

LE POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELL'INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO



Fabrizio Faggiano¹, Valery Artusio², Giacomo Balduzzi³, Renato Balduzzi⁴, Franca Beccaria⁵, Michele Bertani⁶, Stefano Camprostrini⁶, Enrico Daly², Alessandra Dian⁵, Laura Formenti⁷, Guido Giarelli⁸, Olena Ignatenko⁸, Giovanni Lamura⁹, Davide Lucantoni⁹, Marilyn Mantineo⁸, Michele Marzulli⁶, Nikolai Salvatore Pagano⁸, Andrea Principi⁹, Federico Rivella¹, Sara Rolando⁵, Ludovica Rossotti⁸, Davide Servetti³, Marco Socci⁹, Silvio Roberto Vinceti², Silvia Caristia¹

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

² Società italiana di Diritto sanitario

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

⁴ Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

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

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

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

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

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

Corrispondenza:

Silvia Caristia; silvia.caristia@uniupo.it

Sintesi

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

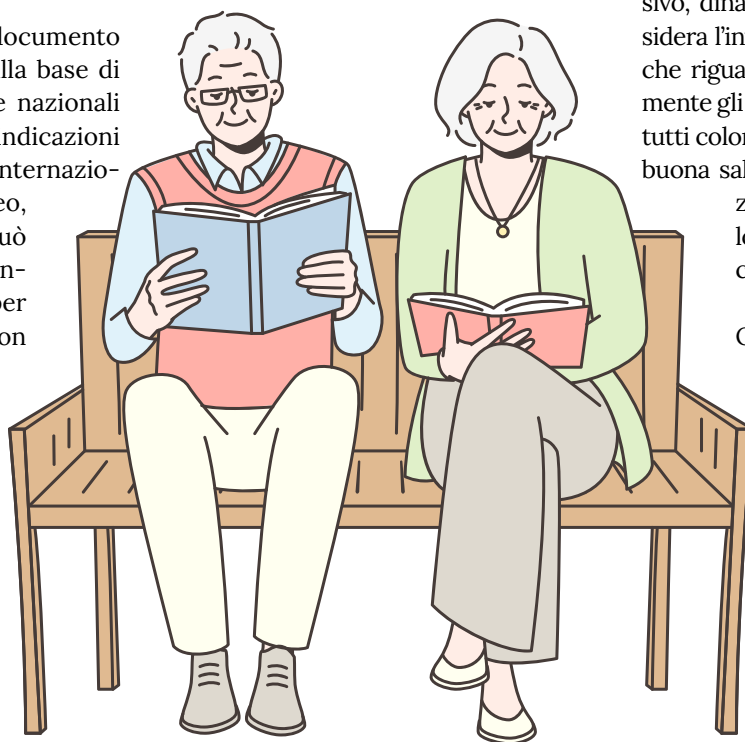
- Le azioni sono state sottoposte alla valutazione di un campione di stakeholder. Questo documento è il risultato del confronto analitico. Sono state identificate azioni possibili in 6 aree multisettoriali, a sottolineare la necessità di un approccio intersettoriale secondo l'approccio dell'ageing in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

PREMESSA E DEFINIZIONI

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

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

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



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

A questo fine, i concetti di invecchiamento sano, focalizzato sul mantenere in salute e autonomo nella vita quotidiana il cittadino che invecchia, e di invecchiamento attivo, focalizzato sul mantenere il cittadino (pienamente) partecipe delle opportunità di salute, sicurezza e partecipazione alla vita sociale, economica e culturale,¹ vengono considerati complementari e inscindibili: la promozione dell'invecchiamento sano e attivo (*healthy and active ageing*) viene trattata come tema unico senza distinguere le azioni che mirano a uno o all'altro ambito o a entrambi. Inoltre, la vision dell'invecchiamento sano e attivo adottata non fa riferimento tanto all'approccio definito di *successful ageing*, di invecchiamento di successo basato su una concezione produttivistica, individualistica e statica dell'invecchiamento, quanto su di un approccio comprensivo, dinamico e inclusivo che considera l'invecchiamento un processo che riguarda tutte le età, non solamente gli anziani, e si rivolge anche a tutti coloro che, pur non godendo di buona salute e piena autosufficienza, mantengono intatta la loro dignità, nonché la loro capacità e volontà di agire.

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

PRINCIPI

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

Mainstreaming ageing: mettere l'invecchiamento al centro delle politiche

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

Riduzione delle disuguaglianze sociali ed economiche

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

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

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

Coordinamento verticale delle politiche

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

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

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

Evidence-based policy e forme di valutazione

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

Ci possono essere diversi livelli di valutazione:

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

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

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

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

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

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

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

Life course

Approccio intergenerazionale

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

Soglia di età

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

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

Contrasto all'ageismo

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

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

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

Lifelong learning: l'apprendimento permanente

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

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

TEMATICHE

Prevenzione e promozione della salute

Stato dell'arte in Italia

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

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

- la mancanza di un coordinamento nazionale fra i settori interessati a politiche che hanno un impatto sulla salute: per esempio, fra il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) e il Ministero dell'Economia e delle Finanze che determina la tassazione di beni e attività a forte impatto sulla salute (tabacco, alcol, gioco d'azzardo); la presenza di Piani, come il PNP, il Piano Cronicità, il Piano Nazionale d'Azione sulle Dipendenze, che hanno ampi ambiti di sovrapposizione e che spesso non si citano neppure l'un l'altro; il settore sanitario e quello sociale;
- il limitato investimento economico per la prevenzione e promozione della salute in Italia, con molte regioni che faticano ad arrivare al 3% della spesa sanitaria;
- l'attenzione marginale dedicata al tema specifico dell'invecchiamento SA nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, quello in vigore al momento della stesura di questo *report*. Solo due programmi predefiniti (2. Comunità attive; 5. Sicurezza negli ambienti di vita) tra i dieci inclusi nel Piano includono indicazioni e linee di intervento – comunque in forma trasversale – sul tema dell'invecchiamento attivo e in buona salute.

Panorama delle indicazioni internazionali

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

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

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

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

- **mainstreaming ageing nelle organizzazioni**: ri-organizzare il sistema sanitario attorno al concetto di invecchiamento sano, inclusi i sistemi informativi e la preparazione alle emergenze;
- **promozione della salute, attraverso interventi universali che possono avere un effetto rapido e persistente nella fascia di età adulta-anziana**: interventi gratuiti per la cessazione dell'uso di tabacco e dell'abuso di alcol, per l'adattamento della dieta al corso della vita dell'anziano e di allenamento cognitivo per la prevenzione del declino funzionale; promozione dell'attività fisica in tutti i contesti sanitari e sociali, inclusa la prevenzione delle cadute, e promozione dell'aderenza ai programmi vaccinali e di screening dei tumori;
- **comunicazione e mind setting**: promuovere l'alfabetizzazione sanitaria degli anziani e la consapevolezza sulle malattie croniche, sui loro fattori di rischio, sui benefici di uno stile di vita attivo e sano adattando il linguaggio al target; proteggere gli anziani durante le ondate di calore attraverso l'informazione ai *caregiver*;
- **interventi strutturali**: adattare le città per la mobilità attiva e l'attività fisica, per dare priorità e garantire sicurezza a pedoni e ciclisti; ridurre l'inquinamento atmosferico e acustico; promuovere infrastrutture verdi;
- **regolamentazione del mercato**: ridurre l'accessibilità di beni non salutari attraverso la tassazione, i limiti negli orari di vendita il bando alla pubblicità di alimenti non salutari, etichettatura degli alimenti; agevolare la mobilità attiva e il consumo di alimenti sani attraverso agevolazioni fiscali e sussidi.

Raccomandazioni chiave

Favorire politiche strutturali di miglioramento degli stili di vita attraverso:

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

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

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

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

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

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

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

Stato dell'arte in Italia

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

Le sfide aperte

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

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

Panorama delle indicazioni internazionali

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni chiave

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Supportare la permanenza nella comunità di vita

Stato dell'arte in Italia

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

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

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

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

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

Panorama delle indicazioni internazionali

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

In particolare:

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

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

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

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

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

Raccomandazioni chiave

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stato dell'arte in Italia

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

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

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

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

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

Sfide aperte e problemi

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

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

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

Panorama delle indicazioni internazionali

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

- **assicurare la salute e sicurezza sul lavoro dei lavoratori anziani** attraverso l'adattamento dell'ambiente fisico (aspetti ergonomici e legati all'accessibilità) e delle norme di sicurezza alle persone anziane, interventi di promozione della salute e di prevenzione dei rischi e formazione dei datori di lavoro;
- modelli, procedure, formazione e normativa per **assicurare il ritorno al lavoro di persone che hanno malattie croniche, mentali o disabilità**, incluse iniziative di *re-skilling*;
- promuovere strategie, anche fiscali, per **favorire l'assunzione di persone anziane e la mobilità** nel mondo del lavoro, attraverso la formazione, il *counselling*, il supporto alla ricerca del lavoro; la rappresentatività sindacale dei lavoratori anziani è importante in questo ambito;

- **flessibilità del pensionamento:** assicurare il diritto di lavorare oltre l'età pensionabile o, in alternativa, innalzare l'età pensionabile o gli anni di contributi necessari ed eliminare schemi formali di pensionamento precoce; eliminare i disincentivi a posticipare il pensionamento nei sistemi di sicurezza sociale.; assicurare flessibilità negli schemi di pensionamento attraverso riduzioni progressive dell'orario di lavoro (pensionamento parziale) con intervento dell'ente pensionistico nell'integrare lo stipendio;
- **assicurare una pensione minima** fondata sulla tassazione, promuovere pensioni di residenza o espandere quella sociale a chi non vi accede; **prediligere pensioni non contributive** o miste in cui la componente obbligatoria sia prevalente rispetto alla sovvenzione di schemi pensionistici privati volontari; applicare tassi di sostituzione più elevati agli individui con retribuzioni da lavoro più basse;
- **organizzazione del lavoro:** adattare il lavoro (mansioni e attività) all'età, usare forme come di lavoro part-time, lunghi congedi, la condivisione dei compiti e delle mansioni, il lavoro a distanza per i lavoratori anziani, organizzazione e compiti flessibili e adattabili ai lavoratori anziani, training e *re-training*, posti riservati, promuovere la condivisione delle abilità con gli altri colleghi;
- **formazione continua:** garantire l'accesso alla formazione continua, università e scuole superiori anche ai lavoratori anziani per promuovere le opportunità di impiego, specialmente nell'ambito delle nuove tecnologie;
- **riconoscimento del lavoro di cura informale:** promuovere i diritti dei *caregiver* informali, con particolare attenzione ai congedi, alle modalità di lavoro flessibili (per esempio, orario ridotto, orario flessibile, orario concentrato) e al lavoro part-time.

Raccomandazioni chiave

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

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

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

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

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

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

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

Partecipazione sociale e culturale

Stato dell'arte in Italia

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

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

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

Panorama delle indicazioni internazionali

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

Le principali indicazioni internazionali²⁷ sono:

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

Raccomandazioni chiave

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

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

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

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

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

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

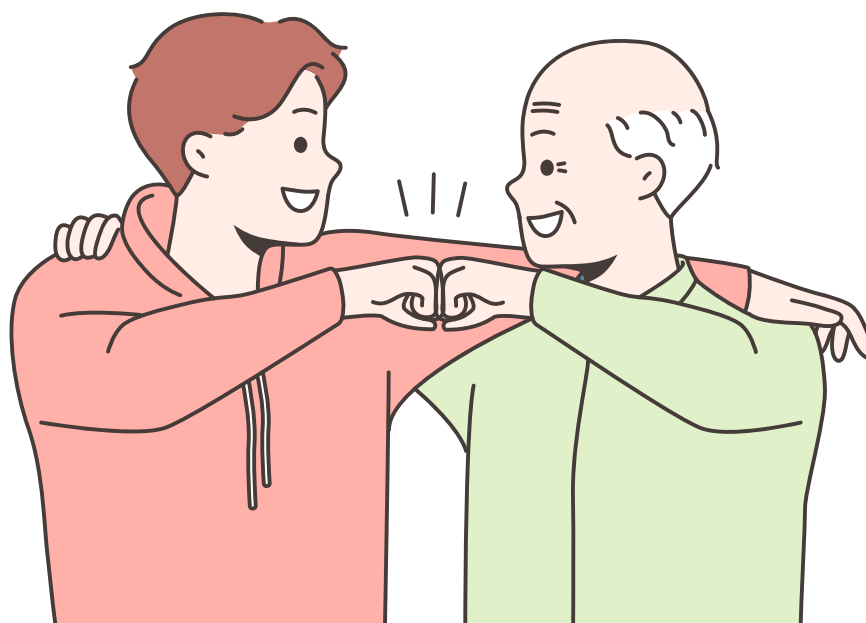
Rinforzare il ruolo dei Centri di servizi per il volontariato (CSV) nella formazione, nella consulenza e nell'aggiornamento normativo per sostenere gli ETS nell'adempimento delle procedure amministrative e gestionali.

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

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

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

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



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

Stato dell'arte in Italia

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

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

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

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

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

Panorama delle indicazioni internazionali

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

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni chiave

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

APPENDICE

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

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