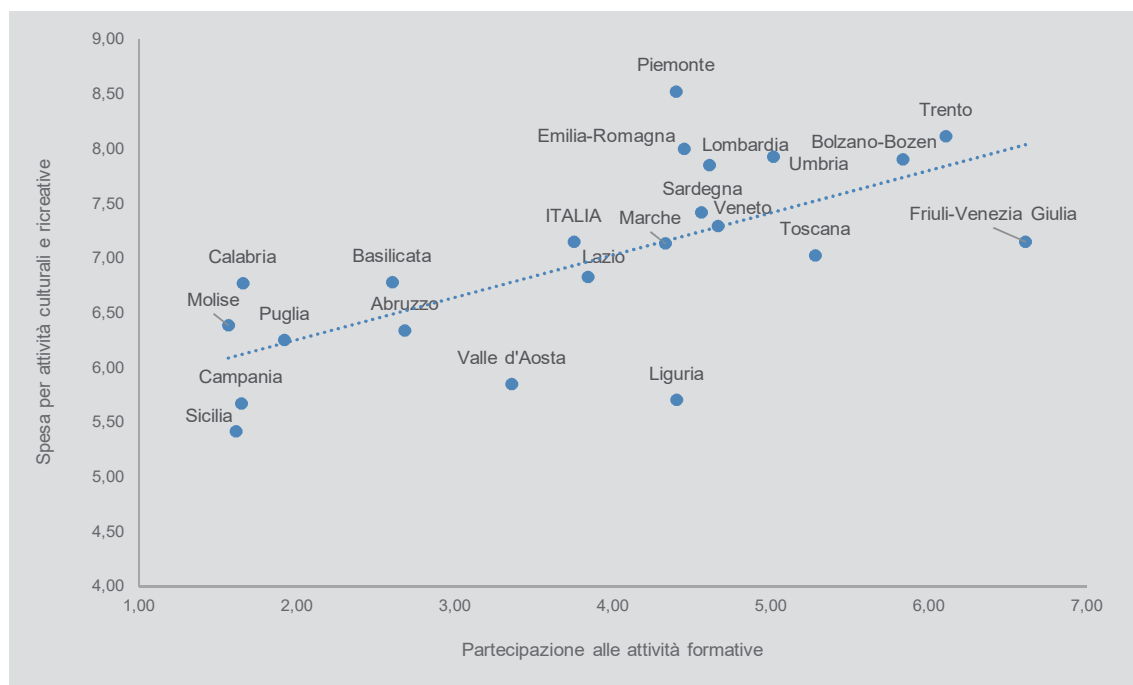
viaggi, le visite a musei, la partecipazione a spettacoli, eccetera – sono comunque meno diffuse nelle regioni meridionali. La Figura 3.34 mostra, nello specifico, l'associazione esistente tra la partecipazione a corsi ed attività formative strutturate e la spesa delle famiglie per attività culturali e formative⁴¹, indicando come, per la popolazione residente nelle regioni del Mezzogiorno, gli svantaggi nelle occasioni di apprendimento si cumulano.

In conclusione, i dati confermano che – soprattutto tra le fasce di popolazione più matura – la formazione continua a qualificare ulteriormente persone che hanno già un buon livello educativo e formativo, che sono residenti nelle aree più sviluppate del paese, che sono già inserite nel sistema produttivo e che ricoprono le posizioni lavorative più qualificate. Risultano, di contro, meno coinvolti i soggetti più vulnerabili e, in quanto tali, più bisognosi di formazione.

L'innovazione tecnologica e le trasformazioni economiche, sul versante del mercato del lavoro, richiederebbero un costante e diffuso investimento nella formazione, nell'aggiornamento e nella riqualificazione professionale per i soggetti più a rischio, come i lavoratori maturi.

In generale, comunque, occorrerebbe uno sforzo maggiore da parte delle istituzioni pubbliche nell'implementare programmi di *lifelong learning* indirizzati in particolare nei confronti delle classi più anziane ormai uscite dalla popolazione attiva, peraltro caratterizzate come sopra riportato da livelli di istruzione inferiori. Innanzitutto perché l'attività mentale, al pari di quella fisica, protegge dall'insorgenza precoce di patologie legate all'invecchiamento.

Figura 3.34 - Popolazione di 55-74 anni che partecipa ad attività formative e indicatore sulla spesa per attività culturali e ricreative per regione. Anno 2016 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Rilevazione sulle Forze di Lavoro e Spesa per attività culturali e ricreative

In secondo luogo, l'accrescimento del bagaglio formativo e culturale può stimolare l'adozione di stili di vita più salutari, una maggiore partecipazione alla vita sociale, un allar-

⁴¹ <https://www.istat.it/it/archivio/16777>. L'ultimo anno disponibile è il 2016, per cui i dati della Figura sono riferiti a tale anno.

gamento delle reti di relazioni amicali legate ai nuovi interessi e una migliore qualità della vita. Si pensi al *digital divide* che contraddistingue la popolazione anziana, sostanzialmente quasi esclusa dai benefici derivanti dall'applicazione di tecnologie informatiche in un numero crescente di campi. Colmare tale lacuna in un contesto di solidarietà intergenerazionale, con docenti più giovani dediti all'insegnamento, significherebbe allargare la loro partecipazione anche alla società "digitale".

Nel nostro Paese i divari territoriali emergono anche in questo ambito e dipendono dalla disponibilità di risorse finanziarie, oltre che dalla progettualità politica. Sarebbe auspicabile l'impegno congiunto di vari attori istituzionali, pubblici, privati e del terzo settore, per aumentare l'offerta e la fruizione di eventi formativi.

La crescita personale e sociale del singolo contribuisce anche alla crescita dell'intera società, e dovrebbe essere garantita a tutte le latitudini del nostro Paese.

3.5 Capacità e ambiente favorevole all'invecchiamento attivo

Questo dominio comprende una serie di indicatori che possono essere considerati come prerequisiti per l'invecchiamento attivo o fattori che facilitano o contribuiscono all'invecchiamento attivo. Si tratta di una sorta di dominio "trasversale" che misura il potenziale per l'invecchiamento attivo, in quanto fa riferimento alle condizioni di contesto che possono supportare lo sviluppo di capacità nelle persone anziane. Tra i prerequisiti per l'invecchiamento attivo ci sono innanzitutto di poter vivere più a lungo (aspettativa di vita) e in buone condizioni (percentuale di aspettativa di vita vissuta in buona salute, benessere mentale) e i fattori abilitanti che favoriscono l'invecchiamento attivo rappresentati dall'uso delle tecnologie, le relazioni sociali e il livello di istruzione.

Pertanto nel dominio sono stati inclusi indicatori (si veda il capitolo 2) che fanno riferimento anche al modo in cui è strutturata e organizzata la società. Aiutare la popolazione ad "invecchiare attivamente" è un impegno che deve coinvolgere *policy makers* e *stakeholders* anche attraverso la costruzione di processi socio-culturali orientati a favorire la partecipazione e l'inclusione a tutti i livelli. Universalità ed equità nell'accesso ai servizi sanitari e sociali è un fattore indispensabile per rispondere ai bisogni di salute e alle esigenze delle persone anziane, così come è importante garantire l'accesso all'istruzione e alla formazione anche in tarda età, nella prospettiva di assicurare una società realmente inclusiva.

L'indice generale del dominio, dopo un calo tra il 2007 e il 2012, nel 2018 ha recuperato ampiamente riportandosi a un livello superiore all'anno 2007, 52,1 punti contro 47,3, +4,8 punti percentuali (Tavola 3.19). L'aumento della capacità di invecchiamento attivo a livello nazionale è il riflesso dei progressi registrati da molti indicatori del dominio. I cambiamenti più consistenti hanno riguardato gli indicatori dell'aspettativa di vita residua in buona salute all'età di 55 anni, dell'uso frequente delle Ict da parte di persone di età compresa tra 55 e 74 anni e del livello di istruzione.

L'intensità del cambiamento, tuttavia, varia da regione a regione, con progressi diversificati per territorio: si va da +2,3 punti percentuali del Lazio e la provincia autonoma di Trento fino ai +7,8 e +7,6 punti per la Sicilia e la Sardegna, mentre tra le regioni centrali spicca il miglioramento delle Marche (+7,2 punti). Queste dinamiche, poi, hanno avuto riflessi sulla graduatoria, con conferme e spostamenti anche significativi. Le regioni settentrionali occupano i posti più elevati, con uno scambio di testimone tra le province autonome di Trento e Bolzano per quanto concerne la prima posizione. Si registrano i progressi di Emilia-Romagna e Friuli-

Tavola 3.19 - Punteggio dell'indice generale del dominio capacità di invecchiamento attivo per regione.
Anni 2007, 2012 e 2018 (punti percentuali e variazioni in punti percentuali)

Regione	Indice generale			Variazioni 2018-2007	Graduatoria generale	
	2007	2012	2018	2018	2007	2018
Piemonte	49,7	48,1	52,9	3,2	6	13
Valle D'Aosta	50,8	48,5	55,8	5,0	3	3
Liguria	49,7	48,4	54,5	4,8	5	7
Lombardia	50,5	47,8	55,0	4,5	4	4
Bolzano-Bozen	54,7	55,1	60,5	5,8	2	1
Trento	55,3	54,7	57,6	2,3	1	2
Veneto	48,7	49,8	54,1	5,4	9	10
Friuli-Venezia Giulia	48,4	46,3	54,5	6,1	10	8
Emilia-Romagna	49,2	48,2	55,0	5,8	8	5
Toscana	49,5	45,5	53,9	4,4	7	11
Umbria	47,9	46,1	54,6	6,7	11	6
Marche	47,3	45,2	54,5	7,2	12	9
Lazio	46,7	47,3	49,0	2,3	15	19
Abruzzo	46,4	48,4	50,2	3,8	16	15
Molise	46,9	48,6	49,9	3,0	14	17
Campania	42,0	41,6	45,5	3,5	22	22
Puglia	42,8	43,4	48,9	6,1	20	20
Basilicata	44,9	46,0	50,0	5,1	18	16
Calabria	44,1	42,6	48,1	4,0	19	21
Sicilia	42,0	44,1	49,8	7,8	21	18
Sardegna	45,4	46,3	53,0	7,6	17	12
Italia	47,3	46,5	52,1	4,8	-	-

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Venezia Giulia, il significativo arretramento del Piemonte, scivolato dal sesto al tredicesimo posto e la stabilità di Lombardia e Valle D'Aosta. Nel Centro a fronte di un avanzamento di Marche e Umbria, si segnala l'arretramento della Toscana e soprattutto del Lazio che presenta il posizionamento peggiore essendo sceso al diciannovesimo posto, assimilabile a quello delle regioni del Mezzogiorno. Queste occupano i posti più bassi della graduatoria: la Campania si conferma ultima con 45,5 punti, 15 punti in meno rispetto alla provincia di Bolzano, seguono Calabria e Puglia. Si evidenziano peraltro anche andamenti positivi, come in Sardegna, salita dal diciassettesimo al dodicesimo posto, e il parziale recupero di Basilicata, Sicilia e Abruzzo.

Nel complesso, comunque, nel periodo osservato il divario del Mezzogiorno rispetto al Nord e al Paese (-5,9 e -3,4 punti rispettivamente nel 2018) si riduce lievemente, e le distanze territoriali risultano in definitiva non troppo rilevanti.

A tale risultato ha contribuito soprattutto il forte incremento rispetto al 2007 dell'indicatore speranza di vita in buona salute a 55 anni nelle regioni meridionali (Tavola 3.20), +10,5 punti percentuali (e un aumento in Sicilia di oltre 20 punti), con un valore che ormai si sta avvicinando a quello delle regioni centrali, che segnalano l'aumento più basso. Questo è dipeso dal Lazio, che ha sperimentato una riduzione dell'indicatore di 4,7 punti (unica regione insieme alla provincia di Trento). Questo risultato, unitamente alla forte diminuzione dell'indicatore del benessere mentale (-5,7 punti), spiega in gran parte l'arretramento nella graduatoria di questa regione tra il 2007 e il 2018. Vivere in buona salute è una condizione fondamentale per una partecipazione sociale attiva, una condizione che va ricercata e sostenuta anche attraverso la prevenzione e stili di vita adeguati (si vedano i paragrafi successivi). Queste evoluzioni positive nel campo della salute risentono anche del diverso approccio all'invecchiamento che si è consolidato negli ultimi anni, orientato sempre più verso politiche dimensionate sull'anziano e mirate alla promozione di un invecchiamento in buona salute.

Tavola 3.20 -Punteggio degli indicatori del dominio capacità di invecchiamento attivo per ripartizione geografica. Anno 2018 (punti percentuali e differenze in punti percentuali)

Ripartizione geografica	Speranza di vivere 50 anni a 55 anni	Speranza di vita in buona salute a 55 anni	Benessere mentale	Uso delle tecnologie	Relazioni sociali	Alto livello di istruzione	Indice generale
2018							
Nord	59,7	57,9	45,1	54,0	52,3	45,8	54,6
Centro	59,9	52,8	35,2	52,1	50,8	50,5	51,8
Mezzogiorno	58,3	51,6	31,5	38,2	52,7	35,9	48,7
Italia	59,3	54,8	38,6	48,3	52,1	43,4	52,1
Differenze 2018-2007							
Nord	2,8	4,9	-1,7	41,0	-8,0	18,8	4,8
Centro	2,9	1,3	-1,3	39,3	-8,4	19,9	3,9
Mezzogiorno	3,0	10,5	-0,6	30,8	-5,7	13,2	5,5
Italia	2,9	5,9	-1,3	37,2	-7,4	17,0	4,8

Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Risulta in crescita nel periodo considerato anche la speranza di vivere 50 anni a 55 anni, con un'intensità sostanzialmente omogenea nelle aree geografiche e lievemente più alta nelle regioni meridionali, che consente di mantenere contenuti i divari territoriali.

L'indicatore del benessere mentale tra il 2007 e il 2012 subisce un forte decremento, -7,4 punti percentuali, a causa presumibilmente delle mutate condizioni economiche generate dal ciclo negativo. Nell'anno 2018 si registra un buon recupero, che non consente tuttavia di raggiungere i livelli di benessere registrati all'inizio del periodo temporale di osservazione. A livello nazionale, infatti, si registra rispetto al 2007 una diminuzione di 1,3 punti percentuali, minore nel Mezzogiorno (-0,6 punti) e più alta nel Nord. Le regioni che presentano invece l'incremento più forte, sopra i cinque punti, sono Umbria e Marche.

Importante il balzo effettuato dall'uso delle tecnologie da parte degli anziani, oltre 37 punti percentuali rispetto al 2007. Tale risultato sconta non solo l'innalzamento del livello di istruzione e l'alfabetizzazione digitale di questa popolazione, ma anche la dotazione infrastrutturale per poter utilizzare tali tecnologie, la diffusione degli smartphone e i costi di accesso ai servizi.

L'uso di internet nel nostro Paese rimane però fortemente legato all'età, e solamente tra le persone di 65 anni e più laureate l'utilizzo della rete presenta valori simili a quelli registrati per la media italiana, 61,3 per cento (Fondazione Ugo Bordoni, Istat, 2018). Se l'indicatore sull'uso delle Ict ci restituisce un risultato positivo di graduale avanzamento, i divari digitali tra gli individui non nascono soltanto in relazione all'accesso alle Ict, ma anche alla capacità d'uso e di trarne benefici. Sicuramente già con l'arrivo della generazione dei *baby boomers* è probabile che tali differenze stiano diminuendo, ma occorrerà ancora tempo prima che l'uso di internet diventi anche per le persone anziane parte integrante della vita di tutti i giorni. Molto resta ancora da fare per ridurre ulteriormente il *digital gap*, ad esempio migliorando l'alfabetizzazione digitale attraverso programmi rivolti alle persone anziane che promuovono l'uso di internet, riducendo gli ostacoli derivanti dall'età avanzata e dalla mancanza di risorse (Tirado-Morueta et al., 2018).

Occorre rammentare, infatti, che riguardo all'utilizzo regolare di internet da parte degli individui di 65-74 anni in Europa (Eurostat, Ict survey), l'Italia nel 2018 si pone nella parte inferiore della graduatoria, lontano dalla media europea e ancor di più dai primi paesi, quelli dell'Europa del Nord⁴².

42 Cfr. Istat, Rapporto annuale 2019, pp. 161-164.

Rispetto all'indicatore del dominio, nell'Italia settentrionale si distinguono la provincia autonoma di Bolzano e la Lombardia (sopra il 56 per cento), nelle regioni centrali il Lazio e nel Mezzogiorno la Sardegna, l'unica regione di questa area con un valore superiore alla media nazionale (50,0 per cento), a fronte del valore più basso registrato in Calabria (32,9 per cento). L'incremento è stato più intenso nelle regioni settentrionali, cosicché il divario Nord-sud per questo indicatore si è allargato.

Significativo anche l'aumento della quota di anziani con un alto livello di istruzione, +17 punti percentuali, maggiore nel Centro e minore nel Mezzogiorno. L'indicatore spazia da oltre il 54 per cento per Liguria e Lazio al 31,8 per cento della Puglia; la Valle D'Aosta segnala il valore minore del Nord (41,1 per cento) e l'Abruzzo quello più elevato delle regioni meridionali (45,9 per cento). In prospettiva, peraltro, i divari territoriali non si ridurranno. Infatti i dati relativi agli adulti di 25-64 anni con un titolo di studio inferiore (fino alla licenza media), per l'anno 2018 segnalano una percentuale nel Mezzogiorno pari al 47,0 per cento, una quota superiore a circa 13 e 15 punti percentuali rispetto al Nord e al Centro.

Appare preoccupante invece, anche alla luce della più generale partecipazione alla vita sociale, la progressiva riduzione della percentuale degli anziani che intrattiene relazioni sociali. Cresce la quota di persone anziane che rimangono sole in casa, lontane dagli amici conducendo una vita in solitudine con troppo poco tempo dedicato ai rapporti affettivi e sociali. Purtroppo una rete di supporto piuttosto debole per le persone anziane potrebbe avere implicazioni negative riguardo alla solitudine e al benessere mentale generale, nonché per le opportunità di essere attivi e partecipare alla società.

Il dato medio nazionale diminuisce di 3,2 punti nel 2012 rispetto al 2007 e di altri 4,2 punti nel 2018 in confronto al 2012. Questo calo ha interessato in particolare il Centro-nord, con un picco di -16,5 punti percentuali rilevato in Umbria tra il 2018 e il 2007. In tal modo, e già a partire dal 2012, questo è l'unico indicatore del dominio nel quale il Mezzogiorno presenta il livello più alto nonché il punteggio regionale più elevato nel 2018, la Basilicata con il 59,7 per cento; la Liguria, la regione con la più alta incidenza di popolazione anziana, presenta invece la quota più bassa, il 47,2 per cento.

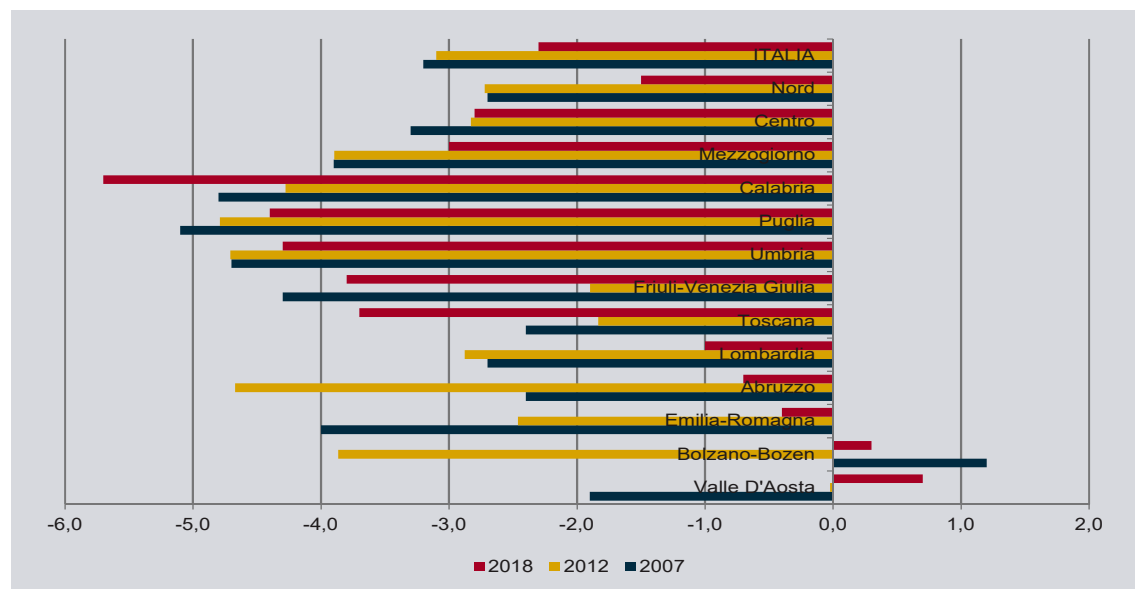
Un altro fattore che caratterizza ancora il nostro Paese è il divario di genere a sfavore delle donne. Il riscontro effettuato su questo dominio lo conferma, anche se le differenze non sono molto elevate e segnalano una riduzione nel tempo, soprattutto tra il 2012 e il 2018.

Nell'ultimo anno esaminato il differenziale dell'indice generale si porta a -2,3 punti percentuali (Figura 3.35), con il contributo delle ripartizioni del Nord e del Mezzogiorno, che presentano rispettivamente il valore più basso e più elevato (-1,5 e -3,0), a fronte della stasi delle regioni centrali. Anche in questo caso le regioni meridionali segnalano i valori più alti con la Calabria, -5,7 punti percentuali, peraltro in crescita rispetto al 2012, e Puglia (-4,4 punti), ma sono seguite da vicino da alcune regioni del Centro-nord, quali Umbria, Friuli-Venezia Giulia e Toscana, con valori compresi tra -4,3 e -3,7 punti percentuali.

Le uniche due regioni che nel 2018 presentano un divario di genere favorevole alle donne, con un miglioramento rispetto al 2012, sono la Valle D'Aosta e la provincia autonoma di Bolzano, +0,7 e +0,3 punti. In realtà Bolzano nel 2007 era l'unico territorio che segnalava già un divario positivo (+1,2 punti), ma poi ha fatto registrare un regresso nel 2012 e un netto miglioramento nel 2018. Notevoli progressi hanno contraddistinto l'Emilia-Romagna e in particolare l'Abruzzo, che ha recuperato quattro punti tra il 2012 e il 2018.

Le evidenze appena descritte rappresentano la sintesi della dinamica temporale dei singoli indicatori del dominio declinati per genere.

Figura 3.35 - Divario di genere per territorio dell'indice generale del dominio capacità di invecchiamento attivo. Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

Emerge chiaramente come l'unico indicatore che mostra un divario di genere a favore delle donne è la speranza di vivere 50 anni a 55 anni, in linea con gli andamenti generali della speranza di vita, che vedono le donne avere prospettive temporali più lunghe rispetto agli uomini (si veda il capitolo 1). In flessione nel corso degli anni, nel 2018 il valore è comunque di 7,3 punti percentuali superiore a quello degli uomini (Figura 3.36) ed è sostanzialmente omogeneo per tutte le aree geografiche. Questo indicatore ha dunque contribuito più degli altri a mantenere il divario di genere complessivo del dominio a un livello abbastanza sostenibile.

Tra gli indicatori che registrano un divario sfavorevole alle donne, quello relativo all'alto livello di istruzione segnala nel 2018 il valore più basso, -4,2 punti, un punteggio più che dimezzato rispetto a quello del 2007. Si deve rilevare una certa consistenza dei divari territoriali: nel 2018 si va da -2,8 del Centro a -6,0 punti del Mezzogiorno, ma con la Sardegna che mostra un +1,8 punti, l'unica regione insieme all'Emilia-Romagna (+0,2 punti) con un valore positivo.

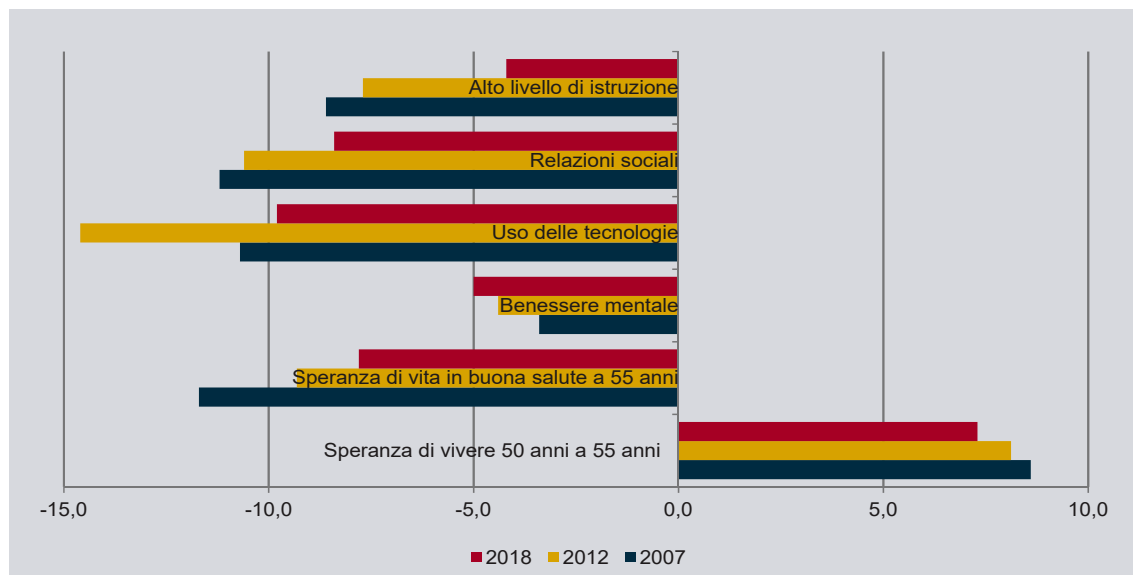
Il benessere mentale è l'unico indicatore che peggiora tra il 2007 e il 2018 (da -3,4 a -5,0 punti), a causa soprattutto dell'andamento negativo nel Nord e nel Mezzogiorno. In miglioramento il divario rispetto alla speranza di vita in buona salute a 55 anni, che nel 2018 scende a -7,8 punti.

A differenza della speranza di vita generale, le prospettive di vivere in buona salute sono peggiori rispetto agli uomini (si veda il paragrafo 3.5.1). In questo contesto è il Mezzogiorno a mostrare il differenziale minore, -6,9 punti, ma è la Valle D'Aosta l'unica regione con un divario a favore delle donne (+1,4 punti).

Lo stato di salute della popolazione anziana, tuttavia, resta ancora molto eterogeneo: alcune persone raggiungono un'età avanzata in buona salute senza quasi mai ricorrere a cure, mentre altre necessitano di assistenza e per periodi molto lunghi. Un obiettivo politico da perseguire è di ridurre le disparità di genere attuando esperienze positive ed eque di invecchiamento.

In tale direzione vanno anche le raccomandazioni dell'Oms, di porre particolare attenzione alla condizione di salute delle donne anziane. Fondamentale per contenere il *gap* di genere sono

Figura 3.36 - Divario di genere per singolo indicatore del dominio capacità di invecchiamento attivo. Anni 2007, 2012 e 2018 (differenze in punti percentuali)



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

le misure di prevenzione e controllo e l'accesso gratuito al sistema sanitario per contenere lo sviluppo di patologie e la perdita di autonomia.

In miglioramento anche il divario di genere rispetto alle relazioni sociali, sceso di quasi tre punti percentuali tra il 2007 e il 2018, soprattutto per il contributo del Nord; le regioni meridionali hanno il differenziale più elevato (-14,0 punti contro -8,4 punti dell'Italia). Dopo l'incremento verificatosi nel 2012, il divario di genere più ampio tra gli indicatori nel 2018 si registra nell'uso delle tecnologie, -9,8 punti, con livelli più alti nel Mezzogiorno. Nonostante ciò, la regione con il divario minore è l'Abruzzo, seguita dalla provincia autonoma di Trento (-3,1 e -3,2 punti rispettivamente), ma a questa ripartizione appartiene anche quella con la differenza maggiore, la Basilicata (-18,0 punti). La regione centrale più virtuosa è il Lazio (-9,9 punti).

Questo dominio consente di comprendere appieno la multidimensionalità del concetto di invecchiamento attivo e sottolineare i diversi fattori che vi concorrono. Gli indicatori che lo compongono, infatti, possono influenzare in senso positivo o negativo tutti gli ambiti degli altri domini. Un prerequisito fondamentale è vivere a lungo e in buona salute, in sua assenza le varie forme di partecipazione degli anziani sarebbero fortemente limitate o addirittura precluse. Un alto livello di istruzione ha effetti positivi sulla partecipazione al mercato del lavoro, sulla protezione dal rischio di povertà, sull'adozione di stili di vita salutari, sulla formazione continua. L'uso delle tecnologie può favorire la partecipazione sociale in forme più ampie e diverse, l'informazione, la comunicazione o facilitare molti adempimenti contribuendo a incrementare il benessere generale degli anziani. Una nota positiva è costituita dal fatto che quasi tutti gli indicatori nel corso degli anni sono migliorati e che i divari territoriali, pur esistenti, si sono lievemente ridotti e hanno livelli modesti. Permangono, tuttavia, differenziali elevati tra alcune aree, troppo spesso a sfavore delle regioni meridionali: basti pensare che l'indice generale nel 2018 presenta 15 punti di discrepanza tra la prima e l'ultima in graduatoria, la provincia autonoma di Bolzano e la Campania.

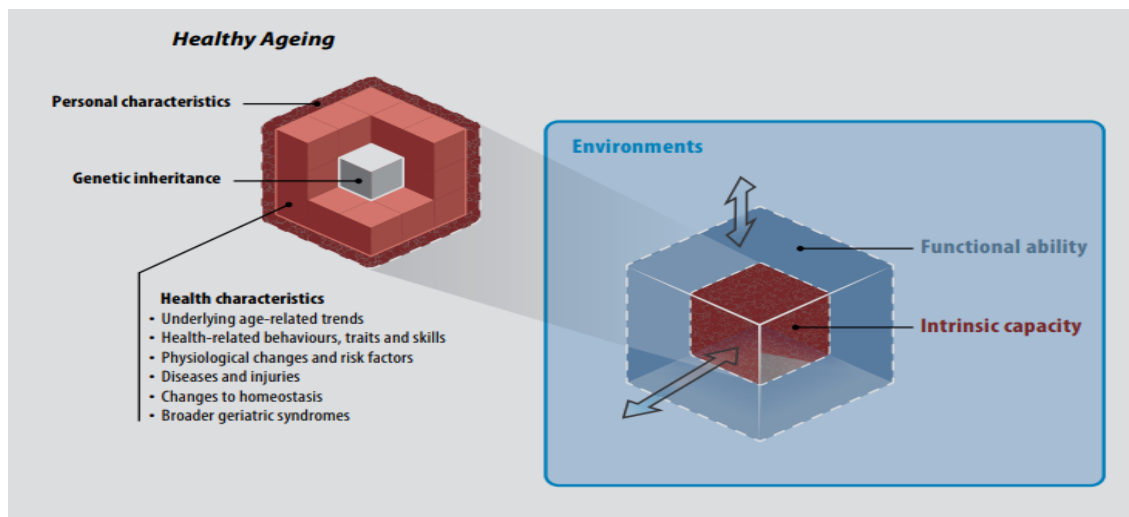
Riguardo all'altro nodo strutturale che caratterizza il nostro Paese, il divario di genere, in questo dominio registra dimensioni contenute e in lenta riduzione nel tempo. Questo non significa che non esistano margini di miglioramento, specie nel Mezzogiorno.

3.5.1 Condizioni di salute e prevenzione per garantire un invecchiamento attivo e inclusivo⁴³

L'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), attraverso la strategia globale e il piano di azione sull'invecchiamento e sulla salute⁴⁴ adottata nel 2016, indica le azioni necessarie per garantire a tutti l'opportunità di vivere una vita lunga e sana. La strategia prevede cinque grandi obiettivi: invitare i paesi affinché si impegnino ad agire; sviluppare ambienti adatti ad ogni età; allineare i sistemi sanitari alle crescenti esigenze delle popolazioni più anziane; sviluppare sistemi sostenibili ed equi per assistenza a lungo termine; infine, migliorare i dati, la misurazione e la ricerca per conoscere meglio e quindi agire verso l'invecchiamento sano. Adottando questa strategia, i paesi contribuiranno in modo decisivo anche all'attuazione dell'agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile che, tra i suoi obiettivi, prevede che nessuno rimanga indietro e che tutti gli esseri umani possano realizzare il proprio potenziale con dignità ed uguaglianza in un ambiente sano.

L'Oms definisce l'invecchiamento in buona salute, non come assenza di malattia, ma come processo di sviluppo e mantenimento delle abilità funzionali che consentono di vivere una vita autonoma e indipendente in età avanzata. Le abilità funzionali sono costituite dalle capacità fisiche e mentali di un individuo (capacità intrinseca), dalle caratteristiche del suo contesto di vita (ambiente) e dalle interazioni tra l'individuo e queste caratteristiche (Figura 3.37). Ad esempio, le persone anziane che hanno difficoltà nel camminare potrebbero conservare l'autonomia nella mobilità usando opportuni ausili e vivendo in un ambiente che possa mitigarne il deficit (trasporti pubblici che forniscono accesso alle persone con disabilità, disporre di reti sociali, ecc.).

Figura 3.37 - Schema di invecchiamento in buona salute



Fonte: World health organization (Who, 2015) World report on Ageing and Health

L'invecchiamento in buona salute è quindi il risultato dell'interazione di molteplici fattori individuali e ambientali che si sperimentano lungo il corso della vita. Tra i fattori individuali alcuni sono fissi come ereditarietà e genere altri possono mutare nel corso della vita come titolo di studio, risorse economiche, stili di vita.

⁴³ Il paragrafo è stato curato da Laura Iannucci.

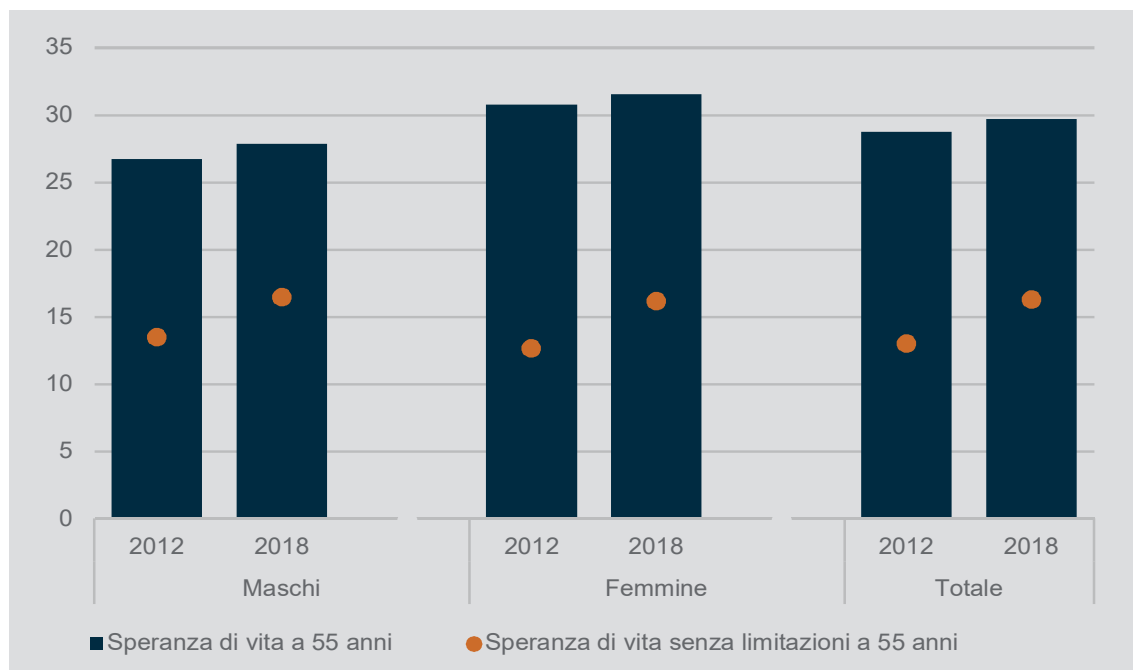
⁴⁴ La Sessantanovesima Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2016 offre una guida completa ai paesi e ai partner di sviluppo su come promuovere le capacità funzionali delle persone anziane per essere e fare ciò che desiderano.

Con l'aumentare dell'età, si verificano numerosi cambiamenti fisiologici e aumenta il rischio di malattie croniche. Tuttavia la presenza di queste condizioni di salute non dice nulla sull'impatto che potrebbero avere sulla vita di una persona anziana (Young et al., 2009). Nel valutare le esigenze di salute di una persona anziana, è quindi importante considerare non solo le malattie specifiche che potrebbero verificarsi, ma il modo in cui queste interagiscono e incidono sulle traiettorie di funzionamento.

Gli ultracinquantacinquenni di oggi vivono in migliori condizioni di salute rispetto ai coetanei di sei anni fa: guadagnano oltre tre anni nella speranza di vita in assenza di limitazioni nelle attività (da 13 nel 2012 a 16,3 nel 2018) (Figura 3.38). Nel 2018, le donne all'età di 55 anni si aspettano di vivere quasi quattro anni in più rispetto agli uomini (31,5 contro 27,9 nel 2018) e si sono avvicinate alla speranza di vita senza limitazione degli uomini (16,2 anni contro 16,5), tuttavia solamente il 49 per cento della vita attesa è vissuta in assenza di limitazioni, a fronte del 59 per cento per gli uomini.

Le donne, sebbene più longeve degli uomini, vivono un numero più elevato di anni in condizioni di salute via via più precarie. Sono infatti maggiormente colpite da patologie croniche meno letali, che però insorgono più precocemente e diventano progressivamente invalidanti con l'avanzare degli anni.

Figura 3.38 - Speranza di vita a 55 anni per genere. Anni 2012 e 2018



Fonte: Istat, elaborazioni su varie rilevazioni

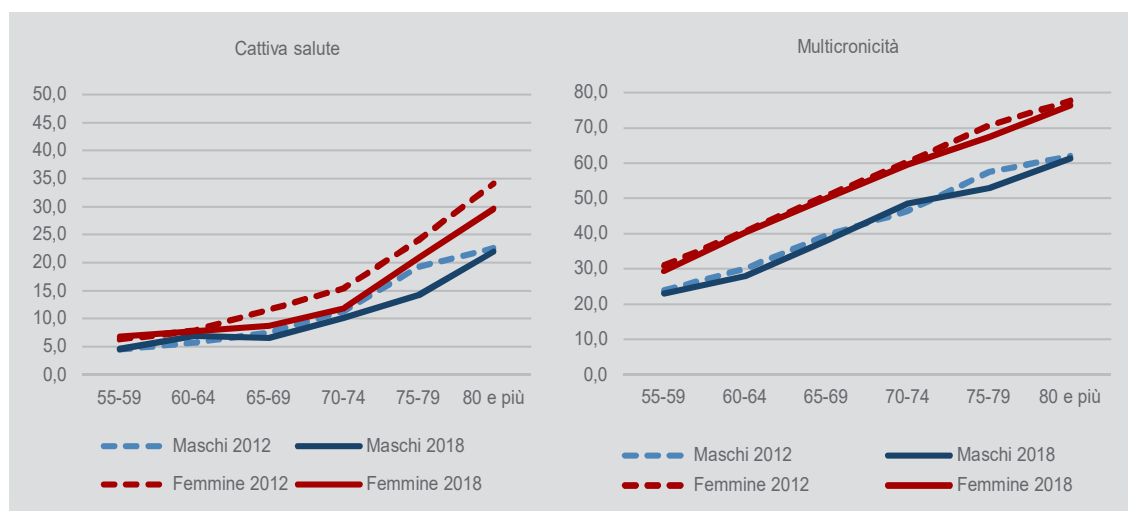
Nel complesso della popolazione ultracinquantacinquenne migliora la percezione dello stato di salute insieme alle condizioni oggettive di multicronicità seppure con andamenti differenziati per genere ed età.

Complessivamente, tra gli uomini la quota di quanti percepiscono negativamente la loro salute⁴⁵ rimane stabile al 10 per cento contestualmente alla multicronicità⁴⁶, dal 40,7 per cento al 40,1 cento (Figura 3.39); si osserva invece una diminuzione di circa cinque punti percentuali per gli anziani di 75-79 anni per entrambi gli indicatori di salute: la cattiva salute passa da 19,3 per cento nel 2012 a 14,0 per cento nel 2018 mentre la presenza di più patologie croniche da 57,6 per cento a 52,9 per cento. Volendo leggere l'evoluzione degli indicatori di salute in un'ottica di generazione, sono gli anziani di 75-79 anni, nati nel periodo bellico (1939-1944), che vedono migliorare gli indicatori di salute rispetto a quelli della stessa età nati prima della seconda guerra mondiale oggi ultrasettantacinquenni.

Per le donne migliora la percezione di salute in tutte le classi di età a partire dai 65 anni, accompagnandosi anche alla riduzione della multicronicità per le ultrasettantacinquenni.

L'andamento degli indicatori di salute osservato negli ultimi sei anni sembrerebbe mostrare che l'età alla quale si manifestano i gravi problemi di salute e di severe limitazioni si stia spostando sempre più in avanti grazie anche alla capacità del progresso medico, e soprattutto diagnostico, di impedire o rallentare la degenerazione di molti processi morbosi verso gli stadi più gravi e debilitanti.

Figura 3.39 - Indicatori di salute per classe di età e sesso. Anni 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

In un paese come l'Italia, caratterizzato da un elevato invecchiamento della popolazione, per poter avviare delle corrette politiche sociosanitarie, è fondamentale conoscere il grado di autonomia degli anziani nelle attività della vita quotidiana di cura personale (*Activities of Daily Living-Adl*)⁴⁷ e domestica (*Instrumental Activities of Daily Living-*

45 La percezione dello stato di salute si rileva con il quesito Come va in generale la sua salute? (molto bene, bene, né bene né male, male, molto male). La cattiva salute corrisponde alla quota di quanti rispondono male o molto male. Tale domanda si è dimostrata altamente predittiva delle reali possibilità di sopravvivenza dei più anziani (Kaplan et al., 1988; Idler e Benjamini, 1997; Egidi et al., 2007).

46 Almeno due malattie in una lista che comprende: diabete, ipertensione, infarto, altre malattie del cuore, bronchite cronica, asma, allergia, tumore, ulcera, calcoli al fegato, calcoli ai reni, cirrosi epatica, artrosi, osteoporosi, disturbi nervosi

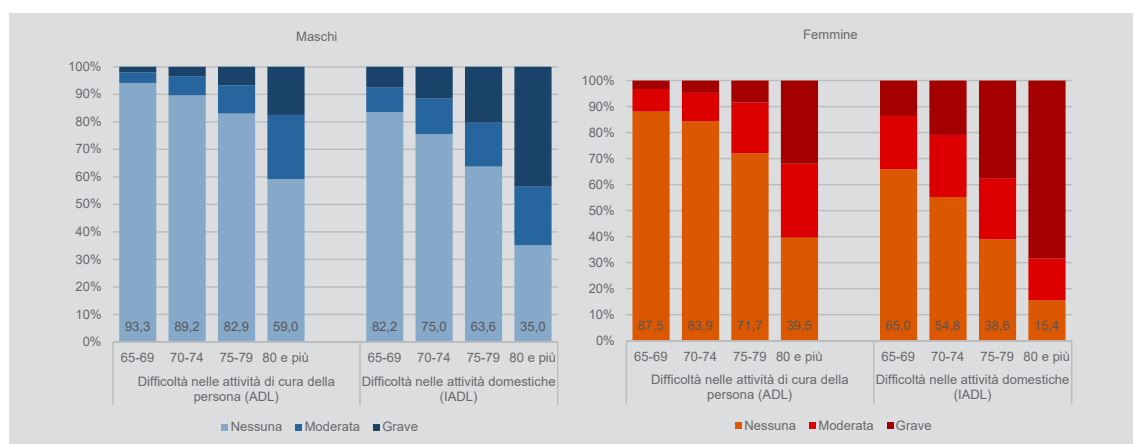
47 Adl (Activities of Daily Living): si riferiscono alle attività quotidiane di cura della persona come vestirsi o spogliarsi, tagliare e mangiare il cibo, sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia, farsi il bagno o la doccia, usare i servizi igienici.

Iadl)⁴⁸. La scala delle attività di base della vita quotidiana Adl misura la capacità dei soggetti anziani di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni); la scala delle attività strumentali della vita quotidiana Iadl misura le funzioni fisiche più complesse come per esempio preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente, utilizzare un telefono.

Analizzando il grado di difficoltà che gli anziani possono incontrare nello svolgere, senza l'aiuto di una persona e senza l'uso di ausili, le attività di cura personale e le attività domestiche, emerge un quadro piuttosto differenziato rispetto all'età e al genere.

Gli uomini conservano un grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana superiore a quello delle coetanee donne. Tra gli uomini ultraottantenni circa il 60 per cento non ha alcuna difficoltà nella cura della persona e il 35 per cento è completamente autonomo nelle attività domestiche (Figura 3.40), a fronte di quote nettamente inferiori per le donne di pari età (40 per cento e 15 per cento, rispettivamente).

Figura 3.40 - Persone di 65 anni e più (a) per difficoltà nelle attività quotidiane di cura della persona e di attività domestica, classe di età e sesso. Anno 2015 (incidenze percentuali)



Fonte: Indagine europea sulla salute
(a) Indicatori disponibili solo per gli anziani di 65 anni e più.

È noto che le persone con minori credenziali formative godono di un peggior stato di salute poiché più facilmente di altri possono sperimentare condizioni di vita e di lavoro sfavorevoli, vivere in ambienti degradati e accedere con maggiore difficoltà ai servizi di prevenzione e cura (Marmot, 2016).

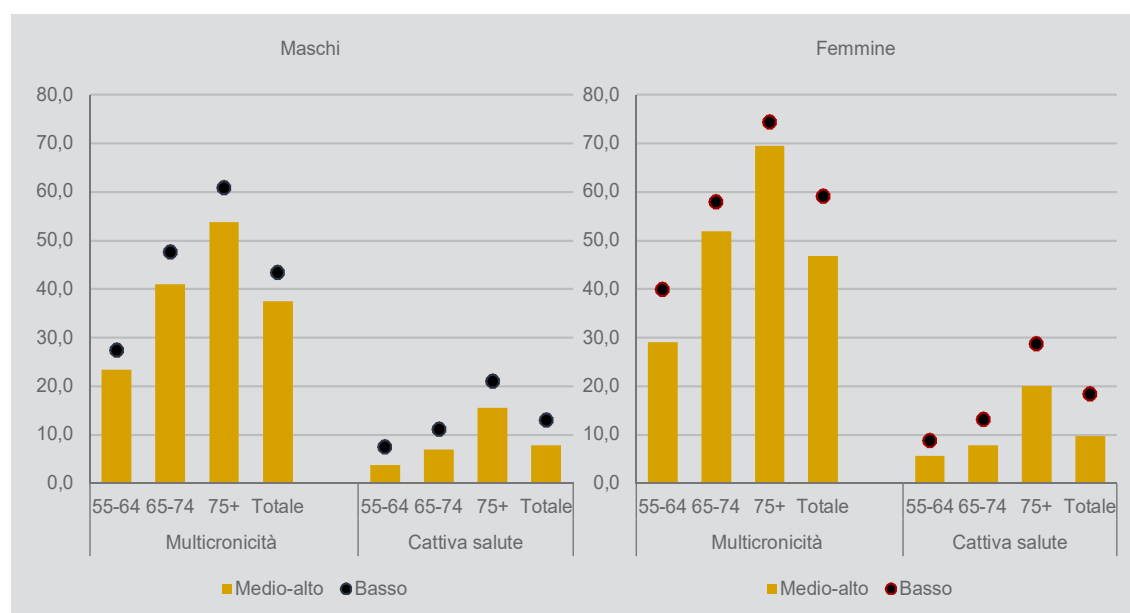
Le disuguaglianze in base al livello di istruzione sono nette e si osservano per tutti gli indicatori di salute considerati. Per la speranza di vita a 55 anni, emergono differenze di 1,4 anni di vita media per gli uomini e 1,7 per le donne: un cinquantacinquenne laureato può aspettarsi di vivere ancora 28,9 anni, mentre il suo coetaneo che ha solo la licenza elementare 27,5 anni; per le donne rispettivamente 32,1 e 30,4 anni.

Gli indicatori di cattiva salute e multicronicità mostrano valori sensibilmente più elevati per le persone con basso livello di istruzione anche quando vengono controllati rispetto all'età anagrafica. In particolare per le donne con la licenza elementare la quota

48 Iadl (Instrumental Activities of Daily Living) comprendono le seguenti attività: preparare i pasti, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, svolgere lavori domestici leggeri, svolgere occasionalmente lavori domestici pesanti, gestire le proprie risorse economiche.

di cattiva salute è doppia rispetto alle donne con titolo di studio medio-alto (18,4 per cento e 9,7 per cento), nonché superiore di cinque punti percentuali anche rispetto agli uomini con basso titolo di studio (12,9 per cento) (Figura 3.41).

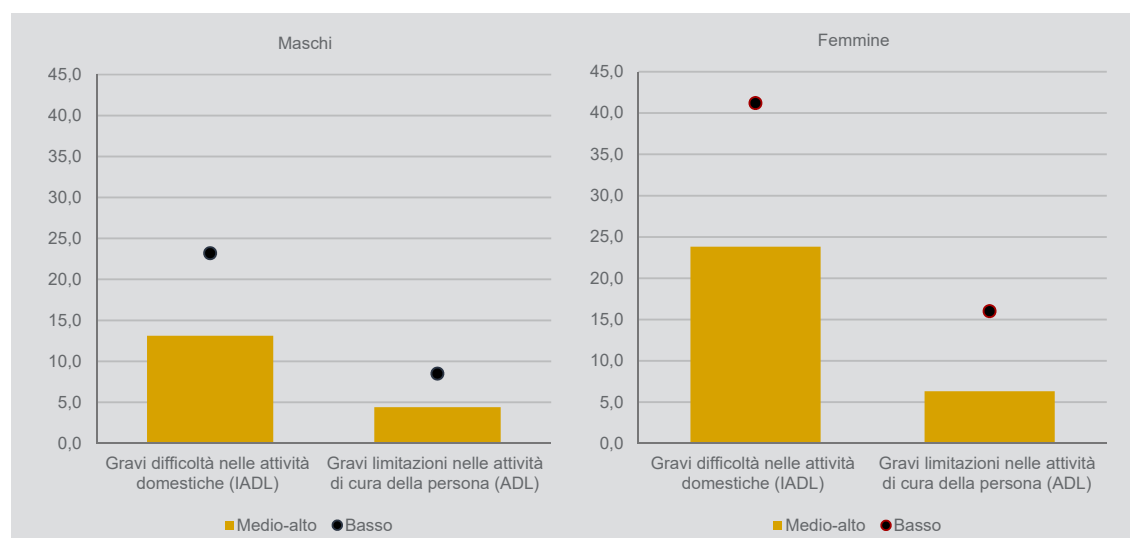
Figura 3.41 - Persone di 55 anni e più per multicronicità, percezione di cattiva salute, livello di istruzione, classe di età e genere. Anno 2018 (incidenze percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Ancora più sfavorevoli i differenziali per la presenza di gravi limitazioni di autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane: tra gli anziani con basso titolo di studio è circa due volte e mezzo la quota di quanti hanno gravi difficoltà nelle attività di cura

Figura 3.42 - Persone di 65 anni e più (a) con gravi difficoltà nelle attività domestiche e di cura della persona per titolo di studio e genere. Anno 2015 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine europea sulla salute

(a) Indicatori disponibili solo per gli anziani di 65 anni e più.

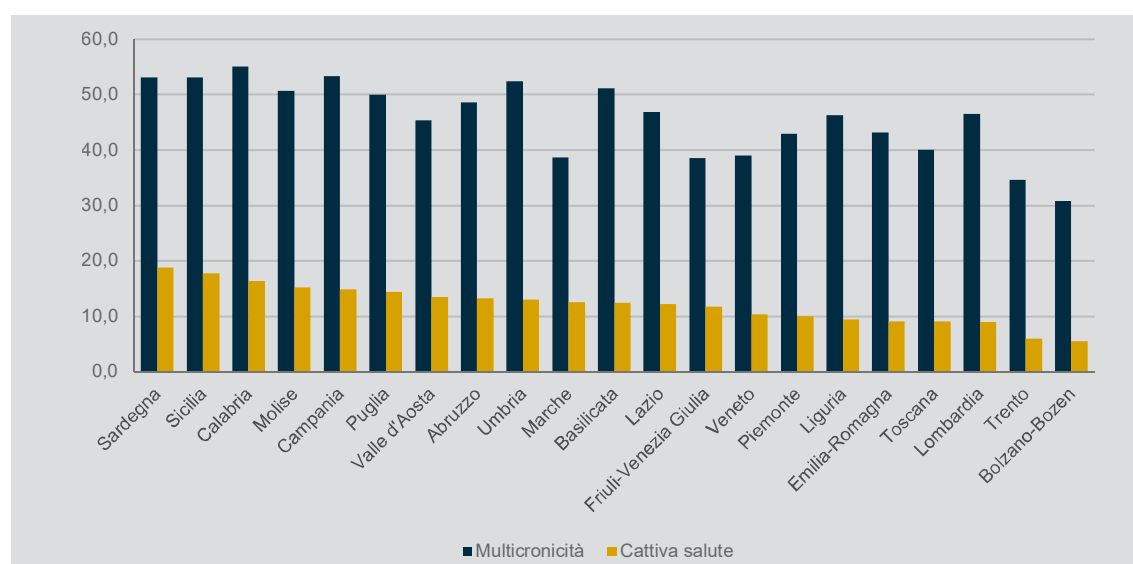
della persona (13,0 per cento contro 5,3 per cento con titolo di studio medio-alto) e quasi doppia la quota di chi sperimenta gravi difficoltà nelle attività domestiche (34,0 per cento contro il 18,2 per cento) (Figura 3.42). Sono le donne anziane con basso titolo di studio a sperimentare in misura maggiore le gravi limitazioni nella attività quotidiane di cura della persona (16,0 per cento) sia rispetto alle donne con titolo di studio medio-alto (6,3 per cento) sia rispetto agli uomini con la licenza elementare (8,5 per cento).

Gli indicatori di salute presi in esame, controllati per età, rivelano un netto svantaggio per le persone residenti nel Sud e nelle Isole, soprattutto nella percezione negativa della propria salute e nella riduzione di autonomia nelle attività quotidiane.

Tra i residenti nell'Italia insulare circa il 18,4 per cento (18,8 per cento in Sardegna e 17,7 per cento in Sicilia) riferisce cattive condizioni di salute a fronte di quote inferiori al sei per cento per i residenti nelle province autonome di Bolzano (5,3 per cento) e Trento (5,9 per cento), e al dieci per cento in Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Liguria.

Il livello di multicronicità sebbene maggiormente equidistribuito, risulta anch'esso più accentuato in tutte le regioni del Sud (51,6 per cento) e delle Isole (53,3 per cento), dove una persona su due dichiara almeno due malattie croniche a fronte di quote inferiori al 40 per cento che si osservano nelle province autonome di Bolzano (30,8 per cento) e Trento (34,9 per cento), in Friuli-Venezia Giulia (38,5 per cento) e nelle Marche (38,6 per cento) (Figura 3.43).

Figura 3.43 - Persone di 55 anni e più per multicronicità, percezione di cattiva salute e regione. Anno 2018 (quozienti standardizzati per età)

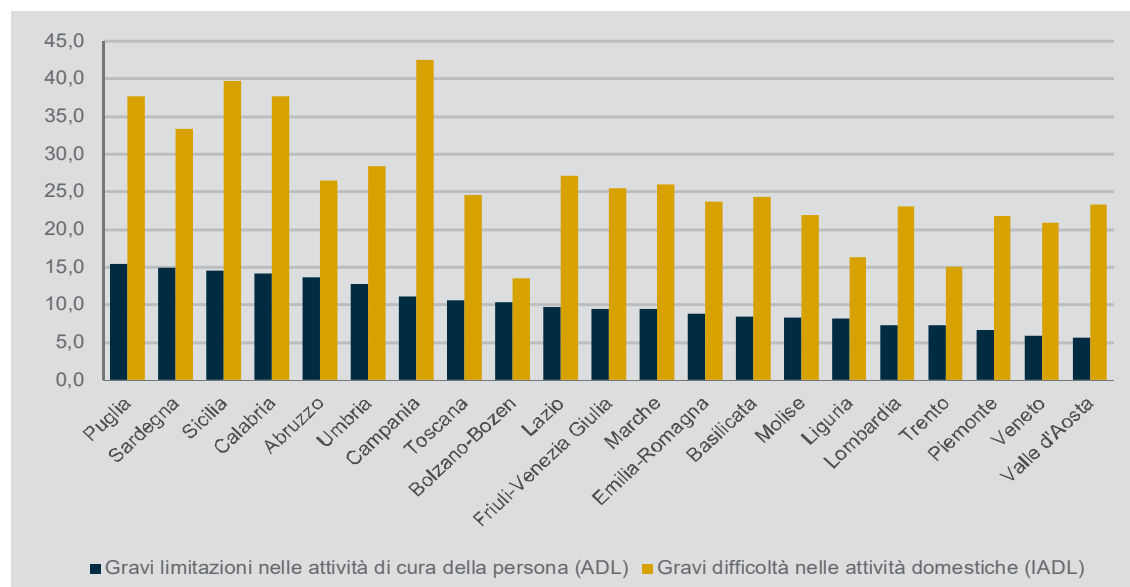


Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Gli anziani con gravi difficoltà nelle attività domestiche superano il 40 per cento in Campania, e sono oltre il 35 per cento in Sicilia, Calabria e Puglia, contro meno della metà nelle province autonome di Bolzano (13,5 per cento) e Trento (15,0 per cento) e della Liguria (16,3 per cento). Nel Centro la quota minore si registra in Toscana, il 24,5 per cento (Figura 3.44).

Nel Mezzogiorno risiedono anche più anziani che riferiscono gravi difficoltà a svolgere le attività di cura della persona, in particolare la quota supera il 15 per cento in Puglia (15,4

Figura 3.44 - Persone di 65 anni e più (a) con gravi difficoltà nelle attività domestiche e di cura della persona per regione. Anno 2015 (quozienti standardizzati per età)



Fonte: Indagine europea sulla salute
(a) Indicatori disponibili solo per gli anziani di 65 anni e più.

per cento) e il 14 per cento in Sardegna, Sicilia e Calabria, mentre è più che dimezzata in Valle d'Aosta (5,6 per cento), Veneto e Piemonte. Considerando i circa 200 mila anziani non autosufficienti ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, che nel 70 per cento dei casi risiedono al Nord, il *gap* territoriale evidenziato tra Nord e Mezzogiorno per gli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona si riduce, ma non si annulla.

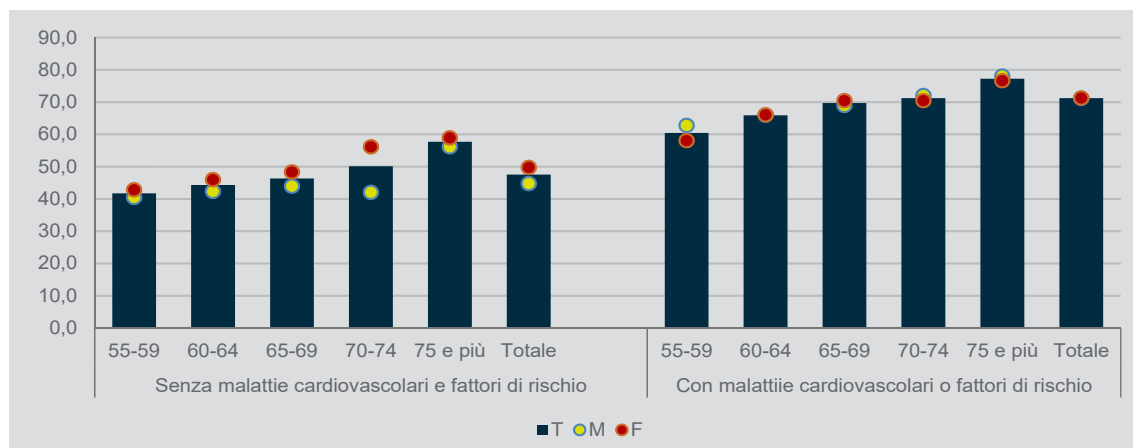
La spiegazione di tali differenze geografiche risiede in gran parte nella maggiore concentrazione nel Mezzogiorno di persone con svantaggi socio-economici e nella modalità con cui tali svantaggi si legano, nel tempo e nei contesti locali, a una maggiore insorgenza di problemi di salute (Marinacci et al., 2010), nonché a maggiori difficoltà di accesso a prestazioni e cure sanitarie in un'area caratterizzata storicamente da carenze strutturali in ambito sanitario e ospedaliero (Istat, 2015).

Il ricorso a controlli diagnostici specifici (colesterolo, glicemia nel sangue o pressione arteriosa) è uno strumento molto efficace nella diagnosi precoce di diabete, ipertensione e ipercolesterolemia, a loro volta legati ad un aumento del rischio di insorgenza di molte gravi patologie, soprattutto di tipo cardiovascolare, prima causa di morte in Italia.

Considerando la popolazione ultracinquantacinquenne che non è affetta né da patologie cardiovascolari⁴⁹ né da ipertensione arteriosa, diabete e iperlipidemia, meno di una persona su due (47,5 per cento) si è rivolta annualmente al personale sanitario per la misurazione della pressione arteriosa, del colesterolo e della glicemia. Le donne si controllano di più dei loro coetanei in tutte le età (il 49,7 per cento rispetto al 44,7 per cento tra gli uomini), ma è soprattutto tra i 70 e 74 anni che si osserva un *gap* di genere di quattordici punti percentuali (Figura 3.45) a favore delle donne. Le differenze di genere nell'effettuare tali controlli si annullano, invece, quando le persone riferiscono malattie croniche cardiovascolari o patologie ad esse collegate già conclamate.

49 Infarto del miocardio, malattia coronarica o angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus.

Figura 3.45 - Persone di 55 anni e più che hanno effettuato il controllo della pressione, del livello di colesterolo e glicemia negli ultimi 12 mesi per sesso, classe di età e presenza di malattie cardiovascolari (a) o fattori di rischio collegati (b). Anno 2015 (valori percentuali)



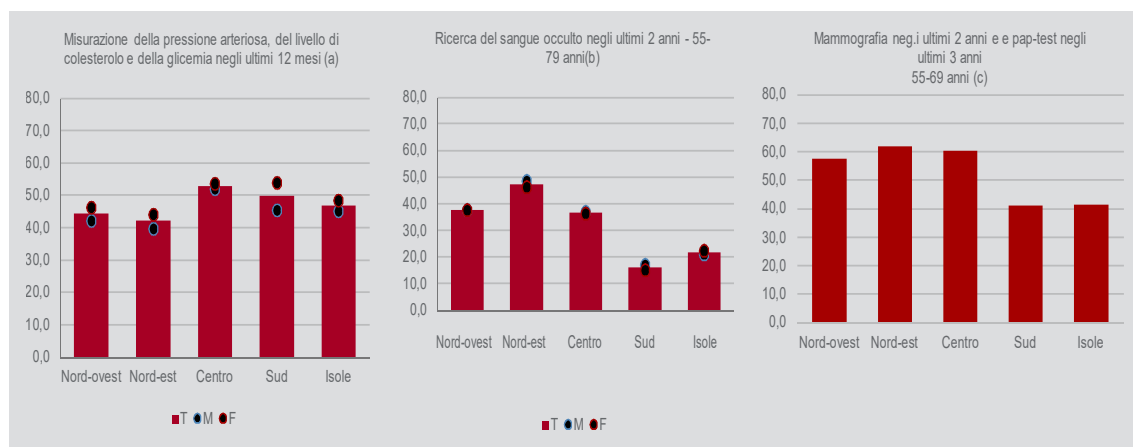
Fonte: Indagine europea sulla salute

(a) Infarto del miocardio, malattia coronarica o angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus.

(b) Ipertensione arteriosa, diabete, iperlipidemia.

Nell'ottica di promuovere e conservare lo stato di salute delle persone risultano fondamentali gli screening oncologici⁵⁰ volti a diagnosticare la malattia in una fase precoce favorendo un percorso di cura più efficace e con maggiori aspettative di vita. Lo screening del carcinoma mammario e del colon retto diminuisce la mortalità anticipando la diagnosi e migliorando la prognosi delle neoplasie, mentre lo screening della cervice è in grado di ridurre drasticamente sia la mortalità, sia l'incidenza del tumore, individuando le lesioni pre-cancerose.

Figura 3.46 - Persone di 55 anni e più per controlli di prevenzione e ripartizione geografica. Anno 2015 (quozienti standardizzati per età)



Fonte: Indagine europea sulla salute

(a) per cento persone senza malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, diabete e iperlipidemia.

(b) per cento persone di 55-74 anni.

(c) per cento donne di 55-69 anni.

⁵⁰ I test utilizzati, sulla base delle raccomandazioni e delle linee guida europee e nazionali, sono la ricerca del sangue occulto fecale per il colon retto, la mammografia per il seno da effettuare; il pap-test per la cervice uterina. Negli ultimi anni è stato introdotto anche il test HPV (Human PapillomaVirus) visto il ruolo indispensabile di alcuni tipi di virus HPV (cosiddetti ad alto rischio) nello sviluppo del cancro della cervice uterina.

La diffusione degli screening oncologici, nelle rispettive popolazioni target⁵¹ secondo la tempistica raccomandata, è nettamente superiore nelle regioni del Nord e del Centro, sia per gli screening dei tumori femminili (circa sei donne su dieci fanno prevenzione a fronte di quattro su dieci nel Mezzogiorno), sia per i tumori del colon-retto.

Nelle regioni meridionali solamente il 16 per cento ha effettuato la ricerca del sangue occulto fecale a fronte del 47 per cento nel Nord-est, di circa il 37 per cento nel Nord-ovest e Centro (Figura 3.46). Tali squilibri territoriali sono da attribuirsi in buona parte ad una minore capacità del servizio sanitario di offrire, nelle regioni del Mezzogiorno, programmi di screening efficaci nel raggiungere le popolazioni-obiettivo.

3.5.2 Gli stili di vita come sostegno dell'invecchiamento attivo⁵²

Il nostro Paese è da tempo tra i paesi più longevi d'Europa e i dati più recenti evidenziano una quota di popolazione anziana superiore rispetto a tutti i paesi Ue. L'aumento del numero di anni di vita vissuta che sta caratterizzando la popolazione italiana, si è spesso accompagnato a un generale miglioramento delle condizioni di salute e a un innalzamento del livello di istruzione. Tali mutamenti hanno contribuito a riconfigurare le abitudini e i comportamenti della popolazione anziana, ampliando gli spazi di possibilità e delle attività svolte da questo target di popolazione.

Nello stesso tempo, a causa dell'allungamento medio della vita e nonostante le riforme previdenziali, si è dilatata anche la fase del ciclo di vita che intercorre tra l'uscita dal mondo del lavoro, il rallentamento degli impegni di cura della famiglia e dei figli e l'entrata nell'età anziana più avanzata, corrispondente con la progressiva perdita di autonomia e la contrazione della partecipazione alla vita sociale.

Le malattie croniche rappresentano una delle principali sfide per la sanità pubblica in tutti i paesi, ancor più nel nostro che si avvale di un sistema sanitario universalistico riconosciuto tra i primi al mondo secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Per contenere l'impatto sul sistema di protezione sociale dovuto all'invecchiamento della popolazione, le molteplici strategie realizzate, anche a livello europeo, si pongono l'obiettivo di migliorare il benessere delle persone al fine di consentire di vivere il maggior numero di anni in buona salute e senza limitazioni nell'autonomia personale (si veda il paragrafo 3.5.1). L'impatto e la diffusione di patologie cronico-degenerative non trasmissibili, pur insorgendo soprattutto nella fase avanzata della vita, potrebbero essere prevenute adottando stili di vita salutari lungo l'intero arco di vita a iniziare dalle giovani generazioni (*life course approach*).

Osservando i dati relativi agli stili di vita della popolazione di 55 anni e più nell'ultimo decennio, si osservano via via dei miglioramenti. Aumenta, infatti, la pratica di sport⁵³ (in particolare dal 2007 al 2018, si passa dal 12,3 per cento al 17,8 per cento), mentre si riducono, di contro, i comportamenti sedentari⁵⁴ soprattutto tra le generazioni meno anziane. In diminuzione anche il consumo eccedentario di bevande alcoliche⁵⁵ (che passa dal 23,1 per cento del 2007 al 15,4 per cento del 2018).

51 La ricerca del sangue occulto fecale per il colon retto da effettuare con cadenza biennale sulla popolazione di 50-74 anni; la mammografia per il seno da effettuare con cadenza biennale sulle donne di 50-69 anni; il pap-test per la cervice uterina da effettuare con cadenza triennale sulle donne di 20-69 anni.

52 Il paragrafo è stato curato da Emanuela Bologna.

53 Si considera lo sport praticato con continuità o saltuariamente con qualunque frequenza settimanale.

54 Si considerano sedentarie le persone che dichiarano di non praticare nel tempo libero né sport (con continuità o saltuariamente) né attività fisica (andare in bicicletta, passeggiate per almeno 2 km, eccetera).

55 Consumo che eccede: 2 unità alcoliche al giorno per l'uomo; 1 unità alcolica al giorno per la donna; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani di 65 anni e più; il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno per i giovani al di sotto dei 18 anni.

È stabile, invece, in questa fascia d'età, la prevalenza delle persone in condizione di obesità⁵⁶ e che hanno abitudine al fumo (intorno al 14 per cento).

I miglioramenti osservati, tuttavia, non hanno caratterizzato in maniera omogenea tutta la popolazione di 55 anni e più. L'obesità, infatti, si è ridotta o è rimasta contenuta principalmente tra le generazioni delle donne anziane di 65-69 anni, mentre tali tendenze non hanno riguardato gli uomini, tra i quali si assiste invece a un aumento dell'eccesso di peso in quasi tutte le fasce di età più avanzate. Tendenze quasi speculari per l'abitudine al fumo, la cui riduzione ha interessato esclusivamente gli uomini, mentre si osserva un aumento in tutte le fasce di età delle donne adulte di 55-64 anni e anziane di 65 anni e più, fenomeno strettamente connesso alla progressiva diffusione dell'abitudine al fumo tra le donne nate dopo la Seconda guerra mondiale. Per quanto riguarda il consumo di bevande alcoliche, da una parte è stato possibile registrare anche tra la popolazione anziana una forte diminuzione del consumo giornaliero eccedentario, dovuto a un'accresciuta presa di coscienza della nocività del consumo di alcol, dall'altra tra la stessa popolazione anziana si sta assistendo già da tempo ad un mutamento dei modelli di consumo di bevande alcoliche. Diminuisce il consumo esclusivo di bevande più tradizionali come il vino e la birra, mentre si diffonde il loro consumo associato ad aperitivi alcolici, amari e superalcolici, che vengono spesso consumati lontano dai pasti: ad esempio, tra le persone di 65 anni e più negli ultimi dieci anni, il consumo fuori pasto è cresciuto di circa quattro punti percentuali.

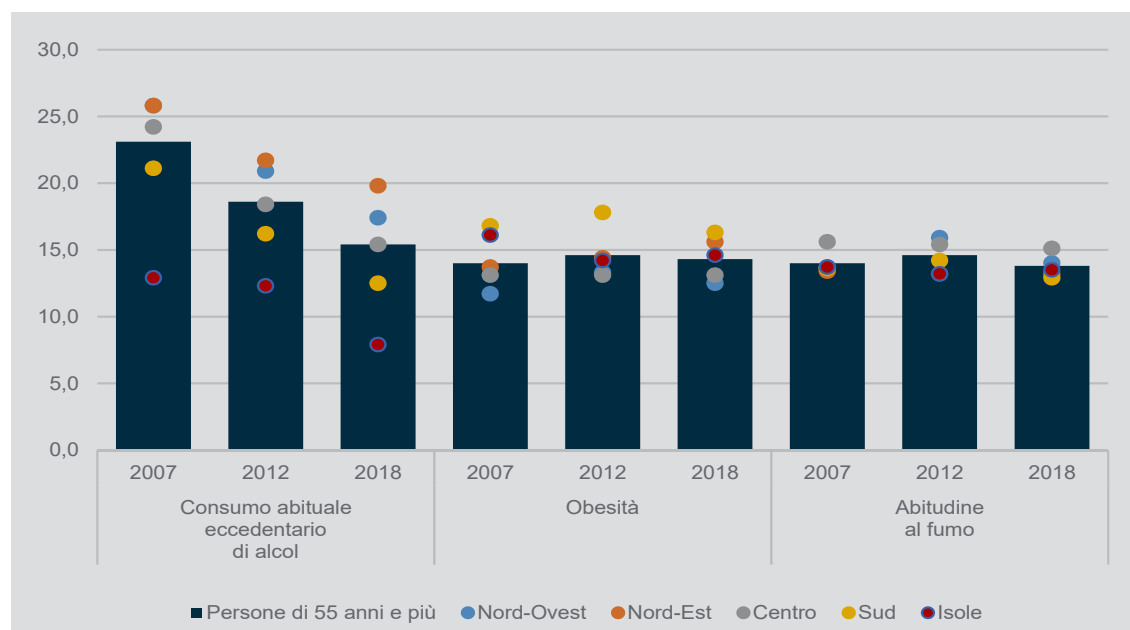
La diffusione di stili di vita salutari non è uniforme in tutte le aree geografiche del Paese. Nel 2018, le persone di 55 anni e più con livelli più bassi di sedentarietà risiedono prevalentemente nelle regioni del Nord-est (37,1 per cento). In particolare nelle province autonome di Trento e Bolzano, nel Veneto, in Friuli-Venezia Giulia; viceversa nelle regioni del Sud e nell'Italia insulare si osservano i livelli più elevati di inattività (66,7 per cento), in particolare in Sicilia, Calabria, Campania e Basilicata. Analogo gradiente territoriale, sebbene meno marcato, riguarda la condizione di obesità (12,5 per cento nel Nord-ovest contro il 16,3 dell'Italia meridionale).

Andamenti opposti si osservano se si prende in considerazione il consumo non moderato di bevande alcoliche. Infatti è nelle regioni del Nord (Figura 3.47), specialmente nel Nord-est, che si registrano livelli più elevati di consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche (18,4 per cento contro l'11,0 del Mezzogiorno), in particolare in Valle d'Aosta, Emilia-Romagna e Veneto.

Meno marcate le differenze per quanto riguarda l'abitudine al fumo. Nel tempo la diminuzione della sedentarietà e del consumo abituale eccedentario hanno interessato in maniera simile quasi tutte le macro aree del Paese, lasciando sostanzialmente invariate le distanze tra i diversi territori, mentre per quanto riguarda la condizione di obesità si osserva una diminuzione nelle aree del Mezzogiorno che attenua leggermente il *gap* con quelle del Centro-nord. Il valore va da un minimo del 10,7 per cento nella provincia autonoma di Bolzano al massimo del 20,5 per cento in Molise.

⁵⁶ Riguarda gli individui che sono in sovrappeso oppure obesi in base all'indice di massa corporea (Imc o Body Mass Index BMI).

Figura 3.47 - Persone di 55 anni e più per stili di vita e ripartizione geografica. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

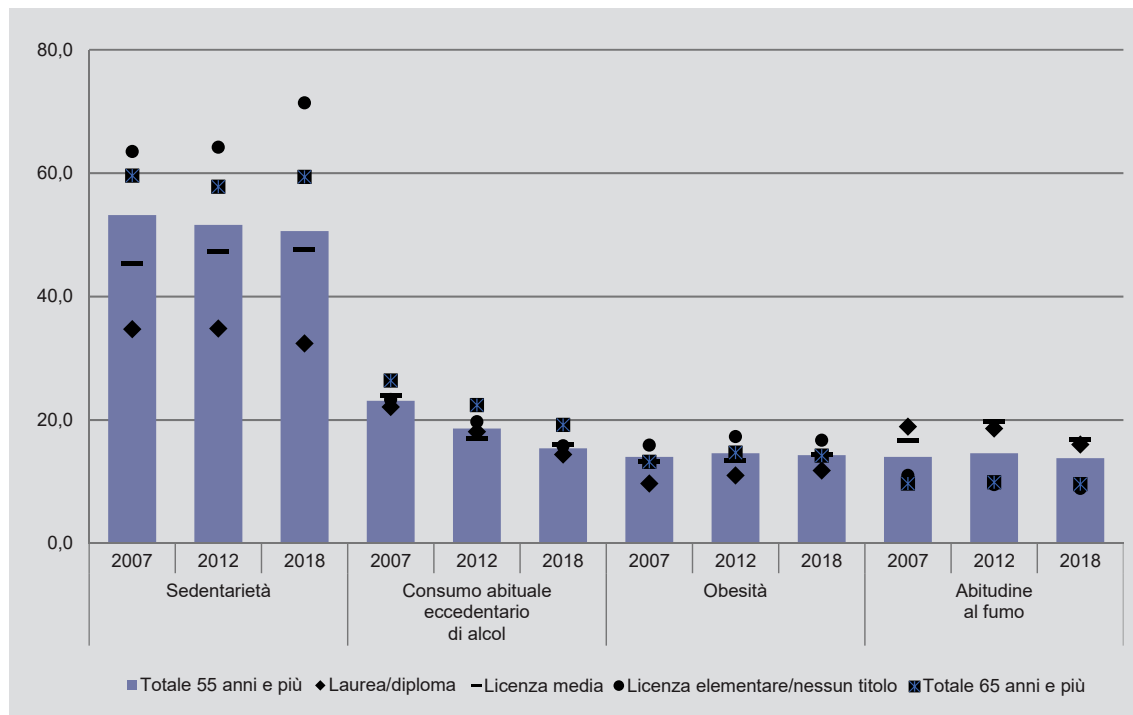
Le condizioni socio-economiche individuali sono strettamente connesse agli stili di vita della popolazione anziana. Prendendo in considerazione il titolo di studio più alto conseguito, una buona proxy dello status socio-economico e del capitale umano posseduto dagli individui, si osserva per entrambi i generi un'associazione inversa, livelli di sedentarietà e di obesità più elevati tra le persone anziane con livello di istruzione più basso. Il consumo eccedentario di bevande alcoliche, invece, segnala andamenti di genere opposti: per gli uomini i tassi più elevati si riscontrano tra chi possiede titoli di studio bassi, mentre per le donne tra chi possiede credenziali educative più elevate. Infine, anche per l'abitudine al fumo si confermano livelli più alti tra gli uomini con bassi titoli di studio, mentre tra le donne non si osservano differenze legate al livello di istruzione.

Rispetto agli stili di vita, è la condizione di sedentarietà a mostrare il divario più ampio rispetto al grado di istruzione degli individui: nel 2018 la differenza è pari a 39 punti percentuali a vantaggio di chi ha almeno il diploma rispetto a chi ha al massimo la licenza elementare, un divario in aumento rispetto al passato: nel 2007 era di 28,8 punti (Figura 3.48).

Un altro indicatore utile per mettere in evidenza le differenze che caratterizzano la popolazione di 55 anni e oltre rispetto agli stili di vita è rappresentato dalla condizione occupazionale e dalla posizione professionale riferita alla situazione attuale o passata. Emergono livelli di sedentarietà e di obesità bassi tra le persone con un livello professionale, attuale o passato, medio alto, viceversa più alti se si fa riferimento ai livelli occupazionali più bassi. Il *gap* nei livelli di sedentarietà tra posizioni medio-alto e basse (attuali o passate) è pari a 21,6 punti percentuali, con una distanza in aumento nel tempo (era di 17,1 punti nel 2012).

Numerosi studi mostrano come l'arte e la cultura giochino un ruolo essenziale per la produzione del benessere individuale, dimostrandosi spesso efficaci per l'ampliamento delle reti relazionali, nonché per alleviare sintomatologie fisiche e psichiche legate a condizioni di salute che spesso si presentano in tarda età. Tenendo come riferimento temporale il pe-

Figura 3.48 - Persone di 55 anni e più per stili di vita e titolo di studio più alto conseguito. Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

riodo 2007-2018, si osserva tendenzialmente una crescita nella partecipazione culturale⁵⁷ nella popolazione anziana, sia per gli uomini sia per le donne (Tavola 3.21). Gli avanzamenti maggiori si hanno soprattutto tra i 70-74enni, che nel periodo registrano una crescita della loro partecipazione culturale di 9,1 punti percentuali. Le donne pur partendo nelle diverse età da livelli più bassi di partecipazione, riducono nel tempo il *gap* rispetto agli uomini e nelle coorti delle meno anziane (55-69 anni) invertono nel tempo la tendenza, arrivando nel 2018 a livelli di partecipazione culturale analoghe o superiori ai loro coetanei maschi.

Nell'arco del tempo sono in parte cambiate le preferenze degli anziani in termini di partecipazione culturale. Nel 2018 la lettura, sia di quotidiani che di libri, continua ad essere come dieci anni prima l'attività più scelta, ma si segnala un aumento significativo della diffusione di altre attività, come frequentare i musei o le mostre, i cinema e i siti archeologici o monumentali. Anche nel 2018 il contingente di popolazione di 20-54 anni continua ad essere più attivo nella partecipazione culturale, ma a distanza di dieci anni i divari rispetto ai cinquantacinquenni e oltre si sono attenuati, in ragione dell'accresciuta partecipazione di questi ultimi ad attività come il cinema e la lettura di libri, rimaste invece stabili tra i giovani e gli adulti.

Dal punto di vista territoriale, si segnala una maggiore partecipazione culturale tra la popolazione di 55 anni e più nelle regioni del Centro-nord. Il Mezzogiorno tuttavia, pur mantenendosi a livelli più bassi, nel tempo vede comunque crescere la sua partecipazione (dal 17,1 per cento al 19,0 per cento).

⁵⁷ Partecipazione negli ultimi 12 mesi a due o più delle seguenti attività: almeno quattro volte al cinema; almeno una volta rispettivamente a teatro, musei e/o mostre, siti archeologici, monumenti, concerti di musica classica, opera, concerti di altra musica; lettura di un quotidiano almeno tre volte a settimana; lettura di almeno quattro libri.

Tavola 3.21 - Persone di almeno 55 anni per indice di partecipazione culturale, sesso e classe di età.
Anni 2007, 2012 e 2018 (valori percentuali)

Classe di età	2007	2012	2018
Maschi			
55-59 anni	42,4	42,4	37,0
60-64 anni	36,8	39,9	38,5
65-69 anni	33,0	33,4	34,0
70-74 anni	26,0	30,9	33,2
75 anni e più	16,1	19,0	20,4
Totale 55 anni e più	30,7	32,5	31,4
Totale 65 anni e più	24,3	24,9	27,3
Femmine			
55-59 anni	41,5	42,3	39,7
60-64 anni	32,8	35,2	39,2
65-69 anni	30,6	32,2	34,0
70-74 anni	19,2	27,3	29,6
75 anni e più	12,0	12,0	14,5
Totale 55 anni e più	25,5	27,0	28,7
Totale 65 anni e più	18,9	19,4	22,7

Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

Se consideriamo le persone di 55 anni e più, a titoli di studio più bassi si osservano livelli di partecipazione culturale minori rispetto ai gruppi a più alte credenziali socioculturali; nel 2018 la distanza tra titoli di studio alti e bassi è pari a circa 46,2 punti percentuali: nel tempo, tuttavia, si è ridotto il *gap* esistente (era pari a 52,7 punti percentuali nel 2007).

Da quanto esposto, è indubbio che volendo stimolare un maggiore coinvolgimento della popolazione anziana affinché possa rimanere attiva a lungo, è necessario seminare bene lungo tutto il corso di vita, con adeguate riforme e investimenti nella conoscenza e nell'adozione di stili di vita salutari fin da giovani, e nella promozione della partecipazione sociale e culturale in tutte le fasi della vita al fine di promuovere un invecchiamento attivo, spostando sempre più avanti l'insorgere di patologie che minano la buona salute e l'autonomia.

La realizzazione di questo ambizioso obiettivo passa anche attraverso campagne di informazione e azioni che incentivino i comportamenti più salutari da attuarsi in ogni ambito della vita e che siano la base per un miglioramento delle condizioni di salute in senso ampio, sia fisica sia mentale. Le politiche a sostegno dei percorsi di vita dovrebbero attuarsi anche attraverso investimenti per aumentare l'offerta di luoghi e infrastrutture da rendere fruibili a tutta la popolazione, con particolare attenzione a quella anziana, soprattutto nei contesti meno dotati. Infatti è necessario agire maggiormente laddove riguardo agli stili di vita permangono le situazioni più critiche come, ad esempio, tra le persone con credenziali educative più basse o che vivono nel Mezzogiorno del Paese.

CONCLUSIONI

Partendo dalle analisi realizzate, a conclusione del lavoro si richiama l'attenzione su alcuni elementi meritevoli di essere considerati nello sviluppare il tema dell'invecchiamento attivo a livello nazionale e subnazionale.

Nuove sfide si aprono per la società e una di queste è sicuramente rappresentata dalla questione demografica. Con il diffuso calo dei tassi di fertilità e significativi aumenti dell'aspettativa di vita, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione riguarda ormai quasi tutti i paesi sviluppati. Nel nostro Paese i dati evidenziano profondi mutamenti nella piramide demografica: questo sbilanciamento, con molte più persone mature e anziane che giovani, sembra ormai un fatto incontrovertibile. Questo rimodellamento della società per essere affrontato richiede una nuova *governance* multilivello che riconsideri completamente il ruolo delle persone anziane e il contributo che queste possono offrire alla crescita e al benessere sociale. Occorre innanzitutto uno scarto culturale che porti a una differente rappresentazione di questa parte della popolazione, non più – o non solo – una sorta di onere per la società, soggetti passivi bisognosi di cure, ma soggetti dotati di vitalità che va riattivata e indirizzata a beneficio della collettività. La questione demografica, peraltro, sta cambiando progressivamente tutti gli assetti della società. L'invecchiamento della forza lavoro, la sanità e l'assistenza, il sistema previdenziale, i consumi, gli investimenti, la produzione di beni e servizi costituiscono alcuni dei principali ambiti che necessariamente andranno ripensati e riorganizzati per adattarli alla nuova struttura della popolazione che si sta conformando.

Si deve rilevare, tuttavia, che questo tema non ha acquisito ancora un ruolo centrale nel dibattito pubblico nazionale e nell'azione dei *policy maker*, sebbene adottare un approccio centrato sull'invecchiamento attivo rappresenti un'innovazione fortemente raccomandata a livello mondiale. Solamente così sarà possibile garantire la sostenibilità dell'intero sistema di protezione sociale con le risorse date, specie nei periodi caratterizzati da crisi economiche che determinano un aumento dei bisogni sociali da soddisfare. Tale obiettivo è raggiungibile coniugando il rafforzamento dei tradizionali strumenti di *welfare* volti al contenimento delle disuguaglianze sociali ed economiche, con lo sviluppo di nuove politiche sociali attive, in cui le persone non si limitano ad essere soltanto destinatari passivi degli interventi di policy, ma siano essi stessi parte attiva.

A questo proposito in Europa, per far fronte ai cambiamenti demografici in atto ed evitare il collasso dei sistemi di *welfare*, uno dei risultati più rilevanti cui si è pervenuti, a partire dal 2012, nel solco di una rinnovata cultura dell'invecchiamento che contempla i diversi livelli di responsabilità individuale e collettivo, è stato lo sviluppo di una misura dell'invecchiamento attivo (Aai) quale strumento di valutazione comune e condiviso. Forte a livello sovranazionale è infatti la consapevolezza che non bastasse soltanto dotarsi di politiche unitarie ma, in presenza di forti disomogeneità fra gli Stati membri, occorresse anche riuscire a evidenziare, grazie a una solida base di dati, le differenze all'interno dell'Unione europea. L'obiettivo prefissato è di ridurle gradualmente attraverso l'individuazione di obiettivi e azioni a misura di paese in grado di comprimere il *gap* tra l'offerta di *welfare* e la soddisfazione dei bisogni nell'ambito dei vincoli delle risorse pubbliche disponibili.

L'impegno dell'Istat è stato cruciale non solo per la sua attiva partecipazione al gruppo di esperti sull'Aai promosso da Unece e dalla Commissione europea ma perché, tra i primi, si è fatto promotore del calcolo dell'indice di invecchiamento attivo a livello nazionale e subnazionale, mantenendo il riferimento teorico e metodologico sviluppato nell'Aai a livello europeo.

In Italia fino ad oggi sono stati attuati programmi, politiche e piani di azione mirati

all'attualizzazione del concetto di invecchiamento attivo promossi, finanziati e gestiti da istituzioni pubbliche (ministeri, regioni, comuni) o dal terzo settore, sovente in maniera non sistematica né concertata. La promozione dell'invecchiamento attivo riflette dunque nel nostro paese la frammentazione tra i diversi livelli di *policy*, con misure che sovente hanno riguardato singoli aspetti e interventi con un raggio di azione alquanto limitato sul piano socioeconomico, che denotano la mancanza di una vera e propria strategia complessiva.

È quanto emerge dai risultati dell'Aai a livello europeo, che evidenziano in generale per molti paesi luci e ombre nell'attuazione di politiche di *active ageing*. A livello sovranazionale i risultati mostrano una divisione netta tra Paesi dell'Europa del Nord e Continentale e Paesi del Sud e dell'Est Europa. I primi raggiungono i punteggi più alti, mentre i paesi mediterranei e dell'Europa orientale presentano risultati dai quali emerge che non sono ancora pronti ad affrontare adeguatamente il crescente invecchiamento della popolazione. L'Italia nel decennio considerato (2008-2018), dopo un iniziale miglioramento conseguito nel 2012 rispetto al 2008, peggiora e scende di posizione nella graduatoria.

Le differenze principali non sono ascrivibili solamente al diverso grado di sviluppo dei paesi, ma sono anche il frutto del combinato effetto di politiche discriminatorie, come quelle afferenti al genere o basate sull'età, che riguardano trasversalmente tutte le sfere dell'invecchiamento attivo. Soprattutto, dipendono dal sistema valoriale e culturale, creatosi attraverso le diverse esperienze storiche e politiche, che determina gli assetti istituzionali dei paesi e quindi differenti sistemi di protezione sociale. I sistemi di *welfare* impegnano una parte consistente della spesa pubblica con l'obiettivo di soddisfare un'ampia gamma di bisogni legati alla previdenza, alla sanità, all'assistenza, all'istruzione, alle politiche per la casa, all'erogazione di ammortizzatori sociali in un sistema che cerca di redistribuire le risorse di un paese per ridurre le disuguaglianze e l'esclusione sociale. Tra i diversi paesi europei vi sono però differenze molto marcate nella composizione della spesa sociale, frutto ovviamente dei diversi sistemi sociali e dei differenti rischi e benefici che vengono coperti.

Nei Paesi del Nord Europa, in particolare quelli scandinavi, prevale un modello più universalistico, in cui le prestazioni contro la disoccupazione e le politiche attive sul mercato del lavoro rivestono un ruolo essenziale al fine di ridurre i fenomeni di povertà ed emarginazione sociale: ciò si riflette in alti tassi di occupazione per tutte le classi di età, comprese quelle mature, per entrambi i generi. L'altro tratto distintivo è una maggiore quota della spesa sociale destinata alla fornitura di beni e servizi forniti ai cittadini. Nei paesi dell'Europa Meridionale, tra i quali è inserita a pieno titolo l'Italia, prevale un modello di *welfare* mediterraneo di tipo "familista", dove la famiglia è la principale fornitrice di cura e assistenza ai propri componenti e lo Stato assume un ruolo marginale e residuale, a fronte di una crescita del terzo settore (privato sociale). Poggiando sul ruolo di ammortizzatore sociale assegnato alla famiglia, il *welfare* italiano destina una quota minoritaria della spesa sociale alla fornitura di beni e servizi, e una maggioritaria come trasferimenti in denaro, in cui la spesa pensionistica assume una dimensione rilevante.

In Italia è dunque la famiglia che storicamente si fa carico dei bisogni di assistenza, come emerge dai risultati dell'indice di invecchiamento attivo, al contrario dei Paesi del Nord Europa.

La mancanza di omogeneità tra i vari stati sociali è stata riconosciuta anche dalla Commissione europea, che però ha evitato di imporre processi forzati di armonizzazione, lasciando ai paesi la scelta di effettuare interventi a seconda degli assetti istituzionali vigenti e delle risorse pubbliche disponibili.

Seguendo un approccio simile, tra il 2007 e il 2018 è stato possibile identificare le aree di eccellenza e monitorare le lacune in materia di invecchiamento attivo in tutte le regioni italiane

nei quattro domini dell'Aai. Nel complesso si può osservare che, mentre le regioni del Mezzogiorno sono generalmente in fondo nella classifica di tutti i domini considerati, la provincia autonoma di Bolzano è quasi sempre al top della graduatoria. Nel mezzo ci sono tutte le altre regioni e le analisi mostrano una situazione estremamente diversificata, con livelli di ritardo più o meno accentuati. Tutte, comunque, presentano ampi margini di miglioramento per il futuro manifestando così una ancor fragile capacità istituzionale di governare le trasformazioni e produrre una *governance* efficace ad ampio spettro in materia di invecchiamento attivo.

Rispetto alla evoluzione nel tempo, i risultati riflettono adeguatamente gli scarsi risultati conseguiti, pur a fronte di una complessiva crescita registratasi un po' ovunque nel corso del periodo considerato, risultati che peraltro confermano il divario territoriale a sfavore del Mezzogiorno. Ciò riflette non soltanto il modello di *welfare* italiano, ma anche i vincoli posti dal bilancio pubblico, caratterizzato da almeno un quarto di secolo da un forte indebitamento, nonché la disponibilità di risorse finanziarie in capo alle singole regioni.

Le analisi dell'Istat includono, oltre ad una prospettiva temporale e territoriale, anche una prospettiva di genere, con la consapevolezza che il modo di "diventare" e di "essere" persone anziane è strettamente influenzato dalle condizioni storiche, dal contesto in cui si vive e dal genere. A tal proposito, emerge con tutta evidenza il ritardo delle donne rispetto agli uomini per molti aspetti dell'invecchiamento attivo. È importante sottolineare che i divari di genere colti dall'Aai rappresentano una delle maggiori sfide future non avendo ricevuto, fino ad oggi, la necessaria attenzione.

Come ogni indicatore composito, l'indice di invecchiamento attivo è una semplificazione attraverso la quale mettere in luce le specificità sociali, economiche e culturali delle diverse realtà territoriali che connotano il nostro Paese. Individuare, infatti, gli ambiti nei quali è più probabile che l'invecchiamento della popolazione possa costituire un problema serve per pianificare interventi mirati che tengano conto delle differenze locali.

In questo senso, con l'obiettivo di offrire un quadro il più esaustivo possibile dell'invecchiamento attivo, l'Istat ha considerato importante accompagnare questa misura con una serie di studi di approfondimento, alla luce dei quali identificare per ciascuna regione e per molteplici ambiti quali fossero i diversi aspetti della condizione delle persone anziane che potessero essere oggetto di eventuali politiche di invecchiamento attivo. Volendo essere metodologicamente rigorosi, questo tentativo non si è limitato a un solo dominio ma è stato seguito un approccio olistico, fornendo così elementi ulteriori relativi alla pluralità dei fattori che sono interconnessi con l'invecchiamento attivo. Collegando aspetti a livello macro con informazioni più dettagliate a livello micro, si consegue il vantaggio di offrire il maggior numero di elementi utili per l'individuazione di interventi di *policy*.

Complessivamente considerato, questo documento offre una panoramica della ricchezza di informazioni e prove empiriche che l'Aai può fornire (a livello nazionale e regionale) attraverso un set di dati comparabili che possono fungere da supporto per individuare le strategie adeguate per promuovere l'invecchiamento attivo nei diversi contesti. Le analisi svolte, inoltre, hanno evidenziato come sarebbe fortemente auspicabile l'adozione di un piano nazionale coordinato e condiviso, tra i diversi livelli di governo, per la definizione e la realizzazione di politiche mirate per ciascuna delle dimensioni considerate. La ragione risiede nel fatto che i tre livelli politici (nazionale, regionale, locale) intrecciano responsabilità, compiti e attività per raggiungere l'obiettivo comune del benessere sociale, e quindi anche per quanto riguarda le persone anziane, anche se con ruoli e poteri diversi e peculiari.

Promuovere la partecipazione "attiva" delle persone anziane significa creare, supportare e sviluppare le condizioni per renderla realmente possibile e implementare attività, strumenti,

pratiche, comportamenti volti a promuovere una società che in modo consapevole si prepari ad affrontare il futuro. Adottare un approccio multidimensionale verso un'anzianità attiva, come si evince dalle analisi, significa investire risorse per avviare programmi e interventi relativi a diversi settori quali le politiche familiari, l'occupazione, la formazione e l'apprendimento permanente, la partecipazione, l'impegno civile e il volontariato, la cultura e il turismo, lo sport e il tempo libero, la mobilità e il trasporto, la salute e la sicurezza, il benessere, l'accessibilità alle informazioni e alle nuove tecnologie.

L'Aai opportunamente declinato a livello regionale potrebbe trasformarsi in uno strumento di valutazione che avrebbe carattere di sistematicità spaziale e temporale nonché di confrontabilità, perché metodologicamente armonizzato. Costantemente aggiornato, potrebbe diventare un riferimento importante e condiviso in grado di segnare il percorso da seguire in vista dei progressi che la società dovrebbe raggiungere, in grado di aiutare i *policy maker* a definire obiettivi di breve e lungo periodo cui collegare anche il piano di valutazione. Un dispositivo, dunque, che racchiude una doppia funzione, di monitoraggio e di programmazione, in vista di un duplice benessere, individuale e collettivo.

Nel 2022 saranno trascorsi 10 anni dal primo anno europeo dedicato a questo fenomeno e al contempo 20 anni dall'adozione del Mipaa. L'Istat con il presente lavoro ha inteso colmare lacune conoscitive, migliorare la disponibilità di dati, offrire uno strumento innovativo di supporto alle politiche.

Sul piano della diffusione e della condivisione della conoscenza esistono iniziative già avviate, come quella del sistema informativo Istat #anziani, che potrebbero essere ulteriormente sviluppate per coprire una gamma sempre più ampia di argomenti pertinenti le persone anziane. L'obiettivo è di contribuire a sviluppare la capacità di trovare, valutare e integrare i dati sull'invecchiamento per cittadini, *policy maker* e *stakeholder*, per incrementare la conoscenza del fenomeno, fattore chiave per la promozione dell'invecchiamento attivo.

ALLEGATO

Allegato A1 – Indicatori utilizzati per l'Aai

ACTIVE AGEING INDEX - INDICATORI ITALIA/REGIONI (NUTS2)									
DOMINI	CODICE INDICATORI	INDICATORE Unece	INDICATORE Istat (a)	FONTE Unece	FONTE Istat*	RIFERIMENTO TEMPORALE AAU/Unece	RIFERIMENTO TEMPORALE Istat (a)	NUMEROSITA' CAMPIONE TEORICO Istat	ANNI
OCCUPAZIONE	1.1	tasso di occupazione 55-59 anni		EU LFS		Settimana di riferimento		n=600 mila individui	2008, 2012, 2018
	1.2	tasso di occupazione 60-64 anni		EU LFS		Settimana di riferimento		n=600 mila individui	2008, 2012, 2018
	1.3	tasso di occupazione 65-69 anni		EU LFS		Settimana di riferimento		n=600 mila individui	2008, 2012, 2018
	1.4	tasso di occupazione 70-74 anni		EU LFS		Settimana di riferimento		n=600 mila individui	2008, 2012, 2018
PARTECIPAZIONE SOCIALE	2.1	% di persone 55+ che prestano attività gratuita tramite un'organizzazione di volontariato, incluse organizzazioni che aiutano persone anziane o giovani, che aiutano disabili o altre persone che hanno bisogno, associazioni per attività educative, culturali, sportive o associazioni professionali, associazioni caritatevoli o altre associazioni di volontariato	% di persone 55+ che prestano attività gratuita tramite una organizzazione di volontariato	EQLS	Aspetti Vita Quotidiana	Negli ultimi 12 mesi almeno una volta a settimana	Negli ultimi 12 mesi	n=54 mila individui	2008, 2012, 2018
	2.2	% di persone 55+ che accudiscono figli/bambini/nipoti	% di persone 55+ che hanno fornito come aiuto principale accudimento, assistenza a bambini non conviventi	EQLS	Famiglia e Soggetti sociali	Almeno una volta a settimana	Nelle ultime 4 settimane	n=54 mila individui	2003, 2009, 2016
	2.3	% di persone 55+ che accudiscono anziani/parenti disabili	% di persone 55+ che hanno fornito come aiuto principale accudimento, assistenza a adulti non conviventi	EQLS	Famiglia e Soggetti sociali	Almeno una volta a settimana	Nelle ultime 4 settimane	n=54 mila individui	2003, 2009, 2016
	2.4	% di persone 55+ che hanno partecipato a riunioni di un sindacato, un partito politico, un gruppo di azione politica, una protesta o una manifestazione, firmano una petizione, compresa una e-mail o una petizione online o hanno contattato un uomo politico	% di persone 55+ che hanno partecipato a riunioni di un sindacato, di un partito, un comizio, un corteo, che hanno svolto attività gratuita per un sindacato e/o per un partito politico	EQLS	Aspetti Vita Quotidiana	Negli ultimi 12 mesi		n=54 mila individui	2008, 2012, 2018
VITA INDIPENDENTE, SANA E SICURA	3.1	% di persone 55+ che praticano uno sport ogni giorno o quasi ogni giorno	% di persone 55+ che nel tempo libero praticano uno o più sport con continuità	Eurobarometer-EQLS	Aspetti Vita Quotidiana			n=54 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.2	% di persone 55+ che non possono soddisfare il loro bisogno di cure dentali e mediche		EU-SILC				n= 26 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.3	% di persone 75+ che vivono da sole o in coppia		EU-SILC				n= 26 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.4	rapporto del reddito mediano equivalente disponibile delle persone 65+ sul reddito mediano equivalente disponibile delle persone con meno di 65 anni		EU-SILC				n= 26 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.5	% di persone 65+ che non sono a rischio di povertà considerando il 50% del reddito mediano equivalente nazionale disponibile come linea di povertà		EU-SILC				n= 26 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.6	% di persone 65+ che non hanno una privazione materiale severa		EU-SILC				n= 26 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.7	% di persone 55+ che si sentono sicure a camminare da sole per strada quando è sera. Riguarda non solo il livello di criminalità ma la sicurezza generale dell'ambiente, incluso il livello di illuminazione, la qualità dei marciapiedi.	% di persone 55+ che vivono in zone non a rischio criminalità	ESS	Aspetti Vita Quotidiana			n=54 mila individui	2008, 2012, 2018
	3.8	% di persone 55-74 anni che hanno avuto istruzione/formazione nelle 4 settimane che precedono le interviste		EU LFS				n=600 mila individui	2008, 2012, 2018
COSTRUZIONE DI UN AMBIENTE FAVOREVOLE ALL'ACTIVE AGEING	4.1	aspettativa di vita di 50 anni a 55 anni		Eurostat life tables					2008, 2012, 2018
	4.2	aspettativa di vita in buona salute a 55 anni		Eurostat life tables & EU-SILC					2008, 2012, 2018
	4.3	% di persone 55+ che manifestano benessere mentale	% di persone 55+ che si ritengono complessivamente soddisfatte della vita (scala da 0 a 10, Voto 8 e più)	EHIS	Aspetti Vita Quotidiana			n=27 mila individui	2008, 2012, 2018
	4.4	% di persone 55-74 anni usano le ICT		EUROSTAT ICT SURVEY		almeno una volta alla settimana		n=54 mila individui	2008, 2012, 2018
	4.5	% di persone 55+ che incontrano amici, parenti e colleghi	% di persone 55+ che incontrano amici	ESS	Aspetti Vita Quotidiana	almeno una volta alla settimana		n=54 mila individui	2008, 2012, 2018
	4.6	% di persone 55-74 anni che hanno un titolo di studio di scuola superiore o universitaria		EU LFS				n=600 mila individui	2008, 2012, 2018

(a) Solamente se diverso da AAU/Unece.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agenzia Nazionale per le Politiche Attive del Lavoro - ANPAL. 2018. *XVIII Rapporto sulla Formazione Continua. Annualità 2016-2017*. Roma: ANPAL.
- Age Platform Italia. 2013. *Conferenza nazionale – Verso un’Europa accogliente ed amica delle persone anziane*. Roma, 14 novembre 2013.
- Amoretti, G., M. Grassi e M.T. Ratti. 1989. *Anziani oggi. Condizioni, bisogni, aspettative*. Milano: Franco Angeli.
- Angotti, R., S. Belmonte, P. Checcucci, R. De Vincenzi, R. Fefè, E. Mandrone, S. Marchetti, C. Micheletta, D. Radicchia e C. Villante. 2012. L’Anno europeo dell’invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni: spunti di riflessione. *Isfol Working Paper*, n. 1/2012. Roma: Isfol.
- Autor, D.H., F. Levy and R.J. Murnane. 2003. The Skill Content of Recent Technological Change: An Empirical Exploration. *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 118, Issue 4: 1279–1333.
- Bacigalupe, A., U. Martín, Y. González-Rábago, S. Murillo and A. Unceta. 2018. The Active Ageing Index in a Southern European Region (Biscay): Main Results and Potentials for Policymaking. In Zaidi, A., S. Harper, K. Howse, G. Lamura and J. Perek-Biała (eds.), *Building Evidence for Active Ageing Policies. Active Ageing Index and its Potential*. London, U.K.: Palgrave Macmillan.
- Bendicenti, D. 2006. La televisione e la campagna elettorale permanente. *Rivista bimestrale di cultura e di politica*, n. 1/2006: 56-63. Bologna: il Mulino.
- Berger, N., H. Van Oyen, E. Cambois, T. Fouweather, C. Jagger, W. Nusselder and J.-M. Robine. 2015. Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries. *BMC Medical Research Methodology*, Volume 15, Issue 1: 1-8.
- Blane, D., G. Netuveli and J. Stone. 2007. The development of life course epidemiology (L’émergence de l’épidémiologie biographique). *Revue d’Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 55, Issue 2: 31-38.
- Bloom, D. 2020. *Live Long and Prosper? The Economics of Ageing Populations*. A VoxEU.org Book. London, U.K.: Centre for Economic Policy Research - CEPR Press.
- Brynjolfsson, E. and A. McAfee. 2014. *The Second Machine Age: Work, Progress and Prosperity in a Time of Brilliant Technologies*. New York City, NY, U.S.: W.W. Norton & Company.
- Cagiano de Azevedo, R. e B. Cassani. 2005. Invecchiamento e svecchiamento demografico: ricadute sociali. *Quaderni europei sul nuovo welfare. Svecchiamento e società*. Quaderno n. 2/2005.
- Campagna Sbilanciamoci! (a cura di). 2018. *Stiamo meglio o peggio di cinque anni fa? Un bilancio di fine legislatura*. Roma: Lunaria.
- Cappadozzi, T. e K. Fonovic. 2019. Volontarie d’Italia: la terza presenza, tra (non)lavoro e lavoro familiare. *Politiche sociali*, n. 2/2019: 307-316. Bologna: il Mulino.
- Cappellari, L., C. Lucifora e A. Rosina. 2018. *Invecchiamento attivo, mercato del lavoro e benessere. Analisi e politiche attive*. Bologna: il Mulino.
- Caselli, G. e V. Egidi. 1991. A new insight into morbidity and mortality transition in Italy. *Genus*, Jul-Dec 1991; 47 (3-4): 1-29.
- Caselli, G., V. Egidi e M. Marsili M. 2011. La conquista della longevità in Italia: i successi di un percorso lungo 150 anni. In *Statistics in the 150 years from Italian Unification. SIS 2011 Statistical Conference, Bologna, 8 – 10 June 2011. Book of short paper*. Bologna: AMS Acta Istitutional Research Repository. AlmaDL University of Bologna Digital Library.
- Centro Studi Investimenti Sociali – Censis e Federazione del Settore della Vigilanza e Sicurezza Privata - FederSicurezza. 2018. *1° Rapporto sulla filiera della sicurezza in Italia*. Roma: Fondazione Censis.
- Checcucci, P., E. Mandrone e F. Roma. 2014. Il prolungamento della vita attiva. Le possibili

- implicazioni delle riforme sulla qualità della partecipazione e il rischio di un incremento dello svantaggio sociale. Intervento all'*Espanet Conference "Sfide alla cittadinanza e trasformazione dei corsi di vita: precarietà, invecchiamento e migrazioni"*. Università degli Studi di Torino, Torino 18-20 settembre 2014.
- Checucci, P., A. Principi, L. Quattrococchi, M. Tibaldi and D. Zurlo. 2020. Employment of Older People across Italian Regions: an Exploration of Drivers and Barriers Based on the Active Ageing Index. *Journal of Population Ageing*. Cham, Switzerland: Springer Nature.
- Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro - CNEL. 2019. *XXI Rapporto Mercato del Lavoro e Contrattazione Collettiva*. Roma: CNEL.
- Cox, D. and G. Jakubson. 1995. The connection between public transfers and private interfamily transfers. *Journal of Public Economics*. Volume 57, Issue 1: 129-167.
- Dahan-Oliel, N., I. Gélinas and B. Mazer. 2008. Social Participation in the Elderly: What Does the Literature Tell Us? *Critical Reviews in Physical and Rehabilitation Medicine*. Volume 20, Issue 2: 159-176.
- De Boca, A. e A. Mundo. 2017. *L'inganno generazionale. Il falso mito del conflitto per il lavoro*. Milano: Università Bocconi Editore.
- Demofonti, S., R. Fraboni e L.L. Sabbadini (a cura di). 2015. Come cambia la vita delle donne. 2004-2014. *Letture statistiche – Temi*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/176768>
- Demurtas, P., G. Gesano, F. Heins, A. Menniti e M. Prosperi. 2014. L'uso del tempo degli italiani e il processo d'invecchiamento. *IRPPS working papers* n. 65/2014. Roma: Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - IRPPS del Consiglio Nazionale delle Ricerche - CNR.
- De Nardis, P. e L. Alteri. 2012. I costi sociali dell'essere "un paese di vecchi". In Treu, T. (a cura di), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Bologna: il Mulino - AREL.
- De Rosa, E. e M. Tibaldi. 2014. Partecipazione al lavoro, invecchiamento attivo e transizione verso la pensione della popolazione over 50. *Osservatorio Isfol*, IV, n. 1-2: 65-68.
- De Rosa, E., F. Pintaldi e M. Tibaldi. 2016. Giovani e adulti nel mercato del lavoro in Italia: quale sostituibilità intergenerazionale? *RIEDS - Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica*, Volume LXX, n. 3, luglio-settembre 2016: 125-136.
- Draghi, M. 2009. *I motivi dell'assicurazione sociale*. Intervento del Governatore della Banca d'Italia. Lezione Onorato Castellino. Moncalieri: Collegio Carlo Alberto - CeRP.
- Egidi, V. et al. 2009. Salute e qualità della sopravvivenza. In Ongaro, F. e S. Salvini (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Salute e sopravvivenza*. Bologna: il Mulino - Universale Paperbacks.
- Egidi, V. 2013. Invecchiamento, longevità, salute, nuovi bisogni, nuove opportunità. In Neodemos e Livi Bacci, M. (a cura di), *Salute, sopravvivenza e sostenibilità dei sistemi sanitari: la sfida dell'invecchiamento demografico*. Firenze: Fondazione Cesifin Alberto Predieri e Fondazione culturale Niels Stensen.
- Esping-Andersen, G. 1999. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G. 2006. A Welfare State for the Twenty-First century. In Pierson, C. and F.G. Castles, *The Welfare State Reader*. Second edition: 434-454. Cambridge, U.K.: Polity Press.
- European Commission. 2002. Communication from the Commission to the Council and the European Parliament, *Europe's response to World Ageing: Promoting Economic and Social Progress in an ageing World*. A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing.
- European Commission. 2012. Communication from the Commission to the European Parliament and the Council, *Taking forward the Strategic Implementation Plan of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*.
- Eurostat. 2012. Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012. *Statistical books*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. 2017. Final report of the expert group on quality of life indicators (2017 edition). *Statistical reports*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Eurostat. 2019. Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU (2019 edition). *Statistical books*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferrera, M. 1996. The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, Volume 6, Issue 1: 17-37.
- Filippi, V. 2014. Una popolazione sempre più longeva, ma anche in salute? *Neodemos.it*.
- Fondazione Ugo Bordonì e Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2018. *Internet@Italia 2018. Domanda e offerta di servizi online e scenari di digitalizzazione*. Roma: Fondazione Ugo Bordonì.
- Foster, L. and A. Walker. 2013. Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, Issue 10: 3-10.
- Foster, L. and A. Walker. 2015. Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, Volume 55, Issue 1: 83-90.
- Franzini, M. e A. Solipaca. 2019. Conoscere il mondo della disabilità. Persone, relazioni e istituzioni. *Lecture Statistiche – Temi*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/236301>
- Frey, C.B. and M. Osborne. 2013. The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation? *Working paper*. Oxford, U.K.: Oxford University. Oxford Martin School. Oxford Martin Programme on Technology and Employment.
- Gallo, F. e P. Scalisi (a cura di). 2013. La classificazione delle professioni. *Lecture Statistiche – Metodi*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2013/07/la_classificazione_delle_professioni.pdf
- Giacalone, M., R. Mattera and C. Cusatelli. 2018. Do sustainable well-being indicators affect GDP? Evidence from a longitudinal study in Italy based on BES approach. *RIEDS - Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica*. Volume 72, n. 3: 125-148.
- Giovannini, E. 2018. *L'utopia sostenibile*. Bari: Editori Laterza.
- Golini, A., L. Ciucci, G. Caselli e Istat (a cura di). 1983. Ricostruzione della popolazione residente per sesso, età e regione. Anni 1952-1972. *Fonti e strumenti*, n. 1. Roma: Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Scienze Demografiche.
- Golini, A. e A. Lorenti. 2012. Investire nell'invecchiamento. Longevità, invecchiamento della popolazione, lavoro, consumi. In Treu, T. (a cura di), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Bologna: il Mulino - AREL.
- International Labour Office - ILO. 2011. *Manual on the Measurement of Volunteer Work*. Geneva, Switzerland: ILO.
- International Monetary Fund. 2019. *Macroeconomics of aging and policy implications*. Group of twenty. Washington, D.C., U.S.: International Monetary Fund.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 1985. Popolazione e bilanci demografici per sesso, età e regione – ricostruzione per gli anni 1972-1981. *Supplemento al bollettino mensile di statistica*, n. 14/1985. Roma: Istat.
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 1996. Ricostruzione della popolazione residente per età e sesso delle province italiane – Anni 1982-1991. *Informazioni*, n. 17. Roma: Istat.
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat e Istituto Superiore di Sanità - ISS. 1996. Ricostruzione della popolazione residente per età e sesso nelle province italiane: anni 1982-1991. *Speciale Informazioni*, n. 17. Roma: Istat.
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2006. Ricostruzione della popolazione residente per età e sesso nei comuni italiani – Anni 1992-2001. *Informazioni*, n. 13. Roma: Istat. https://ebiblio.istat.it/digibib/Informazioni/IST0049528InformazioniN13_Ricostruzione_popolazione_residente1992_2001.pdf
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2013. Ricostruzione della popolazione residente per età, sesso e cittadinanza nei Comuni. Indicatori demografici. Anni 2001-2011. *Statistiche Focus*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/99464>
- Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2014. Attività gratuite a beneficio di altri. Anno 2013. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/129115>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2016. Diseguaglianze nella speranza di vita per livello di

- istruzione. *Tavole di dati*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/184896>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2017. Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell'Unione europea. Anno 2015. *Statistiche Report*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files//2017/09/Condizioni_Salute_anziani_anno_2015.pdf
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2018. Il valore aggiunto delle reti. In *Rapporto Annuale 2018. La situazione del Paese*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/214230>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2018. Famiglie e mercato del lavoro. Anno 2018. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/231058>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2018. Elezioni e attività politica e sociale. In *Annuario Statistico Italiano 2018*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/225274>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2018. Il futuro demografico del Paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065 (base 1.1.2017). *Statistiche Report*. Roma: Istat. https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. Mercato del lavoro e capitale umano. In *Rapporto Annuale 2019. La situazione del Paese*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/230897>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. Essere anziani oggi: non è solo una questione di età. In *Rapporto Annuale 2019. La situazione del Paese*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/230897>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. Rapporto SDGs 2019. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia. *Lecture Statistiche – Temi*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/229565>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. *Rapporto Bes 2019. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/236714>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. Condizioni di vita, reddito e carico fiscale delle famiglie. Anno 2018. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/236432>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. Tavole di mortalità della popolazione residente. In *Demografia in cifre*. Roma: Istat. <http://demo.istat.it/>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2019. Previsioni demografiche per sesso, età e regione (base 1.1.2018). In *Demografia in cifre*. Roma: Istat. <http://demo.istat.it/>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2020. Condizioni di vita dei pensionati. Anni 2017-2018. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/237394>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2020. La spesa dei comuni per i servizi sociali. Anno 2017. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/238650>
- Istituto Nazionale di Statistica – Istat. 2020. Indicatori demografici. Anno 2019. *Statistiche Report*. Roma: Istat. <https://www.istat.it/it/archivio/238447>
- Istituto per lo Sviluppo della Formazione Professionale dei Lavoratori - Isfol. 2013. Rapporto conclusivo sulle attività svolte dall'Isfol nel corso dell'Anno europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni. *Technical report*. Roma: Isfol.
- Jagger, C., B. Cox, S. Le Roy and the EHEMU team (European Health Expectancy Monitoring Unit). 2007. Health Expectancy Calculation by Sullivan Method: A Practical Guide (Third Edition). *Technical Report*. Montpellier, France: EHEMU.
- Jagger, C. 2015. *Trends in life expectancy and healthy life expectancy. Future of an ageing population: evidence review*. London, U.K.: Government Office for Science.
- Karpinska, K. and P. Dykstra. 2015. *The Active Ageing Index and its extension to the regional level. Synthesis Report*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Lamura, G., A. Principi e M. Socci. 2017. Invecchiamento attivo: un percorso da costruire. *welforum.it*.
- Lemon, M., B.J. Palisi and P.E. Jacobson. 1972. Dominant Statuses and Involvement in Formal Voluntary Associations. *Journal of Voluntary Action Research*, Volume 1, Issue 2: 30-42.
- Levine, J.A. 2004. *Get Up!: Why Your Chair is Killing You and What You Can Do About It*. London,

- U.K.: Palgrave Macmillan.
- Litwak, E. 1985. *Helping the Elderly: The Complementary Roles of Informal Networks & Formal Systems*. New York, NY, U.S.: Guilford Press.
- Luppi, F. e A. Rosina. 2018. È poco fertile il terreno delle politiche familiari italiane. *lavoce.info*.
- Mandrone, E. 2014. Lo Stato quantico. *nelMerito.com*.
- Mandrone, E. 2018. Pensioni in modica quantità. *lavoce.info*.
- Mandrone, E. 2018. Cambiamento tecnologico e ripercussioni sugli assetti sociali: è la fine dell'uomo comune? *DigitCult - Scientific Journal on Digital Cultures*. Volume 3: 121-132.
- Mannarini, T., A. Rochira, S. Montecolle e E. Meli. 2017. Far(si) del bene. Attività volontarie e benessere individuale. In Guidi, R., K. Fonovic e T. Cappadozzi (a cura di). *Volontari e attività volontarie in Italia. Antecedenti, impatti, esplorazioni*. Bologna: il Mulino.
- Marin, B. and A. Zaidi (eds.). 2007. *Mainstreaming ageing: Indicators to monitor progress and policies*. (Public Policy and Social Welfare). Farnham, U.K.: Ashgate Publishing.
- Marin, B. 2013. *Welfare in an Idle Society? Reinventing Retirement, Work, Wealth, Health and Welfare*. Farnham, U.K.: Ashgate Publishing.
- Marinacci, C., E. Ferraccin, T. Landriscina, C. Cislighi, L. Gargiulo e G. Costa. 2010. Differenze geografiche o differenze sociali? In Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano: Prex S.p.A.
- Marmot, M. 2016. *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Mayoral, O., E. Barrio, M. Sancho, A. Rodriguez-Laso and L. Amilibia. 2015. Measuring the AAI in the Basque Country (Spain). Poster presented at the International Seminar "Building an evidence base for active ageing policies: Active Ageing Index and its potential". Brussels, 16-17 April 2015.
- Mazzaferro, C. e M. Morciano. 2012. Il fattore anziani al lavoro. *lavoce.info*.
- Michellini, M., M. Musella, G. Ragozini e P. Scalisi. 2017. Le professioni emergenti, competenze trasversali. Interconnessioni tra volontariato e mercato del lavoro. In Guidi, R., K. Fonovic e T. Cappadozzi (a cura di). *Volontari e attività volontarie in Italia. Antecedenti, impatti, esplorazioni*. Bologna: il Mulino.
- Ministero dell'Economia e delle Finanze – Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato. 2019. Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2019. *Studi e Pubblicazioni*. Roma: Ministero dell'Economia e delle Finanze.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2017. Che si è fatto finora sul tema dell'invecchiamento attivo in Italia. *Dossier Invecchiamento Attivo n. 3*. Roma: Italia Lavoro.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. 2017. *Report for Italy for the third review and appraisal cycle of the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing and its Regional Implementation Strategy (MIPAA/RIS) 2012-2017*. Roma: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
- Morelli, L. e R. Scelne. 2018. *Geografia mi piace*. Milano: Mondadori Education.
- Moreno, L. 2002. Mediterranean welfare and 'Superwomen'. Unidad de Políticas Comparadas, *Working Paper 2/2002*. Madrid: CSIC.
- Neves, B.B., R. Franz, R. Judges, C. Beermann and R. Baecker. 2017. Can Digital Technology Enhance Social Connectedness among Older Adults? A Feasibility Study. *Journal of Applied Gerontology*, Volume 38, Issue 1: 49-72.
- Organization for Economic Co-operation and Development - OECD. 2017. *Preventing Ageing Unequally*. Paris: OECD Publishing.
- Organization for Economic Co-operation and Development - OECD. 2018. *Health at Glance: Europe 2018*. Paris: OECD Publishing.

- Organization for Economic Co-operation and Development - OECD. 2019. *Working better with age, Ageing and Employment Policies*. Paris: OECD Publishing.
- Onofri, P. 1997. *Commissione per la comparabilità macroeconomiche della spesa sociale*. Roma: Camera dei Deputati.
- Parent, A.S. 2016. The Active Ageing Index at the local level. Prepared for the Peer Review in *Social Protection and Social Inclusion Programme*, coordinated by ÖSB Consulting, the Institute for Employment Studies (IES) and Applica, and funded by the European Commission. Berlin: 14-15 April 2016.
- Parry, J., J. Um and A. Zaidi. 2018. Monitoring active ageing in the Asia-Pacific region: Recommendations for future implementation of the MIPAA. *International Journal of Ageing in Developing Countries*, Volume 2, Issue 2: 82-100.
- Parsons, T. 1943. The kinship system of the contemporary United States. *American Anthropologist*, New Series, Volume 45, N. 1 (Jan. - Mar., 1943): 22-38.
- Pecorelli, S. e J. Ivanovic. 2012. Invecchiare con successo: gli aspetti biologici, gli stili di vita e l'azione europea per l'invecchiamento attivo e in salute. In Treu, T. (a cura di), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Bologna: il Mulino - AREL.
- Piketty, T. 2013. *Capital in the Twenty-First Century*. Paris: Éditions du Seuil. Cambridge, MA, U.S.: Harvard University Press.
- Principi, A., P. Checcucci, M. Di Rosa and G. Lamura. 2015. Characteristics of Working Pensioners in Italy: Between Early Retirement Tradition and Reforms to Extend Working. In Scherger, S. (ed.), *Paid Work Beyond Pension Age. Comparative Perspectives*. London, U.K.: Palgrave Macmillan.
- Principi A., M. Socci, R. Papa and G. Lamura. 2015. Formal and informal care activities by older people: the Italian case. Presentation at the 8th IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics – European Regions) European Congress. Dublin, 23-26 April 2015.
- Principi, A., A. Carsughi, C. Gagliardi, F. Galassi, F. Piccinini e M. Socci (a cura di). 2016. *Linee guida di valenza regionale in materia di Invecchiamento Attivo*. Ancona: INRCA - Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani e CRESI - Centro Studi e Ricerche Economico-Sociali per l'Invecchiamento.
- Principi, A. 2017. Indice di Invecchiamento Attivo, intenzioni degli individui e politiche: un focus sul contesto italiano. Presentazione alla Conferenza Nazionale *L'Indice di Invecchiamento Attivo in Italia: Utilizzo e Implicazioni Politiche*. Ancona, Regione Marche, 11 Maggio 2017.
- Quattrocioni, L., D. Squillante e M. Tibaldi. 2018. Greying Italy across Time, Space and Gender. In Zaidi, A., S. Harper, K. Howse, G. Lamura and J. Perek-Biała (eds.), *Building Evidence for Active Ageing Policies. Active Ageing Index and its Potential*. London, U.K.: Palgrave Macmillan.
- Rosina, A. 2018. *Il futuro non invecchia*. Milano: Vita e Pensiero.
- Rossi Ghiglione, A. 2017. Comunità in scena: il teatro sociale tra cultura e salute. *Economia della cultura*, N. 2: 275-280.
- Rodríguez-Rodríguez, V., F. Rojo-Pérez, G. Fernández-Mayoralas, R. Morillo, J. Forjaz and M.E. Prieto-Flores. 2014. Active Ageing Index: Application to Spanish Geographical Scales. An Opportunity to reflect the AAI. Presentation at the International Seminar "Building an evidence base for active ageing policies: Active Ageing Index and its potential". Brussels, 16-17 April 2015.
- Ryder, N.B. 1975. Notes on Stationary Populations. *Population Index*, Volume 41, N. 1: 3-28.
- Sabbadini, L.L. 2012. Invecchiamento attivo e rete di aiuti informali: un approccio di genere. In Treu, T. (a cura di), *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Bologna: il Mulino - AREL.
- Sacco, P.L. 2017. Health and cultural welfare: a new policy perspective? *Economia della cultura*, N. 2: 165-174.
- Saraceno, C. (ed.). 2008. *Families, Ageing And Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States*. Cheltenham, U.K.: Edward Elgar Publishing, *Globalization and Welfare*.
- Scataglini, C. 2013. *Geografia facile per la classe quinta. La Terra, i continenti, l'Italia e le regioni*.

Trento: Erickson editore.

- Sen, A.K. 1985. Well-being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984. The *Journal of Philosophy*, Volume 82, N. 4: 169-221.
- Sen, A.K. 1993. Capability and Well-Being. In Nussbaum, M. and A.K. Sen (eds.), *The Quality of Life*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Sen, A.K. 2009. *The Idea of Justice*. London, U.K.: Penguin.
- Spagnuolo, G. 2014. Apprendimento permanente e istruzione degli adulti per favorire la formazione alle competenze. *Osservatorio Isfol*, IV, n. 1-2: 153-168.
- Spizzichino, A. 2019. Come cambia l'occupazione se la popolazione invecchia. *lavoce.info*.
- Squillante, D. e L. Quattrociochi. 2014. Incontri ravvicinati della terza età. *Sbilanciamoci! sbilanciamoci.info*.
- Stoppiello, S., D. De Francesco, S. Della Queva e M. Nicosia. 2017. I sistemi locali del volontariato organizzato. Una nuova geografia. In Guidi, R., K. Fonovic e T. Cappadozzi (a cura di). *Volontari e attività volontarie in Italia. Antecedenti, impatti, esplorazioni*. Bologna: il Mulino.
- Stiglitz, J.E. 2015. *The Great Divide: Unequal Societies and What We Can Do About Them*. New York City, NY, U.S.: W.W. Norton & Company.
- Tirado-Morueta, R., J. I. Aguaded-Gomez and A. Hernando-Gomez. 2018. The socio-demographic divide in internet usage moderated by digital literacy support. *Tecnology in Society*, Volume 55: 47-55.
- Toussaint, O. and 21 other authors. 2011. *The Future of Ageing Research in Europe: A Road Map*. Namur, Belgium: Namur Research Institute for Life Sciences, Laboratory of Cellular Biochemistry and Biology, Interdisciplinary Research Group on Aging, Namur Nanosafety Center.
- Treu, T. (a cura di). 2012. *L'importanza di essere vecchi. Politiche attive per la terza età*. Bologna: il Mulino - AREL.
- United Nations. 2002. *Political declaration and Madrid International Plan of Actions on Ageing. Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain 8-12 April, 2002*. New York, NY, U.S.: United Nations.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE. Report prepared by C. Tesch-Roemer (eds.). 2012. *Active Ageing and Quality of Life In Old Age*. New York, NY, U.S.; Geneva, Switzerland: United Nations Publication.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE. 2017. *Synthesis Report on the implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing in the ECE region between 2012 and 2017*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE and European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (DG EMPL). Report prepared by Zaidi, A. and D. Stanton (eds.). 2015. *Active Ageing Index 2014: Analytical Report*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE and European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (DG EMPL). Report prepared by Perek-Białas, J., J. Zwierzchowski, R. Antczak and T. Panek. 2017. *Criteria-specific analysis of the Active Ageing Index (AAI) at national level in Poland: 2007-2015*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE and European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (DG EMPL). Report prepared by Bauknecht, J., M. Hess and E. Tiemann. 2017. *Criteria-specific analysis of the Active Ageing Index (AAI) at national level in Germany*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE and European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (DG EMPL). Report prepared by Varlamova, M. 2018. *Active Ageing Index (AAI) in non-EU countries and at subnational level: Guidelines*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE and European Commission's Directorate

- General for Employment, Social Affairs and Inclusion (DG EMPL). Report prepared by Principi, A., M. Tibaldi, L. Quattrocioni and P. Checcucci. 2019. *Criteria-specific analysis of the Active Ageing Index (AAI) in Italy*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- United Nations Economic Commission for Europe – UNECE and European Commission's Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion (DG EMPL). Report prepared by Lamura, G. and A. Principi. 2019. *2018 Active Ageing Index: Analytical Report*. Geneva, Switzerland: UNECE.
- Walker, A. and T. Maltby. 2012. Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, Volume 21, Issue S1: S117-S130.
- Wehling, H.-G. and A. Kost. 2010. *Kommunalpolitik in der Bundesrepublik Deutschland – eine Einführung*. In Kost, A. and H.-G. Wehling (eds.). *Kommunalpolitik in den deutschen Ländern*. Wiesbaden, Germany: Springer Verlag für Sozialwissenschaften.
- World Health Organization - WHO. 2002. *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization - WHO. 2015. *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization - WHO. 2017. *Global strategy and action plan on ageing and health*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization – WHO and International Longevity Centre – UK - ILC. 2000. *A Life Course Approach to Health*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Young, Y., K.D. Frick and E.A. Phelan. 2009. Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association - JAMDA*, Volume 10, Issue 2: 87-92.
- Zaidi, A. 2015. Creating and using the evidence base: the case of the Active Ageing Index. *Journal of the Academy of Social Sciences*, Volume 10, Issue 2: 148-159.
- Zaidi, A., K. Gasior, M.M. Hofmarcher, O. Lelkes, B. Marin, R. Rodrigues, A. Schmidt, P. Vanhuyse, and E. Zolyomi. 2013. Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology, and Final Results. *Methodology Report Submitted to European Commission's DG Employment, Social Affairs and Inclusion, and to Population Unit, UNECE*. Vienna, Austria: European Centre Vienna.
- Zaidi, A., K. Gasior, E. Zolyomi, A. Schmidt, R. Rodrigues, B. Marin. 2017. Measuring active and healthy ageing in Europe. *Journal of European Social Policy*, Volume 27, Issue 2: 138-157.
- Zaidi, A., S. Harper, K. Howse, G. Lamura and J. Perek-Biała (eds.). 2018. *Building Evidence for Active Ageing Policies. Active Ageing Index and its Potential*. London, U.K.: Palgrave Macmillan.
- Zaidi, A. and D. Stanton. 2015. Active Ageing Index 2014: Analytical Report. *Report produced at the Centre for Research on Ageing, University of Southampton, under contract with UNECE, co-funded by the European Commission*. Brussels.
- Zaidi, A. and E. Zolyomi. 2012. Active Ageing: What Differential Experiences across EU Countries? *The European Papers on the New Welfare*, Paper N. 17/2012.