

Capitolo 11

Politiche sociali e invecchiamento nelle città metropolitane italiane: il caso di Torino nella prospettiva del welfare responsabile

Social policies and ageing in Italian metropolitan cities: The case of Turin from the perspective of responsible welfare

CRISTIANA DI PIETRO

Università LUMSA, Dipartimento Scienze Umane, piazza delle Vaschette, 101 – 00193 Roma.

corresponding author(s): c.dipietro@lumsa.it

ABSTRACT

This paper analyses the condition of the elderly population in the metropolitan city of Turin, investigating the effectiveness of shared responsibility among institutions, communities, and individuals. The objective is to assess how local policies and responsible welfare practices impact the promotion of the health, participation, and safety of older adults in complex urban contexts.

The qualitative study, based on structured interviews conducted between March and May 2025 with key stakeholders in the Turin area, analyses the dimensions of responsible welfare: enabling activation, shared integration, intermediate territorial level, and proximity social space. The results demonstrate a transition toward models of reflexive governance, where spaces such as the “Neighbourhood Houses” foster the active participation of older adults. However, structural challenges emerge, linked to the scarcity of financial resources and a persistent hierarchy between public bodies and the third sector, which limits the full implementation of co-planning.

Research confirms that the co-responsibility chain requires greater process stability and a transformation of organisational culture to overcome the emergency mentality. The Turin case demonstrates that only through genuine integration between housing and social policies can the demographic transition be transformed into an opportunity for healthy and active ageing.

KEYWORDS: ageing population, local social policies, qualitative analysis, responsible welfare, Turin.

DOI: 10.23760/2499-6661.2026.27_11

ISBN: 978-88-98193-42-4

ISSN (online): 2499-6661

HOW TO CITE

Di Pietro, C. (2026). Politiche sociali e invecchiamento nelle città metropolitane italiane: il caso di Torino nella prospettiva del welfare responsabile. In Bramanti, D., Errichiello, L., Falavigna, G., & Nanetti, S. (cur.). *Quale futuro per un invecchiamento sano e attivo? Alcuni spunti di riflessione dalle ricerche del progetto Age-It e prospettive future* (pp. 153-170). Quaderni IRCrES 27. CNR-IRCrES. http://dx.doi.org/10.23760/2499-6661.2026.27_11

¹ Questo lavoro è stato realizzato nell’ambito del progetto finanziato da Next Generation EU – “Age-It – Ageing well in an ageing society” (PE0000015), CUP B83C22004880006 – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – PE8 – Missione 4, Componente 2, Investimento 1.3. Le opinioni espresse sono esclusivamente degli autori e non riflettono necessariamente quelle dell’Unione Europea o della Commissione Europea. Né l’Unione Europea né la Commissione Europea possono essere ritenute responsabili dei contenuti qui riportati.

1 INTRODUZIONE

Il nuovo scenario demografico, soprattutto in Europa, impone una ridefinizione della terza età che superi le logiche assistenziali del Novecento e approdi a una visione di cittadinanza. Laddove il dato statistico rivela una crescita importante della popolazione anziana, si ritiene necessaria una riflessione approfondita sulla condizione anziana e sulla ridefinizione del rapporto persona, servizi e territorio.

Secondo i dati del censimento permanente curato dall'Istituto nazionale di statistica (Istat, 2025c), la popolazione italiana è caratterizzata da invecchiamento e longevità record: al 31 dicembre 2024, l'età media è salita a 46,9 anni; dopo il periodo pandemico, la speranza di vita ha raggiunto nuovi massimi storici (81,5 anni per gli uomini e 85,6 per le donne); i centenari sono più che raddoppiati dal 2009, superando le 23.500 unità all'inizio del 2025. Aumenta anche l'incidenza delle famiglie anziane, basti pensare che quasi 6,9 milioni di nuclei (il 25,9% del totale) sono composti esclusivamente da persone di 65 anni e più, e le persone sole di almeno 75 anni raggiungono i 2,7 milioni, ossia il 10% del totale (Istat, 2026). I dati per ripartizione geografica presentano un Nord-Ovest con maggiore incidenza di famiglie anziane (27,2%) e un Sud con valori inferiori (24,1%), seppur in un contesto in rapida transizione (Istat, 2026).

Se si pone attenzione al contesto sociale, si rileva un dato positivo per quanto riguarda il tessuto di legami e la rete di supporto alla vita quotidiana, soprattutto per la popolazione anziana di 75 anni e più: nel 2023, a livello nazionale, il 92,8% degli anziani di 75 anni e più che vivono da soli dichiara di poter contare sui parenti, il 58,9% sugli amici e il 69,2% sui vicini, differentemente da quanto dichiarato dalle altre famiglie unipersonali (quelle il cui componente ha meno di 75 anni). Queste ultime, infatti, sebbene dispongano di una rete di supporto più ampia per le relazioni amicali (78,4%) e di vicinato (72,0%), presentano una rete più contenuta per le relazioni familiari (86,5%) (Istat, 2026). Maggiori differenze tra le tipologie di famiglie unipersonali si riscontrano nell'analisi per diverso grado di urbanizzazione: le reti di vicinato sono più solide nelle Zone rurali (73,7%) rispetto alle Città (66,7%) e gli amici sono più presenti nelle Zone rurali (64,7%) rispetto alle Aree urbane (56,6%). La percentuale di anziani completamente soli perché privi di una potenziale rete di supporto (aiuto di parenti, amici e vicini) è più bassa (3,2%) rispetto alle altre tipologie di famiglie unipersonali (5,3%); tale rete si indebolisce nei contesti urbani per entrambe le tipologie di famiglie unipersonali (3,9% per gli anziani e 5,6% per le altre famiglie unipersonali) (Istat, 2026).

La fotografia sullo stato demografico dell'Italia, come afferma l'Istat (2025a), mostra

[una] popolazione del Paese [...] già entrata in una fase accentuata e prolungata di invecchiamento. Dalle prospettive future scaturisce un'amplificazione di tale processo, perlopiù determinato dall'attuale articolazione per età della popolazione. Il presente invecchiamento della popolazione avrà un'importanza maggiore rispetto agli altri cambiamenti immaginati [...] (p. 4).

Ciò mette in evidenza come la trasformazione quantitativa stia cambiando profondamente le caratteristiche strutturali della popolazione e come, quindi, inevitabilmente cambi il sistema Paese, chiamato a rispondere in modo adeguato alla complessità della trasformazione già in atto.

La letteratura sull'invecchiamento è stata storicamente condizionata dall'influenza della prospettiva biomedica, centrata sulle differenti dimensioni del *declino* della persona. Come affermano Gergen e Gergen (2001), i "Dark Ages" dell'invecchiamento sono stati dominati da un paradigma negativo centrato sulla patologia, che ha riecheggiato il "pesante fatalismo" della vecchiaia come "malattia incurabile" in sé. L'introduzione di prospettive positive e proattive sull'invecchiamento, che enfatizzano le potenzialità, l'adattamento e l'interazione con l'ambiente (Rowe & Kahn, 1997; Gergen & Gergen, 2001; Lloyd-Sherlock, 2004), sebbene rispondano ancora a logiche di produttività e di riconoscimento della persona nella società in quanto ancora produttiva, riflettono un passaggio significativo, iniziando a mettere in discussione la produttività stessa come unico metro del valore umano (Beard et al., 2016). Tale critica è necessaria ed essenziale per restituire dignità alla senescenza ed evitare la segregazione e la marginalizzazione

della persona anziana che, in quanto tale, non essendo più produttiva, subisce una perdita dello *status* di agente e di cittadino (Gergen & Gergen, 2001).

Il primo passo verso il cambio di paradigma dell'invecchiamento è stato mosso da Rowe e Kahn (1997), che hanno proposto il "Successful Aging". Gli autori superano la visione gerontologica tradizionale, che distingueva solo tra stati patologici e non patologici, e introducono la distinzione tra invecchiamento "usuale", che presenta un alto rischio di malattie e disabilità correlate, e invecchiamento "di successo", che presenta un basso rischio di malattie e disabilità correlate garantendo un'elevata capacità funzionale fisica e cognitiva. Inoltre, sottolineano che molti cambiamenti legati all'età non sono processi intrinseci inevitabili, ma sono dovuti a stili di vita e a fattori ambientali, ossia elementi modificabili. Quello di Rowe e Kahn è un primo passo verso il superamento del paradigma negativo dell'invecchiamento, che non abbandona del tutto le dimensioni biomediche e tende a replicare una prospettiva neoliberista per cui, sebbene il modo di invecchiare dipenda da differenti fattori, la responsabilità della salute ricade interamente sull'individuo (Bülow & Söderqvist, 2014).

Nel mettere in evidenza le criticità del principio di produttività, la proposta del *Positive Aging* di Gergen e Gergen (2001) rifiuta l'idea che l'invecchiamento sia confinato nel predeterminato processo biologico di declino e focalizza l'attenzione su quattro dimensioni che caratterizzano il corso della vita (*life-span diamond*) e che si influenzano reciprocamente. Si tratta delle "risorse relazionali" ovvero sia familiari e amici di supporto, *partner* di conversazione e compagni di mediazione; del "benessere fisico", che fa riferimento al funzionamento ottimale del cervello e del corpo; degli "stati mentali positivi" ovvero senso di benessere, felicità e ottimismo; infine, delle "attività coinvolgenti", vale a dire partecipazione ad attività mentali e fisiche (Gergen & Gergen, 2001, p. 9). A differenza del "Successful Aging", applicando l'approccio costruttivista, la prospettiva di Gergen e Gergen non vuole individuare dimensioni correlate e predittive del successo dell'invecchiamento, ma mira ad aprire la riflessione alle visioni della vecchiaia che superano gli stereotipi negativi:

Come ha suggerito Richard Margolis (1990), ci siamo abbandonati "a un pesante fatalismo che ricorda il rifiuto di Seneca della vecchiaia come 'una malattia incurabile'. Vediamo debolezza, impotenza e incoscienza ovunque" (p. 112). C'è l'abitudine tra i giovani, così come tra i meno giovani, di presumere che esista una popolazione di "anziani fragili, chiusi nelle loro case, come ... prigionieri delle loro malattie" (Rubinstein, Kilbride & Nagy, 1992, p. X). Come propone Margaret Gullette (1997), la nostra storia è tale che trattiamo la longevità come "un disastro assoluto. (Forse gli uomini dovrebbero congratularsi con se stessi per essere morti più giovani!)" (p. 186) (Gergen & Gergen, 2001, p. 3)¹.

Superare tali visioni stigmatizzanti permette di riconoscere l'esistenza di mondi possibili per la costruzione del sé nell'età matura e tiene conto anche dell'eterogeneità dei processi di invecchiamento. Il *positive aging* non esclude la visione del *successful aging*, ma la riconosce come una tra le tante possibilità di invecchiare, una tra le possibilità di delineare traiettorie per una vita lunga, sana e appagante (Gergen & Gergen, 2001).

L'"Active Ageing", proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organisation [WHO], 2002), sfida lo stereotipo della persona anziana come soggetto passivo o dipendente (Lloyd-Sherlock, 2004; Satariano, 2006) e supera la prospettiva biomedica della vecchiaia, pur tuttavia rimane un concetto ancorato al principio utilitaristico della società neoliberale (Paliotta, 2022; Bergamaschi, 2025). Enfatizza, infatti, il contributo produttivo degli anziani (formale e informale, come la cura dei nipoti o il volontariato) e la necessità di politiche che promuovano l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita (Lloyd-Sherlock, 2004). Pur riconoscendo, inoltre, l'invecchiamento come un processo di ottimizzazione delle opportunità per la salute, la partecipazione e la sicurezza, relega la responsabilità di tale ottimizzazione alla sfera

¹ "As Richard Margolis (1990) has suggested we have given "into a heavy fatalism that recalls Seneca's dismissal of old age as 'an incurable disease'. We see feebleness, helplessness, and mindlessness everywhere" (p. 112). There is a habit among younger people, as well as those not so young, of assuming that there is a population of 'frail elders, locked within their homes, as prisoners of their illnesses' (Rubinstein, Kilbride, & Nagy, 1992, x). As Margaret Gullette (1997) proposes, our history is such that we treat longevity as 'solely a disaster. (Perhaps men should congratulate themselves on dying younger!)" (p. 186)" (trad. dell'autrice). Cfr. Gullette (1997); Margolis (1990); Rubinstein, Kilbride & Nagy (1992).

personale/individuale (Paliotta, 2022). Propone, quindi, un ideale di vita che rischia di rimanere distante per chi vive in condizioni di povertà o con gravi menomazioni e di ignorare le reali vulnerabilità dei più fragili, laddove la responsabilità di vivere in modo attivo rimane in capo ai singoli, trasformando l'anziano in un "imprenditore di sé stesso" (Bergamaschi, 2025).

Il paradigma dell'*active ageing* evolve, nel 2015, in "Healthy Ageing" e sposta il focus dall'assenza di malattie alle capacità funzionali della persona, che non sono solo correlate alle capacità intrinseche proprie (fisiche e mentali), ma anche alle caratteristiche strutturali e relazionali dell'ambiente che la persona abita (Beard et al., 2016). L'*healthy ageing* adotta l'approccio capacitazionale e si concentra sulle traiettorie di vita per cui l'invecchiamento in salute è riconosciuto come risultato di un processo rilevante per ogni persona anziana, indipendentemente dalle singole soglie di funzionamento e, quindi, di salute. Fattori determinanti per i "mondi possibili" dell'invecchiamento sono quelli degli ambienti e delle realtà socio-economiche in cui le persone vivono. Tali ambienti possono fornire diverse risorse o barriere che incidono sulle loro capacità di vivere una vita appagante. Promuovere un invecchiamento sano vuol dire "massimizzare la capacità funzionale":

Questo obiettivo può essere raggiunto in due modi: attraverso la costruzione e il mantenimento della capacità intrinseca e consentendo a una persona con un determinato livello di capacità intrinseca di impegnarsi in ciò che conta per lei.

[...]

Sebbene il sistema appropriato per ogni Paese o contesto sarà diverso, dovrà basarsi su una *partnership* esplicita con famiglie, comunità, istituzioni, altri operatori sanitari e il settore privato. I governi possono gestire questa *partnership*, garantire l'integrazione tra i vari servizi (incluso il settore sanitario), garantire la qualità dei servizi e fornire direttamente servizi a coloro che ne hanno più bisogno (a causa della loro scarsa capacità intrinseca o del loro *status* socioeconomico) (Beard et al., 2016, p. 2150 e p. 2152)².

La prospettiva dell'*healthy ageing*, dunque, sembra riconoscere l'importanza, oltre che l'esigenza, di guardare all'invecchiamento nella sua complessità e auspica la compartecipazione di attori, competenze e risorse rivolti non al semplice funzionamento della persona (visione ancora troppo legata alla prospettiva biomedica), ma allo sviluppo delle sue capacità, che permetta "di orientarsi in un mondo in continua evoluzione e di inventare nuovi e migliori modi di funzionare", tutelando così diritti e dignità della persona stessa (Beard et al., 2016).

Si assiste a un cambio di paradigma dell'invecchiamento, che non nega il dato biomedico ma lo integra in una visione più complessa del processo, ponendo attenzione ai sistemi culturali, politici ed economici che incidono sulle determinanti della salute, della partecipazione e della sicurezza e, di conseguenza, influiscono sul come si invecchia. Recuperare la dimensione sociale dell'invecchiamento è necessario per recuperare la responsabilità sociale del modo in cui si invecchia. La prospettiva del "Welfare Responsabile" (Cesareo & Pavesi, 2019) mette al centro della riflessione tale responsabilità condivisa e si pone l'obiettivo di superare la logica puramente assistenziale e ancora stigmatizzante della persona anziana, attraverso pratiche di attivazione capacitante e integrazione delle reti di cura, che tengano in considerazione l'eterogeneità dei percorsi di vita, e quindi di invecchiamento. La complessità dei bisogni richiede, dunque, non solo l'integrazione di interventi sociali e sanitari, ma anche l'integrazione di reti di cura, formali e informali, che fungano da supporto e da attivazione capacitante della persona: si tratta di sostenerla nella costruzione di un percorso di vita attivo e indipendente, basato sulle proprie aspirazioni e non solo sui bisogni (Cesareo & Pavesi, 2019). L'integrazione dei servizi di cura si

² "foster the healthy ageing through the shared goal of maximising functional ability. This goal can be achieved in two ways: through the building and maintaining of intrinsic capacity, and through enabling someone with a given level of intrinsic capacity to engage in the things that matter to them [...]"

Although the system appropriate to every country or setting will be different, it will need to be based on an explicit partnership with families, communities, institutions, other care providers, and the private sector. Governments can steward this partnership, ensure integration across various services (including with the health sector), ensure the quality of services and directly provide services to those most in need (either because of their low intrinsic capacity or their socioeconomic status)" (trad. dell'autrice).

rafforza in contesti sociali in cui si costruiscono solide filiere di co-responsabilizzazione, vale a dire si sviluppa una *governance* partecipativa, che coinvolge tutti gli attori che contribuiscono al sociale, in un processo di progettazione e realizzazione di politiche di benessere, guidato da una logica collaborativa. In questo contesto, lo Stato assume il ruolo di attivatore e garante di spazi di opportunità per la definizione, da un lato, di politiche/servizi in grado di rispondere alla complessità, attraverso la co-produzione e la personalizzazione degli interventi; dall'altro, di spazi di opportunità per vivere una lunga vita in salute e appagante (Cesareo & Pavesi, 2019).

Il tema dell'abitare, nella sua doppia accezione di residenza e di spazio urbano relazionale, è una dimensione centrale del *welfare* responsabile, perché incide considerevolmente sul modo in cui si invecchia. Le politiche, dunque, potrebbero intervenire su specifiche linee di intervento che prevedano la promozione della solidarietà di prossimità, la prevenzione dell'istituzionalizzazione e la garanzia dell'equità nelle risorse. Ad esempio, spazi che favoriscono l'interazione tra generazioni e il volontariato permettono alla persona anziana di mantenere un ruolo attivo nella comunità e di contrastare l'isolamento sociale, correlato ad un rapido declino cognitivo³; modelli innovativi di abitazione permettono di continuare a vivere in autonomia, in ambienti sicuri e adeguati ai cambiamenti fisiologici dell'avanzare dell'età; quartieri a misura di anziano (illuminazione, panchine, servizi di prossimità) incoraggiano la persona anziana a muoversi in modo indipendente fuori casa (Cesareo & Pavesi, 2019).

Negli ultimi decenni, il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione ha assunto una rilevanza prioritaria, delineando la necessità di ripensare modelli sociali sostenibili e capaci di rispondere alla transizione demografica in atto (Lucantoni & Principi, 2023). In questo scenario, per "l'accentuata e prolungata fase di invecchiamento" e per le previsioni di un'amplificazione del processo demografico, come precedentemente introdotto, l'Italia si pone in prima linea e si configura come un vero e proprio "laboratorio demografico" (Vignoli, Barbi & Paterno, 2024). Le città metropolitane, come rilevato dall'Istat (2023), appaiono centri attrattivi anche per la popolazione anziana (più di un terzo, ossia quasi 5 milioni, risiede nelle quattordici città metropolitane); le città metropolitane del Nord accolgono più anziani di quelle del Sud⁴; rispetto alla distribuzione nell'area metropolitana, circa il 45% degli anziani vive nei comuni capoluogo, il 31% nella prima e seconda cintura urbana e il 24% nella corona più esterna (Istat, 2023). Inoltre, le città metropolitane vivono importanti trasformazioni che hanno ricadute sulla riconfigurazione delle disuguaglianze, delle polarizzazioni tra centro e periferia e, inevitabilmente, sulle politiche locali.

In questa cornice si inserisce il presente contributo⁵, che approfondisce la "condizione anziana" nelle città metropolitane, assumendo la prospettiva teorica del Welfare Responsabile. Il caso studio oggetto di indagine è la città metropolitana di Torino, caratterizzata da un interessante intersezione tra mutamenti socio-economici, fragilità abitative e risposte innovative di welfare. Nello specifico, attraverso un'analisi qualitativa con attori privilegiati, si indagherà in che misura i processi politici sociali locali siano in grado di supportare la realizzazione di una responsabilità condivisa tra tutti gli attori che contribuiscono al welfare e in che modo tale responsabilità incida sulla promozione di opportunità di salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane.

2 LA TRASFORMAZIONE DELLA CITTÀ DI TORINO

Il Piemonte è caratterizzato, come ben rappresentato dall'Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte (IRES, 2025), da una struttura demografica sensibilmente più anziana rispetto alla media nazionale: al primo gennaio 2025, l'indice di vecchiaia, che misura il rapporto tra la popolazione di 64 anni e più e la popolazione 0-14 anni, è pari a 240,3% (dato nazionale pari a 207,7%); l'indice di dipendenza strutturale, che misura il carico sociale ed economico della

³ Per approfondimenti, Bezerra, Nunes, & Moura (2021); Yu et al. (2021); Read, Comas-Herrera, Grundy, (2020).

⁴ L'indice di vecchiaia più elevato è quello della città metropolitana di Genova (272,6%), seguita, da Cagliari (237,9%), Venezia (222,4%) e Torino (221,4%) (Istat, 2023).

⁵ Parte di una riflessione di ricerca più ampia sviluppata nell'ambito del partenariato *Age-IT: ageing well in an ageing society*. Per approfondimenti, Di Pietro (2025a; 2025b).

popolazione non attiva (0-14 anni e 65+ anni) su quella attiva (15-64 anni), è pari a 61,5% (dato nazionale pari a 57,8%); l'indice di dipendenza degli anziani, che misura il carico demografico degli over 65 (non attivi) sulla popolazione in età lavorativa (15-64 anni), è pari a 43,4% (dato nazionale pari a 39%) (IRES, 2025; IstatData, 2026). La struttura demografica piemontese mostra, inoltre, una quota crescente di grandi anziani (80 anni e più). Nel 2024, l'8,9% della popolazione piemontese (379mila residenti) è costituita da grandi anziani; nel corso degli ultimi venti anni, gli ultracentenari hanno visto raddoppiare il loro contingente (1.714 residenti nel 2024), la maggior parte del quale è composto da donne (IRES, 2025). I dati di scenario dei prossimi venti anni, infine, mostrano una popolazione anziana in decrescita (da 4.256.000 nel 2024 a poco più di 4.000.000 nel 2044), sebbene la bassa natalità e la stabilità del contributo migratorio determineranno uno stallo demografico che andrà ad amplificare la tendenza dell'invecchiamento della popolazione (IRES, 2025)⁶.

La città metropolitana di Torino, in particolare, ha attraversato una “trasformazione profondissima” negli ultimi venti anni, passando da città prettamente industriale a polo terziario e turistico. Ferri, Oliverio e Vanara (2012) evidenziano come tale passaggio abbia comportato un mutamento delle morfologie sociali, con l'emergere di nuove forme di vulnerabilità che colpiscono sia i giovani, in cerca di occupazione, sia gli anziani, spesso schiacciati in catene intergenerazionali “lunghe e magre”, dove il lavoro di cura grava prevalentemente sulle donne e sulla “generazione di mezzo”.

Tra le città metropolitane che stanno vivendo un importante processo di senilizzazione, Torino non è la più vecchia: tra i comuni capoluogo, al 31 dicembre 2023, Cagliari presenta la più alta incidenza di anziani (29,5%, a Torino è pari al 26,2%) e, tra le città metropolitane, la più alta incidenza di popolazione anziana si rileva a Genova (29,1%, a Torino è pari a 26,3%) (Istat, 2023).

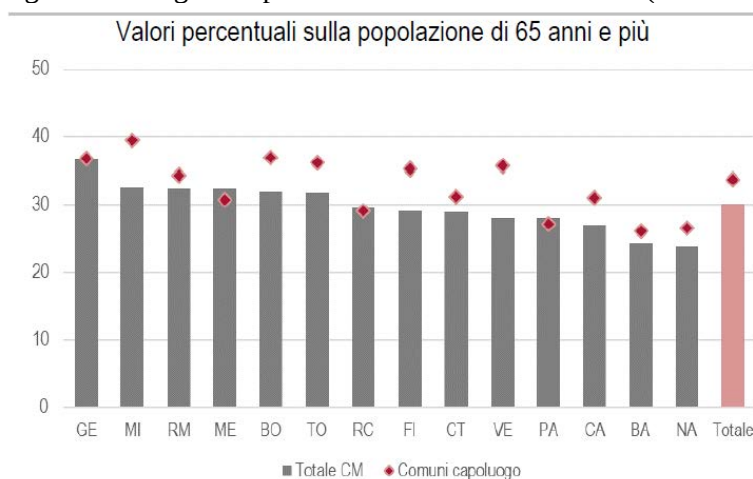
La fotografia demografica della città di Torino si presenta, in parte, in linea con il dato regionale: al 31 dicembre 2025, infatti, l'indice di vecchiaia supera la media nazionale e regionale (247,3%); al contrario, l'indice di dipendenza strutturale è più basso del dato regionale e poco più basso di quello nazionale (57,5%). Infine, l'indice di ricambio della popolazione attiva, che misura il rapporto tra la fascia di popolazione in uscita dal mondo del lavoro (55-64 anni o 60-64 anni) e quella in entrata (15-24 anni o 15-19 anni) segnala l'invecchiamento del mercato con un dato pari a 164% (Città di Torino, 2026).

Cambia anche la struttura familiare e, come evidenziano le statistiche, aumentano le famiglie composte da una sola persona anziana, spesso esito di una vedovanza o della fine di un matrimonio (IRES, 2025). Quasi tutte le città metropolitane registrano un aumento delle famiglie unipersonali; in particolare, tale aumento si registra nei comuni capoluogo e anche nella città di Torino, dove l'incidenza di famiglie unipersonali di anziani è più elevata (Figura 1).

⁶ “Tale andamento si diversifica rispetto alle classi di età:

- la perdita di popolazione riguarda principalmente la classe di età 45-64 anni (circa 327mila unità in meno), dovuta al transito delle generazioni nate nel periodo della forte denatalità durata da metà anni '70 fino all'inizio degli anni '90;
- diminuiscono anche le coorti di giovani con meno di vent'anni (-97mila unità circa);
- cresce la popolazione anziana sia la classe 65-74 anni (+90mila circa), sia la classe di età superiore ai 74 anni (+166mila circa), esito dell'ingresso delle folte generazioni del baby boom nelle età più mature (...)” (IRES, 2025, pp. 15-16).

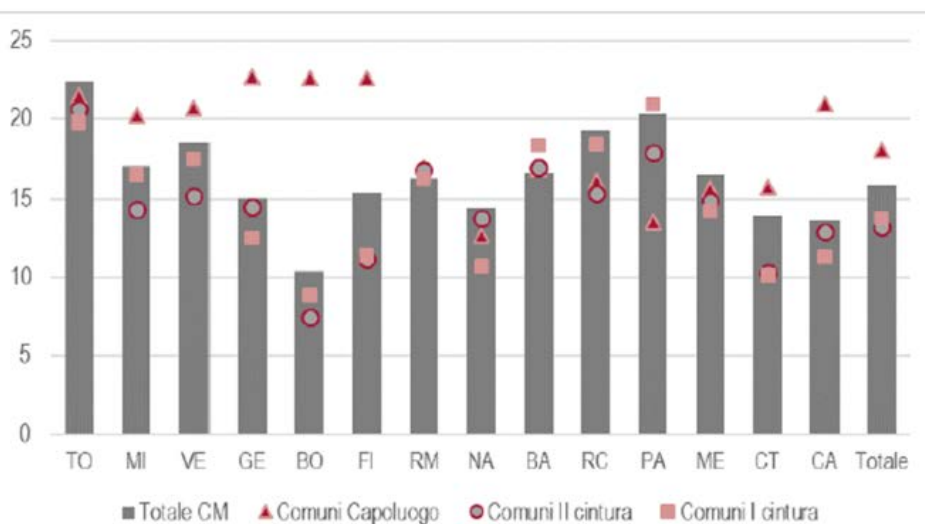
Figura 1. Famiglie unipersonali di anziani. Anno 2021 (31 dicembre)



Fonte: Istituto nazionale di statistica. (2023), p. 14.

Il cambiamento della struttura familiare ricade sulla trasformazione delle reti di supporto, che sono costituite prevalentemente da adulti che assistono genitori o parenti anziani. L'indice di sostegno ai genitori e parenti anziani (*parent support ratio*)⁷ evidenzia come aumenti il numero di persone che stanno raggiungendo la conclusione della vita lavorativa e che devono prendersi cura di genitori o parenti molto anziani. La necessità di maggiore sostegno agli anziani è superiore nei comuni capoluogo (in media 18,1%), soprattutto nell'area metropolitana di Torino (22,4%) (Istat, 2023; Figura 2).

Figura 2. Parent support ratio nei capoluoghi e nelle cinture urbane. Anno 2023 (al 1° gennaio), valori percentuali



Fonte: Istituto nazionale di statistica. (2023), p. 13.

⁷ Il *parent support ratio* misura il numero di potenziali assistenti familiari di età compresa tra 45 e 64 anni, ossia la fascia d'età più comune per l'assistenza, per ogni persona di età pari o superiore a 80 anni, ossia il sottogruppo di anziani per i quali è più probabile si preveda supporto a lungo termine. Per approfondimenti, Ribeiro et al. (2021).

L'analisi per Circoscrizioni⁸ evidenzia la specificità di tre aree in particolare, ossia la Circoscrizione 2, costituita dai quartieri Santa Rita, Mirafiori Nord, Mirafiori Sud; la Circoscrizione 3, costituita dai quartieri San Paolo, Cenisia, Pozzo Strada, Cit Turin e Borgata Lesna; infine, la Circoscrizione 8, composta da San Salvario, Cavour, Borgo Po, Nizza Millefonti, Lingotto e Filadelfia. Tali Circoscrizioni coprono il territorio in cui si è sviluppata l'anima industriale di Torino e vivono la trasformazione dell'invecchiamento della popolazione che vi abita, legata al tessuto produttivo degli anni Cinquanta e Sessanta del XX secolo. Non stupisce, dunque, l'elevato indice di vecchiaia nella Circoscrizione 2 (287%), seguita dalla Circoscrizione 3 (279,7%) e dalla Circoscrizione 8 (276,3%), così come l'elevato indice di dipendenza pari a 62,9% nella Circoscrizione 2, 57,2% nella Circoscrizione 3 e 59,1% nella Circoscrizione 8. Una grandezza che dà conto dell'invecchiamento del tessuto sociale di queste Circoscrizioni è l'indice di ricambio della popolazione attiva, pari a 174,8% nella Circoscrizione 2, 174,2% nella Circoscrizione 3 e 167,7% nella Circoscrizione 8 (Tabella 1).

Tabella 1. Indicatori di invecchiamento demografico, età media (anni), indice di vecchiaia, indice di dipendenza e indice di ricambio (valori percentuali). Anno 2020, 2021, 2022, 2023, 2024 (al 31 dicembre)

Circoscrizioni	Età media					Indice di vecchiaia					Indice di dipendenza					Indice di ricambio				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
1	47	47	47	47	47	231,4	237,5	238,3	244,3	267,6	54,9	54,7	54,5	53,7	55,7	160,8	163,0	173,8	175,1	175,1
2	49	49	49	49	49	268,7	272,6	275,5	280,8	287,0	66,4	65,6	64,9	63,9	62,9	156,5	157,7	159,6	165,5	174,8
3	47	47	48	48	48	240,3	246,0	254,7	261,3	279,7	60,4	59,9	59,5	58,6	57,2	169,6	168,5	166,2	168,7	174,2
4	46	47	47	47	47	211,8	217,6	223,3	229,9	245,6	57,9	57,3	57,1	56,7	55,2	161,0	162,7	163,7	166,4	170,8
5	46	46	47	47	47	196,9	200,7	205,2	210,2	220,6	60,7	60,5	60,3	59,9	59,0	156,2	159,4	156,8	153,6	155,6
6	45	45	45	45	45	172,5	174,7	175,5	177,1	181,2	60,2	59,6	58,7	58,1	56,4	138,8	139,2	138,0	138,4	133,4
7	45	46	46	46	46	202,3	206,6	211,6	218,2	237,5	56,7	55,8	55,1	54,3	53,4	154,8	157,8	155,9	157,0	162,6
8	48	48	48	48	48	242,3	248,0	255,6	261,2	276,3	62,8	62,3	61,7	60,7	59,1	162,2	162,2	161,0	161,6	167,7
Città di Torino	47	47	47	47	46	220,8	225,3	229,8	234,9	247,3	60,5	59,9	59,5	58,7	57,5	157,3	158,6	158,6	160,0	164,0

Fonte: Elaborazioni su dati Città di Torino.

Le trasformazioni in atto fanno emergere quanto la questione abitativa diventi importante, poiché rappresenta il punto di convergenza tra senilizzazione e disagio sociale. Torino, in particolare, è stata travolta da un cambiamento strutturale che ha visto la sostituzione del modello fordista della casa popolare di massa con il libero mercato e, quindi, una costante e progressiva riduzione della quota edilizia sociale. Nel corso degli ultimi anni, Torino ha registrato un considerevole aumento dei valori immobiliari e dei canoni di locazione rispetto alla media nazionale e ciò ha accresciuto fenomeni di esclusione, come gli sfratti per morosità (Ferri, Oliverio, & Vanara, 2012).

Per rispondere adeguatamente a questa nuova sfida, il territorio piemontese ha attivato programmi di edilizia sociale, con particolare attenzione anche alla terza età, già a partire dal 2006: il "Programma casa: 10.000 alloggi entro il 2012"⁹, volto a incrementare l'offerta di affitto

⁸ Le Circoscrizioni della Città di Torino sono gli organismi territoriali di riferimento per la cittadinanza. Si occupano di favorire la partecipazione, ascoltare i bisogni della comunità, gestire servizi di base e promuovere iniziative di volontariato e collaborazione attiva. Svolgono inoltre funzioni delegate dal Comune e operano con una propria autonomia organizzativa, come previsto dallo Statuto (art. 54) e dal Regolamento del Decentramento. Le Circoscrizioni sono otto: 1) Centro - Crocetta; 2) Santa Rita - Mirafiori Nord - Mirafiori Sud; 3) San Paolo - Cenisia - Pozzo Strada - Cit Turin - Borgata Lesna; 4) San Donato - Campidoglio - Parella; 5) Borgo Vittoria - Madonna di Campagna - Lucento - Vallette; 6) Barriera di Milano - Regio Parco - Barca - Bertolla - Falchera-Rebaudengo - Villaretto; 7) Aurora - Vanchiglia - Sassi - Madonna del Pilone; 8) San Salvario - Cavour - Borgo Po - Nizza Millefonti - Lingotto - Filadelfia. Per approfondimenti si consulti https://www.comune.torino.it/amministrazione/altre-unita-organizzative?f%5B0%5D=tipo_organizzazione%3A571

⁹ Il servizio, finanziato dalla Regione Piemonte, è stato progettato e gestito dal settore Programmazione Strategica, Politiche Territoriali ed Edilizia ed è stato realizzato dal CSI-Piemonte. Il Programma Casa ha avuto come obiettivo prioritario l'offerta di alloggi a canone sociale e a canone calmierato. Per approfondimenti si consulti

sociale e a promuovere l'*housing* sociale, prevedeva anche la realizzazione di mini-appartamenti, microcomunità e residenze collettive con locali comuni dedicate specificamente alle persone anziane (Ferri et al., 2012; Filandri & Autigna, 2015). La particolare sensibilità al tema dell'abitare e dell'invecchiamento della popolazione ha guidato anche la progettazione degli interventi finanziati dai fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", finalizzati a rigenerare il patrimonio immobiliare pubblico e a restituirlo alla città in forma di residenze sociali per persone anziane o in difficoltà¹⁰.

Se si guarda alle politiche per l'invecchiamento attivo, la Regione Piemonte è stata tra le prime ad approvare una specifica legge. Si tratta della Legge Regionale 17/2019 "Promozione e valorizzazione dell'invecchiamento attivo", che mira a disciplinare il tema in maniera trasversale, coordinando interventi negli ambiti della salute, del lavoro, della cultura e del volontariato. Sebbene la fase di realizzazione si sia scontrata con le limitate risorse finanziarie a disposizione, le politiche regionali sembrano privilegiare un cambio di paradigma dei modelli di cura a supporto non solo dell'autonomia di soggetti fragili ma anche delle interconnessioni che rendono la risposta di cura più adeguata alla crescente complessità dei bisogni, ripensando anche gli spazi come nodi strategici per sostenere la piena realizzazione delle persone (Cela, 2020).

Il contesto torinese rivela, dunque, una situazione dinamica, non esente da criticità strutturali; la forte interconnessione tra questione abitativa e invecchiamento della popolazione mette in evidenza la necessità di ridefinire non solo gli spazi di vita e di cura, ma anche i processi attraverso i quali avvengono i cambiamenti, al fine di generare nuove forme di coesione sociale che mettano al centro i legami di prossimità.

3 METODO

Come indicato nell'introduzione, l'analisi qualitativa oggetto del presente capitolo si inserisce in un percorso di ricerca più ampio sulla condizione anziana nelle città metropolitane italiane. Nello specifico, si è voluto rispondere alla domanda "in che misura i processi politici sociali locali supportano la realizzazione di una responsabilità condivisa tra tutti gli attori che contribuiscono al welfare e in che modo tale responsabilità incide sulla promozione di opportunità di salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane?" Al fine di comprendere come sta avvenendo tale mutamento nella città metropolitana di Torino, si è deciso di coinvolgere attori privilegiati del territorio: l'Assessore alle Politiche sociali, Pari opportunità, Politiche abitative di edilizia pubblica, Coordinamento relazioni con aziende sanitarie, Beni comuni della città metropolitana di Torino e i Consiglieri comunali con delega per Sanità, Servizi Sociali, Integrazione della Circoscrizione 2 (Santa Rita - Mirafiori Nord - Mirafiori Sud) e della Circoscrizione 3 (San Paolo - Cenisia - Pozzo Strada - Cit Turin), quelle con i più elevati indici di invecchiamento demografico (§2).

A seguito di un primo contatto via e-mail, nel quale si presentava la ricerca e la sua finalità, tutti gli attori hanno proposto un incontro, in presenza o da remoto (attraverso piattaforme G-Meet o Teams), per conoscere con maggior dettaglio l'ambito della ricerca. Questi incontri conoscitivi hanno consentito di fissare le date per le interviste, alle quali gli interlocutori hanno partecipato dopo aver espresso il consenso informato, nel rispetto della normativa sulla privacy (GDPR-Regolamento 2016/679). Le interviste strutturate hanno attraversato quattro aspetti: 1) il contesto di riferimento, in particolare le specificità territoriali e le politiche/servizi adottati; 2) la popolazione specifica delle persone over 65, non più attive nel mercato del lavoro, autosufficienti o parzialmente autosufficienti, e le specifiche tipologie di servizi loro dedicati; 3) analisi di politiche/servizi attraverso la prospettiva del welfare responsabile, con riferimento all'integrazione degli interventi, all'approccio consensuale/collaborativo alla loro definizione,

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/diritti-politiche-sociali/casa/normativa-programma-casa-10000-alloggi-entro-2012>

¹⁰ Per approfondimenti si consulti <https://www.torinocambia.it/>

alla presenza e modalità di cooperazione tra pubblico, privato e privato sociale¹¹, al ruolo del Terzo settore e delle persone dirette beneficiarie, alle buone pratiche di processi di co-produzione di servizi per persone anziane; 4) infine, le esperienze conosciute che affrontano specifici bisogni delle persone anziane e che possono essere opportunità importanti per un invecchiamento in salute.

Le interviste sono state svolte tra marzo e maggio 2025, in modalità mista, lasciando agli intervistati la possibilità di scegliere se svolgere le interviste in presenza o da remoto: in due casi, sono state svolte in presenza (con i Consiglieri delle Circoscrizioni 2 e 3 di Torino); in un caso, è stata svolta da remoto (con l'Assessore della città metropolitana di Torino, attraverso la piattaforma Teams). Previo consenso, ciascuna intervista (durata massima un'ora e trenta minuti circa) è stata registrata e successivamente trascritta; una volta controllata l'esattezza delle trascrizioni, le registrazioni sono state distrutte. Ciascuna trascrizione è stata poi trasferita in una cartella dedicata del software MAXQDA 2020¹².

Per quanto riguarda il processo di codifica, è stato sviluppato un iniziale sistema di codifica deduttiva che rifletteva gli argomenti principali della traccia d'intervista: 1) contesto, 2) popolazione over 65, 3) processi politici/servizi e 4) esperienze.

Per i processi politici/servizi dedicati alle persone over 65 (sezione 2), nello specifico, sono state codificate le dimensioni della prospettiva del welfare responsabile: a) "l'attivazione capacitante", intesa come valorizzazione della rete di responsabilità (costituita dagli attori che a vari livelli operano nel sociale) e coinvolgimento della persona come co-protagonista del proprio benessere; b) "l'integrazione condivisa", una *governance* ibrida e collaborativa all'interno della quale la pubblica amministrazione agisce nel ruolo di garante e facilitatore; c) il "livello territoriale intermedio", basato su una co-operazione policentrica tra attori pubblici, privati e del Terzo Settore sociale che operano sul territorio; d) lo "spazio sociale di prossimità", inteso come contesto relazionale multidimensionale, socialmente costruito per rispondere a bisogni specifici (Cesareo & Pavesi, 2019).

Questa fase di codifica ha consentito una prima riduzione dei dati, in cui i testi sono stati ulteriormente analizzati ed etichettati sino a definire un sistema di codifica unificato, composto dalle quattro categorie principali del testo di intervista e da due ulteriori categorie relative a criticità e opportunità future (Figura 3).

Ciascuna delle quattro categorie principali è stata sviluppata in ulteriori sottocategorie; nello specifico:

- contesto: evoluzione storica, tessuto sociale, politiche (aree di intervento), quartieri da osservare;
- popolazione over 65: sicurezza, solitudine-isolamento, invecchiamento attivo;
- processi politici/servizi: attivazione capacitante (coinvolgimento della persona co-protagonista, valorizzazione della rete responsabile), integrazione condivisa (attribuzione interventi/servizi, istituzione pubblica facilitatore/garante, competizione tra attori sociali, collaborazione tra attori sociali), livello territoriale intermedio (attori privati, terzo settore, attori pubblici), spazio sociale di prossimità (contesto relazionale spazio fisico, contesto relazionale attività);
- esperienze (criticità e opportunità) (Saldaña 2016).

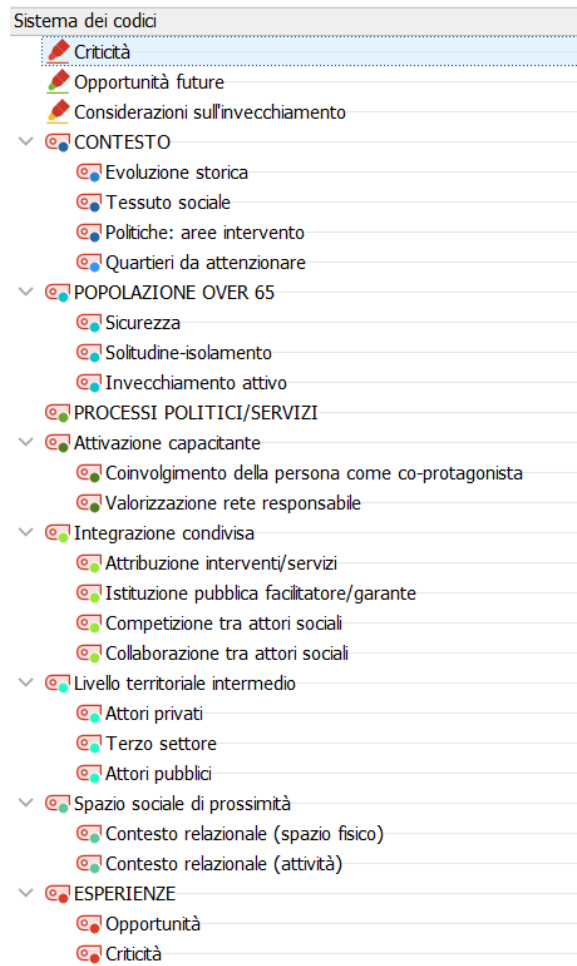
La codifica dei documenti ha consentito un esame del contenuto che inizialmente si è soffermato sull'analisi manifesta, rimanendo molto fedele al testo e descrivendone il contenuto visibile e apparente; successivamente, le trascrizioni sono state rivisitate concentrandosi

¹¹ Per privato sociale si fa riferimento a quelle forme di relazioni sociali che presentano, come afferma Donati (2004), tre caratteristiche specifiche "1. non sono né strettamente pubbliche né strettamente private; 2. sono regolate da un proprio codice simbolico-normativo e hanno i propri mezzi generalizzati di interscambio, riferiti essenzialmente alla solidarietà sociale; 3. sono caratterizzate da una propria 'soggettività sociale' " (p. 2). Per approfondimenti, Donati (2004).

¹² Il trattamento dei dati, dalla fase iniziale di acquisizione alla fase finale di trattamento, ha rispettato il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016. Per approfondimenti si consulti <https://www.garanteprivacy.it/regolamentoue>.

sull'analisi latente, al fine di trovare il significato sottostante al contenuto delle interviste (Bengtsson, 2016).

Figura 3. Sistema di codifica unificato per la riduzione dei dati



Fonte: Elaborazione tramite software MAXQDA 2020.

4 ANALISI E DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Coerentemente con il quadro teorico di riferimento, l'analisi del contenuto ha permesso di rilevare una transizione, seppur lenta, verso un modello di *governance* maggiormente riflessivo, che mira a rafforzare la filiera di co-responsabilizzazione, come previsto anche dalla Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (L.328/2000)¹³. I

¹³ La L.328/2000 guida il passaggio da un'assistenza riparativa a un sistema attivo di diritti, proponendo la realizzazione di uno stato del benessere che garantisca alle persone diritti e servizi sociali. Ridefinisce i concetti di "utente" e di "assistenza": non più utente quale portatore di un bisogno specialistico, ma persona nella sua totalità, costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale; non più assistenza quale luogo di realizzazione di interventi meramente riparativi del disagio, ma protezione sociale attiva, luogo di rimozione delle cause del disagio e di prevenzione, promozione dell'inserimento della persona nella società attraverso la valorizzazione delle sue capacità. Da queste premesse, la legge quadro indica un nuovo processo di definizione dei servizi sociali: dalla prestazione disarticolata al progetto di intervento e percorso accompagnato; dalle prestazioni monetarie volte a risolvere problemi di natura esclusivamente economica a interventi complessi che intendono rispondere ad una molteplicità di bisogni; dall'azione esclusiva dell'ente pubblico a una azione svolta da una pluralità di attori quali quelli del terzo settore. Per approfondimenti, Legge 8 novembre 2000, n. 328. <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2000-11-08:328~art2>; D'Ascenzio (2022); Monteduro, Nanetti & Pavesi (2021); Ranci Ortigosa. (2004); Turco (2020).

processi di definizione delle politiche per le persone anziane mostrano ancora delle asimmetrie, che non permettono la piena realizzazione dei processi di co-partecipazione e, quindi, di co-responsabilizzazione. L'analisi delle evidenze qualitative, tuttavia, mostra un fermento trasformativo che sta attraversando la città di Torino e che è teso a superare le logiche emergenziali. Ciò si rileva soprattutto nell'analisi del contenuto relativa alle dimensioni della prospettiva del welfare responsabile: attivazione capacitante, integrazione condivisa, livello territoriale intermedio e spazio sociale di prossimità (Cesareo & Pavesi, 2019).

Per quanto riguarda l'attivazione capacitante, i processi politici descritti dagli attori privilegiati mostrano la volontà, da un lato, di valorizzare la rete di responsabilità (costituita dagli attori che a vari livelli operano nel sociale) e, dall'altro, di coinvolgere la persona come co-protagonista del proprio benessere, superando così la logica del target:

questa rete [...] di case del quartiere, raccoglie in sé molti gruppi formali o formalizzati degli anziani e quindi prendono parola e co-determinano le iniziative che sono svolte. Io direi che il tentativo è certamente quello di protagonismo attivo degli anziani [...]

[...] questi luoghi di confronto servono anche a raccogliere il loro punto di vista e a interpretarlo, faccio un esempio concreto, noi abbiamo, l'anno scorso, approvato un nuovo modello di assistenza socio-sanitaria domiciliare che svolgiamo come Comune insieme all'Asl, l'osservatorio paritetico sull'applicazione del modello di assistenza socio-sanitaria domiciliare e vede presenti le [...] centrali operative e i sindacati dei pensionati. Per noi i sindacati dei pensionati danno voce a quello che è l'anziano a casa, che vede, sente, può dire "guardate l'inserimento di un'ora OSS è troppo, è troppo poco, è sbagliato, serve [...]" (estratto TO_24).

Le Case di quartiere permettono un reale esercizio di *agency* non solo delle persone anziane ma di tutti gli attori che co-partecipano alla realizzazione dei servizi e delle iniziative. L'attivazione capacitante si concretizza attraverso una partecipazione non solo consultiva ma decisionale: le case di quartiere si mostrano come spazi di prossimità relazionale che "tirano fuori" dalla solitudine la persona anziana e, quindi, prevengono esperienze di emarginazione, isolamento e declino cognitivo¹⁴. Si manifesta con forza la volontà di superare la visione negativa della persona anziana come mero fruitore passivo di prestazioni assistenziali, sebbene permanga la consapevolezza della "fragilità" della condizione della persona che invecchia, soprattutto se sprovvista di una rete di supporto:

l'anziano deve essere trattato bene non solo per la sua caratteristica di fragilità ma anche perché potrebbe essere una risorsa per lo Stato perché se l'anziano non si ammala e lo tiriamo fuori dalla solitudine, l'anziano che tende ad isolarsi prima o poi si ammala e prima o poi finisce in una struttura sociale che ha un suo costo [...] (estratto TO2_23).

Gli attori privilegiati sottolineano come il "sapere esperto" dei professionisti debba necessariamente dialogare con il "sapere situato" della persona anziana, che viene accolta e ascoltata negli spazi di socializzazione. Questa dinamica trasforma l'anziano in un soggetto attivo, capace di co-produrre il proprio benessere e di "creazioni di senso" che contrastano il rischio di marginalizzazione (Cesareo & Pavesi, 2019). Il processo dialogico, tuttavia, si scontra con una inerzia burocratica che predilige ancora una logica prestazionale standardizzata, facendo emergere uno iato tra processi di attivazione della "filiera di co-responsabilizzazione" e la struttura del sistema di welfare locale, che soffre anche della riduzione dei trasferimenti statali a favore degli enti locali:

Partecipano a bandi comunali, ad esempio [...] non siamo noi più a progettare, noi indichiamo solo degli indirizzi politici attraverso le linee guida e su quello le associazioni, le fondazioni o gli enti del Terzo settore si occupano di progettare. Siamo, purtroppo, legati ai vincoli. Una volta vi erano le risorse e il Comune dava risorse, economiche e umane, per la progettazione (estratto TO2_16).

La filiera di co-responsabilizzazione deve essere supportata da una reale trasformazione anche della cultura organizzativa, affinché l'attivazione capacitante non rimanga una mera retorica, priva di impatto concreto sulla personalizzazione dei servizi e sulla loro efficacia (Cesareo & Pavesi, 2019).

¹⁴ Cfr. nota 3.

L'integrazione condivisa si sostanzia nella costruzione di reti all'interno delle quali l'istituzione pubblica opera da facilitatore dei processi e garante della legittimità degli stessi. Emerge che tale apertura è presente in numerose iniziative progettuali che la città di Torino sta governando:

Per noi (Circoscrizione) vale la regola per cui ci deve essere un raccordo forte tra gli enti istituzionali presenti sul territorio e l'associazionismo (Terzo settore) (estratto TO3_10).

[...] per esempio nel quartiere simbolo di Mirafiori Sud ha recentemente festeggiato, giorni fa, dieci anni il progetto "Essere anziani a Mirafiori Sud", che mette insieme i servizi sociali della Città di Torino, la Fondazione di comunità di Mirafiori, la Fondazione filantropica bancaria di San Paolo e l'Asl, con l'intervento della Casa del quartiere di Mirafiori Sud e tutte le associazioni che, in qualche modo offrono servizi perché, insomma, quello è l'esempio migliore tutt'ora e in qualche modo modello di quello che tentiamo di generalizzare, stiamo provando a generalizzare (estratto TO_5).

Le reti sono attivate da processi di programmazione partecipata, come previsto dalla L.328/2000¹⁵, e operano la sussidiarietà a livello territoriale intermedio, dove la cooperazione tra pubblico, privato e privato sociale dovrebbe consolidarsi. L'importanza delle Circoscrizioni come snodo di rete è centrale, nonostante la scarsità di risorse:

Le Circoscrizioni hanno poche risorse e si conta sulla capacità di mettersi in rete e di fornire, fare da raccordo con tutta una serie di realtà. La Circoscrizione [...] entra in contatto con altri sportelli, quello del lavoro, della genitorialità, delle informazioni socio-sanitarie.

Certamente mancano gli investimenti grossi, però noi, potendo contare, da un lato, sul fatto che il Terzo settore ha la capacità di accedere a delle risorse importanti, che noi comunque possiamo mettere in relazione, possiamo facilitare l'accesso, in qualche modo, il ruolo di raccordo dell'ente di prossimità è fondamentale perché è quello che veramente ci dà un grosso valore aggiunto (estratto TO3_16).

A causa della scarsità delle risorse, però, l'integrazione condivisa si confronta con la persistenza di logiche competitive, per cui i "servizi [sono] dati in appalto, ovviamente con una procedura competitiva", sebbene si stia cercando di "generalizzare le procedure di co-progettazione" (estratto TO_18).

Si conferma, quindi, il ruolo di "raccordo" e la funzione di "attivatore delle capacità locali" da parte delle istituzioni, ma osserva anche una tensione irrisolta tra la logica di mercato e quella della co-responsabilizzazione, dovuta alla scarsità di risorse. Laddove vengono a mancare risorse per la progettazione, non solo economiche, l'istituzione pubblica ha difficoltà a presidiare l'equilibrio della rete, che rimane fondamentale per garantire una risposta adeguata ai bisogni emergenti:

[...] negli anni passati, ma si tratta di molto tempo fa, si co-progettava perché vi era un ufficio di co-progettazione; per mancanza di risorse questo ufficio di coprogettazione non c'è più (estratto TO2_23).

Faccio un esempio, un servizio che viene gestito da un'associazione, per quanto riguarda persone con disabilità, disabilità non grave, intellettiva ma non grave, proviamo ad immaginare di assegnare ad una persona con disabilità, o a una o due di loro, una persona proveniente dai servizi sociali, cioè una persona assegnata a loro per seguirli, si tratterebbe di un costo enorme, invece, collaborando con il Terzo settore, con una associazione che si occupa, nello specifico, e sono degli specialisti, perché hanno all'interno educatori e psicologi, con un contributo riusciamo a dare un servizio a [...] quindici, venti forse anche trenta persone con disabilità. Anche più perché sono due o tre le associazioni che si occupano di questo [...] (estratto TO2_12).

Il livello territoriale intermedio è lo spazio elettivo per la cooperazione tra pubblico, privato e privato sociale, ossia per la realizzazione della sussidiarietà sia orizzontale che verticale; ma,

¹⁵ L'evoluzione normativa supporta i processi decisionali inclusivi: Legge 328/2000; DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"; Dlgs 3 luglio 2017, n. 117 "Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106" (art.55); DM 31.03.2021 "Linee guida sul rapporto tra pubbliche amministrazioni ed enti del Terzo settore". Per approfondimenti, Maino & Guarna (2023).

come affermano gli intervistati, laddove la compartecipazione è frammentata, l'efficacia dei servizi diminuisce.

Lo spazio sociale di prossimità, infine, è interpretato non solo come luogo fisico, ma come l'esito di un processo dialogico e collaborativo che consente di costruire contesti partecipativi e di generare vero "valore sociale". La prossimità, intesa come spazio generativo di relazioni intergenerazionali e di mutuo aiuto, è l'obiettivo principale delle politiche e dei servizi sociali locali:

Sul nostro territorio ci sono tre spazi anziani che si occupano di quello che sono, non solo le problematiche degli anziani, ma anche come far vivere meglio le giornate e il tempo agli anziani con delle diverse progettualità, tutte in modo diverso, ma che sono sempre orientate al benessere degli anziani» (estratto TO2_3).

[...] ci sono alcuni luoghi della città dove ci sono dei progetti che si rivolgono a tutte le fasce d'età e a delle esigenze, dal contrasto della povertà al contrasto alla solitudine, che sono tutti progetti che nascono dalle case del quartiere e all'interno del quartiere si sviluppano (estratto TO_16).

Le opportunità sono [...] quelle di costruire legami con le espressioni del territorio, anche suscitare energie civiche [...], quindi creare legami che poi magari generano anche altro, anche in altri ambiti (estratto TO_34).

Lo spazio sociale di prossimità nella città di Torino prende la forma di una soluzione ibrida tra abitare e cura; nel rafforzamento di tale spazio si sono concentrati i progetti finanziati dal PNRR per il sostegno e la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti¹⁶. Tali esperienze, frutto di un importante confronto con il Terzo settore e con il privato sociale, hanno permesso di attivare competenze e risorse con una visione lungimirante rispetto al bisogno emergente della popolazione:

[...] si ha la fortuna di avere un Terzo settore presente [...], un Terzo settore fortemente motivato e con lucidità e lungimiranza e come Circostrizione, in qualche modo, percepiamo il bisogno [...] in qualche modo di promuovere e fare in modo che questa rete diventi più strutturata (estratto TO3_24)

[...] possiamo iniziare a segnalare certamente un'attenzione verso, perlomeno [...] incipiente, tendenziale, verso forme di coabitazione solidale, ma certamente ancor di più, il sostegno alla diffusione di percorsi di invecchiamento attivo [...] (estratto TO_5).

Le co-abitazioni e i condomini solidali sembrano offrire, infatti, esempi concreti di valore sociale partecipativo e solidarietà inter-generazionale: "facciamo molto leva anche sul contributo che danno le co-abitazioni giovanili solidali [...] restituiscono quello che ricevono in servizi che rivolgono per la popolazione, quindi dare una mano a tutti, anziani, ma anche bambini" (estratto TO_14). Si propongono come modelli capaci di rispondere all'emergenza abitativa che vive la città, ma la vera sfida sta nel presidiare tali luoghi come spazi di prossimità relazionale e capacitante per prevenire il potenziale rischio che si trasformino in luoghi di emarginazione ed esclusione sociale:

la sfida vera e principale è quella di far sì che i senior co-housing non siano esclusivamente per anziani fragili, per stare insieme sia da un punto di vista finanziario sia da un punto di vista sociale, dovrebbero prevedere un mix di tipologie di persone, ci dovrebbe essere tanto l'anziano senza rete, con a rischio sfratto, se ha pensione bassa, che trova il porto sicuro, ma anche l'anziano non fragile economicamente, che ha una rete sociale tra pari, che non ha figli o i figli sono lontani, che ha la sua casa di proprietà, che ha difficoltà a gestire e che può trovare in un alloggio più piccolo e in un contesto comunitario una dimensione [...] (estratto TO_34).

Se lo spazio di prossimità, infatti, non è supportato da una visione valoriale condivisa, il rischio è che da spazio generativo si trasformi in spazio di esclusione.

¹⁶ La Città di Torino ha dato avvio ad un processo di co-programmazione che ha coinvolto numerosi enti del terzo settore (circa 150 enti), il Forum del terzo settore, le organizzazioni sindacali, l'Azienda sanitaria locale, l'Università degli Studi di Torino, il Politecnico e le rappresentanze di secondo livello. I lavori dei gruppi sono visionabili attraverso la pubblicazione dei materiali sul sito del Piano Inclusion Sociale cittadino, cfr. <https://servizi.comune.torino.it/inclusione/> (consultato 09/03/2026).

Le interviste confermano che *governance* ibrida e pluralità di attori sono precondizioni essenziali per lo sviluppo della filiera di co-responsabilizzazione che crea, definisce e tutela opportunità di salute, partecipazione e sicurezza per le persone anziane. Tuttavia, mettono in evidenza anche delle criticità di processo e di sistema, sulle quali sarebbe opportuno agire per evitare una delega silenziosa a enti terzi (privato, privato sociale e Terzo settore) a causa di un indebolimento della capacità di azione dell'istituzione pubblica.

La *governance* partecipativa presuppone un piano di parità, ma le interviste rivelano una gerarchia latente che condiziona la rete e la partecipazione del Terzo settore coinvolto. L'istituzione pubblica delinea una cornice entro la quale gli attori che contribuiscono al benessere sociale possono agire: “Non si punta sempre sulle politiche attive però non siamo noi più a progettare, noi indichiamo solo degli indirizzi politici attraverso le linee guida e su quello le associazioni, le fondazioni, o enti del terzo settore si occupano di progettare” (estratto TO2_16). In qualche modo, tali attori sono coinvolti solo nella fase esecutiva dei servizi, mentre la visione strategica resta saldamente in mano all'ente pubblico. Il livello territoriale intermedio è definito come snodo ideale della sussidiarietà, ma appare esposto a fragilità strutturali, dovute soprattutto a mancanza di risorse. L'incertezza dei finanziamenti e la rigidità dei bilanci comunali, infatti, impediscono una programmazione di lungo periodo e replicano la gestione dell'emergenza.

La filiera della co-responsabilizzazione necessita, dunque, di una maggiore stabilità di processo per una sua piena realizzazione; la scarsità delle risorse rende ancora troppo instabili e frammentari i processi di definizione delle politiche e dei servizi sociali locali, lasciando spazio alla logica dell'emergenza.

5 CONCLUSIONI

Il caso studio di Torino ha consentito di riflettere sulla realizzazione della responsabilità condivisa tra tutti gli attori che contribuiscono alla definizione delle politiche e dei servizi a supporto dell'invecchiamento attivo e in salute nel contesto metropolitano.

L'approccio teorico adottato è stato quello del welfare responsabile all'invecchiamento, che propone quattro dimensioni fondamentali (attivazione capacitante, integrazione condivisa, livello territoriale intermedio e spazio sociale di prossimità) per la realizzazione efficace di quella integrazione dei servizi e di energie civiche sviluppata nella legge quadro L.328/2000. Il welfare responsabile, inoltre, pone al centro della riflessione una responsabilità condivisa che supera i limiti della visione liberale dell'invecchiamento attivo (Cesareo & Pavesi, 2019; Paliotta, 2022; Bergamaschi, 2025).

L'analisi qualitativa ha messo in evidenza come la presenza di una *governance* ibrida e di una pluralità di attori sia una precondizione essenziale per lo sviluppo degli spazi di partecipazione, salute e sicurezza per la popolazione anziana. Tuttavia, le interviste rivelano che la realizzazione si scontra spesso con resistenze strutturali.

In primo luogo, emerge il ruolo centrale degli spazi di prossimità, ad esempio le Case di quartiere, come motori di attivazione capacitante e spazi nei quali il “sapere esperto” dei professionisti incontra il “sapere situato” delle persone anziane, rendendoli co-protagonisti del proprio benessere. Tali realtà sono ancora considerate sperimentali, sebbene operino da molti anni, e hanno difficoltà a superare la struttura dei sistemi di welfare tradizionali, che entrano in conflitto con la “filiera della co-responsabilizzazione”. In secondo luogo, l'analisi sottolinea come l'integrazione condivisa si scontra con squilibri relazionali tra attori pubblici e privati, all'interno dei quali la partecipazione rischia di diventare meramente formale. La relazione tra pubblico, privato, privato sociale e Terzo settore è un bene ancora troppo fragile, perché l'istituzione pubblica, a causa della cronica scarsità di risorse finanziarie, continua a delegare senza condividere realmente il potere strategico. L'integrazione così fallisce nel creare un “quadro di riferimento co-costruito”, continuando a limitare la portata innovativa della sussidiarietà che rimane puramente sostitutiva. Infine, il livello territoriale intermedio soffre della fragilità dell'integrazione condivisa e della frammentazione delle risorse, perché, laddove non supportato

da poteri e responsabilità reali, il livello intermedio non riesce a consolidare quel principio di sussidiarietà necessario a contrastare la standardizzazione dei servizi (Cesareo & Pavesi, 2019).

La questione dell'abitare si conferma il punto di convergenza tra senilizzazione e disagio sociale, ma soprattutto si rivela come spazio di cura fondamentale (Cesareo & Pavesi, 2019, Ferri et al., 2012; Filandri & Autigna, 2015). Le esperienze di co-abitazione rappresentano modelli promettenti per prevenire l'istituzionalizzazione, a patto che siano preservate come spazi di socializzazione e solidarietà inter-generazionale e non diventino luoghi di segregazione per anziani soli o fragili.

L'analisi qualitativa evidenzia che l'efficacia delle politiche sociali dedicate all'invecchiamento è direttamente proporzionale alla capacità degli attori di realizzare la filiera della co-responsabilizzazione. La transizione verso una *governance* riflessiva e co-responsabile è certamente un processo non lineare, che necessita di essere supportato anche da un cambiamento culturale. La sfida più grande per la città di Torino sarà quella di stabilizzare questi processi, passando dalla gestione dell'emergenza a una programmazione di lungo periodo, capace di tutelare l'invecchiamento della persona lungo tutto il corso della vita. I grandi interventi di rigenerazione urbana, finanziati da fondi del PNRR, possono rivelarsi come opportunità non solo per stabilizzare i processi di co-responsabilizzazione, ma anche per costruire una rappresentazione articolata della società torinese, capace di cogliere l'interconnessione di fenomeni sociali complessi quali l'invecchiamento, la multi-etnicità, la ridefinizione del mercato del lavoro, nonché di monitorare i cambiamenti delle morfologie urbane.

6 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Beard, J.R., Officer, A., de Carvalho, I.A., Sadana, R., Pot, A.M., Michel, J.P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J.E., Peeters, G.M.E.E.G., Mahanani, W.R., Thiagarajan, J.A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*, 387, pp. 2145-2154. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4
- Bergamaschi, M. (2025). Invecchiamento attivo e promozione del benessere: una prospettiva critica. In D'Ascenzio, A., Greco, F. & Lamonica, V. (cur.). *Cartografie sociali. Rivista di scienze sociali*, 19, pp. 23-43.
- Bezerra, P.A., Nunes, J.W., Moura, L.B.A. (2021). Aging and social isolation: an integrative review. *Acta Paul Enferm*, 34, eAPE02661.
- Bülow, M.H. & Söderqvist, T. (2014). Successful Ageing: A Historical Overview and Critical Analysis of a Successful Concept. *Journal of Aging Studies*, 31, pp. 139-149.
- Cela, E. (2020, maggio). *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Piemonte*. Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo, WP2 - T1. Dipartimento per le politiche della famiglia, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (INRCA).
- Cesareo, V., & Pavesi, N. (cur.). (2019). *Il Welfare Responsabile alla prova. Una proposta per la società italiana*. Vita e Pensiero.
- Città di Torino. (2026, 14 marzo.). *Popolazione: tassi e indicatori demografici 2025*. <https://www.comune.torino.it/schede-informative/popolazione-tassi-indicatori-demografici>
- D'Ascenzio, A. (2022). *Il volontariato dopo lo stato sociale. Discorsi e pratiche*. Mimesis/Cartografie sociali.
- Di Pietro, C. (2025a). Politiche sociali come spazi di capacitazione. L'abitare per anziani nella città di Torino. In D'Ascenzio, A., Greco, F. & Lamonica, V. (cur.). *Cartografie sociali. Rivista di scienze sociali*, 19, pp. 195-207.
- Di Pietro, C. (2025b). *Invecchiamento e welfare responsabile: la "condizione anziana" nelle periferie di Roma Capitale*. CNR-IRCrES Working Paper 1/2025. Istituto di Ricerca sulla Crescita Economica Sostenibile. <http://dx.doi.org/10.23760/2421-7158.2025.001>

- Donati, P. (2004, 24 marzo). *Privato sociale. Le nuove forme di solidarietà associativa nel welfare societario*. [Relazione a seminario]. Welfare state. Il modello europeo dei diritti sociali (Fondazione Collegio San Carlo), Modena.
- Ferri, C., Oliverio, M., & Vanara F. (cur.). (2012). Dossier - Torino città in evoluzione. Economia e solidarietà per gli anziani tra presente e futuro. *Tendenze nuove, Materiali di lavoro su sanità e salute della Fondazione Smith Kline*, 5, pp. 455-496. DOI: 10.1450/38360.
- Filandri, M., & Autigna, L.P. (2015). Disuguaglianze di accesso alla casa. Le politiche di housing sociale in Piemonte. *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 3, pp. 339-364. DOI: 10.1483/81601.
- Gergen, M.M. & Gergen, K.J. (2001). Positive aging: New images for a new age. *Ageing Int.*, 27, pp. 3-23. DOI:10.1007/s12126-001-1013-6.
- Gullette, M.M. (1997). Menopause as magic marker: Discursive consolidation in the United States, and strategies for cultural combat. In Komesaroff, P., Rothfield, E., & Daly J. (eds.). *Reinterpreting menopause: Cultural and philosophical issues* (pp. 176-199). Routledge.
- IstatData (s.d.). *Popolazione e famiglie. Popolazione. Indicatori demografici*. https://esploradati.istat.it/databrowser/#/it/dw/categories/IT1,POP,1.0/POP_POPULATIO/N/DCIS_INNDEMOG1/IT1,22_293_DF_DCIS_INNDEMOG1_1,1.0
- Istituto di Ricerche Economico Sociali del Piemonte, IRES. (2025). *Dinamiche demografiche e famiglie in Piemonte: focus su giovani e anziani*. Rapporto di ricerca. <https://www.demos.piemonte.it/images/pubblicazioni/2025/Rapporto-DinamicheDemograficheFamigliePiemonte-IRES2025.pdf>
- Istituto nazionale di statistica, Istat. (2023, 2 agosto). *Gli anziani nelle città metropolitane. Profilo sociodemografico e analisi comparativa fra i contesti urbani*. Statistiche Focus. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2023/08/Focus-Citt%C3%A0-Metropolitane-Anziani-28-07-2023.pdf>
- Istituto nazionale di statistica, Istat. (2025a, 28 luglio). *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie - Base 1/1/2024. Italia 2050: sfide e prospettive di una società in transizione*. Statistiche Report. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/07/Report_Previsioni-della-popolazione-residente-e-delle-famiglie_Base-Base-112024.pdf
- Istituto nazionale di statistica, Istat. (2025b, 6 novembre). Centenari, otto su 10 sono donne. *Statistiche Today - Società*. https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/11/STAT-TODAY_CENTENARI-2025.pdf
- Istituto nazionale di statistica, Istat. (2025c). *Censimento e dinamica della popolazione. Anno 2024*. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/12/Censimento-e-dinamica-della-popolazione-Anno-2024.pdf>
- Istituto nazionale di statistica, Istat. (2026, 18 febbraio). Anziani: la condizione abitativa e le persone su cui contare. Anno 2023. *Statistiche Focus*. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2026/02/Condizione-abitativa-anziani-Anno-2023.pdf>
- Lloyd-Sherlock, P. (2004). Ageing, Development and Social Protection: Generalisations, Myths and Stereotypes. In P. Lloyd-Sherlock (ed.), *Living Longer: Ageing, Development and Social Protection* (pp. 1-18). Bloomsbury. <https://www.bloomsbury.com/uk/living-longer-9781842773574/>
- Lucantoni, D., & Principi, A. (2023). Le politiche a favore dell'invecchiamento attivo in Italia. *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, pp. 247-262. DOI: 10.1447/108276.
- Maino, F., & Guarna, A.R. (2023). Coprogettazione e coprogrammazione tra teoria e prassi. In Maino, F. (cur.), *Agire insieme. Coprogettazione e coprogrammazione per cambiare il welfare. Sesto Rapporto sul secondo welfare* (pp. 37-68). Percorsi di secondo welfare. https://www.secondowelfare.it/wp-content/uploads/2023/12/Capitolo-2_6R2W_Guarna-Maino.pdf
- Margolis, R.J. (1990). *Risking old age in America*. Westview Press.
- Paliotta, A. (2022). Successful, active and healthy ageing. Differenze e similarità nell'approccio al tema dell'invecchiamento. *Studi di sociologia*, 3, pp. 473-492.

- Monteduro, G., Nanetti, S., & Pavesi, N. (2021). Fragilità degli anziani e invecchiamento della popolazione nei piani di zona. *Studi di Sociologia*, 59(4), pp. 359-378.
- Ranci Ortigosa, E. (2004). Il rapporto tra servizi sociali e sanitari dopo la legge 328/2000. *Tendenze nuove, Materiali di lavoro su sanità e salute della Fondazione Smith Kline*, 6, pp. 533-542. DOI: 10.1450/18875.
- Read, S., Comas-Herrera, A., Grundy, E. (2020). Social Isolation and Memory Decline in Later-life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 14;75(2), pp. 367-376. DOI: 10.1093/geronb/gbz152
- Ribeiro, O., Araújo, L., Figueiredo, D., Paúl, C., & Teixeira, L. (2021). The Caregiver Support Ratio in Europe: Estimating the Future of Potentially (Un)Available Caregivers. *Healthcare (Basel)*, 10(1), p. 11. DOI: 10.3390/healthcare10010011.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), pp. 433-440.
- Rubinstein, R.L., Kilbride, J.C., & Nagy, S. (1992). *Elders living alone: Frailty and the perception of choice*. Aldine de Gruyter.
- Satariano, W. (2006). Aging, Health, and the Environment: An Ecological Model. In Satariano, W. *Epidemiology of Aging: An Ecological Approach* (pp. 39-84). Jones and Bartlett Publishers.
- Stephens, C., & Breheny, M. (2019). *Healthy Ageing. A Capability Approach to Inclusive Policy and Practice*. Routledge, the Taylor & Francis Group. DOI: 10.4324/9781315639093.
- Turco, L. (2020). La legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi” venti anni dopo. *Politiche Sociali, Social Policies* 3, pp. 507-524. DOI: 10.7389/99013.
- Vignoli, D., Barbi, E., & Paterno, A. (2024). La demografia dell’invecchiamento: una lettura positiva. *il Mulino. Rivista trimestrale di cultura e di politica*, 4, pp. 12-30. DOI: 10.1402/114951.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Yu, B., Steptoe, A., Chen, Y., Jia, X. (2021). Social isolation, rather than loneliness, is associated with cognitive decline in older adults: the Cina Health and Retirement Longitudinal Study. *Psychol Med.*, 51(14), pp. 2414-2421. DOI: 10.1017/S0033291720001014.