

Invecchiamento e welfare responsabile: la “condizione anziana” nelle periferie di Roma Capitale



1/2025

Cristiana Di Pietro

Direttore Giuseppe Giulio Calabrese

Direzione CNR-IRCrES
Istituto di Ricerca sulla Crescita Economica Sostenibile
Strada delle Cacce 73, 10135 Torino, Italy
Tel. +39 011 3977612
segreteria@ircres.cnr.it
www.ircres.cnr.it



Sede di Roma Via dei Taurini 19, 00185 Roma, Italy
Tel. +39 06 49937809 / Fax +39 06 49937808

Sede di Milano Via Corti 12, 20121 Milano, Italy
Tel. +39 02 23699501 / Fax +39 02 23699530

Sede di Genova Corso Ferdinando Maria Perrone 24, 16152 Genova, Italy
Tel. +39 010 6598798

Comitato Redazione

Giuseppe Giulio Calabrese, Grazia Biorci, Igor Benati, Antonella Emina, Serena Fabrizio, Lucio Morettini, Susanna Paleari, Anna Perin, Emanuela Reale, Secondo Rolfo, Andrea Orazio Spinello, Isabella Maria Zoppi.

 redazione@ircres.cnr.it
 <https://www.ircres.cnr.it/produzione-scientifica/>

The Working Papers published by CNR-IRCrES represent the views of the respective author(s) and not of the Institute as a whole.

CNR-IRCrES Working Paper 1/2025



gennaio 2025 by CNR-IRCrES

Invecchiamento e welfare responsabile: la “condizione anziana” nelle periferie di Roma Capitale

Ageing and Responsible Welfare: the Elderly in the Suburbs of Rome

CRISTIANA DI PIETRO

Affiliazione: CNR-IRCrES, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Ricerca sulla Crescita Economica Sostenibile, Strada delle Cacce 73, 10135 Torino, Italia

corresponding author: cristiana.dipietro@ircres.cnr.it

ABSTRACT

This working paper is part of a broader study on the condition of the elderly in the suburbs of metropolitan cities within the theoretical framework of Responsible Welfare. This sociological perspective is based on the vision of responsibility as a social value shared among all actors who play an active role in the welfare system, highlighting the relationality of choices and actions through which social and systemic policies are developed. The co-responsibility chain becomes crucial in analysing social spaces of proximity, which are generative spaces of opportunity and freedom for harmonious ageing. For this reason, in this exploratory phase of the research, it was assumed that the presence of policies promoting shared integration (hybrid governance) and the presence in the territory of a plurality of actors (public, private and private social) are preconditions for the development and sustainability of social and political participation, within which it is possible to promote opportunities for health, participation and safety for elderly people.

In a social context of profound transformations, it seems relevant to choose metropolitan cities as units of analysis, especially in Italy, which is the “oldest” country in Europe (Eurostat, 2023). The Italian population aged 65 and over will reach 27.3 percent of the total population in 2031; among the metropolitan cities, Rome will experience the most significant increase (+17.1%) (Istat, 2023b). Therefore, the suburbs of Rome, characterised by high rates of old age and social disadvantages, have been the context of the exploratory analysis. The case study explores Municipalities V, VII and X, using secondary sources provided by the Statistics Office of Rome. The analysis shows that the preconditions for developing and sustaining a co-responsibility chain for harmonious ageing are insufficient and require a change in decision-making processes.

KEYWORDS: ageing, social policy, responsible welfare, suburbs, Rome

DOI: 10.23760/2421-7158.2025.001

ISSN (online): 2499-6661

HOW TO CITE

Di Pietro, C. (2025). *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>

INDICE

1.	INTRODUZIONE	3
2.	LA SENILIZZAZIONE NELLE CITTÀ METROPOLITANE ITALIANE	4
3.	PROSPETTIVE POLITICHE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA	6
3.1.	Gli approcci contemporanei all'invecchiamento	6
3.2.	L'approccio del Welfare Responsabile.....	8
4.	LA FILIERA DI CO-RESPONSABILIZZAZIONE NELLE PERIFERIE ROMANE.....	11
4.1.	Dati e metodo.....	11
4.2.	Il contesto esplorato.....	11
4.3.	Politiche e interventi sul territorio	16
5.	CONCLUSIONI	19
6.	BIBLIOGRAFIA	19
	<i>Dataset consultati</i>	21

1. INTRODUZIONE

L'invecchiamento della popolazione, negli ultimi venti anni, sta interessando numerosi Paesi occidentali, portando con sé una serie di sfide sia politiche che sociali. L'Italia non è esente da tale trasformazione e presenta una sua particolarità, come afferma l'Istituto nazionale di statistica (di seguito Istat) (2022), dovuta a una dinamica demografica che rileva una forte e diffusa diminuzione della natalità, un'aumentata aspettativa della vita e la presenza di ampie coorti, formatesi nel periodo di alta natalità (tra gli anni Cinquanta e Sessanta del XX secolo), che stanno raggiungendo le fasce più alte della piramide delle età (Istituto nazionale di statistica [Istat], 2020). Negli ultimi anni si è assistito, inoltre, ad un aumento della popolazione anziana nei contesti più urbanizzati, vale a dire nelle città metropolitane (Istat, 2023b), le quali vivono una doppia trasformazione, demografica ed urbanistica¹, che spesso è alla base di forti squilibri tra zone centrali e zone periferiche. Lo spazio relazionale, e quindi sociale, tra centro e periferia si modifica e ciò incide inevitabilmente anche su distribuzione e accessibilità dei servizi sociali: le periferie presentano asimmetrie rispetto al centro, in termini di potere, di accessibilità e di partecipazione, alle quali si aggiungono la frammentazione – e a volte l'assenza – di servizi, nonché la difficoltà di creare e mantenere efficaci reti sociali e spazi sicuri (Jedlowski & Ferrara, 2006; Cappellato & Mercuri, 2022).

Nel corso degli anni, la politica ha lentamente integrato le teorie del *Successful Ageing* (Rowe & Khan, 1997) e dell'*Active Ageing* (Boudiny, 2013) nelle proprie linee di azione. Il concetto di “vecchiaia”, alla quale va garantita la necessaria assistenza, è stato così sostituito con il concetto di “invecchiamento” inteso come «un processo permanente che non inizia all'età di 60 anni» (United Nation Population Fund [UNFPA] & Help Age International [Help Age Int.], 2012, p. 11) e che riconosce il “pieno sviluppo, personale e sociale” degli anziani all'interno della società (Piccoli, 2010).

Il presente contributo nasce da una riflessione più ampia sulla “condizione anziana” nelle zone periferiche delle città metropolitane italiane² e, assumendo la prospettiva di analisi del Welfare Responsabile (Cesareo & Pavesi, 2019), vuole indagare se esistono le condizioni per una effettiva realizzazione della responsabilità condivisa tra tutti gli attori del *welfare* e in che modo questa incida sulla promozione di opportunità di salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane. Obiettivo dell'articolo è presentare il contesto e il quadro teorico di riferimento, all'interno dei

¹ Per approfondimenti si consultino Bridge & Watson, (2011) e Sebastiani (2007).

² Individuate e regolamentate dalla Legge 7 aprile 2014, n.56 “Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni”, (c.d. Delrio), le città metropolitane sono definite quali «enti territoriali di area vasta [...] con [...] finalità istituzionali generali: cura dello sviluppo strategico del territorio metropolitano; promozione e gestione integrata dei servizi, delle infrastrutture e delle reti di comunicazione di interesse della città metropolitana; cura delle relazioni istituzionali afferenti al proprio livello, ivi comprese quelle con le città e le aree metropolitane europee» (Art.1, co.2). Le città metropolitane sono Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Bari, Napoli e Reggio Calabria (L. 56/2014), Cagliari (L.R. Sardegna 2/2016), Catania, Messina, Palermo (L.R. Sicilia 15/2015) e Sassari (L.R. Sardegna 7/2021). Per il presente studio si farà riferimento ai dati Istat rilevati per le quattordici città metropolitane, ad esclusione di Sassari. Per un approfondimento sul tema si consulti https://temi.camera.it/leg19DIL/post/19_pl18_le_nuove_funzioni.html

quali è stata definita la domanda di ricerca, e i risultati dell'analisi esplorativa delle zone periferiche di Roma Capitale, caratterizzate da elevati indici di vecchiaia e di disagio sociale.

2. LA SENILIZZAZIONE NELLE CITTÀ METROPOLITANE ITALIANE

La ricostruzione intercensuaria, curata dall'Istat in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" e confluita nel *dataset* Anziani.Stat, rileva l'importanza dell'invecchiamento della popolazione quale fenomeno sociale. Negli ultimi vent'anni si è assistito a una diminuzione di circa 3 punti del tasso di natalità (da 9,4 nel 2002 a 6,7 nel 2022)³, al costante calo del tasso di fecondità (da 1,27 figli per donna nel 2001 a 1,24 nel 2022)⁴ e a un aumento della speranza di vita alla nascita⁵ che, per la popolazione di sesso maschile, è passata da 77,2 anni nel 2002 a 81,1 anni nel 2023 e, per la popolazione di sesso femminile, è passata da 83 anni nel 2002 a 85,2 anni nel 2023 (Istat, 2023).

In Italia, al primo gennaio 2023, si stima che il 24,1 per cento del totale della popolazione residente appartenga alla classe di età dei 65 anni e oltre. L'indice di vecchiaia⁶ conferma il processo di invecchiamento della popolazione italiana (da 131,7% nel 2002 a 193,1% nel 2023) insieme agli indici di dipendenza strutturale⁷ (49,1% nel 2002, 57,4% nel 2023) e di dipendenza degli anziani⁸ (27,9% nel 2002, 37,8% nel 2023), che descrivono l'Italia come il Paese più "vecchio" d'Europa⁹ (Istat, 2023a; Eurostat, 2023).

Le città metropolitane appaiono centri molto attrattivi¹⁰ anche per la popolazione anziana: quasi 5 milioni, vale a dire più di un terzo della popolazione anziana totale, risiedono nelle quattordici città metropolitane italiane ed è una popolazione prevalentemente femminile (56,6% donne, 43,4% uomini). L'incidenza degli anziani risulta più elevata nelle città metropolitane del Nord e minore in quelle del Sud, mentre nelle Isole è da indicare la dinamica in progressiva crescita di Cagliari: l'indice di vecchiaia più elevato è quello della città metropolitana di Genova (272,6%), seguita, appunto, da Cagliari (237,9%), Venezia (222,4%) e Torino (221,4%) (Istat, 2023b). L'analisi per classi di età mostra una prevalenza della popolazione anziana nel Centro-

³ Rapporto tra il numero di nati vivi dell'anno e l'ammontare medio della popolazione residente, moltiplicato per 1.000, <https://www.istat.it/it/metodi-e-strumenti/glossario> (4 dicembre 2024).

⁴ Numero medio di figli per donna in età feconda (15-49 anni), <https://www.istat.it/it/metodi-e-strumenti/glossario> (4 dicembre 2024).

⁵ Numero medio di anni che una persona può contare di vivere dalla nascita nell'ipotesi in cui, nel corso della propria esistenza, fosse sottoposta ai rischi di mortalità per età dell'anno di osservazione, <https://www.istat.it/it/metodi-e-strumenti/glossario> (4 dicembre 2024).

⁶ Rapporto percentuale tra la popolazione di "65 anni e oltre" e la popolazione "0-14 anni", <https://www.istat.it/it/metodi-e-strumenti/glossario> (4 dicembre 2024).

⁷ Rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e oltre) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), <https://www.istat.it/it/metodi-e-strumenti/glossario> (4 dicembre 2024).

⁸ Rapporto percentuale tra la popolazione di "65 anni e oltre" e la popolazione in età attiva (15-64 anni), <https://www.istat.it/it/metodi-e-strumenti/glossario> (4 dicembre 2024).

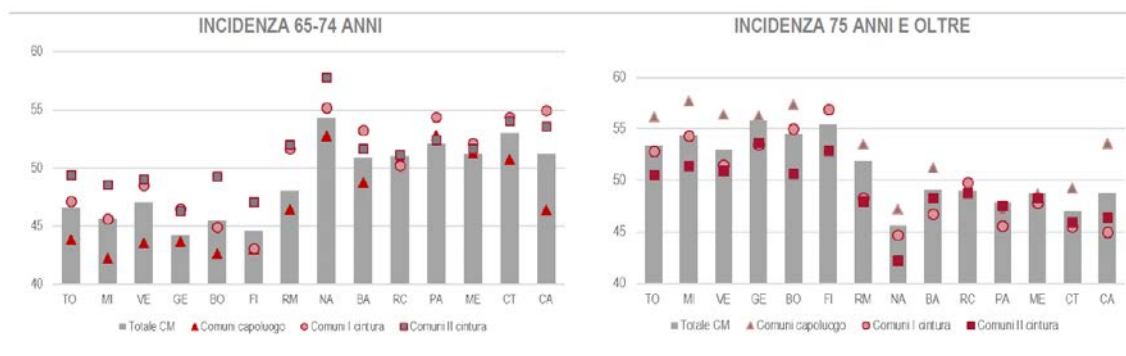
⁹ Secondo i dati Eurostat (2023), i Paesi più anziani dopo l'Italia sono Portogallo (186), Grecia (171,6) e Bulgaria (165,5), https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing (4 dicembre 2024).

¹⁰ Secondo l'indagine Istat (2023a), nelle città metropolitane si rileva una crescita della popolazione di poco superiore a quella nazionale, un aumento del 3,8% contro il 3,6% del dato italiano.

nord, in particolare nelle città metropolitane di Torino e di Roma, dove supera il 50 per cento, mentre una prevalenza di “giovani anziani” (65-74 anni) si riscontra a Napoli (Istat, 2023b).

Per quanto riguarda la loro distribuzione nell’area metropolitana, circa il 45 per cento degli anziani vive nei comuni capoluogo, il 31 per cento nella prima e seconda cintura urbana e il 24 per cento nella corona più esterna. Se Genova, Roma e Palermo nei capoluoghi accolgono più del 50 per cento degli anziani residenti nelle città metropolitane, Reggio Calabria e Messina mostrano la tendenza opposta: la scelta abitativa degli anziani, infatti, ricade sui comuni che appartengono alla cintura più esterna. Si può rilevare che la quota degli anziani appartenenti alla classe dei “giovani” aumenta nelle prime due cinture urbane, dove diminuisce quella degli “anziani” (75-84 anni) e dei “grandi anziani” (85 anni e oltre). Questi ultimi, in particolare, risultano quasi raddoppiati nel complesso delle città metropolitane, passando da 8,3 per cento nel 1993 a 16 per cento nel 2023. Inoltre, nel 2023, presentano uno sbilanciamento di genere che vede le donne “grandi anziane” incidere per il 18,3 per cento sul totale delle donne anziane rispetto al 12,5 per cento degli uomini (Istat, 2023; Istat, 2023b – Figura 1).

Figura 1. Anziani per classe d’età nei capoluoghi e nelle cinture urbane. Anno 2023 (al 1° gennaio), valori percentuali sulla popolazione di 65 anni e più



Fonte: Istat (2023b), Gli anziani nelle città metropolitane, p. 5.

La dinamica demografica della popolazione italiana non sembra presentare segni di miglioramento, almeno per il prossimo futuro. Gli indicatori demografici dell’invecchiamento della popolazione presentano un quadro definito di “squilibrio sempre più profondo” che sollecita l’urgenza di una realizzazione più efficace di politiche sociali atte ad arginare tale fenomeno e a migliorare lo *status* della struttura demografica italiana (Istat, 2023c). Il dato che più di tutti risalta è l’indice di vecchiaia che, nel decennio 2024-2034, aumenta di 78 punti percentuali (da 200% a 278%), mentre nel decennio 2034-2044 l’aumento sarà di ulteriori 29 punti percentuali (307% nel 2044) (Anziani.Stat *dataset*). A gravare su tale aumento, come rilevano le previsioni Istat (2023c), è il passaggio delle generazioni del *baby boom*¹¹ nelle fasce più anziane della popolazione e la parallela riduzione della popolazione in età lavorativa. Il supporto della rete familiare, inoltre, appare sempre più incerto: sebbene nei prossimi venti anni sia previsto un aumento delle famiglie

¹¹ Con il termine *baby boom* si fa generalmente riferimento alla fase di crescita demografica vissuta nei paesi occidentali a partire dal secondo dopoguerra fino ai primi anni Sessanta del XX secolo. Appartengono, dunque, alla generazione del *baby boom* le persone nate tra il 1946 e il 1964.

(da 26 milioni nel 2032 a 26,9 milioni nel 2043), le loro caratteristiche mutano, divenendo sempre più piccole (numero medio di componenti da 2,25 persone nel 2023 a 2,08 persone nel 2043) e sempre più frammentate (le famiglie con almeno un nucleo saranno formate o da una relazione di coppia o di genitore-figlio) (Istat, 2024). Ad aumentare saranno le famiglie senza nucleo che, nel 2043, rappresenteranno il 42,9 per cento del totale delle famiglie, insieme a quelle costituite da persone anziane sole: in termini assoluti, le previsioni Istat (2024) indicano che, nel 2043, dei 10,7 milioni di famiglie unipersonali, 6,2 milioni saranno costituite da persone di 65 anni e oltre.

In tale contesto di profonde trasformazioni, appare interessante scegliere come unità di analisi le città metropolitane, dato che la loro popolazione di 65 anni e oltre, nel 2031, raggiungerà il 27,3 per cento della popolazione totale; tra i comuni capoluogo, l'incremento più importante lo vivrà Roma (+17,1%) (Istat, 2023b).

3. PROSPETTIVE POLITICHE PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

3.1. Gli approcci contemporanei all'invecchiamento

La senilizzazione della popolazione italiana non è un tema nuovo; già a partire dagli anni Ottanta del XX secolo, infatti, studiosi e politici vi ponevano particolare attenzione, rilevando la necessità di riconoscere il fenomeno al fine di adeguare le politiche sociali per un "riassetto della qualità della vita", che non riguardasse esclusivamente le classi di età degli anziani ma il benessere della persona e dei luoghi nei quali vive, specialmente quelli urbani (Ardigò, Porcu & Sutter, 1988). Per la realizzazione di tale riassetto diviene, dunque, necessario riflettere sulla definizione di persona anziana, di invecchiamento e sulle traiettorie politiche che ne sono derivate.

La consapevolezza che non esiste una separazione netta tra fasi della vita e che vi è una eterogeneità di percorsi di vita, e di ambienti sociali nei quali tali percorsi si sviluppano, ha guidato le politiche alla riscoperta del valore dell'anziano, non solo come portatore di specifici bisogni, ma come attore delle trasformazioni sociali che lo riguardano, «spronato, quindi richiamato, alla partecipazione ed all'impegno civile, per esempio nell'ambito della realizzazione dei processi di mutamento inerenti alle dimensioni assistenziali del welfare» (Ardigò, 1992, citato in Piccoli, 2010, p. 215). Si è assistito così, soprattutto tra la fine del XX e l'inizio del XXI secolo, al passaggio dal "lato oscuro" dell'invecchiamento a una nuova visione positiva dell'essere anziani, attraverso i due costrutti complementari dell'invecchiamento "di successo" e dell'invecchiamento "attivo" (Gergen & Gergen, 2001). Di fronte, infatti, alle possibili "apocalittiche" conseguenze economiche e sociali di una popolazione sempre più anziana e sempre più minacciosa per il benessere delle classi più giovani (Gergen & Gergen, 2001; Pickard, 2019), si è cercato di indirizzare le politiche al superamento della visione degli anziani come solo costo, riscoprendo il loro "ruolo" quali contributori attivi della riproduzione sociale, nelle vesti, per citare qualche esempio, di nonni, volontari e tutori.

Approfondendo gli studi gerontologici condotti da Nathan W. Shock (1951) e da Robert J. Havighurst (1961)¹², John Rowe e Robert Khan (1997) propongono un modello di *Successful Ageing* che supera il limite della definizione bio-medica come «ottimizzazione dell'aspettativa di vita attraverso la riduzione del deterioramento fisico e mentale» (Bowling & Dieppe, 2005, p. 1548)¹³. Gli autori, infatti, introducono la differenza tra *usual* e *successful ageing* che sostituisce quella tra *diseased* e *normal ageing*, troppo ancorata alla sola visione patologica dell'invecchiamento tanto da assumere, come implicito presupposto, che in assenza di malattia e disabilità, l'invecchiamento "normale" sia determinato da un processo intrinseco, principalmente genetico e non associato a rischi (Rowe & Khan, 1997, p. 433). La distinzione tra *usual* e *successful ageing*, al contrario, pone l'attenzione sull'intero processo dell'invecchiamento e non solo sugli aspetti patologici, tenendo in considerazione che il naturale processo dell'invecchiamento implica di per sé normali alterazioni delle funzioni fisiche e cognitive, che non sono necessariamente patologiche (Rowe & Khan, 1997, Bowling & Dieppe, 2005). Un invecchiamento "di successo" è costituito da tre fattori principali «[una] bassa probabilità di malattia e disabilità correlata alla malattia, [mantenimento di una] elevata capacità funzionale cognitiva e fisica e impegno attivo nella vita» (Rowe & Khan, 1997, p. 433)¹⁴. Quest'ultimo fattore comprende e sostiene gli altri due e si declina in relazioni interpersonali che consentono, da un lato, scambi di informazioni e sostegno emotivo; dall'altro, attività di supporto a familiari e/o amici o di volontariato, che sono produttive perché creano valore sociale anche se non retribuite (Rowe & Khan, 1997). L'invecchiamento di successo riconosce, così, l'eterogeneità delle condizioni presenti all'interno della popolazione anziana, supera l'idea della longevità come mera crisi da gestire e sposta l'attenzione dal come trattare le malattie a come prevenirle, attraverso la responsabilizzazione delle persone (Bulow & Söderqvist, 2014).

Tra gli anni Novanta del XX secolo e i primi anni del XXI secolo, si assiste ad un passaggio dal costruito bio-medico dell'invecchiamento di successo al costruito socio-politico dell'invecchiamento attivo, fortemente promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (di seguito OMS). Dopo un lungo processo di riflessione politica iniziato nel 1982¹⁵, si giunge, nel 2002, alla definizione dell'*Active Ageing Policy Framework*, che è il contributo dell'OMS alla *Seconda Assemblea Internazionale sull'Invecchiamento* di Madrid. Il documento indica tre aree sulle quali agire: (a) la "salute", intesa non solo come salute fisica e mentale, ma anche come benessere e qualità della vita; (b) la "partecipazione", intesa come opportunità di accesso ad attività sociali, culturali, economiche e spirituali, nel rispetto dei diritti umani fondamentali e delle capacità delle persone anziane; (c) la "sicurezza" sociale, economica, oltre che fisica, che garantisca protezione, dignità e cura nel caso in cui le persone anziane non siano più in grado di

¹² Per approfondimenti: Shock (1951) e Havighurst (1961).

¹³ «Biomedical theories define successful ageing largely in terms of the optimisation of life expectancy while minimising physical and mental deterioration and disability» (Bowling & Dieppe, 2005, p. 1548), traduzione dell'autrice.

¹⁴ «We define successful aging as including three main components: low probability of disease and disease-related disability, high cognitive and physical functional capacity, and active engagement with life» (Rowe & Khan, 1997, p. 433), traduzione dell'autrice.

¹⁵ Alla World Assembly on Ageing, tenutasi a Vienna nel 1982, sono seguite diverse iniziative quali l'istituzione, nel 1990, della Giornata internazionale delle persone anziane (1° ottobre), l'adozione, nel 1991, della risoluzione 46/91 *United Nations Principles for Older Persons*. Per approfondimenti su risoluzioni e documenti correlati all'assemblea internazionale si consulti <https://www.un.org/en/conferences/ageing/vienna1982>

sostenersi e proteggersi (World Health Organization [WHO], 2002, pp. 45-46). Il *Policy Framework* è completato dal *Madrid International Plan of Action on Ageing* che dà ulteriore slancio alla visione di “potenziamento” delle capacità delle persone anziane, raccomandando un’azione che coinvolga tutti gli attori della società in un dialogo continuo sulla sostenibilità delle politiche e sullo sviluppo delle persone affinché si realizzi una “società per tutte le età”, che garantisca che gli anziani «ovunque possano invecchiare in sicurezza e con dignità e continuare a partecipare alla vita sociale come cittadini con pieni diritti» (UN, 2002, p. 17)¹⁶.

Gli approcci contemporanei all’invecchiamento, come evidenziano alcuni studi, sembrano adottare la prospettiva economica neoliberista, ponendo maggiore attenzione alla responsabilità individuale per l’adozione di stili di vita salutari che assicurino una massimizzazione delle capacità atte a favorire il prolungamento della vita in buona salute e dell’età lavorativa (Holstein & Minkler, 2003). Tale scelta, guidata dalla preoccupazione per la sostenibilità dei sistemi pensionistici e sanitari, sembra escludere dalle strategie politiche la dimensione sociale, che è una determinante fondamentale dell’invecchiamento a livello individuale (Paliotta, 2022). L’invecchiamento, infatti, è un processo che non inizia all’età di 60 anni, ma dura per tutto il corso della vita e avviene all’interno di culture, sistemi e politiche che inevitabilmente modellano il modo in cui si invecchia, incidendo sulle determinanti della salute, della partecipazione e della sicurezza. Di qui, appare rilevante recuperare la dimensione sociale che ponga al centro lo Stato, non come erogatore di semplici servizi, ma come attivatore di reti sociali e garante di opportunità per un invecchiamento armonico.

3.2. L’approccio del Welfare Responsabile

La prospettiva del Welfare Responsabile (di seguito WR) apre l’orizzonte neoliberista della responsabilità individuale a una responsabilità sociale condivisa tra tutti gli attori che svolgono un ruolo attivo nel sistema di *welfare*, mettendo in evidenza la relazionalità delle scelte e delle azioni che si fondano sulla libertà, soggettiva e collettiva, quale preconditione senza la quale non può sussistere responsabilità. Inoltre, si fondano vincoli di solidarietà che i legami relazionali creano, sostanziandosi in un processo di significatività dell’esistenza¹⁷ (Cesareo & Pavesi, 2019).

La proposta del WR

- * si fonda sulla ricchezza di senso, sulla libertà e sulla assunzione del rischio del prendersi cura da parte dell’intera filiera dei soggetti che compongono la società;
- * si realizza attivando e coordinando molteplici attori (*et-et*) presenti su un territorio (territorializzazione) per costruire uno spazio sociale di prossimità;
- * personalizza gli interventi mediante la capacitazione;

¹⁶ «The aim of the International Plan of Action is to ensure that persons everywhere are able to age with security and dignity and to continue to participate in their societies as citizens with full rights» (UN, 2002, p. 17, punto 10), traduzione dell’autrice.

¹⁷ Per maggiori approfondimenti sul nesso libertà, responsabilità e soggettività si consulti Cesareo & Vaccarini (2006).

- * adotta una particolare *governance* reticolare e una regolamentazione finalizzata a produrre benessere per le persone e per le comunità in una logica di inclusione sociale che si declina in chiave universalistica (Cesareo e Pavesi, 2019, p. 30).

Il WR individua, quindi, quattro elementi costitutivi ossia l'attivazione capacitante¹⁸, l'integrazione condivisa, il livello territoriale intermedio e lo spazio sociale di prossimità, che sono declinati in tre specifiche dimensioni: la dimensione sociopolitica, la dimensione socioeconomica e quella giuridico-territoriale¹⁹. Nel presente contributo si terranno in considerazione le chiavi di lettura dei quattro elementi come sviluppati all'interno della sola dimensione sociopolitica.

L'attivazione capacitante è considerata oggetto e fine della filiera della co-responsabilizzazione nel processo di personalizzazione e co-produzione dei servizi. Tale filiera propone un passaggio da un processo unidirezionale di definizione ed erogazione dei servizi, affidato ad un sapere esperto, a un processo condiviso di definizione delle politiche e dei servizi che si arricchisce della partecipazione di tutti i soggetti portatori di interesse, «quella dell'utente, non più inteso come mero “bersaglio” passivo, bensì quale attore co-responsabile del proprio benessere; quella del sistema dei servizi, chiamati a rispondere degli interventi da loro stessi co-progettati; quella del territorio di riferimento che riflette sul proprio futuro» (Cesareo & Pavesi, 2019, p. 55). Una dinamica inter-relazionale e riflessiva, facilitata dagli esperti e mediata dal sapere esperto degli stessi utenti, che, nel co-disegnare i servizi e le modalità di erogazione, crea opportunità per “creazioni di senso” che invogliano a e coinvolgono in una attivazione di capacità silenti.

La filiera di co-responsabilizzazione si sostanzia nella seconda caratteristica, ossia l'integrazione condivisa, che prende le vesti della *governance* partecipativa. Quest'ultima propone un'alternativa alle logiche gerarchiche e concorrenziali, attraverso la costruzione di reti di attori in cui ciascuno contribuisce alla progettazione e realizzazione di politiche di benessere, secondo le proprie risorse e competenze, all'interno di un quadro di riferimento strategico co-costruito e condiviso tra tutti. Lo Stato, dunque, non è più al vertice di una gerarchia di attori, ai quali delega azioni, ma diviene attivatore e garante di spazi di opportunità: «la sua azione deve essere rivolta prioritariamente a creare le condizioni che facilitino l'azione dei singoli attori, nel presidiare l'equilibrio della rete e nel contrastare possibili insorgenze di disuguaglianze nell'uso dei servizi e, più in generale, nei processi di risposta al disagio sociale e di attivazione dei processi partecipativi, in funzione di “orchestrazione riflessiva”» (Cesareo & Pavesi, 2019, p. 63).

È il livello territoriale intermedio (meso), il terzo elemento costitutivo del WR, che è quello nel quale è più probabile realizzare, con facilità, la cooperazione tra pubblico, privato e privato

¹⁸ Secondo l'approccio capacitazionale (*Capabilities Approach*) beni, capitali e servizi sono categorie insufficienti per l'analisi dello sviluppo umano. Essi acquistano valore solo se considerati in relazione ai fattori di conversione delle capacità delle persone in reali funzionamenti per una buona vita, vale a dire i fattori personali, sociopolitici ed ambientali. Per approfondimenti si consultino: Sen (1979; 1990) e Nussbaum (2011).

¹⁹ Per approfondimenti: Cesareo & Pavesi (2019).

sociale²⁰, promuovendo un approccio consensuale e policentrico che consolida il principio di sussidiarietà orizzontale e, al contempo, quello di sussidiarietà verticale, proprio in virtù della funzione di “attivatore” che lo Stato assume. Laddove, infatti, le forme di compartecipazione pubblico-privato-privato sociale si presentino frammentate, assenti o non omogeneamente distribuite, lo Stato interviene assegnando poteri e responsabilità, attivando capacità locali (Cesareo & Pavesi, 2019).

Lo spazio sociale di prossimità, infine, si configura, nella dimensione sociopolitica, quale spazio generativo di nuove relazioni sociali che evolvono all’interno di un processo di definizione di visioni valoriali condivisibili, nel quale non prevalgono gli attributi di *status* di ciascun attore, ma prevale la costruzione di un contesto di partecipazione che sia capace di generare valore sociale partecipativo. Lo spazio sociale di prossimità è “vincolato” da spazio fisico e da rapporti economici, storici e culturali, dunque, situato in specifici contesti, ma non per questo è da considerarsi predeterminato; al contrario, esso è il risultato di uno scambio dialogico in continua evoluzione (Cesareo & Pavesi, 2019). Lo spazio sociale di prossimità può essere, quindi, considerato un risultato al quale, a livello locale, le azioni di attivazione e di integrazione tendono.

La proposta del WR, nella sua dimensione sociopolitica applicata alla “questione dell’invecchiamento”, sembra offrire un metodo di definizione-gestione-erogazione-valutazione di politiche e servizi che ben risponde ai limiti emersi nell’applicazione delle politiche dell’*Active Ageing*. Data l’eterogeneità dei percorsi di vita, e quindi di invecchiamento, è necessario dare risposta ad una complessità di bisogni che richiede, non solo l’integrazione di interventi sociali e sanitari, ma anche l’integrazione di reti di cura, formali e informali. Tale integrazione, frutto o generatore di attivazione delle competenze della comunità, può essere in grado di rispondere alla complessità attraverso la co-produzione e la personalizzazione degli interventi. Il processo di attivazione capacitante e di integrazione condivisa è pensato in una prospettiva di lungo periodo, che accompagna l’intera durata della vita, proprio perché il modo in cui si vive oggi determina il modo in cui si invecchia domani. Porre, così, la “condizione anziana” quale parametro della qualità della vita di tutti i cittadini varrebbe a definire politiche locali a misura di anziano che, da un lato, superino la stereotipizzazione negativa del “vecchio”, riscoprendone la significatività di “persona anziana”, proprio perché coinvolta nei processi di attivazione e integrazione; dall’altro, pongano maggiore attenzione all’accessibilità degli spazi, non solo reali (indipendenza, mobilità e fruibilità), ma anche sociali (inter-relazionalità e solidarietà inter-generazionali).

La filiera di co-responsabilizzazione diviene cruciale nell’analisi degli spazi sociali di prossimità, che sono spazi generativi di opportunità e di libertà per un invecchiamento armonico. Per tale motivo, nella fase esplorativa della ricerca, si è assunto che la presenza di politiche promotrici di integrazione condivisa (*governance* ibrida) e la presenza sul territorio di una pluralità di attori (pubblici, privati e del privato sociale) sono precondizioni per lo sviluppo e per la sostenibilità di spazi di prossimità sociale all’interno dei quali è possibile promuovere

²⁰ Come afferma Donati (2004), è difficile definire il privato sociale come fosse un “oggetto”, in considerazione del fatto che può assumere diverse forme in relazione alla realtà dinamica nella quale si sviluppa. È tuttavia possibile identificare alcune caratteristiche che lo rendono uno specifico attore sociale: «esistono forme (sfere) di relazioni sociali che: 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”» (Donati, 2004, p. 2).

opportunità di salute, partecipazione e sicurezza delle persone anziane. Nella fase di approfondimento qualitativo, non oggetto di riflessione in questo articolo, si indagheranno in profondità il significato di responsabilità e le modalità attraverso le quali il senso di co-responsabilizzazione diviene realmente operativo per ciascuna dimensione di analisi.

4. LA FILIERA DI CO-RESPONSABILIZZAZIONE NELLE PERIFERIE ROMANE

4.1. Dati e metodo

Il presente contributo, come anticipato nell'introduzione, si colloca nell'ambito di uno studio più ampio sulla condizione anziana nelle periferie dei comuni capoluogo delle città metropolitane.

L'attenzione è stata posta sulle zone periferiche di Roma Capitale e, nello specifico, sui Municipi V, VII e X, nei quali sono situate le zone urbanistiche periferiche che presentano elevati indici di vecchiaia e nelle quali si stima il più alto numero di popolazione "65 anni e oltre" con reddito inferiore a 11.000 euro (Roma Capitale, 2023). Il caso romano è stato esplorato sulla base di fonti secondarie, ossia le statistiche descrittive curate dall'Ufficio di Statistica di Roma Capitale (di seguito U.O. Statistica): i *dataset* di riferimento sono accessibili attraverso le pagine "Dati e statistiche > Roma statistica > Dati statistici" (2024) e le dimensioni di interesse sono "popolazione", "salute e sanità" e "sociale".

L'analisi dei dati a disposizione ha inevitabilmente condotto a delle scelte in considerazione di alcune limitazioni emerse nella fase esplorativa: per quanto concerne le unità di analisi, sono stati scelti i Municipi, all'interno dei quali sono presenti le zone urbanistiche di interesse, perché presentano statistiche istituzionali più articolate e aggiornate; per quanto concerne le dimensioni per l'analisi di contesto, si è fatto riferimento ai dati del 2020 perché è l'anno di riferimento dell'ultima rilevazione dell'indicatore di fabbisogno in termini reddituali. Si è deciso, tuttavia, di riportare anche i dati dell'anno 2018 e quelli aggiornati al 2022, poiché le statistiche relative al 2020 sono condizionate, in qualche misura, dall'evento pandemico.

Una prima ricognizione delle politiche e dei servizi offerti dai Municipi in esame permetterà di confermare o meno quanto assunto, vale a dire la presenza di opportunità di *governance* ibrida e di una pluralità di attori (pubblici, privati e del privato sociale) quali precondizioni per lo sviluppo e la sostenibilità di spazi di prossimità sociale per un invecchiamento armonico.

4.2. Il contesto esplorato

La città metropolitana di Roma Capitale presenta un territorio complesso, caratterizzato oltre che dall'ampiezza (5.363,2 Km²) anche dalla sua varietà interna: è costituito dal comune capoluogo di Roma Capitale, suddiviso in 15 Municipi e 155 zone urbanistiche²¹, e da 120 Comuni. Negli ultimi venti anni, come evidenziano alcuni studi ed approfondimenti statistici,

²¹ «Le zone urbanistiche [sono state] istituite nel luglio del 1977 sulla base di criteri di unitarietà urbanistica al fine di realizzare un riferimento di base per tutta l'attività di pianificazione e di gestione urbanistica» (Roma Capitale, 2020 p. 60).

Roma è stata attraversata da importanti trasformazioni che hanno aumentato le diseguaglianze e le polarizzazioni tra centro e periferia (Lelo, Monni & Tomassi, 2021). Ad un prima importante crisi della pubblica amministrazione tra la fine degli anni Ottanta e Novanta del XX secolo, si è cercato di rispondere, nel 1993, con il cosiddetto “Modello Roma”²², che fondava le sue linee di azione sull’economia della conoscenza e dell’arte, del turismo di massa, della finanza e dei servizi avanzati. L’attuazione di tale modello, tuttavia, non ha portato i risultati sperati sia per le ricadute economiche e sociali della crisi del 2008 sia perché è sembrata mancare una visione politica che riuscisse a sintetizzare gli interessi privati, pubblici e della cittadinanza in una dimensione maggiormente integrata tra centro e periferia. Le aree periferiche, di fatto, non sono state toccate dai benefici dell’economia del turismo, confinata nelle aree centrali della città. Si è assistito, così, soprattutto negli ultimi anni, ad una trasformazione demografica ed urbanistica caratterizzata prevalentemente da tre processi: l’espulsione dalle zone centrali della città delle classi medie per un mercato immobiliare sempre meno accessibile, conseguenza del processo di “vetrinizzazione” del centro²³; un aumento della popolazione straniera, soprattutto nelle zone periferiche, impiegata nei settori del “basso terziario”; infine, una crescita insediativa che si è concentrata nei quartieri situati al di fuori del Grande Raccordo Anulare e nei comuni della prima cintura urbana, soprattutto quelli sulle vie consolari (Lucciarini & Violante, 2007; Carminucci, Casucci & Frisch, 2014). Ciò ha comportato un aumento delle diseguaglianze sociali e di accesso ad opportunità che variano notevolmente non solo tra le zone metropolitane ma anche all’interno dei Municipi, tra quartieri e quartieri.

Al 31 dicembre 2022, la popolazione iscritta all’anagrafe di Roma Capitale è pari a 2.813.544 unità, dato stabile rispetto all’anno precedente (2.813.365 unità al 31 dicembre 2021) e in diminuzione nel corso degli ultimi cinque anni: 2.860.009 unità nel 2018 e 2.822.981 unità nel 2020. La popolazione romana segue la stessa tendenza della dinamica demografica nazionale con un aumento, nel 2022, dell’età media della popolazione, pari a 46,6 anni (45,6 anni nel 2018, 46,1 anni nel 2020) e dell’indice di vecchiaia, pari a 192,87 per cento (170,2% nel 2018, 179,82% nel 2020) (Roma Capitale, 2023). Il fabbisogno sociale rilevato in termini reddituali, nel 2020, dall’U.O. Statistica di Roma Capitale, stima una maggiore concentrazione di popolazione “65 anni e oltre” con reddito inferiore a 11.000 euro nel quadrante est della città, in particolare, nei Municipi V (14.613 unità) e VII (15.721 unità), con un’incidenza sul totale della popolazione in esame pari rispettivamente al 28,62 per cento e al 22,73 per cento, seguiti dai Municipi VI (13.613 unità) e X (11.213 unità) che mostrano un’incidenza pari al 33,45 per cento e al 24,54 per cento (Roma Capitale, 2023).

Nella Tabella 1, sono riportati i dati relativi agli indici di invecchiamento e di disagio sociale della popolazione romana nei singoli municipi. Sebbene gli indici di invecchiamento, su base municipale, evidenzino dati maggiormente positivi per i Municipi V, VII e X rispetto ai Municipi delle aree centrali, i dati per zone urbanistiche rilevano importanti specificità (Casilino e Giordani

²² Per approfondimenti si consulti Aronica *et al.* (2003).

²³ “[...] ovvero lo svuotamento delle residenze e una inarrestata disgregazione funzionale a favore delle attività del terziario avanzato soprattutto immobiliare, finanziario e monetario e del turismo, queste ultime concentrate nei settori della ristorazione e dell’entertainment rivolti ad un target ‘altro’ rispetto a quello degli abitanti” (Lucciarini & Violante, 2007, p. 102).

nel Municipio V; Torrespaccata e Don Bosco nel Municipio VII; Ostia Nord nel Municipio X), accompagnate anche da elevati indici di disagio sociale, come rielaborati dal gruppo di studio #MappaRoma²⁴. Per tale motivo non saranno presi in considerazioni i Municipi del centro e le relative zone che, pur mostrando i più elevati indici di invecchiamento della popolazione, al contempo, presentano indici di disagio sociale negativi (Tabella 1).

Tabella 1. Indici di invecchiamento demografico e di disagio sociale nei Municipi. Specifiche zone urbanistiche Municipi V, VII e X. Anni 2020, 2021, 2022

Municipi	Zone urbanistiche	Indice di vecchiaia			Indice di dipendenza			Indice di dipendenza anziani			Indice di disagio sociale (**)
		2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	
I	Totale municipio	253,74	263,57	276,59	56,96	56,75	56,68	40,86	41,14	41,63	-3
II	Totale municipio	211,24	218,86	223,4	60,28	60,5	60,42	40,91	41,53	41,73	-4,3
III	Totale municipio	190,01	195,29	199,19	59,19	58,94	58,71	38,78	38,98	39,08	-0,4
IV	Totale municipio	199,62	209,26	215,18	57,05	57,26	57,22	38,01	38,74	39,06	2
V	06B Casilino	287	284,16	290,88	72,71	74,12	73,9	53,92	54,83	54,99	2,71
	06D Giordani	227,91	231,61	235,02	60,66	60,74	60,02	42,16	42,42	42,11	2,98
	07E Tor Tre Teste	210,67	216,1	217,14	63,27	65,18	66,68	42,91	44,56	45,66	0,87
	Totale municipio	183,66	188,58	192,52	53,04	53,2	53,1	34,34	34,77	34,95	2,5
VI(*)	Totale municipio	109,71	110,98	116,32	48,25	47,54	47,46	25,24	25,01	25,52	3,9
VII(*)	08A Torrespaccata	228,07	229,19	224,46	58,77	58,78	59,43	40,85	40,92	41,11	4,25
	09A Tuscolano Nord	241,79	254,94	260,49	57,34	57,71	57,93	40,57	41,45	41,86	-2,52
	09B Tuscolano Sud	226,19	230,57	232,34	59,85	59,65	59,34	41,5	41,61	41,48	-0,79
	09D Appio	236,75	245,04	249,7	59,41	59,17	59,64	41,77	42,02	42,59	-2,83
	09E Latino	216,7	223,17	230,1	59,26	58,87	58,71	40,55	40,65	40,93	-2,43
	10A Don Bosco	252,2	256,13	255,9	62,1	61,82	60,91	44,47	44,46	43,79	3,21
	10B Appio Claudio	232,07	240,82	247,06	60,07	60,44	59,9	41,98	42,7	42,64	0,48
	10F Osteria del Curato	257,67	269,08	284,35	61,95	66,41	66,93	44,63	48,41	49,51	-0,07
		Totale municipio	199,9	207,58	213,8	57,08	57,25	57,06	38,04	38,64	38,88
VIII	Totale municipio	220,03	227,43	233,8	61,06	60,89	60,62	41,98	42,29	42,46	-1,6
IX	Totale municipio	160,19	168,15	175,93	54,64	54,69	54,61	33,64	34,3	34,82	-2,4
X	13F Ostia Nord	207,48	219,12	228,92	58,95	59,02	59,74	39,78	40,52	41,58	4,33
	13G Ostia Sud	214,94	223,76	225,45	58,89	59,78	59,19	40,19	41,31	41	0,72
	13H Castel Fusano	198,84	163,79	220,5	52,81	49,68	52,65	35,14	30,84	36,22	1,63
		Totale municipio	152,77	160,74	168,22	53,27	53,23	53,27	32,19	32,82	33,41
XI	Totale municipio	179,85	186,41	192,04	56,47	55,95	55,28	36,29	36,41	36,35	1,3
XII	Totale municipio	210,6	217,96	223,65	60,22	59,92	59,35	40,83	41,08	41,01	-1,2
XIII	Totale municipio	188,62	196,81	242,31	55,32	55,14	55,15	36,15	36,56	36,95	0,5
XIV	Totale municipio	165,98	173,05	179,48	54,21	54,22	54,24	33,83	34,36	34,83	0,4
XV	Totale municipio	164,93	173,33	179,61	52,42	52,15	51,81	32,63	33,07	33,28	-1,2
	Roma Capitale	179,82	186,76	192,87	55,52	55,42	55,26	35,68	36,09	36,39	0

Fonte: Elaborazioni U.O. Statistica - Roma Capitale su dati Anagrafe.

(*) Con Deliberazione n.2 dell'Assemblea Capitolina del 14/01/2021, l'intera zona urbanistica 08A è passata dal Municipio VI al Municipio VII.

(**) Monni, Lelo & Tomassi 2018. Elaborazioni di Roma Capitale su dati Istat - Censimento 2011.

²⁴ Progetto nato nel febbraio 2016, dalla collaborazione di Ketì Lelo, Salvatore Monni e Federico Tomassi, con lo scopo di fornire dati facilmente fruibili sui quartieri romani dati facilmente fruibili sui quartieri romani, garantendo al contempo il rigore scientifico. Per approfondimenti di consulti: <https://www.mapparoma.info/mappe/>

Anche per la presenza di medici di medicina generale (di seguito MMG) a presidio del territorio, il comune di Roma segue la tendenza rilevata a livello nazionale²⁵: una diminuzione del numero di MMG (da 2.382 nel 2015 a 2.062 nel 2022) ed un aumento del numero medio di assistiti (da 1.053 nel 2015 a 1.210 nel 2022). I dati municipali evidenziano alcune controtendenze, soprattutto nei Municipi V e VII, nei quali si registra un aumento del numero di MMG e una diminuzione del numero medio di assistiti; il Municipio X, al contrario, segue la tendenza generale (Tabella 2).

Tabella 2. Medici di medicina generale per ASL e Municipio. Roma. Anni 2020, 2021, 2022

ASL	MUNICIPIO	MMG ^(a)			Popolazione media residente ^(b) anni14+			Tasso per 10.000 abitanti			Numero medio di assistiti		
		2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Roma 1	I	178	171	170	150.405	150.290	150.434	11,8	11,4	11,3	845	879	885
	II	165	157	163	148.024	147.232	147.388	11,1	10,7	11,1	897	938	904
	III	158	156	160	180.101	179.614	180.487	8,8	8,7	8,9	1.140	1.151	1.128
Roma 2	IV	135	122	125	154.257	153.414	153.300	8,8	8	8,2	1.143	1.257	1.226
	V	130	201	201	214.209	212.256	211.614	6,1	9,5	9,5	1.648	1.056	1.053
	VI	217	123	112	218.250	212.436	207.987	9,9	5,8	5,4	1.006	1.727	1.857
	VII	127	244	255	268.566	272.191	277.825	4,7	9	9,2	2.115	1.116	1.090
	VIII	251	104	95	115.342	115.127	115.139	21,8	9	8,3	460	1.107	1.212
	IX	106	120	120	159.903	160.213	161.134	6,6	7,5	7,4	1.509	1.335	1.343
Roma 3	X	145	139	136	200.703	200.596	200.860	7,2	6,9	6,8	1.384	1.443	1.477
	XI	108	101	98	135.610	135.221	135.316	8	7,5	7,2	1.256	1.339	1.381
	XII	103	101	100	124.469	124.412	125.100	8,3	8,1	8,0	1.208	1.232	1.251
Roma 1	XIII	104	100	102	117.170	116.528	116.452	8,9	8,6	8,8	1.127	1.165	1.142
	XIV	135	133	134	167.458	167.061	167.644	8,1	8	8,0	1.240	1.256	1.251
	XV	93	91	91	140.576	140.740	141.883	6,6	6,5	6,4	1.512	1.547	1.559
Non localizzati		-	-	-	2.303	2.861	1.915	-	-	-	-	-	-
Totale		2.155	2.063	2.062	2.497.340	2.490.188	2.494.475	8,6	8,3	8,3	1.159	1.207	1.210

Fonte: Elaborazioni U.O. Statistica Roma Capitale su dati Anagrafe e su dati LazioCrea – Dir. Sistemi Informativi-Sistemi Centrali e di accesso per la Sanità.

^(a) la visura dei MMG è al 31/12/2022; ^(b) la popolazione media residente è calcolata come media della popolazione al 31/12 degli anni 2019/2020, 2020/2021 e 2021/2022.

I Municipi offrono sostegno economico, spazi di socializzazione, assistenza sociosanitaria e servizi di supporto domiciliare ad anziani, soli o in nuclei familiari, che si trovano in condizione di temporanea o permanente limitazione della propria autonomia (Servizio di Assistenza Domiciliare – SAISA). Il SAISA, nel 2020, ha riguardato un totale di 3.262 persone, la maggior parte delle quali residenti nel Municipio V. Nel 2022, si osserva una crescita complessiva delle richieste (+5,7% rispetto al 2021) ed il maggior numero di prestazioni erogato nel Municipio VII (354 persone anziane) (Tabella 3).

²⁵ “In Italia il numero dei medici di medicina generale, pari a 40.250 nel 2021, si è ridotto negli ultimi dieci anni di 5.187 unità. L’offerta è passata da 76 MMG per 100mila abitanti nel 2012 ai 68 nel 2021. Negli stessi anni sono quindi aumentati il carico di assistenza, passato da 1.156 assistiti per MMG a 1.260, e la quota di MMG con più di 1.500 assistiti (limite superiore fissato dalla normativa nazionale vigente), che dal 27,3% del 2012 sale al 42,1% del 2021”. Per approfondimenti si consulti: Istat - 7^a Commissione permanente Istat (2024). Disegni di legge nn. 915, 916, 942 e 980 (Accesso ai corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia), Nota 30 gennaio 2024, p. 5. <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1706635529.pdf>

Tabella 3. Anziani che usufruiscono di assistenza fornita dai Municipi. Anno 2018, 2020, 2021, 2022

Municipi	Numero anziani v.a.				Domiciliare (SAISA)			
	2018	2020	2021	2022	2018	2020	2021	2022
I	503	404	416	355	278	223	251	259
II	556	462	511	498	300	260	269	259
III	516	312	412	531	221	194	271	352
IV	277	58	215	202	272	28	189	179
V	666	596	601	548	312	340	340	326
VI	467	309	360	396	242	205	238	256
VII	577	510	586	617	263	263	305	354
VIII	467	504	488	438	262	317	301	307
IX	253	240	228	260	177	161	132	153
X	430	302	236	306	302	244	183	273
XI	466	370	390	46	195	201	197	215
XII	385	295	277	377	167	126	134	193
XIII	279	231	207	230	203	194	185	199
XIV	356	406	369	303	232	323	298	289
XV	261	257	144	225	178	183	95	182
Totale	6.459	5.256	5.440	5.064	3.604	3.262	3.388	3.581

Fonte: Elaborazioni U.O. Statistica Roma Capitale su dati Ragioneria Generale - Relazione al Rendiconto anno 2018, 2020, 2021, 2022.

Gli spazi di socializzazione, vale a dire i centri sociali per anziani che Roma Capitale mette a disposizione, sono rimasti quasi invariati nel tempo: i Municipi V e VII sono quelli dove ve ne sono di più, rispettivamente 16 e 14 centri, nel Municipio X solo nove. Per quanto riguarda il numero di iscritti, si può osservare una generale diminuzione: nel Municipio V, tra il 2018 e il 2020, tale diminuzione è pari a 3,14 per cento e, tra il 2020 e il 2022, di 8,24 per cento; nel Municipio VII, dopo un aumento di 2,04 per cento tra il 2018 e il 2020, si rileva, sino al 2022, una situazione di stabilità; infine, nel Municipio X, ad una timida crescita avvenuta tra il 2018 e il 2020, di 0,62 per cento è seguita una forte diminuzione, tra il 2020 e il 2022, pari a 13,44 per cento, che è in aumento rispetto all'anno precedente (Tabella 4). Si nota, dunque, seppur lenta, una generale ripresa dopo gli anni della pandemia da SARS-CoV-2.

Tabella 4. Numero dei centri sociali per anziani e degli iscritti per Municipio. Anno 2018, 2020, 2021, 2022

Municipi	Centri anziani							
	Numero				Iscritti v.a.			
	2018	2020	2021	2022	2018	2020	2021	2022
I	12	12	12	12	3.068	3.800	3.400	4.040
II	6	6	6	6	2.964	3.500	3.067	3.067
III	13	13	13	13	5.280	5.115	5.176	5.526
IV	11	11	11	11	5.354	5.597	5.597	4.300
V	16	16	15	16	6.751	6.539	6.400	6.000
VI	13	13	12	12	4.902	5.481	4.733	4.781
VII	13	14	14	14	4.900	5.000	5.000	5.000
VIII	8	8	8	8	4.647	5.050	5.050	5.050
IX	10	10	10	11	4.358	4.778	4.778	5.203
X	9	9	9	9	7.374	7.420	5.476	6.423
XI	9	8	8	8	2.400	2.400	2.400	2400
XII	6	6	6	6	2.040	2.046	2.574	2.862
XIII	8	8	8	8	4.615	3.421	3.409	3.379
XIV	9	9	9	9	4.562	4.834	4.935	4.341
XV	8	8	8	8	3.100	3.000	3.000	3.000
Totale	151	151	149	143	66.315	67.981	64.995	62.972

Fonte: Elaborazioni U.O. Statistica Roma Capitale su dati Ragioneria Generale-Relazione al Rendiconto anno 2018, 2020, 2021, 2022.

4.3. Politiche e interventi sul territorio

L'Italia ha da poco definito una strategia nazionale dedicata specificamente al tema dell'invecchiamento attivo (D.Lgs. 29/2024). Tale ritardo, probabilmente, si è avuto perché centrale è sempre stata la dignità della persona, che deve essere tutelata da scelte politiche che garantiscano i «diritti fondamentali (come, per esempio, il diritto alla salute e il diritto alla vita democratica e sociale) e il principio dell'eguaglianza e della solidarietà e della promozione sociale», in tutte le fasi del ciclo di vita (Rospi, 2018, p. 13). La tutela della dignità umana è al centro del dettato costituzionale, per cui il diritto ad un invecchiamento sano è ravvisabile già nei *Principi fondamentali* della *Costituzione*. Nelle more, dunque, di un riferimento nazionale, alcune Regioni si sono dotate di provvedimenti normativi dedicati all'invecchiamento attivo che attraversano, in modo trasversale, i differenti ambiti delle politiche sociali; altre, invece, hanno adottato norme che promuovono la prospettiva dell'invecchiamento attivo in settori specifici (INRCA, 2020).

La Regione Lazio, a partire dal 1993, ha adottato alcune norme dedicate alla formazione continua (L.R. 53/1993; L.R. 4/2007), alle attività sportive (L.R. 25/2006) e all'inserimento lavorativo (L.R. 28/2009), ma solo con la Legge regionale 11/2016 *Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali* e con il successivo *Piano Sociale Regionale* (D.C.R. 1/2019) ha definito una cornice per le politiche e gli interventi a favore dell'invecchiamento attivo. Tali provvedimenti normativi hanno confermato e rafforzato il principio di sussidiarietà verticale (Regione – città metropolitana e province – comuni) e di sussidiarietà orizzontale (istituzioni pubbliche – Aziende sanitarie locali – Terzo settore – sindacati – privati), destinando risorse alla co-progettazione di servizi per il benessere fisico e psicologico, attraverso attività ricreative e

culturali di contrasto all'emarginazione, di promozione dell'autosufficienza, di diffusione dell'uso di tecnologie informatiche e di conoscenza dei servizi socio-assistenziali e sanitari a disposizione sul territorio (Damiano, 2020).

Anche il comune di Roma Capitale ha recepito il cambio di prospettiva, affidando spazi e co-progettando servizi con privati ed enti del Terzo settore, sino a giungere alla nomina, nel 2023, del Garante comunale per i diritti degli anziani, figura istituzionale che dà loro voce e li tutela nelle decisioni che possono incidere sulla loro situazione economica e sociale, come, per esempio, la determinazione dei canoni di affitto delle abitazioni e i livelli minimi di assistenza sanitaria. Dalla ricognizione delle informazioni accessibili dal sito istituzionale di Roma Capitale²⁶, si rileva che i servizi per gli anziani sono declinati in strutture residenziali, suddivise in diverse tipologie a seconda del bisogno e del grado di autonomia della persona; contributi economici, ad integrazione o copertura totale del costo dei servizi (sostegno economico, economico abitativo, soggiorni diurni), centri di socializzazione; centri diurni per la cura delle persone con disabilità e assistenza domiciliare.

Per quel che concerne i Municipi V, VII e X, è possibile rilevare una differenza nella presenza delle strutture capitoline che offrono servizi di residenza, di socializzazione e di assistenza ad anziani fragili e affetti da Alzheimer. Il Municipio X soffre dell'assenza sia di residenze sia di centri diurni e presenta pochi centri sociali per anziani. Al contrario, il Municipio VII, sebbene abbia una sola struttura per servizio, possiede residenze e centri diurni, oltre a un buon numero di centri sociali. Nel Municipio V, invece, nonostante non vi sia una struttura residenziale, i centri diurni e sociali sono più numerosi rispetto agli altri municipi. In ciascun municipio, inoltre, vi è una ricca presenza di associazioni di promozione di attività sportive e culturali iscritte agli albi municipali, soprattutto nei Municipi V e VII (Tabella 5). Nel caso del Municipio V, si osserva la particolare attenzione dedicata alla comunicazione dei servizi sociali e sanitari presenti sul territorio attraverso la redazione, in formato *age-friendly*, della *Guida ai servizi socio-sanitari del Municipio*. Nel quadrante Est e Sud-ovest di Roma Capitale, infine, è da sottolineare l'importante presenza di Caritas diocesane che, spesso, offrono servizi o mettono a disposizione spazi per lo svolgimento di attività di volontariato, realizzate anche in collaborazione con enti del Terzo settore²⁷.

Tabella 5. Riepilogo strutture e associazioni presenti nei Municipi V, VII e X

Municipio	Residenze capitoline per persone anziane	Centri diurni Alzheimer	Centri diurni anziani fraffili	Case sociali (Centri Sociali Anziani)	Associazioni sportive (albi municipali)	Associazioni culturali (Albi municipali)
V	-	3	2	15	38	59
VII	1	1	1	14	59	100
X	-	-	-	9	33	31

Fonte: Elaborazioni su dati accessibili dal sito istituzionale di Roma Capitale.

²⁶ Si consulti <https://www.comune.roma.it/web/it/servizi.page>

²⁷ Si consulti <https://www.caritasroma.it/caritas-roma/coordinamento-territoriale/>

Si riscontra dunque, per i territori in esame, la presenza sia di politiche promotrici di integrazione condivisa (*governance* ibrida) sia di attori (pubblici, privati e del privato sociale) conosciuti e riconoscibili dall'istituzione pubblica e dalla cittadinanza.

Per quel che concerne l'assetto normativo, la L.R. Lazio 11/2016 evidenzia la dimensione territoriale (meso) del *welfare* quale fondamentale, non solo per la valorizzazione del protagonismo e della partecipazione delle comunità locali, ma anche per la promozione di una cittadinanza responsabile (Art.8); al Capo IV riconosce, come soggetti attivi "nelle fasi di programmazione, progettazione e realizzazione concertata del sistema integrato", gli enti del Terzo settore e i cittadini, i quali dovrebbero essere coinvolti anche nella fase di valutazione della qualità dei servizi e degli interventi offerti dal sistema. Nel tracciare i confini per la realizzazione di politiche per le persone anziane (Art.13), la legge sottolinea la significatività di "persona" anziana, promuovendo la partecipazione non solo alle attività di socializzazione (culturali, ricreative, sportive), ma anche alle fasi precedenti la loro realizzazione. In quanto persone, la legge focalizza l'attenzione sugli spazi relazionali, oltre che sugli interventi economico-sanitari, al fine di creare le condizioni per una partecipazione alla vita della comunità locale che valorizzi le esperienze e gli interessi personali e favorisca rapporti intergenerazionali di solidarietà.

Il *Piano Sociale Regionale* (D.C.R. 1/2019), ponendo al centro del suo sviluppo la persona con le sue peculiarità, risorse e capacità, propone interventi tesi al rafforzamento di un sistema sociale che si "prenda cura" dei contesti di vita per evitare situazioni di isolamento ed emarginazione. Gli ambiti di intervento per le persone anziane sono, così, l'assistenza domiciliare, lo studio e la sperimentazione di forme di residenzialità condivisa e il potenziamento delle attività dei centri sociali per anziani, anche attraverso l'integrazione dei fondi ordinari con quelli europei (ad esempio, Progetto Te – Lazio per la terza età).

Per quanto riguarda la presenza di attori della società civile, nei Municipi presi in esame è possibile rilevare, non solo una importante presenza di organizzazioni del Terzo settore che presidiano la vita politica dei municipi, ma anche una volontà istituzionale di creare spazi di confronto con la cittadinanza attraverso la costituzione e la consultazione di Comitati di quartiere, intesi quali organismi democratici di partecipazione attiva che danno voce agli interessi generali della comunità.

Nonostante un quadro normativo di promozione della *governance* ibrida e la presenza sul territorio di una pluralità di attori "responsabili", quindi, nonostante esistano le precondizioni per lo sviluppo di una filiera di co-responsabilizzazione, ciò che emerge dalla ricognizione di politiche ed interventi sociali è la difficoltà di rendere lo spazio di prossimità sociale realmente generativo di capacità silenti e di *governance* partecipativa. La cooperazione tra pubblico, privato e privato sociale rimane competitiva e ancorata a logiche gerarchiche, che difficilmente aprono ad un dialogo con gli attori della società nella fase di programmazione, vale a dire nella fase di costruzione di un quadro di riferimento valoriale condiviso. Pertanto, la *governance* partecipativa appare incompiuta perché coinvolge la pluralità di attori, attraverso avvisi pubblici, nelle fasi di progettazione e di realizzazione dei servizi. Tali avvisi calcano la logica unidirezionale del sapere esperto, predeterminando *budget*, beneficiari da raggiungere, tipologie di interventi da realizzare e di partenariato da costituire, il che alimenta un approccio competitivo che, da un lato, potrebbe

limitare la collaborazione tra le organizzazioni del Terzo settore (per la tipologia di partenariato richiesto o per la scarsità di risorse alle quali si accede) e la formazione di reti integrate sostenibili (spesso i partenariati durano il tempo degli interventi di progetto), dall'altro, potrebbe limitare la flessibilità di azione che è propria del *welfare* e permette, a tutti gli attori, di comprendere e valutare i bisogni emergenti ai quali dare adeguate risposte.

5. CONCLUSIONI

L'invecchiamento della popolazione italiana è un fenomeno che ha attirato l'attenzione di studiosi e politici già a partire dagli anni Ottanta dello scorso secolo (Ardigò, Porcu, Sutter, 1988). Proprio in quegli anni, si sollevò una riflessione politica sulla "condizione anziana" in termini non più solo assistenziali ma di processo trasformativo da supportare per ottimizzare le opportunità di salute, partecipazione e sicurezza, determinanti della qualità della vita (WHO, 2002). Gli approcci contemporanei del *Successful Ageing* (Rowe & Khan, 1997) e dell'*Active Ageing* (WHO, 2002), pur avendo recuperato la visione dell'invecchiamento quale processo naturale dell'evoluzione della vita ed evidenziato la sua eterogeneità e multi-dimensionalità, sembrano essere stati dominati dalla preoccupazione per le ricadute economiche sul sistema sociale e sanitario. Ciò ha portato a porre l'enfasi su una visione prevalentemente individualista della responsabilità della salute (Paliotta, 2022). Il WR recupera la dimensione sociale, che rimane sullo sfondo nei due approcci, mettendo in evidenza la filiera delle responsabilità del *welfare*, che deve essere necessariamente considerato plurale e deve tendere all'integrazione di interventi, sociali e sanitari, e di reti di attori, formali e informali, per la piena realizzazione di spazi di prossimità sociale nei quali sostanziare i processi di attivazione relazionale capacitante, in una prospettiva di lungo periodo (Cesareo & Pavesi, 2019).

Precondizioni per lo sviluppo e la sostenibilità di una filiera di co-responsabilizzazione per un invecchiamento armonico sono certamente le politiche promotrici di *governance* ibrida e la presenza di una pluralità di attori a presidio del benessere delle comunità, anche se non sono condizioni sufficienti. Come evidenzia lo studio esplorativo condotto nelle zone periferiche del comune di Roma Capitale (Municipi V, VII e X), la realizzazione compiuta di uno spazio di prossimità necessita di cambiamenti di processo, a partire dal superamento delle logiche gerarchiche e unidirezionali, nella fase di programmazione, e delle logiche concorrenziali, nella fase di progettazione. Appare necessario, inoltre, per la sostenibilità di tali spazi, attuare un cambiamento operativo nei processi decisionali che tutelino la flessibilità e la riflessività degli attori del *welfare*, troppo spesso vincolati da logiche progettuali che sembrano dimenticare la continuità che il *welfare* deve garantire nella risposta a vecchi e nuovi rischi sociali.

6. BIBLIOGRAFIA

Ardigò, A., Porcu, S., & Sutter, R. (Cur.). (1988). *Anziani e politiche sociali nella società post-industriale*. Franco Angeli.

- Aronica, A., Boccacci, P., Costanzo, M., De Nicolò, M., Doni, E., Frommel, C.L., Liquori, A., Manzella, G., Pagnoncelli, N., Rossi, P.O., Torelli, G.A., Zanda, L. (2003). *Roma. Dieci anni di una capitale*. Donzelli editore.
- Boudiny, K. (2012). Active ageing: from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing & Society*, 33, pp. 1077-1098.
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ Journals*, 331, pp. 1548-1551.
- Bridge, G. & Watson, S. (eds.) (2011). *The New Blackwell Companion to the City*. Blackwell Publishing Ltd.
- Bülöw, 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.
- Cappellato, V. & Mercuri, E. (2022). Invecchiamento attivo tra opportunità e rischi: il caso di una città metropolitana. *Studi di sociologia*, 2, pp. 249-265.
- Carminucci, C., Casucci, S. & Frisch, G. (2014). Roma, una città metropolitana in crescita e trasformazione. *Meridiana*, 80, pp. 77-103.
- Cesareo, V. & Pavesi, N. (cur.). (2019). *Il Welfare Responsabile alla prova. Una proposta per la società italiana*. Vita e Pensiero.
- Cesareo, V. & Vaccarini, I. (2006). *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*. Vita e Pensiero.
- Damiano, G. (2020). *Le politiche per l'invecchiamento attivo nella Regione Lazio, Roma, INRCA*. Presidenza del Consiglio.
- Donati, P. (2004). Privato sociale. Le nuove forme di solidarietà associativa nel welfare societario. In *Welfare state. Il modello europeo dei diritti sociali* (pp.1-13). Fondazione Collegio San Carlo di Modena. <https://www.fondazioneancarlo.it/wp-content/uploads/2017/01/Donati.pdf>
- Gergen, M.M. & Gergen, K.J. (2001). Positive Aging: New Images For A New Age. *Ageing International*, 27(1), pp. 3-23.
- Havighurst, R.J. (1961). Successful Aging. *The Gerontologist*, 1(1), pp. 8-13.
- Holstein, M.B. & Minkler, M. (2003). Self, Society, and the "New Gerontology". *The Gerontologist*, 43(6), pp. 787-796.
- Istituto nazionale riposo e cura per anziani, & Presidenza del Consiglio (2020). *Le politiche per l'invecchiamento attivo in Italia*. <https://famiglia.governo.it/media/2132/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia.pdf>
- Istituto nazionale di statistica [Istat] (2024). *Il Paese domani: crescerà lo squilibrio tra nuove e vecchie generazioni, aumenteranno le differenze. Previsioni della popolazione residente delle famiglie*. Base 1/1/2023. 24 luglio.
- Istat (2023c). *Il Paese domani: una popolazione più piccola, più eterogenea e con più differenze. Previsioni della popolazione residente delle famiglie*. Base 1/1/2022, 28 settembre.
- Istat (2023b, 2 agosto). *Gli anziani nelle città metropolitane. Profilo sociodemografico e analisi comparativa fra i contesti urbani*.
- Istat (2023a, 2 febbraio). *Profili delle città metropolitane. Molte fragilità ma anche potenzialità dei contesti urbani*.
- Istat (2023). *Popolazione e famiglie. Annuario Statistico Italiano 2023*, pp. 113-150.
- Istat (2020). *Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia*.
- Jedlowski, P. & Ferrara, A. (2006). Il senso delle periferie (e le periferie del senso). *Parolechiave*, 36, pp. 1-23.
- Lelo, K., Monni, S. & Tomassi, F. (2021). *Le sette Rome. La capitale delle diseguaglianze raccontata in 29 mappe*. Donzelli editore.
- Lucciarini, S. & Violante, A. (2007). Trasformazioni socio-economiche e mutamento della città: il caso di Roma. *Argomenti* 19, pp. 95-126.
- Monni, S., Lelo, K., & Tomassi F. (2018). Roma, periferie ed esclusione sociale. *Economia e Politica*. <https://www.economiaepolitica.it/lavoro-e-diritti/distribuzione-e-poverta/roma-periferie-ed-esclusione-sociale/>
- Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities. The Human Development Approach*. The Belknap Press of Harvard University 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.
- Piccoli, F. (2010). Achille Ardigò e la «condizione anziana» tra analisi sociologica e prospettive d'innovazione sociale. *Studi di Sociologia*, 2, pp. 213-222.
- Pickard, S. (2019). Age War as the New Class War? Contemporary Representations of Intergenerational Inequity. *Journal of Social Policy*, 48, pp. 369-386.
- Roma Capitale. (2023). *Annuario statistico 2023*.
- Rospi, M. (2018). L'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della coesione sociale tra generazioni: gli strumenti della multilevel governance per nuovi sistemi di welfare. *Rivista dell'Associazione Italiana dei Costituzionalisti*, 3, pp. 1-23.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37(4), pp. 433-440.
- Sebastiani, C. (2007). *La politica delle città*. Il Mulino.
- Sen, A. (1979), Equality of what? In McMurrin, S. (ed.). *Tanner Lectures on Human Values* (pp. 476-486). Cambridge University Press.
- Sen, A. (1990), Development as Capability Expansion. In Griffin, K., & Knight, J. (eds.), *Human Development and the International Development Strategy for the 1990s* (pp. 41-58). Palgrave MacMillan.
- Shock, N.W. (1951). *Trends in Gerontology*. Stanford University Press.
- United Nations [UN] (2002). *Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Aging*. Second World Assembly on Aging, 8-12 April.
- United Nations Population Fund [UNFPA] & Help Age International [Help Age Int.] (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration, A Challenge*.
- World Health Organization [WHO] (2002), *Active Ageing. A Policy Framework*.

Dataset consultati

- Anziani.Stat: dati e indicatori sull'invecchiamento della popolazione in Italia, Popolazione e famiglie, Struttura e dinamica demografica [Dataset], novembre-dicembre 2024.
- Istat: Noi Italia 2021, 2022. Salute e welfare. Protezione sociale [Dashboard], novembre-dicembre 2024.
- Istat: Statistiche per temi, Censimenti, Censimenti storici, Popolazione e abitazioni, Popolazione 2011, [Data warehouse], <http://dati-censimentopopolazione.istat.it/Index.aspx>
- Roma Capitale, Dati e statistiche, Roma Statistica, Analisi Statistiche, Popolazione – Salute e sanità – Sociale [Dataset], novembre-dicembre 2024.

CNR-IRCrES Working Papers

2024

- N. 5/2024 [National frameworks for universities' community engagement: perspectives from Italy, France and the UK](#). Valentina Carazzolo, Ugo Finardi, Emanuela Reale, Andrea Orazio Spinello.
- N. 4/2024 DAPIL – [Digital archive of pilgrimage literature. Un archivio digitale per la letteratura medioevale di pellegrinaggio](#). Giuseppe Cuscunà.
- N. 3/2024 [Thesaurus e glossario ragionato della lingua della IA e della robotica. Thesaurus and reasoned glossary of AI and robotic language](#). Grazia Biorci.
- N. 2/2024 [Comprendere le trasformazioni di San Lorenzo, Roma. Un tentativo di ordine concettuale tra gentrificazione e politica urbana](#). Antonia Astore, Luca Tricarico.
- N. 1/2024 [How to measure the social acceptability of alternative environmental management solutions in wetlands and other ecosystems](#). Lisa Sella, Francesca Silvia Rota, Nicola Pollo.

2023

- N. 5/2023 [Laboratori creativi sperimentali a distanza per la valutazione](#). Isabella Maria Zoppi, Antonella Emina.
- N. 4/2023 [Eco-innovations and labor in the European automotive industry: an econometric study](#). Anna Novaresio.
- N. 3/2023 [Climate change adaptation planning: tools and methods for effective and sustainable decisions](#). Filippo Frascini, Marco Pregolato.
- N. 2/2023 [The effect of propensity to savings on rate of profit](#). Mario De Marchi.
- N. 1/2023 [UNESCO o non UNESCO? Quando il brand incentiva il turismo: il caso dei paesaggi vitivinicoli delle Langhe e del Monferrato](#). Orsola Borsani, Greta Falavigna.

2022

- N. 5/2022 [Logit statico, Logit dinamico e modelli hazard](#). Franco Varetto.
- N. 4/2022 [Evolution of Deep Learning from Turing machine to Deep Learning next generation](#). Greta Falavigna.
- N. 3/2022 [A Simulation Model of Technology Innovation of a Territory](#). Angelo Bonomi.
- N. 2/2022 [Technology and Environmental Policies](#). Angelo Bonomi.
- N. 1/2022 [Le donne marittime: fra stereotipi di genere, discriminazioni e scarse opportunità occupazionali](#). Barbara Bonciani, Silvia Peveri.

2021

- N. 9/2021 [Management of open access research infrastructures in large EU projects: the "CultureLabs" case](#). Andrea Orazio Spinello, Danilo Giglito, Eleanor Lockley.
- N. 8/2021 [Francia-Italia: parole in campo. Intorno alla narrazione del Campionato del Mondo di calcio donne](#). Antonella Emina.
- N. 7/2021 [Covid-19 e rischio di insolvenza: il punto di vista del mercato azionario](#). Franco Varetto.
- N. 6/2021 [Institutional efficiency and budget constraints: a Directional Distance Function approach to lead a key policy reform](#). Greta Falavigna, Roberto Ippoliti.
- N. 5/2021 [Different waves and different policy interventions in 2020 Covid-19 in Italy: did they bring different results?](#). Mario Nosvelli.
- N. 4/2021 [On Search of a General Model of Technology Innovation](#). Angelo Bonomi.
- N. 3/2021 [Design and implementation of a web survey on the effects of evaluation on academic research](#). Andrea Orazio Spinello, Emanuela Reale, Antonio Zinilli.
- N. 2/2021 [An online survey on the effects of agile working in Italian Public Research Organisations](#). Serena Fabrizio, Valentina Lamonica, Andrea Orazio Spinello.
- N. 1/2021 [Technology Transfer Activities in Universities and Public Research Organizations: A Literature Overview](#). Ugo Finardi, Rolfo Secondo, Isabella Bianco.

2020

- N. 12/2020 [Unexpected loss multiperiodale e pricing del rischio di credito](#). Franco Varetto.
- N. 11/2020 [La ricerca in Nanotecnologie e Nanoscienze in Italia: spesa del settore pubblico e aree tematiche prevalenti](#). Ugo Finardi, Andrea Orazio Spinello.
- N. 10/2020 [Persistent fast growth and profitability](#). Lucio Morettini, Bianca Poti, Roberto Gabriele.
- N. 9/2020 [Binomio Burnout e Mindfulness nelle organizzazioni. Alcuni studi e scenari di applicazione](#). Oriana Ippoliti, Riccardo Briotti, Bianca Crocamo, Antonio Minopoli.

- N. 8/2020 [Innovation and communication of companies on Twitter before and during COVID-19 crisis](#). José N. Franco-Riquelme, Antonio Zinilli, Joaquín B. Ordieres-Meré and Emanuela Reale.
- N. 7/2020 [The proposal of a new hybrid methodology for the impact assessment of energy efficiency interventions. An exploratory study](#). Monica Cariola, Greta Falavigna.
- N. 6/2020 [The technology innovative system of the Silicon Valley](#). Angelo Bonomi.
- N. 5/2020 [Storia dell'industria delle macchine utensili in Piemonte dalle origini alla seconda guerra mondiale](#). Secondo Rolfo.
- N. 4/2020 [Blockchain e Internet of Things per la logistica Un caso di collaborazione tra ricerca e impresa](#). Edoardo Lorenzetti, Lucio Morettini, Franco Mazzenga, Alessandro Vizzari, Romeo Giuliano, Paolo Peruzzi, Cristiano Di Giovanni.
- N. 3/2020 [L'impatto economico e fiscale di un evento culturale: misure e scala territoriale](#). Giovanna Segre, Andrea Morelli.
- N. 2/2020 [Mapping the tangible and intangible elements of the historical buildings and spaces](#). Edoardo Lorenzetti, Nicola Maiellaro.
- N. 1/2020 [Il lavoro agile negli enti pubblici di ricerca](#). Emanuela Reale, Serena Fabrizio, Andrea Orazio Spinello.
- 2019
- N. 6/2019 [Women's candidatures in local elections: does the context matter? Empirical evidence from Italian municipalities](#). Igor Benati, Greta Falavigna, Lisa Sella.
- N. 5/2019 [Research activities in Nanotechnologies and Nanosciences: an analysis of Piedmont's nanotech research system](#). Ugo Finardi.
- N. 4/2019 [Xylella fastidiosa: patogenesi, danni economici e lotta al disseccamento rapido dell'olivo](#). Maurizio Conti.
- N. 3/2019 [Flussi di traffico attraverso il tunnel automobilistico del Frejus: un semplice esercizio di forecasting e alcune considerazioni a margine](#). Ugo Finardi.
- N. 2/2019 [The Start-up Venture Capital Innovation System Comparison with industrially financed R&D projects system](#). Angelo Bonomi.
- N. 1/2019 [Complessità delle organizzazioni, complessità della formazione. Report di studio qualitativo ed analisi ermeneutica del Modello TRASE – IRCRES/CNR-IMO](#). Anna Chiara Scardicchio.
- 2018
- N. 13/2018 [Competenze di sviluppo sistemico evolutivo per la leadership e le organizzazioni orizzontali](#). Erica Rizziato, Erika Nemmo.
- N. 12/2018 [Organizzazioni e leadership orizzontali: il percorso di training sistemico evolutivo \(TRASE\)](#). Erica Rizziato.
- N. 11/2018 [Point-in-time vs. through-the-cycle: filosofie di rating a confronto](#). Franco Varetto.
- N. 10/2018 [Evaluating social innovation: results and emerging issues from a random-trial evaluation of a program for the inclusion of migrant adolescents](#). Valentina Lamonica, Elena Ragazzi, Lisa Sella.
- N. 9/2018 [Promozione dell'Imprenditorialità nelle Nuove Tecnologie. Caso Studio: Associazione "La Storia nel Futuro"](#). Angelo Bonomi.
- N. 8/2018 [Nanotechnology patenting in Piedmont: analysis and links with research and industrial environment in the Region](#). Ugo Finardi.
- N. 7/2018 [I canali innovativi di industria 4.0 e le PMI](#). Angelo Bonomi.
- N. 6/2018 [Does the construction of biogas plants affect local property values?](#). Marco Modica.
- N. 5/2018 [Public research in Nanotechnology in Piedmont \(Italy\)](#). Ugo Finardi.
- N. 4/2018 [Le tecnologie di Industria 4.0 e le PMI](#). Angelo Bonomi.
- N. 3/2018 [Overcoming sustainability barriers through Formalized Network Contracts \(FNCs\): the experience of Italian SMEs](#). Laura Corazza, Maurizio Cisi, Greta Falavigna.
- N. 2/2018 [A new taxonomy of rewards in public administration for management implications](#). Mario Coccia, Igor Benati.
- N. 1/2018 [The role of collective remittances in community development: the case of Hometown Associations](#). Barbara Bonciani.
- 2017
- N. 14/2017 [La correlazione tra PD ed LGD nell'analisi del rischio di credito](#). Franco Varetto.
- N. 13/2017 [L'Alterità nel "Terzo Paesaggio": una risorsa di sostenibilità socio-territoriale. Gli stranieri residenti nella Valle del Turano, fonte di rinascita tra innovazione e tradizione. Presentazione progetto di ricerca etnografica](#). Brunella Bonetti.

[Numeri precedenti/Previous issues](#)

This working paper is part of a broader study on the condition of the elderly in the suburbs of metropolitan cities within the theoretical framework of Responsible Welfare. This sociological perspective is based on the vision of responsibility as a social value shared among all actors who play an active role in the welfare system, highlighting the relationality of choices and actions through which social and systemic policies are developed. The co-responsibility chain becomes crucial in analysing social spaces of proximity, which are generative spaces of opportunity and freedom for harmonious ageing. For this reason, in this exploratory phase of the research, it was assumed that the presence of policies promoting shared integration (hybrid governance) and the presence in the territory of a plurality of actors (public, private and private social) are preconditions for the development and sustainability of social and political participation, within which it is possible to promote opportunities for health, participation and safety for elderly people.

In a social context of profound transformations, it seems relevant to choose metropolitan cities as units of analysis, especially in Italy, which is the “oldest” country in Europe (Eurostat, 2023). The Italian population aged 65 and over will reach 27.3 percent of the total population in 2031; among the metropolitan cities, Rome will experience the most significant increase (+17.1%) (Istat, 2023b). Therefore, the suburbs of Rome, characterised by high rates of old age and social disadvantages, have been the context of the exploratory analysis. The case study explores Municipalities V, VII and X, using secondary sources provided by the Statistics Office of Rome. The analysis shows that the preconditions for developing and sustaining a co-responsibility chain for harmonious ageing are insufficient and require a change in decision-making processes.