



CORSO DI DOTTORATO IN TEORIA E RICERCA
EDUCATIVA E SOCIALE
Curriculum Sociologia e Servizio Sociale

XXXVIII CICLO

Invecchiamento e Partecipazione:
il ruolo del corso di vita in una prospettiva di genere

Dottoranda: Camilla Caporali

Tutor e Coordinatore: Prof. Marco Accorinti

Co-tutor: Prof. Marco Buralassi

Introduzione	6
CAPITOLO 1. La sfida dell'invecchiamento: approcci teorici e modelli contemporanei	
1. La "grand challenge" dell'invecchiamento	13
1.1. Una questione di genere	20
2. Il contributo della gerontologia sociale.....	27
2.1. Il dibattito tra Teoria dell'Attività e Teoria del Disimpegno.....	27
2.2. Invecchiamento tra struttura ed eterogeneizzazione dei corsi di vita	31
2.2.1. Le teorie dell'accumulo di vantaggi e svantaggi	38
2.2.2. Eterogeneità, de-strutturazione e individualizzazione del corso di vita	41
2.3. Stili di vita, habitus e capitale culturale	45
2.4. La lente del genere per reinterpretare le teorie classiche	51
3. Invecchiare attivamente: modelli di analisi contemporanei.....	57
3.1. Invecchiamento di successo.....	58
3.2. Active Ageing.....	61
3.3. L'invecchiamento attivo nella normativa	69
3.3.1. La diffusione al livello internazionale.....	70
3.3.1.1. L'evoluzione del concetto nelle interpretazioni degli organismi internazionali	74
3.3.2. La promozione degli impegni del MIPAA in Italia e il <i>Mainstreaming aging</i>	76
3.3.2.1. Uno sguardo alla normativa nazionale e regionale	82
Conclusioni al capitolo	86
CAPITOLO 2. Benessere e partecipazione nella terza età: una lettura di genere	
Introduzione	88
1. L'impegno volontario in età anziana	89
1.1. Forme di capitale e motivazioni alla base dell'attività volontaria	95
1.2. Differenze di genere nella partecipazione	100
1.3. La partecipazione nei dati raccolti da IREF: una lettura generazionale e di genere	109
1.3.1. "Giovani" e "grandi anziani": l' <i>engagement</i> nelle diverse fasi dell'anzianità	109
1.3.2. Cittadine attive e cittadini attivi.....	113
2. Benessere, partecipazione e cura	119
2.1. <i>Caregiving</i> e solidarietà intergenerazionale: la popolazione anziana come "fornitrice" di cura	120
2.1.1. Le analisi sull'uso del tempo: la cura è ancora una "questione femminile"?	124
2.2. Le diverse facce della partecipazione: quali effetti sul benessere di anziani e anziane?.....	131
2.2.1. Complementarità e conflittualità dei ruoli	135

3.	L'Indice di Invecchiamento Attivo	138
3.1.	La formula dell'AAI	138
3.2.	Una proposta di ricalcolo.....	144
	Conclusioni al capitolo	146
CAPITOLO 3. La ricerca		
1.	Il progetto di ricerca	148
1.1.	La costruzione delle domande di ricerca	148
1.2.	Il <i>target</i> del progetto: giovani anziane e giovani anziani	150
1.3.	L'impianto della ricerca	151
1.4.	Selezione delle associazioni	152
1.5.	La scelta dei <i>mixed methods</i>	158
1.6.	Redazione del questionario, <i>pilot test</i> e somministrazione	159
1.7.	Somministrazione del questionario e strumenti di analisi dei dati	161
1.8.	L'approfondimento qualitativo attraverso i due focus group	162
2.	Analisi dei dati raccolti attraverso il questionario.....	164
2.1.	Sezione dati anagrafici.....	164
2.2.	Sezione salute e benessere.....	171
2.3.	Sezione attività di cura.....	174
2.4.	Sezione partecipazione civica	177
2.5.	Il benessere come concetto multidimensionale.....	183
2.5.1.	Le molteplici dimensioni della salute	183
2.5.2.	La soddisfazione generale come variabile rilevante	187
2.5.3.	Costruzione dell'indice di benessere	188
2.5.4.	Analisi di correlazione tra indicatori di salute.....	189
2.6.	La scarsa presenza di " <i>multicarer</i> "	191
2.7.	Impegno civico e <i>caregiving</i> : ruoli compatibili o contrastanti?	193
2.8.	Livelli di benessere e modelli di attività.....	194
2.9.	Gli effetti sul benessere delle motivazioni all'impegno volontario	199
3.	Analisi dei dati raccolti nell'ambito dei focus group	202
	Commento sui risultati e spunti di riflessione.....	219
	Nota metodologica	231
	<i>Bibliografia</i>	232
	Appendice A. Questionario Invecchiamento Benessere e Partecipazione.....	257
	Appendice B. Scheda osservativa focus group	264

Introduzione

L'aumento dell'aspettativa di vita e la conseguente crescita della popolazione anziana hanno reso il tema dell'invecchiamento sempre più centrale nel dibattito scientifico, politico e istituzionale. Tale trasformazione demografica ha posto nuove sfide ai sistemi di welfare, ai modelli di protezione sociale e all'organizzazione dei rapporti familiari e intergenerazionali, sollecitando una riflessione approfondita non solo sulle condizioni di salute e di autonomia della popolazione anziana, ma anche sulle modalità attraverso cui essa partecipa alla vita sociale e comunitaria. Parallelamente, la crescente eterogeneità dei corsi di vita e delle biografie individuali ha contribuito a superare una visione statica e standardizzata dell'invecchiamento, promuovendo lo sviluppo di approcci che lo interpretano come un processo continuo, fortemente differenziato e condizionato dalle esperienze vissute lungo l'intero arco della vita.

In questo quadro si afferma il paradigma dell'invecchiamento attivo, divenuto progressivamente centrale sia nella ricerca scientifica sia nel discorso politico-istituzionale, che pone l'accento sulla possibilità – e sulla responsabilità – delle persone anziane di mantenere nel tempo elevati livelli di salute, autonomia e partecipazione. Tale approccio ha contribuito a ridefinire il ruolo dell'anzianità all'interno della società, spostando l'attenzione da una rappresentazione prevalentemente orientata ai bisogni a una che valorizza il contributo attivo delle persone anziane alla famiglia e alla comunità. Tuttavia, se da un lato l'invecchiamento attivo ha aperto nuove prospettive interpretative e operative, dall'altro ha sollevato interrogativi critici circa il rischio di promuovere modelli normativi di partecipazione, poco attenti alle disuguaglianze sociali e alle differenze che attraversano le esperienze di invecchiamento.

In particolare, numerosi contributi hanno evidenziato come l'invecchiamento non sia un processo neutrale, ma profondamente segnato dalle disuguaglianze accumulate nel corso della vita, in cui la dimensione di genere riveste un ruolo

centrale. I ruoli, le aspettative e le opportunità differenziate che caratterizzano uomini e donne lungo il corso di vita producono effetti anche nelle fasi più avanzate dell'esistenza, incidendo sulle modalità di partecipazione sociale, sull'uso del tempo e sull'esperienza soggettiva del benessere. Tali asimmetrie risultano particolarmente evidenti nelle analisi dei bilanci tempo, che mostrano la persistenza di un maggior carico di cura sulla popolazione femminile, anche in età anziana. Parallelamente, si osserva un minore *engagement* delle donne alle attività in ambito civico e volontario, configurando modelli di partecipazione profondamente differenziati per genere.

Inoltre, la letteratura sul tema e i dati statistici nazionali e internazionali evidenziano differenti modalità di partecipazione nell'anzianità anche tra le anziane e gli anziani già attivi/i in ambito associativo, con le donne che sperimentano generalmente una modalità partecipativa a minore intensità e ricoprono ruoli meno apicali e più "operativi". In aggiunta a tale segregazione verticale, sussiste anche una segregazione di genere orizzontale per quanto riguarda gli ambiti di azione volontaria, che vede la popolazione femminile maggiormente presente nelle associazioni di promozione culturale e quella maschile più coinvolta in ambito sindacale. Infine, l'allocazione differenziata dei compiti di cura rispetto al genere è presente anche nella popolazione anziana attiva in ambito associativo, con le volontarie che con maggiore probabilità svolgono compiti di cura nei confronti di minori o di adulti non autosufficienti rispetto ai volontari, e tale impegno risulta intenso, in termini di carico orario settimanale.

In questo contesto si colloca la presente ricerca, che si propone di analizzare il tema della partecipazione nell'anzianità mettendo in luce la complessità delle esperienze, i significati attribuiti alle diverse forme di impegno e gli effetti sul benessere delle differenti combinazioni di attività. In particolare, si parte dalla considerazione, ampiamente condivisa in letteratura, secondo cui l'associazionismo e il volontariato rappresentano spazi privilegiati di partecipazione. Essi sono in grado di rafforzare il senso di appartenenza, il

riconoscimento sociale e la continuità identitaria in una fase della vita caratterizzata da profondi cambiamenti, contribuendo anche al benessere e alla soddisfazione personale.

In linea con quanto sostenuto anche dal paradigma dell'invecchiamento attivo, le transizioni che caratterizzano la giovane anzianità, come il pensionamento, la ridefinizione dei ruoli lavorativi e i cambiamenti nel contesto familiare, possono aprire nuovi spazi di partecipazione e di impegno civico. Tuttavia, per le donne tali cambiamenti rischiano di tradursi in un'intensificazione delle responsabilità di cura nei confronti dei familiari. La cura e la solidarietà intergenerazionale appaiono quindi dimensioni rilevanti, in quanto rappresentano una componente centrale dell'esperienza anziana femminile e la persistenza della divisione di genere del lavoro di cura emerge come elemento strutturante le possibilità di partecipazione e l'uso del tempo, anche nelle ultime fasi della vita.

Inoltre, per promuovere il benessere nell'anzianità risulta necessario interrogarsi su quali modalità di partecipazione siano maggiormente benefiche per la popolazione anziana. Molteplici approcci teorici sull'invecchiamento attivo, in particolare le teorie del Successful Ageing e successive, hanno sostenuto una visione cumulativamente positiva della produttività nella terza e quarta età, per cui ad essere rilevante per il benessere dell'anziana/o sarebbe il grado di *engagement* in generale, e non altrettanto determinanti, invece, gli ambiti e le modalità in cui tale impegno è esercitato. Tale prospettiva, però, sembra essere in parte smentita dalla letteratura sul tema del benessere nell'anzianità. Infatti, se, risulta ampiamente confermato il ruolo del volontariato e dell'associazionismo nella promozione del benessere dell'anziana/o che lo pratica, al contrario, si presenta maggiormente controverso l'effetto delle attività di cura e solidarietà intergenerazionale, poiché da un lato esse contribuiscono al mantenimento di una rete sociale solida, ma possono dall'altro essere percepite come un obbligo e un impedimento.

Gli stessi strumenti di misurazione dell'Invecchiamento Attivo, in particolare l'Indice di Invecchiamento Attivo, sono formulati in modo da sostenere l'approccio

cumulativo e non sembrano soffermarsi adeguatamente sui divari di genere e sugli effetti delle diverse modalità di partecipazione sulla soddisfazione della persona che le svolge. Nello specifico, il dominio “Partecipazione sociale” dell’Indice di Invecchiamento Attivo, esplorato nel secondo capitolo, è costruito sommando due indicatori di partecipazione “pubblica” (partecipazione politica e volontariato) e due di partecipazione “privata” (cura delle/i minori e cura delle/gli adulte/i non autosufficienti). Il dominio si pone l’obiettivo di stimare il grado di partecipazione delle/gli anziane/i alla vita sociale, ma risulta, per la sua attuale formulazione, maggiormente adeguato a riflettere una partecipazione poliedrica e multidimensionale, nella quale le attività pubbliche e quelle private risultano tendenzialmente equilibrate. Come si può dedurre dai dati dell’indice, una simile ripartizione tra sfere di impegno appare maggiormente corrispondente a un modello partecipativo maschile. Al contrario, il livello complessivo ottenuto nel dominio dalla popolazione femminile è fortemente sbilanciato dagli elevati punteggi ottenuti nelle dimensioni di partecipazione privata, relative alla cura intergenerazionale, e non dagli indicatori di partecipazione pubblica, nei quali le donne ottengono punteggi inferiori. Tale sproporzione è ulteriormente accentuata dal peso che nel dominio è attribuito a ciascun indicatore. La proposta di ricalcolo, esplorata nella sezione del secondo capitolo dedicata all’AAI, mostra infatti che una riponderazione degli indicatori che attribuisca maggior peso alle attività pubbliche è sufficiente per mettere maggiormente in luce le differenze di genere nella partecipazione, evidenziando lo “svantaggio” femminile.

Il dibattito sul tema complesso della partecipazione delle/gli anziane/i, seppur ampio e articolato, non sembra, quindi, tenere adeguatamente di conto le significative differenze di genere nei modelli partecipativi e risultano, inoltre, ancora parzialmente inesplorate le modalità attraverso cui l’impegno volontario e il lavoro di cura si influenzano vicendevolmente, e in particolare a quali condizioni tali attività possano essere compatibili. Se alcuni approcci tendono, infatti, a considerare il volontariato e la cura come dimensioni complementari e compatibili

della partecipazione nell'anzianità, evidenziando gli effetti positivi sul benessere del ricoprire più ruoli in contemporanea, posizioni più critiche sostengono che tale visione "cumulativa" possa oscurare le differenze tra le diverse forme di impegno e trascurare il peso che fattori strutturali e individuali esercitano sulle possibilità di scelta e sulla soddisfazione personale derivante dalle attività svolte. In questa prospettiva (definita "*role strain*"), non solo *caregiving* e volontariato non sarebbero compatibili, ma essere impegnati in maniera estesa nel lavoro di cura determinerebbe una diminuzione dell'impegno volontario e contestualmente un peggioramento del benessere complessivo. L'incompatibilità delle due attività comporterebbe uno svantaggio sul benessere e sulla soddisfazione personale della popolazione femminile, non solo per l'effetto controverso che il lavoro di cura ha sulle persone che lo svolgono, ma anche per il fatto che tale impegno potrebbe limitare le possibilità di partecipazione in ambito civico. In questo senso, quindi, le maggiori responsabilità di cura che la popolazione femminile si trova a dover affrontare anche nell'anzianità meritano una riflessione che tenga in considerazione le altre sfere di attività. Se l'uso del tempo è considerabile un indicatore della soddisfazione personale, risulta chiaro che la persistenza di una doppia presenza femminile anche nell'anzianità, con la cura e la solidarietà intergenerazionale molto rilevanti nella quotidianità delle anziane, è di per sé un elemento che ha effetti sul benessere. Infatti, se è noto che le donne vivono più a lungo ma con stati di salute e soddisfazione meno elevati, determinando il cosiddetto "paradosso femminile della salute" ampiamente dibattuto in letteratura, e parallelamente la partecipazione appare un elemento centrale per il benessere nell'anzianità, risulta fondamentale interrogarsi su come i differenti ruoli di genere attribuiti, nel condizionare la partecipazione sociale, possano influenzare il benessere individuale.

Alla luce del quadro teorico delineato, l'elaborato si articola in tre capitoli, che sviluppino in modo progressivo le principali linee interpretative e analitiche della ricerca.

I primi due capitoli, di stampo teorico, affrontano rispettivamente i temi della partecipazione nelle principali teorie della gerontologia sociale e il nesso tra invecchiamento, partecipazione e benessere, attraverso la revisione della letteratura e la presentazione, in prospettiva di genere, di dati secondari nazionali e internazionali. È proposta, infine, una revisione dell'Indice di Invecchiamento Attivo, secondo quanto anticipato, al fine di dare maggior risalto alla dimensione di genere nell'interpretazione dei modelli partecipativi.

Il terzo capitolo è dedicato alla ricerca empirica e alla presentazione dei risultati dell'indagine di campo. La ricerca, articolata in una fase quantitativa e una qualitativa, ha come oggetto di studio un campione di giovani anziane/i impegnate/i in attività di volontariato e associazionismo nell'ambito di alcune realtà associative selezionate. La fase di analisi quantitativa ha avuto il fine di esplorare la relazione tra le diverse forme di impegno e i livelli di benessere, misurati attraverso un indice di benessere che integra la soddisfazione per diversi ambiti della vita e la salute auto percepita. La fase qualitativa, sviluppata attraverso due focus group di approfondimento, ha inteso indagare i significati soggettivi attribuiti alle esperienze di partecipazione e di cura, mettendo in luce le differenze sugli stati d'animo delle due sfere di attività. Nell'ultima parte dell'elaborato sono interpretati i risultati ottenuti alla luce degli assunti teorici sviluppati nel percorso, e proposti spunti di riflessione aggiuntivi.

L'utilizzo della prospettiva di genere nell'impostazione della ricerca empirica e nella lettura dei risultati, ha permesso di confermare come il genere rappresenti non una variabile individuale che incide sugli stili di invecchiamento, ma una dimensione strutturante che modella l'esperienza durante tutto il corso di vita.

La persistenza nell'anzianità di una allocazione dei ruoli differenziati secondo il genere riproduce un modello di esperienza femminile contraddistinto dalla doppia presenza, nel quale l'attività di cura, caratterizzata da una percezione di obbligatorietà, entra in tensione con ruoli maggiormente orientati all'esterno della sfera familiare, e vissuti come espressione di un tempo da dedicare a sé stesse.

In questo senso, al fine di sostenere il benessere della popolazione anziana a tutto tondo, appare sempre più necessario promuovere stili di invecchiamento attenti alle differenze individuali, che non incentivino un'attivazione generica, interrogandosi invece su quali forme di partecipazione sociale lo favoriscano maggiormente e su come le diverse attività si influenzino reciprocamente.

CAPITOLO 1. La sfida dell'invecchiamento: approcci teorici e modelli contemporanei

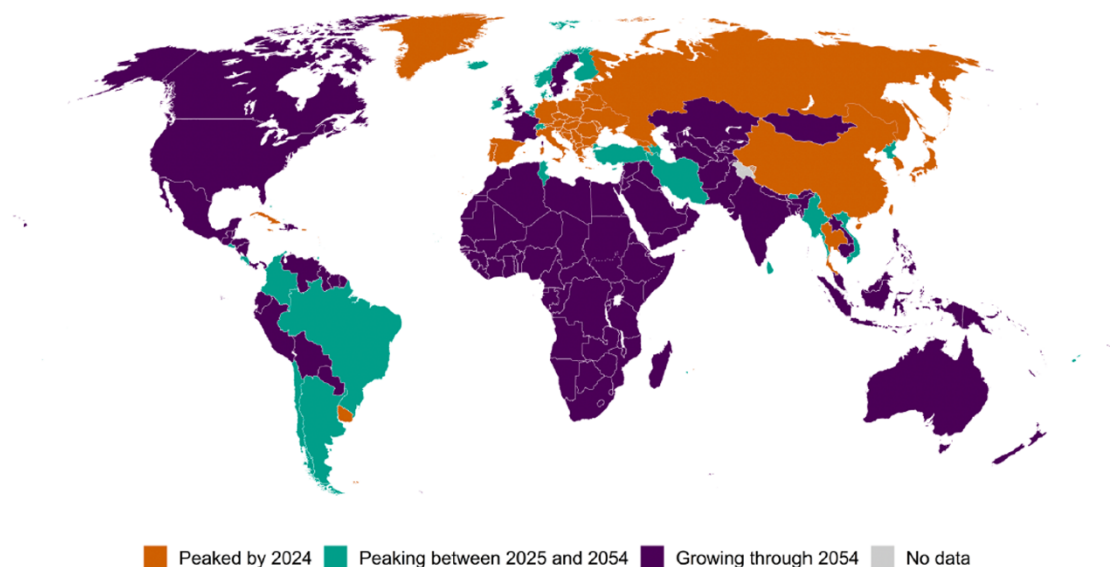
1. La “grand challenge” dell'invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione è diventato negli ultimi decenni una delle grandi sfide, demografiche e sociali, della contemporaneità. Sebbene gli effetti di lungo periodo siano evidenti soprattutto in alcune aree geografiche, tra cui l'Europa, il fenomeno raggiunge ormai una diffusione mondiale e le popolazioni che seguono un *trend* contrario sono una minoranza.

Come evidenziato dalle Nazioni Unite (2024), entro il 2080 il numero degli over65 supererà a livello globale quello dei minori sotto i 18 anni, raggiungendo i 2,2 miliardi. Già entro il 2035 si stima che ci saranno 265 milioni di persone di 80 anni o più e che queste supereranno il numero di neonati (United Nations Department of Economic and Social Affairs, 2024).

In particolare, gli effetti della transizione demografica mostrano che la maggior parte delle nazioni ha raggiunto o raggiungerà entro pochi anni il picco demografico, e ciò comporta che, secondo le stime, già dal 2080 la popolazione mondiale sarà in diminuzione.

Figura 1. Nazioni e aree in base al momento in cui hanno osservato, o è previsto, il picco nella popolazione



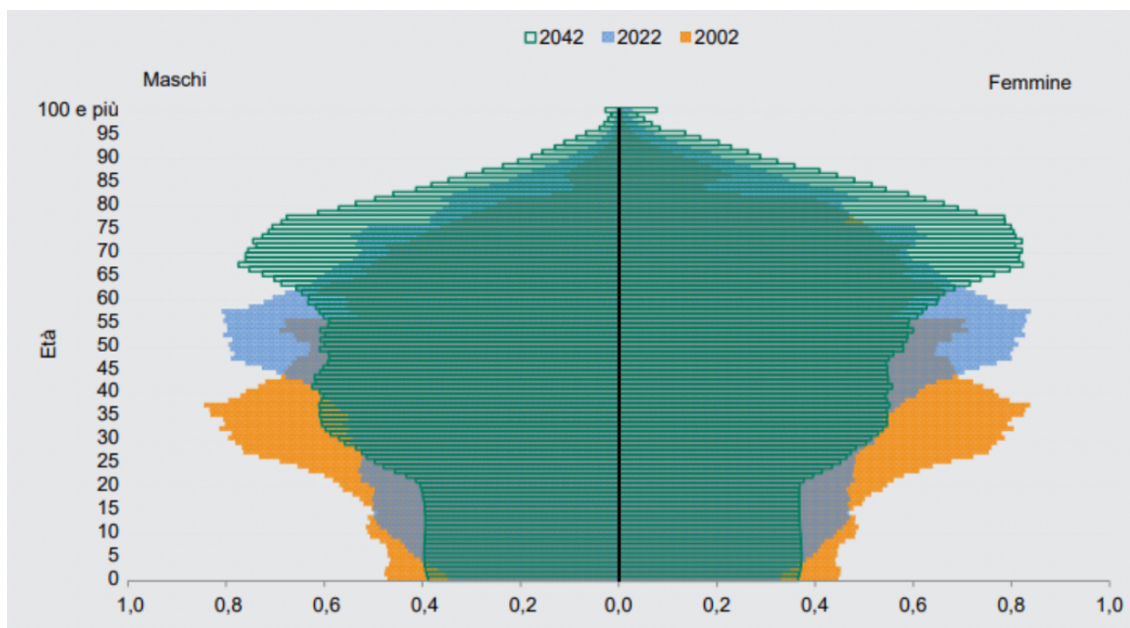
Fonte: Nazioni Unite, 2024

A livello europeo, e italiano in particolare, il trend è marcato e l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), in continua crescita da ormai due decenni, raggiunge, a inizio 2023, il livello di 193 anziani ogni cento giovani (ISTAT, 2025)¹.

Ciò comporta, come noto, un rovesciamento della cosiddetta “piramide demografica”, che nel corso degli anni ha assunto una forma più simile a una “piramide rovesciata” o a una “nave da crociera”. Questo è dovuto in parte agli effetti ancora visibili del boom delle nascite avutosi in concomitanza della crescita economica degli anni Cinquanta e Sessanta del Novecento, e in parte al persistente calo della natalità, che dagli anni Novanta segna un andamento apparentemente irreversibile, almeno nel breve periodo.

¹Dati consultabili all'indirizzo: <https://noi-italia.istat.it/pagina.php?id=3&categoria=3&action=show&L=0#:~:text=Continua%20ad%20aumentare%20l'indice,%E2%80%9Cvecchi%E2%80%9D%20dell'Ue.>

Figura 2. Popolazione in Italia per sesso, età e stato civile e previsioni della popolazione e delle famiglie



Fonte: ISTAT (2022)

Senza soffermarsi troppo a lungo sui dati, consultabili sulle pagine web e i report delle principali agenzie statistiche nazionali e internazionali, è comunque il caso di sottolineare quanto questo fenomeno abbia stravolto sia i rapporti familiari e intergenerazionali sia il modo di percepire e vivere l'anzianità. La fase della vita definibile come "anzianità" assume connotazioni sempre più sfumate, a causa della crescente eterogeneità delle esperienze di vecchiaia; e, in generale, risulta sempre più difficile – al di fuori della definizione statistica – definire una persona di sessantacinque anni "anziana". Infatti, una prima questione che si palesa a studiosi e studiosi che intendano cimentarsi nell'analisi del fenomeno è proprio di natura definitoria.

Dal vocabolario Treccani:

anziano

agg. e s. m. [prob. dal fr. *ancien*, e questo dal lat. **anteanus*, **antianus*, der. di *antea* «prima»]. – **1.** Di età avanzata, in senso assoluto o in relazione ad

*altri: un uomo a., una signora a.; comincia ad essere a.; il più a. dei quattro non superava i quarant'anni; come s. m., spec. al plur.: i giovani e gli a.; il problema sociale degli anziani (...)*²

Un aspetto interessante, messo in evidenza già nella prima parte della definizione Treccani, riguarda la relatività del concetto, che sottolinea quanto questo sia condizionato dalle convinzioni culturali e soggetto ad ampia variabilità in base al contesto e al periodo storico.

Così come altre fasi della vita, tra tutte la “giovinezza” che ha subito una sorte simile negli ultimi decenni dilatandosi fino – o secondo alcuni oltre – i 35 anni, la percezione contemporanea della anzianità è riconducibile maggiormente a quella che nelle classificazioni demografiche è definita “grande anzianità”. La variabilità del concetto, infatti, ha reso necessaria una sua ulteriore ripartizione in tre sottocategorie: “giovani anziani”, “anziani” e “grandi anziani” o “anziani fragili”, a cui recentemente viene accostato il quarto gruppo, sempre più consistente, dei cosiddetti “ultracentenari”.

Gli anziani per convenzione sono identificati nelle persone di 65 anni e più, anche se la corrispondenza con l'età anagrafica appare superata dai cambiamenti negli stili di vita, nella partecipazione attiva sociale e culturale, nel grado di autonomia e nelle migliorate condizioni di salute. L'universo degli anziani, a partire dalla soglia convenzionale dei sessantacinquenni, si estende da una prima fascia di “giovani anziani” fino agli ultra ottantacinquenni, i “grandi anziani”, ossia gruppi di popolazione che sulla base della progressione di un insieme di condizioni vedono limitare man mano le funzionalità psico-fisiche con l'incedere nelle età avanzate e quindi il ruolo attivo nella società. (ISTAT, 2023, p. 2)

² <https://www.treccani.it/vocabolario/anziano/>

Sebbene le categorie sopra elencate siano rispondenti a requisiti anagrafici (65-74 anni giovani anziani, 75-84 anni anziani, 85-99 anni grandi anziani, 100 anni o più ultracentenari), è sempre più condiviso, come si nota dalla definizione dell'ISTAT, un uso flessibile delle definizioni, che tenga conto anche delle caratteristiche individuali degli anziani, in particolare il loro essere attivi a più livelli, sociale, relazionale, fisico e cognitivo, e l'essere o meno soggetti a limitazioni funzionali e di autonomia a causa della presenza di morbidità o disabilità più o meno cronicizzate. Infatti, se generalmente i giovani anziani sono maggiormente autonomi, attivi e indipendenti rispetto ad anziani e grandi anziani, e in molti casi hanno stili di vita sovrapponibili o non significativamente diversi da quelli degli adulti, la presenza di morbidità e comorbidità può peggiorare notevolmente il benessere e lo stile di vita individuale.

Come noto, se il benessere è un concetto complesso e multidimensionale, che non coincide con la presenza o assenza di malattia, ma comprende elementi quali la condizione relazionale e psicologica, l'autonomia e la possibilità di avere uno stile di vita in linea con le proprie aspettative, è innegabile che nella terza e quarta età la presenza di una o più morbidità possa comportare effetti rilevanti sullo stile di vita e condizionare le possibilità di invecchiare in maniera attiva.

Il significato stesso di vecchiaia è stato fin dalla antichità associato al decadimento e alla malattia. Scrive Simone de Beauvoir nel testo *La terza età*:

Certi medici arrivano ad assimilare la vecchiaia a una malattia: è ciò che ha fatto recentemente la celebre geriatra rumena dottoressa Aslan in un'intervista concessa in Italia. Io non penso sia legittimo fare questa confusione: la malattia è un fatto accidentale, la vecchiaia, invece, è la legge stessa della vita. Tuttavia, l'espressione: «vecchio e malato», è quasi un pleonasmo. «La vecchiaia, questo riassunto di malattie», ha scritto Péguy. Samuel Johnson disse: «Le mie malattie sono: asma, idropisia, e, ciò che è

meno guaribile, settantacinque anni». Un medico domandò a una vecchiaia che portava gli occhiali: «Di che cosa soffre, signora? Di presbiopia o di miopia?» «Soffro di vecchiaia, dottore». V'è una relazione reciproca tra vecchiaia e malattia; questa accelera la senescenza, e l'età avanzata dispone ai disturbi patologici, in particolare ai processi degenerativi che li caratterizzano. È assai raro imbattersi in quella che si potrebbe chiamare «la vecchiaia allo stato puro». Le persone anziane sono affette da una patologia cronica. (1970, p. 35)

Sebbene questa visione sia stata in parte superata da un approccio alla vecchiaia più onnicomprensivo, è innegabile che il processo di invecchiamento comporti un decadimento fisico, l'insorgenza di patologie e la loro cronicizzazione. Come evidenzia l'ISTAT «nel 2019, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche. (...)» (2021, p. 3). Secondo il rapporto, oltre il 40% degli over 65 ha almeno una patologia grave e il 17% almeno due patologie. Le percentuali crescono all'aumentare dell'età, raggiungendo il 30% circa di anziani e anziane over 85 con due o più malattie croniche.

Figura 3. Indicatori di salute nella popolazione anziana

I NUMERI CHIAVE: INDICATORI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA (65 ANNI E OLTRE) E BISOGNO DI ASSISTENZA PER CLASSE DI ETÀ E SESSO. Anno 2019, tassi per 100 persone e valori assoluti in migliaia							
CLASSE DI ETÀ	Gravi malattie croniche	Almeno tre malattie croniche	Stato ansioso-depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)	di cui con bisogni di assistenza o ausili
65-74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6	71,2
75-84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3	67,1
75 e oltre	52,0	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3	65,0
85 e oltre	59,4	66,0	20,6	63,8	67,9	37,2	63,7
Totale	43,2	52,0	14,7	28,4	31,5	10,6	65,8
Uomini	46,0	46,1	9,2	22,8	22,3	7,5	66,9
Donne	41,1	56,7	18,9	32,8	38,6	13,3	65,3
Totale V.A.	5.871	7.064	3.919	3.860	5.136	1.437	945

Fonte: ISTAT, 2021

Tali dati si inseriscono in un quadro che negli ultimi decenni è stato comunque favorevole e che, a eccezione del periodo di emergenza Covid, ha registrato una costante compressione della morbidità o disabilità e un progressivo spostamento in avanti dell'insorgenza di malattie e delle condizioni più severe di salute (ISTAT, 2021, p. 2).

Anche l'aspettativa di vita alla nascita, dopo la battuta di arresto del Covid, ha ripreso a salire, raggiungendo nel 2024 il livello di 83,4 anni, ovvero 81,4 per gli uomini e 85,5 per le donne (ISTAT, 2025), mentre l'aspettativa di vita a 65 anni si è attestata nel 2023 a 22,6 anni per le donne e 19,7 anni per gli uomini. Con questi numeri, il nostro Paese si colloca in terza posizione nella classifica UE27.

Se l'aspettativa di vita alla nascita ha raggiunto nuovi massimi storici, un altro indicatore di salute e longevità non sembra seguire lo stesso *trend*. La speranza di vita in buona salute, intesa come numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti all'età *x* in condizioni di buona salute (si considerano in buona salute le persone che in occasione dell'Indagine sulle Condizioni di salute della popolazione e ricorso ai servizi sanitari hanno dichiarato di sentirsi “bene” o “molto bene”), segna infatti un andamento negativo in particolar modo a carico delle donne:

(...) il numero medio di anni di vita in buona salute alla nascita continua (...) a ridursi (...). In particolare, per gli uomini la speranza di vita in buona salute osservata nel 2024 (59,8 anni) segna il riallineamento a quella del 2019. Per le donne, invece, nel 2024, la stima di 56,6 anni segna il punto di minimo dell'ultimo decennio: in un solo anno si stima, pertanto, che le donne abbiano perso 1,3 anni di vita in buona salute, ampliando il noto divario di genere a loro svantaggio (-3,2 anni). (ISTAT, 2025, p.100)

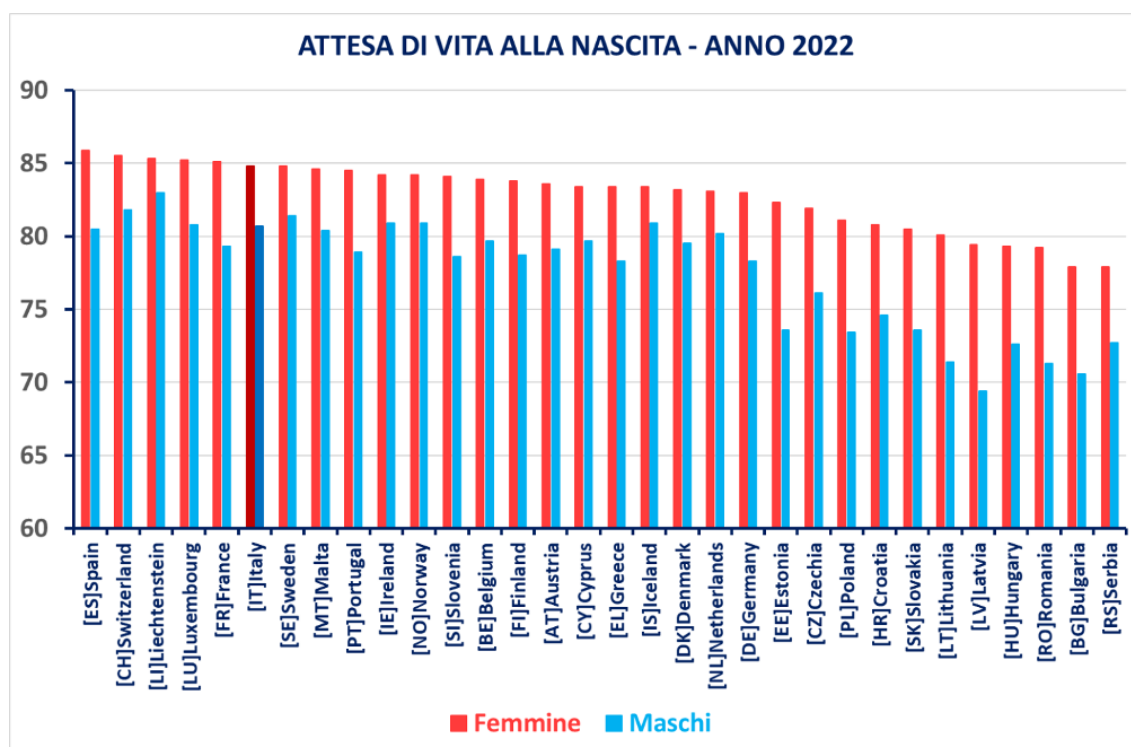
L'indicatore della speranza di vita in buona salute è rilevante soprattutto perché integra nell'analisi della longevità la dimensione soggettiva dello stato di salute. Secondo le rilevazioni ISTAT, i livelli di tale indicatore sono in continua diminuzione, e nel 2024 hanno segnato livelli inferiori a quelli attestati precedentemente alla pandemia legata al Covid-19. La speranza di vita in buona salute evidenzia, inoltre, marcati divari di genere, di cui si parlerà più nel dettaglio nella prossima sezione. Può essere messo in luce come i due indicatori, speranza di vita e speranza di vita in buona salute, non seguano lo stesso andamento, suggerendo l'influenza di molteplici aspetti nel determinare l'autopercezione della salute, non limitati alla presenza/assenza di malattie.

In generale, nonostante l'invecchiamento sia ormai riconosciuto come una delle principali sfide contemporanee, la molteplicità delle dimensioni che entrano in gioco nella percezione collettiva dell'anzianità, così come gli aspetti individuali che condizionano il benessere nella terza e quarta età, rendono il tema particolarmente complesso e urgenti le analisi che tengano conto di tale multidimensionalità.

1.1. Una questione di genere

Come si rileva dai dati ISTAT presentati nelle Figure 3 (Sezione precedente) e 4, sussistono significativi divari di genere nella condizione di salute degli anziani. In particolare, l'aspettativa di vita alla nascita della popolazione femminile è maggiore in Italia di circa cinque anni rispetto alla componente maschile. Anche negli altri paesi UE, a fronte di differenze marcate sulla speranza di vita complessiva da zona a zona, il divario di genere rimane significativo e sempre a vantaggio della popolazione femminile.

Figura 4. Attesa di vita alla nascita 2022



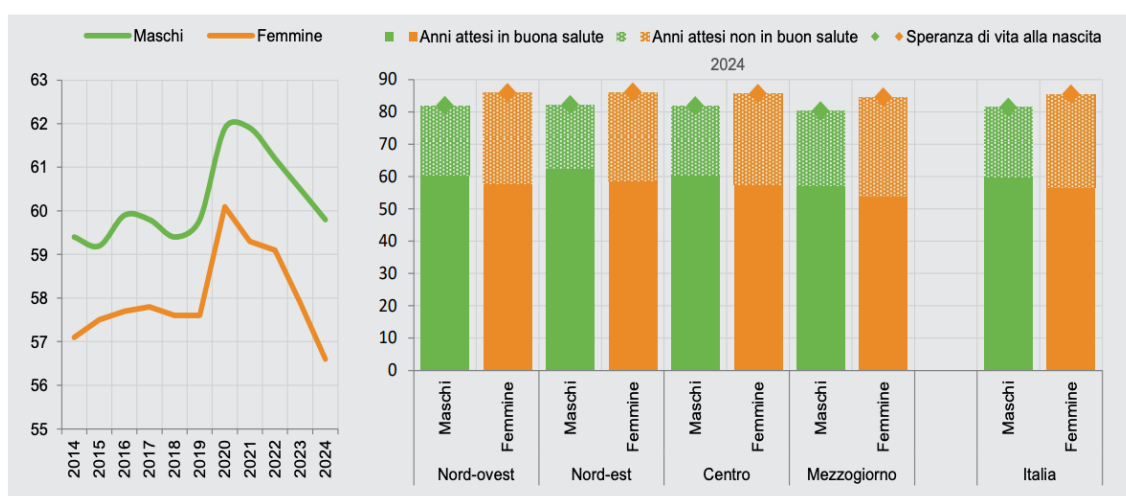
Fonte: Eurostat 2022

A questo vantaggio, però, non sembrano corrisponderne altrettanti per quanto riguarda gli indicatori di salute e benessere oggettivi e soggettivi (Corsi et al., 2010; Paz et al., 2018). In particolare, se gli uomini italiani over65 hanno con più probabilità malattie croniche (46,0% contro il 41,1%, cfr. Figura 3 sezione precedente), le donne sperimentano maggiormente situazioni di comorbidità (il 46,1% degli uomini e il 56,7% delle donne hanno almeno tre malattie croniche) e stati ansiosi e depressivi (9,2% contro 18,9% delle donne). Anche nel livello di autonomia e autosufficienza, gli uomini si attestano a livelli migliori: il 22,8% rispetto al 32,8% femminile ha gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive; il 22,3% rispetto al 28,6% ha limitazioni nella mobilità per problemi di salute; e il 7,5% contro il 13,3% ha gravi difficoltà nella cura della persona (ADL) (ISTAT. 2019). Anche l'incidenza di malattie, come noto, è in parte diversificata secondo il genere, sebbene molte malattie tipiche dell'anzianità (quali artrosi, ipertensione, patologie lombari, ecc.) siano diffuse piuttosto omogeneamente. I divari maggiori sono

rilevati proprio tra le malattie e i disturbi dell'umore, con un'incidenza di stati depressivi tra gli anziani del 6,7% a fronte del 14,9% delle coetanee.

Tali indicatori evidenziano una situazione di apparente paradosso, che vede la popolazione femminile più longeva, ma non in buona salute (Calvó-Perxas et al., 2016). Anche la distinzione territoriale in macroaree mette in luce come la speranza di vita in buona salute sia maggiore per gli uomini in tutte le zone in Italia.

Figura 5. Speranza di vita in buona salute alla nascita per sesso (sinistra) e ripartizione geografica e sesso (destra). Anni 2014-2024 (in anni)



Fonte: Istat, 2025. Tavole di mortalità della popolazione residente e Indagine multiscopo sugli aspetti della vita quotidiana

Nel considerare la condizione anziana con una prospettiva attenta al genere, quindi, il quadro che emerge risulta complesso, anche a causa di ulteriori elementi che, sebbene non possano essere esaustivamente e approfonditamente trattati, meritano comunque attenzione.

Un primo aspetto da considerare è che nei divari di genere riguardanti la salute e il benessere gli elementi biologici legati alla dimensione sessuale si combinano con i determinanti sociali legati all'appartenenza di genere e ai ruoli e aspettative che a questa sono attribuite culturalmente. Per tale motivo, rispetto ad altri determinanti sociali di salute, quali lo status socioeconomico o il grado di istruzione, risulta

complesso determinare con precisione se specifici effetti sul benessere e sulla salute siano attribuibili maggiormente a elementi clinici, biologici e ormonali, piuttosto che a questioni socioculturali. Si considera infatti, la complessità di questi aspetti con il termine “sistema sesso-genere”, ad indicare l’inscindibilità, anche sul piano analitico, delle dimensioni biologiche e sociali.

Per quanto riguarda gli stili di vita e le abitudini, persistono delle differenze di genere, sebbene sia necessario considerare anche la coorte di età nella analisi. È noto, infatti, che in media le donne tendono ad avere comportamenti meno rischiosi per la salute. Nel caso del consumo di prodotti con tabacco, ad esempio, gli uomini sono consumatori più frequenti, e in generale negli ultimi decenni si è assistito a una diminuzione del consumo in tutte le fasce di età rispetto al passato. L’analisi per coorte, però, mette in evidenza come gli attuali “giovani anziani e anziane” siano con più probabilità fumatori rispetto alle coorti precedenti e le donne fumatrici in questa fascia siano raddoppiate rispetto alla rilevazione precedente, mentre i coetanei diminuiscono (ISTAT, 2024). Nonostante l’esempio riportato, che rappresenta un’eccezione, determinata probabilmente proprio dalla variabile generazionale, per altre abitudini il “vantaggio di genere” per la popolazione anziana femminile sussiste. Gli uomini, infatti, consumano più alcool e con più probabilità eccedono nelle dosi giornaliere raccomandate³; inoltre, tendono ad avere stili alimentari meno salutari. Anche sulla pratica dello sport, che rappresenta invece un indicatore generalmente migliore per la popolazione maschile, il report ISTAT evidenzia come in generale gli anziani di oggi pratichino più sport rispetto alle generazioni precedenti (dal 6,7% per cento al 16,4%) e che tale aumento sia stato maggiormente significativo proprio nella popolazione femminile, riducendo il divario di genere in questa fascia di età. È il caso di sottolineare come, sebbene i dati riportati riguardino la popolazione già anziana, le abitudini di consumo e comportamento condizionino la salute nell’anzianità già dalle prime

³ Tale coorte è anche quella che ha consumi più eccedentari rispetto alla media della popolazione in generale.

fasi di vita, per cui l'analisi di genere delle abitudini degli adulti può già essere utile per comprendere la loro salute una volta superati i 65 anni.

Se il genere rappresenta quindi uno *shaper* di comportamenti e abitudini maggiormente salutari per la popolazione femminile, risulta ancora più complesso motivare lo stato di salute peggiore e la maggiore insoddisfazione che questa sperimenta. Il cosiddetto “paradosso della condizione femminile” può trovare una spiegazione se consideriamo come il genere agisca anche come limitatore delle *chance* disponibili già dai primi anni di vita, risultando una dimensione di disuguaglianza significativa. La posizione maggiormente precaria nel mondo del lavoro che la popolazione femminile sperimenta incide sulla autonomia finanziaria che, a sua volta, è un determinante significativo per la salute e il benessere (Sefton et al., 2011). La maggiore discontinuità delle carriere femminili, oltre a condizionare il benessere anche nell'anzianità, in prospettiva di corso di vita e accumulo degli svantaggi (che verranno approfondite nei paragrafi successivi), ha effetti significati sulla disponibilità di reddito una volta raggiunta l'età pensionabile, a causa di sistemi pensionistici che premiano la continuità nel versamento dei contributi pensionistici, non tenendo conto del lavoro informale di cura (Criado Perez, 2020). Ciò risulta particolarmente rischioso se consideriamo che, tra gli anziani, sono proprio le donne che con più probabilità vivono da sole a causa della maggiore longevità (Umberson et al., 2022). Dato un simile contesto, l'accesso ristretto alle risorse economiche appare un elemento rilevante nella “costruzione” di stili di vita – e in seguito di stili di invecchiamento – salutari. La posizione lavorativa, inoltre, è di per sé un determinante di salute, e svolgere mansioni poco qualificate o non adeguate al livello di istruzione può comportare effetti negativi, anche a livello psicologico, sul benessere (Biancheri et al., 2013; Pino-Domínguez et al., 2016); sebbene, al contrario, la perdita del lavoro e la non-occupazione sembrano essere maggiormente impattanti per gli uomini, a causa della forte pressione sociale che essi subiscono per il tradizionale ruolo di *breadwinner* che ricoprono (Moen, 1996).

La stessa “doppia presenza” femminile (Balbo, 1978), che vede le donne, in particolare in alcuni momenti della vita, impegnate contemporaneamente sui piani lavorativo formale e domestico e di cura (Biancheri, 2019), ha effetti sullo stato di salute, manifestandosi spesso in situazioni di forte stress a causa della sovrapposizione degli impegni. Il benessere individuale è fortemente condizionato dall’interconnessione della dimensione di genere con il ruolo e la numerosità del nucleo familiare nel quale si vive: se la salute degli uomini sembra beneficiare della formazione della coppia convivente e nel caso di divorzio o vedovanza si assiste a un peggioramento significativo delle condizioni di vita, al contrario le donne sposate accumulano maggiormente stress rispetto alle single. Anche la presenza di figli, poi, ha effetti diversi sul benessere di padri e madri (Hoffmann, 2008).

Inoltre, le attuali “giovani anziane”, che fanno parte dei cosiddetti *baby boomer*, si trovano in una posizione unica rispetto alle generazioni precedenti e successive. Infatti, questa popolazione è in molti casi responsabile di doversi far carico dei bisogni di cura di anziani e grandi anziani della propria famiglia, generalmente genitori e suoceri, che, a causa dell’aumento dell’aspettativa di vita raggiungono età molto avanzate. Al contempo sono in prima linea, nella cura e nel supporto del ruolo genitoriale dei propri figli e delle proprie figlie (Grünwald et al., 2021). Il ruolo dei nonni, infatti, soprattutto in contesti di welfare familistico come quello italiano, rappresenta un cardine fondamentale della solidarietà intergenerazionale (Naldini e Saraceno, 2011; Naldini, 2016). Tale situazione sembra suggerire che anche – o soprattutto – nel momento di fuoriuscita dal mondo del lavoro le anziane⁴ sperimentino un duplice ruolo di cura. Sebbene, come evidenziato, questo comporti il persistere di situazioni di stress anche nell’anzianità, secondo alcune prospettive potrebbe essere anche un elemento di vantaggio. In primis perché i ruoli di cura contribuirebbero ad allontanare il rischio di “disimpegno” mantenendo le anziane maggiormente attive mentalmente e psicologicamente. Inoltre, con più

⁴ Anche gli uomini sono coinvolti nella cura intergenerazionale, soprattutto nei confronti dei/lle nipoti, sebbene persista una asimmetria nelle ore dedicate al lavoro di cura.

facilità contribuirebbero a mantenere saldi i legami relativi alla rete sociale informale, soprattutto familiare. La popolazione femminile, infine, sperimenterebbe minori difficoltà di adattamento in caso di vedovanza o solitudine, tale per cui, come sottolineano Paz, Doron e Tur-Sinai (2018): «women's participation in the domestic sphere may sometimes actually give them a "gender advantage" over men in terms of health and adaptation to old age»⁵ (p. 192).

Sebbene la questione sia molto complessa, soprattutto perché risulta difficile determinare quanto ciascuna attività o ruolo incida positivamente o negativamente sul benessere individuale, è interessante notare come l'insieme delle risorse derivate dal ruolo (spesso non scelto) di principali *caregiver* e responsabili del lavoro domestico potrebbe rappresentare un capitale umano di resilienza utile ad affrontare le sfide della vecchiaia:

what might be seen as constraints or limitations from the standpoint of the majority also contain sources of opportunities or means to survive. For example (...) the traditional domestic division of labor presents important barriers to employed women in terms of promotions, pay, pensions, Social Security, and other benefits. At the same time, it gives them daily survival skills that provide them greater protection against institutionalization than men upon the death of a spouse. Similarly, the "kinkeeping" often associated with this division of labor also provides sources of support in old age often unavailable to men (Calasanti e Slevin, 2001, p. 32).

Come si vedrà in maniera più approfondita nel secondo capitolo, le stesse attività di *caregiving* possono avere effetti sia positivi sia negativi sul benessere di anziani e anziane, sottolineando ulteriormente la complessità del tema e la molteplicità delle variabili che entrano in gioco.

⁵ "La partecipazione delle donne alla sfera domestica può talvolta conferire loro un "vantaggio di genere" rispetto agli uomini in termini di salute e adattamento alla vecchiaia" traduzione propria.

2. Il contributo della gerontologia sociale

Sebbene il tema dell'invecchiamento abbia rappresentato da sempre uno degli interrogativi esistenziali per eccellenza, e se ne ritrovino riflessioni da Ippocrate a Galeno, fino a Nascher (de Beauvoir, 1970), i primi studi relativi alla gerontologia sociale, intesa come branca conoscitiva che si occupa di studiare il fenomeno invecchiamento nelle sue componenti sociali, possono essere fatti risalire al secondo dopoguerra. A partire dalle ricerche condotte negli anni Cinquanta e Sessanta del secolo scorso, in particolare nel contesto nordamericano, sono stati sviluppati concetti e interpretazioni teoriche della vecchiaia che, pur rivisitati col passare del tempo, formano la base teorica dei paradigmi contemporanei, tra tutti l'*Active Ageing*, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e adottato anche nelle strategie dell'Unione Europea. Nelle sezioni seguenti verrà analizzato il tema della partecipazione nell'anzianità attraverso una riflessione sugli approcci teorici più significativi della gerontologia sociale.

2.1. Il dibattito tra Teoria dell'Attività e Teoria del Disimpegno

I primi approcci emersi dalla lettura sociologica del fenomeno anzianità sono la Teoria del Disengagement e la Teoria dell'attività. Tali concettualizzazioni sono state anche oggetto di un dibattito che le intese come modelli contrapposti di invecchiamento.

Proposta da Cumming et al. nel 1960 e sviluppata anche in *Growing Old: The Process of Disengagement* (1961) da Cumming e Henry, la teoria del disimpegno è – nelle parole di Parsons – «(...) *probably the most serious attempt so far to put forward a general theoretical interpretation of the social and psychological nature of the aging process*» (p. V) e rappresenta uno dei capisaldi della gerontologia sociale.

La teoria del disimpegno suggerisce che l'invecchiamento comporti un allontanamento reciproco tra l'individuo e la società. Questo processo, definito

"*disengagement*", sarebbe necessario per mantenere l'equilibrio sociale e personale dell'anziano e fungerebbe da fase anticipatoria di distacco, in vista della conclusione della vita.

Disengagement probably begins sometime during middle life when certain changes of perception occur, of which the most important is probably an urgent new perception of the inevitability of death. (Cumming, 1964, p.7)

Assunto chiave è la convinzione secondo la quale il continuo allontanamento tra l'anziano e la società, che trova espressione nella progressiva riduzione della quantità delle interazioni e nella modifica dei modelli relazionali, dia come risultato una fase della vita libera dalle costrizioni sociali.

(...) normal aging is a mutual withdrawal or "*disengagement*" between the aging person and others in the social system to which he belongs—a withdrawal initiated by the individual himself, or by others in the system. When disengagement is complete, the equilibrium that existed in middle life between the individual and society has given way to a new equilibrium characterized by greater distance and a changed basis for solidarity. (Cumming, 1964, p.3)

Come si nota, la prospettiva funzionalista è centrale nella teoria di Cumming e l'invecchiamento viene visto come un elemento di disturbo degli equilibri sociali, a cui far fronte riducendo gli scambi tra anziano e contesto sociale per ripristinare uno stato che sia il più funzionale possibile. Nel 1964, Cumming ampliò la teoria originale introducendo nuove variabili per spiegare la diversità nei modelli di invecchiamento, che nell'approccio iniziale erano poco esplorati, introducendo anche una riflessione sulle differenze di genere. In particolare due eventi specifici sono indicati come punti di svolta che possono incidere sul processo di

“disengagement”: per la popolazione maschile il passaggio dalla vita lavorativa al pensionamento, per la popolazione femminile la perdita del coniuge. Non solo le inclinazioni individuali di ciascuno modellano le traiettorie di invecchiamento, ma uomini e donne vivono l'invecchiamento in modo differente anche a causa delle aspettative sociali e delle opportunità disponibili.

L'*Activity Theory* di Havighurst pone le basi per alcune delle teorie successive e introduce concetti che vengono tutt'oggi ampiamente utilizzati nello studio dell'invecchiamento. Sebbene tale approccio sia presentato come contrapposto al modello del *disengagement*, per via del dibattito che si sviluppò a partire dal confronto delle due teorie, non intende negare il presentarsi di un effettivo processo di disimpegno o “allontanamento” dell'anziano/a dalla società, ma mette in discussione l'assunto chiave della teoria di Cumming et al. secondo il quale questo allontanamento è non solo accettato, ma desiderato dall'anziano stesso:

There is no doubt that disengagement does take place with aging, but proponents of the Activity Theory regard this as a result of withdrawal by society from the aging person, against the will and desire of the person. However, the Disengagement Theory stated by Cumming and her colleagues regards the disengagement process as natural, the aging person accepting and desiring it, and they speak of the disengagement process as being "primarily intrinsic, and secondarily responsive" (Havighurst, 1961, p.9)

Al contrario, il distacco dell'anziano dalla società avverrebbe contro la sua volontà, rappresentando un passaggio “funzionale” solo per la società. Le connessioni che si perdono con l'anzianità, tra tutte quelle nei confronti dei colleghi e della quotidianità sul posto di lavoro, dovrebbero essere sostituite con nuove forme di relazione. In particolare il volontariato e le attività di vicinato, la coltivazione di un hobby e il coinvolgimento in attività di cura nei confronti dei nipoti sono indicate

come fondamentali per non diminuire troppo drasticamente il livello di attività rispetto alla fase precedente l'anzianità (Evseeva, 2019).

Nel testo "Successful aging"⁶ l'Autore propone una sintesi delle procedure utilizzabili per misurare l'invecchiamento di successo. Il primo aspetto di cui tener conto è uno stile di vita socialmente adeguato per la corrispondente classe di età (*a way of life that is socially desirable for this age group*), seguito dal mantenimento delle attività svolte durante la vita adulta (*maintenance of middle-age activity*), definibili anche in termini di competenze sociali che si possono misurare tenendo conto della capacità di continuare a performare adeguatamente i principali ruoli sociali (lavoratore/ricca, coniuge, cittadino/a, amico/a, membro di un'associazione, ecc.). I restanti due aspetti considerano invece una dimensione più interiore di autopercezione e soddisfazione personale, e nello specifico, da una parte la soddisfazione nei confronti dello status e delle attività che si svolgono (*a feeling of satisfaction with one's present status and activities*) e dall'altra il sentimento di felicità e soddisfazione per la propria vita. Questa dimensione intima di percezione, "*inner*" definition, sebbene impegnativa da codificare poiché richiede l'utilizzo di strumenti di approfondimento quali interviste, è rilevante poiché introduce al tema delle diverse aspirazioni individuali. Infatti, a seconda della scala dei valori, delle aspettative personali, delle abitudini e dello stile di vita, alcuni individui si riterranno soddisfatti nel caso in cui conducano una vita sociale attiva, abbracciando una posizione più vicina alla teoria dell'attività, mentre altri troveranno più soddisfazione nel ritirarsi progressivamente a una dimensione più privata, vedendo in questo una forma di liberazione dalle aspettative sociali della vita adulta, in linea con quanto affermato dalla teoria del *disengagement*:

⁶ Il concetto di "Invecchiamento di successo" verrà reso più noto dalla teoria di Rowe e Kahn (1987) che ne prende anche il nome, sebbene il primo riferimento a modelli di invecchiamento più o meno di successo sia da attribuirsi proprio a Havighurst

If life satisfaction or happiness is taken as the sign and the product of successful aging, it is not likely that successful aging, thus defined, will be associated with only one particular life-style, whether it be one of activity or one of disengagement. Life satisfaction will probably be associated with active involvement for some kinds of people and with disengagement for other kinds. (ivi, p. 12)

Queste riflessioni, che si sviluppano a distanza di qualche anno dalla prima teorizzazione dell'Activity Theory e che in parte la inseriscono in un contesto più ampio, portano Havighurst a concludere che l'approccio più corretto allo studio dell'invecchiamento non dovrebbe limitarsi all'uso di una singola teoria ma utilizzare scale afferenti a diversi approcci per misurare stili di invecchiamento che, sebbene caratterizzati da diverse combinazioni di attività/inattività, determinano comunque un elevato grado di successo nell'invecchiamento. Il concetto di *successful ageing*, inoltre, emerso proprio a partire dal testo citato, continua ad essere uno dei più utilizzati nell'ambito della gerontologia sociale e a ispirare altri approcci teorici quali: «*healthy*», «*positive*», «*productive*», «*effective*», e infine «*active*»; che verranno approfonditi nei prossimi paragrafi.

2.2. Invecchiamento tra struttura ed eterogeneizzazione dei corsi di vita

A partire dagli anni Settanta, contemporaneamente all'affermarsi delle teorie già affrontate, prendono piede nell'ambito della gerontologia sociale anche visioni orientate a comprendere come le strutture sociali influenzino, positivamente o negativamente, le possibilità individuali di invecchiare, già a partire dalle fasi centrali della vita.

La crescente attenzione agli studi longitudinali e di coorte sulla vita delle persone e le sue traiettorie ha portato a modifiche significative nelle metodologie utilizzate per

lo studio del fenomeno invecchiamento e alla adozione di prospettive teoriche che tenessero di conto gli aspetti della temporalità, della processualità e dei cambiamenti di contesto (Elder, 1985; Elder e Giele, 2009; Clemente e Garcia Pereiro, 2020).

During the mid-1920s, W. I. Thomas, a social psychologist, asserted that priority should be given to the “longitudinal approach” to lives, that studies should investigate “many types of individuals with regard to their experiences and various past periods of life in different situations” (Volkart, 1951, p. 93 cit. in Elder e Giele, 2009).

Nell’ambito della ricerca sull’infanzia, si iniziò a porre attenzione al contesto familiare e alla quotidianità dei bambini come elementi di potenziale effetto sul loro sviluppo, includendo l’analisi di scuola, vicinato e comunità nelle ricerche.

Influenzati da questa nuova sensibilità nei confronti della relazione tra traiettorie di vita e cambiamenti sociali, una pluralità di studi si concentrarono sulla comparazione delle esperienze degli individui all’interno della stessa coorte⁷ o che stessero sperimentando lo stesso stadio di vita (*life stage*), per indagare quali elementi in particolare risultassero rilevanti del determinare effetti positivi o negativi sulle esperienze di vita. Si svilupparono ricerche con lo scopo di confrontare coorti di età differenziate, per approfondire l’effetto di alcuni eventi socioculturali rilevanti, tra tutti la depressione economica o l’esperienza delle due guerre mondiali, sul vissuto individuale. Significativo è stato inoltre il contributo di tali modelli nell’analisi dei cambiamenti dei corsi di vita nel tempo, proficuamente utilizzato anche nelle riflessioni sulle innovazioni di percezione e appropriazione dei ruoli pubblici delle donne nel corso di sole alcune generazioni durante il XIX e XX secolo, che hanno portato alla loro progressiva emancipazione (Giele, 2009).

⁷ Per un approfondimento sull’uso dell’elemento della coorte si veda “The Cohort as a Concept in the Study of Social Change” (Ryder, 1985).

Muovendo da questi sviluppi si consolidò anche l'uso del modello del corso di vita, o *life course perspective*, divenuto noto a partire dalle teorizzazioni di Elder (1975; 1985). L'approccio al corso di vita rappresenta un insieme di prospettive teoriche guidate dallo stesso paradigma più che una teoria unificata, proprio per la pluralità di aspetti che hanno, nel corso del tempo, strutturato tale modello (Clemente e Garcia Pereiro, 2020), come espresso già qualche decennio fa anche da Saraceno (1986):

Come è stato osservato da diversi autori (Elder 1983, Hareven 1982, Riley 1982), il corso della vita sta emergendo non tanto come nuova teoria, quanto come nuovo approccio o prospettiva nelle scienze sociali, introducendo dimensioni quali quelle di tempo, processo e contesto che sono cruciali per qualsiasi serio studio delle vite umane. Questo approccio sta trovando applicazione, e ricevendo contributi teorici e metodologici, in diversi campi delle scienze umane, dalla psicologia dello sviluppo alla antropologia, dalla storia sociale (specie negli studi di storia della famiglia) alla demografia. (p.9)

Le elaborazioni sviluppate a partire da tale prospettiva, condividono però una serie di principi chiave, tra cui, oltre agli aspetti già menzionati, anche una attenzione alla reciprocità degli individui, talvolta meno rilevata nelle prospettive che ad oggi utilizzano questo modello. Infatti, l'appartenenza alla coorte di età definisce, secondo Elder, anche le aspettative che gli individui hanno sugli eventi di vita, considerate in relazione alle esperienze vissute dai coetanei, facendo sì che essi percepiscano il proprio vissuto più o meno in linea con queste aspettative:

This included the social definitions of age status, normative divisions of the life course (e.g., adolescence and young adulthood), and age norms, as expressed in expectations regarding the timing of life transitions. "According

to theory, age expectations define appropriate times for major life events and transitions. In moving through the age structure, individuals are made cognizant of being early, on time, or late in role performance” (Elder, 1975, p. 175).

Risulta evidente l'importanza data da tale approccio alle transizioni, intese come eventi brevi ma fondanti del corso di vita, che determinano il passaggio da uno stato all'altro e che possono essere rappresentate, ad esempio: nella fase dell'infanzia, dalla transizione da un grado di scuola all'altro; nella giovane adultità, dall'abbandono della casa di famiglia per intraprendere una nuova traiettoria personale; infine nella fase adulta, dal cambiamento da una professione all'altra o, particolarmente rilevante al giorno d'oggi, da una separazione o divorzio. Tali eventi segnano i passaggi chiave che direzionano e modellano un percorso di vita determinato a sua volta da traiettorie, ovvero «carriere modellate col passare del tempo» (Clemente e Garcia Pereiro, 2020, p. 14). Come abbiamo visto, alcuni di questi concetti non sono totalmente nuovi allo studio della terza età; infatti, la stessa teoria del *disengagement* interpretava il passaggio all'anzianità come un momento determinato da eventi significativi per la storia dell'individuo, più che da marcatori anagrafici, vale a dire il ritiro dal lavoro o la vedovanza per la popolazione femminile.

Tali *turning point* hanno inoltre un ordine all'interno delle biografie individuali, ovvero una sequenza secondo la quale vengono sperimentate nel corso di vita, sebbene si assista a una progressiva eterogeneizzazione. Le transizioni sono considerate come eventi che, potendo essere favorevoli o sfavorevoli, creano vantaggi e svantaggi nel corso di vita individuale, e questa prospettiva sarà poi ripresa nella Teoria dei vantaggi e svantaggi cumulativi.

Elder (1994; 1998; Elder e Giele, 2009) individua quattro fattori paradigmatici che influenzano le molteplici modalità attraverso cui il corso della vita e lo sviluppo umano vengono modellati: la collocazione storica e geografica, i legami sociali con

gli altri, l'agency individuale nella costruzione del proprio percorso di vita e le variazioni nella tempistica degli eventi e dei ruoli sociali.

Il contesto storico e sociale è chiaramente un elemento che condiziona il vissuto individuale, e può avere tre tipi di effetto: l'effetto di coorte, che produce cambiamenti da una coorte all'altra, l'effetto periodo che è relativamente uniforme nelle coorti di età attigue e l'effetto età che si sviluppa man mano che l'età avanza.

The biographies of people are located in specific communities and historical times. To address these matters, investigators began to draw upon the insights of a deeper knowledge of the meanings of age. Ryder (1965) and Riley et al. (1972), among others, developed the historical meaning of age as birth year. People born in a certain year are members of a birth cohort, with a particular historical experience and range of life opportunities that depend on geographic location. The life course principle of historical time and place is derived from this research. (Elder e Giele, 2009, p. 9)

I legami sociali sono rilevanti non solo perché le esperienze degli individui appartenenti alla propria rete sociale hanno influenza sul proprio corso di vita, ma rappresentano la possibilità di intersezione tra le varie traiettorie e transizioni della stessa vita del singolo individuo. Come precisato da Clemente e Garcia Pereiro (2020, p. 20):

(...) L'inizio di una traiettoria, ad esempio quella familiare, può avvenire quando è stato raggiunto un certo livello di stabilità in un'altra traiettoria, ad esempio quella lavorativa. Pertanto, una traiettoria, di qualunque tipo, non può essere letta senza tener conto di altre traiettorie o transizioni che potrebbero agire su di essa, influenzando direttamente o indirettamente la sua evoluzione.

L'*agency* è dall'Autore intesa come la possibilità dell'individuo di agire, seppur all'interno dei vincoli dati dalla struttura, modificando il proprio corso di vita. Come avverrà per la teorizzazione degli stili di vita di Cockerham, anche nel modello dei corsi di vita è presente la riflessione che riprende il dibattito, classico nelle scienze sociali, tra struttura e azione.

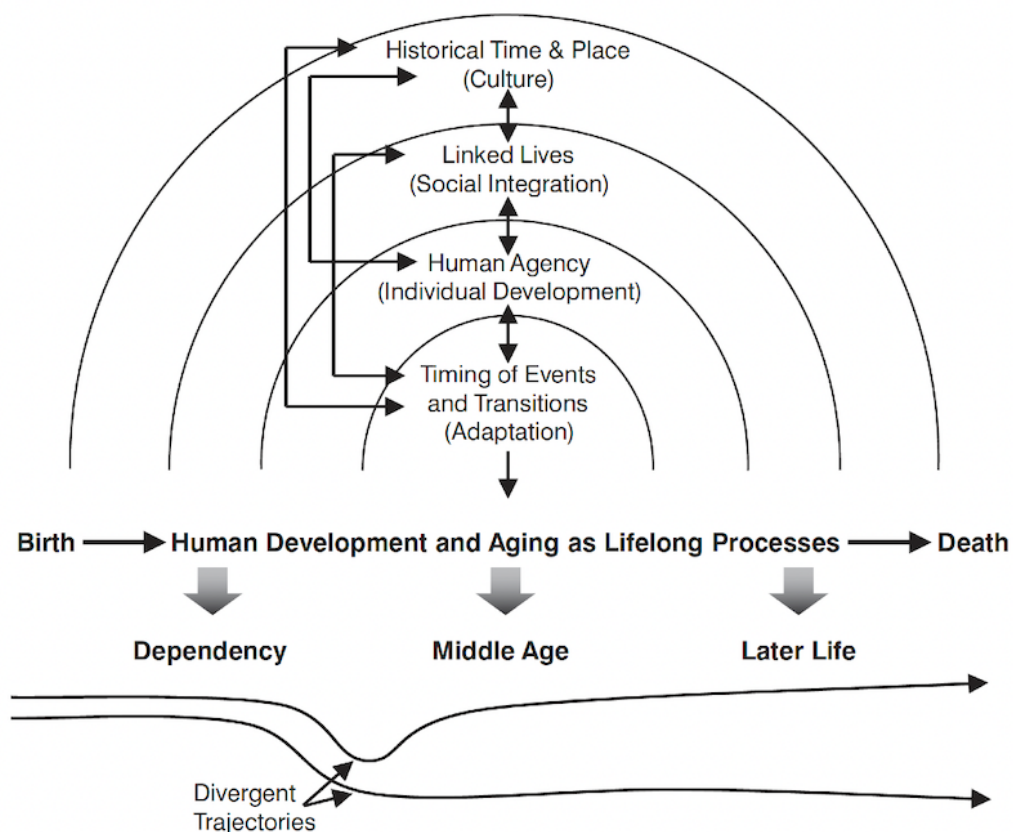
Come evidenziato da Heinz e Krüger (2001, p. 41):

By introducing agency into the life-course equation, we take into account that macro-structures do not determine the shape of life courses, but individuals contribute to it by being active agents of their biography (..) Agency also is relevant for explaining why the social structure of life courses does not follow or copy cultural norms or institutional regulations. Life courses are "emerging structures" (Mayer, 1990) that evolve from the interaction of opportunities, institutional frames, linked lives, personal decisions and biographical contingencies.

Il principio di agenzia rappresenta un aspetto essenziale degli studi sul corso della vita, i quali mettono in relazione gli individui con i contesti sociali più ampi (Elder, 2009). L'integrazione del vissuto individuale e delle strutture sociali nei modelli del corso di vita evidenzia l'ingerenza tra il percorso di vita scandito da norme legate all'età e il modo in cui gli individui vivono effettivamente le loro vite. Questo equilibrio tra norme sociali e libertà individuale è ciò che Elder e O'Rand (1995) descrivono come le due facce del corso della vita: da un lato la regolazione sociale e dall'altro l'azione individuale, che può conformarsi o deviare dalle convenzioni. Infine, le variazioni nella tempistica degli eventi e dei ruoli sociali (*timing*) riguardano il momento in cui un evento o una transizione si verificano nella vita di una persona, e se tale evento avvenga precocemente o tardivamente rispetto agli altri individui e alle aspettative socialmente condivise, come rappresentato graficamente in Figura 6. Come anticipato, tale elemento sottolinea l'importanza del contesto sociale e

culturale nel definire il significato delle transizioni lungo il corso della vita (Elder e Giele, 2009).

Figura 6. Rappresentazione grafica del paradigma del corso di vita



Fonte. Elder e Giele, 2009

Questi fattori sono applicabili all'intero arco della vita, in linea con il principio secondo cui la crescita e l'avanzamento dell'età rappresentano processi che si estendono per tutta la durata dell'esistenza, e permettono di concepire l'invecchiamento come un fenomeno dinamico e continuo e le diverse fasi della vita come interrelate tra loro:

Human development and aging cannot be explained fully by restricting analysis to a specific life stage in question. According to this perspective, the

early years of childhood are relevant to understanding social adaptations in later life, not just in the adolescent years and young adulthood. (Elder e Giele, 2009, p.9)

Per il principio dell'accumulazione di vantaggi e svantaggi, è proprio nell'età anziana, però, che è possibile constatare il risultato che questi fattori hanno prodotto sull'individuo durante tutto il corso della vita: «l'invecchiamento è un processo che dura tutta la vita, e l'uso della prospettiva del corso di vita aiuta ad avanzare nello studio scientifico dell'invecchiamento» (Ferraro, 2007, p. 335).

Ecco che, allora, la biografia degli individui (corsi e cicli di vita) se analizzata e ricostruita attraverso la prospettiva longitudinale che tiene conto, appunto, di come ciascuna fase della vita sia connessa con le altre, sarà possibile comprendere meglio (Elder, 1985, 2008; Elder e Johnson, 2003) se e quale relazione vi possa essere tra vissuti precedenti e vissuti in età anziana.

Diverse ricerche recenti hanno messo in evidenza come una serie di esperienze vissute si rivelino fondamentali per le prospettive nella vita futura e, allo stesso tempo, come talune disuguaglianze sociali nell'età adulta siano connesse, a ritroso, alle differenze e vissuti individuali avuti in precedenza. (Clemente e Garcia Pereiro, 2020, p. 60)

2.2.1. Le teorie dell'accumulo di vantaggi e svantaggi

A partire dalla innovativa teorizzazione del Corso di vita di Elder, si sono sviluppate molteplici linee teoriche, alcune delle quali hanno indagato in particolare le disuguaglianze che, sperimentate nel corso della vita, risulterebbero uno svantaggio significativo nell'età anziana. Di particolare rilevanza in questo senso

sono la Teoria dell'accumulo di vantaggi e svantaggi (CAD da *Cumulative Advantage/disadvantage*) e la Teoria della disuguaglianza cumulativa nell'invecchiamento (CI da *Cumulative Inequality*).

Nel caso della teoria dell'accumulo di vantaggi e svantaggi, il benessere segue una distribuzione a "effetto San Matteo", secondo il quale, come noto, chi ha già molto (in termini di capitali sociali, culturali, economici) otterrà ancora di più, mentre chi è in una condizione di svantaggio otterrà meno (Merton, 1988). Nelle parole di Merton, citato anche nel testo di Dannefer, il vantaggio cumulativo è definito come «il modo in cui i benefici in termini di capacità formata, posizione strutturale e risorse disponibili determinano incrementi successivi tali che i divari tra chi ha e chi non ha si ampliano» (Merton citato in Dannefer, 2003, p. 606, traduzione propria).

Questo tipo di approccio, come la teoria dell'*Ageing and Cumulative Inequality* (Ferraro e Shippee, 2009), si concentra sul livello sociale e collettivo, definendo l'invecchiamento un processo che non riguarda solo gli individui ma le collettività (Dannefer, 2003) sottolineando, senza negare la rilevanza dell'azione individuale, l'importanza delle strutture sociali all'interno delle quali agisce l'individuo (Berger e Luckmann, 1966).

Nella teoria del vantaggio cumulativo, Ferraro integra la dimensione della disuguaglianza che si accumula nel corso di vita con l'"immaginario gerontologico", in un chiaro riferimento all'immaginazione sociologica di Mills (1959). Secondo l'Autore, svantaggi e vantaggi si accumulano lungo il corso della vita e portano a una differenziazione delle coorti nel tempo (Ferraro, 2007). Entrambi gli autori riconoscono la rilevanza della prospettiva del corso di vita nell'analisi delle disuguaglianze e Ferraro svilupperà la teoria CI in un tentativo di ridefinizione della gerontologia come branca conoscitiva interdisciplinare⁸ a sé stante, basata su cinque assiomi:

⁸ Da notare come per Ferraro l'interdisciplinarietà o multidisciplinarietà della gerontologia potrebbe essere uno dei motivi per il quale questo ambito di studi non riceve una legittimazione adeguata e la nuova teoria gerontologica che sviluppa ha, tra i vari scopi, proprio quello di trovare dei presupposti

Axioms of Cumulative Inequality Theory (CI)

Axiom 1: Social systems generate inequality, which is manifested over the life course through demographic and developmental processes.

Axiom 2: Disadvantage increases exposure to risk, but advantage increases exposure to opportunity.

Axiom 3: Life course trajectories are shaped by the accumulation of risk, available resources, and human agency.

Axiom 4: The perception of life trajectories influences subsequent trajectories.

Axiom 5: Cumulative inequality may lead to premature mortality; therefore, nonrandom selection may give the appearance of decreasing inequality in later life.

Assiomi della Teoria della Disuguaglianza Cumulativa (CI)

Assioma 1: I sistemi sociali generano disuguaglianza, che si manifesta lungo il corso della vita attraverso processi demografici e di sviluppo.

Assioma 2: Lo svantaggio aumenta l'esposizione al rischio, mentre il vantaggio aumenta l'esposizione alle opportunità.

Assioma 3: Le traiettorie del corso di vita sono modellate dall'accumulo di rischi, dalle risorse disponibili e dall'agenzia umana.

Assioma 4: La percezione delle traiettorie di vita influenza le traiettorie successive.

Assioma 5: La disuguaglianza cumulativa può portare a una mortalità prematura; di conseguenza, la selezione non casuale può dare l'apparenza di una diminuzione della disuguaglianza in età avanzata.

(Fonte Ferraro e Shipdee, 2009, p. 334-336; traduzione propria)

comuni (identificati proprio nei cinque assiomi) ai diversi approcci allo studio della gerontologia. Nel testo definitivo, gli assiomi diventeranno sei.

Gli assiomi evidenziano i modi in cui le disuguaglianze si incrementano nel tempo e mettono in luce, come le altre teorie dell'accumulo, la processualità delle dinamiche di invecchiamento. Il focus sulle transizioni biografiche e gli effetti dei fattori che nel corso di vita condizionano il processo di invecchiamento saranno adottati anche dagli approcci sviluppati successivamente, quali l'invecchiamento attivo.

2.2.2. Eterogeneità, de-strutturazione e individualizzazione del corso di vita

Le teorie dell'accumulo approfondiscono in particolare, oltre al tema della disuguaglianza tra gli anziani, quello della crescente eterogeneità dei percorsi di invecchiamento. La questione dell'eterogeneità degli stili di invecchiamento ha caratterizzato il dibattito nell'ambito della gerontologia sociale fin dalle prime teorizzazioni, ed è stata utilizzata anche per enfatizzare la particolarità di ciascun corso di vita ed esperienza di anzianità (Dannefer, 2003) e combattere visioni stereotipate della vecchiaia. Fino agli ultimi anni del secolo scorso, però, poche ricerche erano state condotte con lo scopo di determinare se e quanto questa variabilità aumentasse nella fase anziana della vita (Stone et al., 2017), e anche i primi tentativi di revisione della letteratura effettuati su questo aspetto restituivano risultati frammentati (ad esempio la ricerca svolta da Borstain and Smircana, 1982, citata in Nelson e Dannefer, 1992). Alcune eccezioni⁹ in questo senso sono rappresentate dalla rassegna svolta da Nelson e Dannefer nel 1992, che dimostrò come nel 65% dei casi indagati, su un totale di 185 studi empirici sul tema

⁹ Rilevante anche lo studio di Maddox e Douglas (1974) successivamente sviluppato in un capitolo dal titolo "Varieties of Ageing" nel volume n. 8 della *Annual Review of gerontology* (Maddox and Lawton, 1988)

dell'invecchiamento condotti tra il 1982 e il 1987, sussistesse un modello di variabilità crescente all'aumentare dell'età.

Il tema dell'eterogeneità viene spesso affrontato anche in relazione alla questione della destrutturazione del corso di vita, e tali fenomeni sono ritenuti sempre più caratterizzanti le traiettorie biografiche nelle società contemporanee. Se la teoria degli stili di vita enfatizza le scelte individuali e le pratiche quotidiane nella costruzione dell'identità, il concetto di eterogeneità del corso di vita mette in evidenza la diversificazione delle esperienze individuali nel tempo e nello spazio.

L'eterogeneità, però, non è solo il risultato di differenze personali, ma riflette anche la stratificazione sociale, le disuguaglianze cumulative e le opportunità offerte dal contesto socioeconomico (Nelson e Dannefer, 1992). Lo stesso concetto di corso di vita ha subito una significativa evoluzione, passando da una visione tendenzialmente rigida e normativamente strutturata a una più flessibile e differenziata.

Within a context of less constraint and increased choice, the life course becomes a more variable and less uniform phenomenon (...). (Macmillan, 2005, p. 14)

Si assiste, infatti, a un processo di destrutturazione del corso di vita, che implica una minore rigidità nei percorsi biografici e una crescente flessibilità nelle transizioni tra le diverse fasi della vita. Shanahan (2000) descrive questa trasformazione attraverso la "decompressione" delle tappe dell'età adulta, l'aumento della sovrapposizione dei ruoli sociali e la maggiore instabilità dei percorsi di vita. L'erosione dei modelli biografici tradizionali è particolarmente evidente nelle transizioni familiari e lavorative. Inoltre, l'istruzione si estende lungo tutto l'arco della vita, mentre la carriera unica e stabile è stata sostituita da esperienze lavorative discontinue, soggette a rilocalizzazioni e precarietà (Sarason, 1977).

Elder (1994) sottolinea come il corso di vita sia il prodotto di un'interazione dinamica tra vincoli istituzionali, contesti storici e scelte individuali. Sebbene le istituzioni continuino a influenzare i percorsi biografici, la loro azione non è più rigidamente deterministica e consente maggiore flessibilità nelle scelte individuali (Elder e O'Rand, 1995; Shanahan, 2000).

La destrutturazione si manifesta in modo particolarmente evidente nella fase dell'anzianità, periodo in cui le esperienze di invecchiamento sono sempre più diversificate e influenzate dai percorsi biografici precedenti. Come già anticipato, la tradizionale immagine dell'anziano come individuo ritirato dalla vita attiva è stata sostituita da modelli più fluidi, in cui gli anziani rimangono coinvolti nel mercato del lavoro, nell'istruzione e nella vita sociale per periodi più lunghi. L'aumento dell'eterogeneità nella vecchiaia è amplificato dalle disuguaglianze che si accumulano nel corso della vita, con effetti rilevanti sulla salute, sulla sicurezza economica e sulle opportunità di partecipazione sociale (Nelson e Dannefer, 1992). Le esperienze di transizioni (nel senso elderiano del termine) tra scuola, lavoro, famiglia e pensionamento sono sempre meno uniformi e più soggette a variazioni individuali e contestuali (Macmillan, 2005) e nella sfera privata, la destrutturazione del corso di vita si riflette nelle dinamiche familiari. Il modello di vita caratterizzato da un matrimonio stabile e dalla continuità dei legami intergenerazionali è stato progressivamente sostituito da traiettorie più frammentate. Questi cambiamenti incidono anche sull'anzianità, poiché la struttura familiare e il supporto intergenerazionale diventano meno prevedibili, con potenziali ripercussioni sulle reti di sostegno sociale e sul benessere degli anziani.

L'analisi dell'eterogeneità e della destrutturazione del corso di vita mostra, dunque, una trasformazione profonda delle esperienze biografiche, in cui la flessibilità e l'autonomia si intrecciano con nuove forme di frammentazione, dando come risultato una maggiore individualizzazione. In questo senso l'individualizzazione, intesa anche come possibilità di scelta e affrancamento da destini sociali imposti, viene vista come strettamente legata al processo di modernizzazione della società

(Clemente e Garcia Pereiro, 2020). L'idea che la modernizzazione abbia allentato i legami e gli obblighi sociali e culturali che guidano e condizionano gli individui è sostenuta anche da Giddens (1990). Le conseguenze di questo processo rendono il corso di vita sempre più un progetto personale e deliberato, sempre meno universale e standardizzato (Macmillan, 2005).

Alcuni autori hanno interpretato questi cambiamenti ribadendo l'esigenza di sviluppare prospettive di ricerca, anche nell'ambito del modello dei corsi di vita, che pongano l'attenzione maggiormente sull'aspetto dell'agency individuale:

(...) The trend towards destandardization and increasing individualization of the life course has been leading to more individual diversity in the timing of transitions, duration of institutional participation and sequencing of transitions. This puts more emphasis on individual resourcefulness and responsibility in shaping one's own biography. Therefore, life-course research will need to integrate a micro-social concept of agency in order to enrich the understanding of macro-social change in its impact on institutional practices and the shaping of biographies (Heinz e Krüger, 2001, p. 41)

Sebbene la progressiva eterogeneità delle biografie sia un fenomeno che caratterizza tutte le fasi di vita, le ricerche svolte sull'anzianità mostrano ancora risultati polarizzati (Hoffman, 2008). Da una parte alcune variabili sembrano fungere da "livellatrici" dello status di benessere degli anziani: il sistema di sostegno sociale, ad esempio, diminuirebbe le disuguaglianze socioeconomiche, sebbene questo dipenda molto dal modello di welfare prevalente. Altri elementi invece aumenterebbero l'eterogeneità nell'anzianità, tra tutte lo stile di vita presente e passato e le esperienze di disuguaglianza vissute durante il corso di vita. In conclusione, secondo il dibattito contemporaneo e in linea con la prospettiva del corso di vita e della teoria CAD, gli elementi che accentuano la variabilità avrebbero

effetti maggiori rispetto a quelli livellanti, dando come risultato stili di invecchiamento sempre più eterogenei.

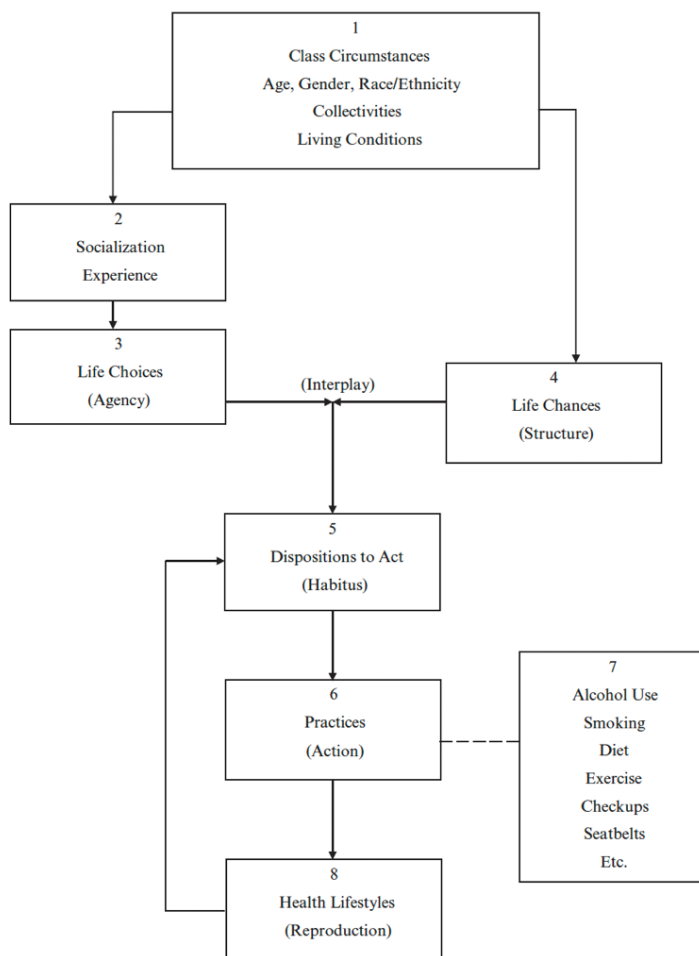
2.3. Stili di vita, habitus e capitale culturale

Il dibattito tra *agency* e struttura viene ulteriormente affrontato nella Teoria degli stili di vita, elaborata da Cockerham. Mentre i primi approcci enfatizzavano maggiormente il ruolo e la responsabilità individuale nel determinare il proprio benessere, a partire dall'approccio del Corso di vita anche la struttura diventa centrale nell'analisi delle traiettorie di salute. Cockerham (2005) offre un tentativo di superamento di tale distinzione, sostenendo che le scelte di salute sono la sintesi tra l'azione individuale e l'influenza strutturale che variabili come classe sociale, genere e condizioni socioeconomiche hanno sull'*agency* stessa.

Nella teoria di Cockerham, infatti, gli stili di vita sono il risultato della dialettica tra livello individuale e condizionamenti strutturali che si esprime nell'interconnessione tra scelte di salute (*life choices*) e insieme di chance possibili (*life chances*) tra le quali scegliere. Le scelte di salute, ad esempio il regime alimentare, la propensione all'esercizio fisico, così come il consumo di sostanze, sono, secondo questo modello, "selezionate" tra la rosa delle opportunità offerte dalla posizione sociale dell'individuo.

Le variabili strutturali che modellano gli stili di vita sono di quattro tipologie: condizioni di classe; caratteristiche anagrafiche quali età, genere e razza/etnicità; collettività; condizioni di vita (come si vede nel box 1 della figura 7, rappresentazione grafica ideata dall'Autore).

Figura 7. Rappresentazione degli elementi di interazione nella teoria degli stili di vita



Fonte: Cockerham (2005)

L'influenza dell'approccio agli stili di vita di Weber, a partire dal quale l'Autore sviluppa la teoria, è particolarmente evidente, tra le altre cose, nel maggior valore attribuito alla classe rispetto alle altre categorie strutturali. Secondo Cockerham, che muove le fila anche dalle teorizzazioni di d'Houtaud and Field (1984), la diversa appartenenza di classe determina anche il modo in cui viene interpretato il concetto stesso di salute: in base a quanto ciascun individuo si trova distante dalla necessità, infatti, essere in cattiva salute può significare essere impossibilitati a procurarsi le risorse necessarie a sopravvivere oppure rappresentare "solo" un cambiamento minore nello stile di vita.

Similarly, research in France by d'Houtaud and Field (1984) at the same time as Bourdieu, found that different classes also value health in different ways. Health was conceptualized as something to be cultivated for increased vitality and the enjoyment of life among the upper and middle classes, and for the capability to continue to work for the classes below them. For those closest to necessity, being unhealthy meant being unable to work and secure those necessities; however, for those whose resources placed them beyond the range of basic necessity, being unhealthy meant less enjoyment out of life. In sum, lower socioeconomic status (SES) persons viewed health mainly as a means to an end (to be able to work), while higher SES persons regarded health as an end in itself (vitality). (Cockerham, 2021, p. 158)

Prendendo a riferimento questo quadro teorico, l'Autore adotta il concetto bourdieusiano di *habitus*, inteso proprio come sintesi tra livello individuale e strutture, a partire dal quale si sviluppano comportamenti che possono avere effetti positivi o negativi per la salute dell'individuo.

Nella definizione di Bourdieu (1990, p. 53) l'*habitus* sono dei «systems of durable, transposable dispositions, structured structures predisposed to operate as structuring structures, that is, as principles which generate and organize practices and representations that can be objectively adapted to their outcomes without presupposing a conscious aiming at ends or an express mastery of the operations necessary in order to attain them»¹⁰.

Secondo l'approccio degli stili di vita, l'*habitus* orienta gli individui verso determinati comportamenti e rende alcune abitudini più probabili di altre. Le

¹⁰«(...) sistemi di disposizioni durature e trasmissibili, strutture strutturate predisposte a funzionare come strutture strutturanti, cioè in quanto principi generatori e organizzatori di pratiche e rappresentazioni che possono essere oggettivamente adatte al loro scopo senza presupporre la posizione cosciente di fini e la padronanza esplicita delle operazioni necessarie per raggiungerli. » (Bourdieu, 2005, p. 84, traduzione a cura di Moscati).

disposizioni interiorizzate a partire dalla dialettica tra contesto sociale e *agency* si traducono in azioni concrete (tra tutte: consumo di alcol e tabacco, stili alimentari, ecc.) e formano modelli di pratiche più o meno salutari, fino a consolidarsi in stili di vita (Cockerham, 2005).

I comportamenti relativi alla salute sono condivisi e risultano simili per individui che appartengono agli stessi gruppi sociali, i quali hanno la possibilità di scegliere tra una rosa di simili opportunità di salute. I membri di una stessa classe sociale condivideranno con più probabilità stili di vita simili e in questo senso anche l'allocazione delle diverse forme di capitale – economico, culturale e sociale – condiziona fortemente le traiettorie di salute.

Il capitale culturale e l'interazione delle diverse forme di capitale diventano, in quest'ottica, fondamentali per modellare i diversi stili di vita anche in relazione alla salute e in linea con la teoria di Bourdieu (Missinne, 2015). Abel (2008) in particolare evidenzia il nesso tra appartenenza di classe, capitale culturale e stili di salute, rilevando come le risorse immateriali (valori, percezioni, conoscenze sanitarie e norme comportamentali) siano necessarie a sviluppare stili di vita salutari. Il capitale culturale, che trova espressione nelle pratiche di vita, rappresenta un determinante di salute individuale e, al contempo, contribuisce alla riproduzione sociale delle disuguaglianze di salute:

Cultural capital in the form of health values, perceptions, health knowledge and behavioural norms provides the non-material resources needed to develop healthy lifestyle patterns and deal effectively with health issues on an everyday basis. The fact that the acquisition of cultural capital depends on the social class-specific learning context explains why the health resources that emerge from it are also unequally distributed across the social classes. In that sense cultural capital—expressed and effective through collective lifestyles—is not only a determinant of individual health,

but also a crucial component in the social reproduction of health inequalities through social class-specific health lifestyles. (Abel, 2008, p. 2)

Sebbene la teoria degli stili di vita abbia riscosso un discreto successo, anche in Italia, più limitati sono i contributi che l'hanno utilizzata come *framework* teorico per comprendere la salute nell'anzianità¹¹. In passato le ricerche che si sono concentrate sul ruolo della classe come dimensione di differenziazione degli stili di vita tendevano a considerare la popolazione anziana come un gruppo unico e non meritevole di attenzione in questo senso. Con la crescita di rilevanza dell'anzianità come fenomeno sociale e demografico, sono aumentati gli studi che considerano l'invecchiamento tenendo conto di come le diverse dimensioni di discriminazione (classe, età, genere, ecc.) interagiscano tra di loro, creando diverse traiettorie di vita, in una prospettiva che oggi definiremmo "intersezionale". Nonostante ciò, come evidenzia Atkinson, in relazione al binomio classe e anzianità: «(...) approcci più recenti – in particolare quello bourdieusiano – sembrano più inclusivi, ma i risultati delle ricerche attuali restano poco chiari e oggetto di dibattito, lasciando irrisolti diversi interrogativi» (Atkinson, 2024, p. 555, traduzione propria). Questa prospettiva sostiene la necessità di considerare la vecchiaia come una categoria autonoma di differenziazione sociale, capace di interagire con, ma non riducibile a, variabili classiste.

(...) older people are not a homogeneous group but are, themselves, internally dispersed according to capital possession" (Atkinson, 2024, p. 568).

Secondo Atkinson le diverse forme di capitale si distribuiscono nella popolazione anziana con modalità simili a quelle delle fasce di età più giovani, ma hanno anche alcune peculiarità. In particolare, gli stili di comportamento e le preferenze che

¹¹ Un'eccezione in questo senso è rappresentata dal testo di Clemente e Garcia Pereiro (2020).

nelle fasi di vita giovanile e adulta sono connesse con la cultura di massa e popolare, nell'anzianità diventano indicatori di uno status elevato e di uno stile di vita attivo. Proprio questa possibilità di accedere a modi di vivere attivi e culturalmente significativi è legata al capitale culturale posseduto durante il corso della vita e, secondo questa prospettiva, uno stile di invecchiamento “moderno” diviene quindi prerogativa delle classi più elevate:

The field in which the older are located is structured around a fundamental opposition between the elite older, armed with high levels of acquired and objectified cultural capital and with high economic capital, and the working-class older with very little capital of any kind. (Atkinson, 2024, p. 567)

Basandosi sulla concettualizzazione di Gilleard e Higgs (2007), Atkinson sostiene quindi che nella società contemporanea sussista una opposizione tra modelli culturalmente accettati di invecchiamento, corrispondenti a maggiori concentrazioni di capitale, che presuppongono comportamenti e stili di vita “nuovi”, “attivi”, “giovanili” e “di consumo”; e modi di invecchiare orientati allo spazio domestico e caratterizzati da maggiore inattività, a cui corrisponde una minore presenza di capitale. L'Autore prosegue associando a questa polarizzazione anche il binomio autonomia/fragilità (*fit/frail*):

If this hints at the specificity of trajectory, and perhaps some autonomy of age as a principle of taste and practice, further indication of age's complicating effect is the lingering association of later phases of older age with symbols of inactivity/accessibility – with abstention from physical activity alluding to corporeal capacity – when class capitals are held constant. The active/inactive and exclusive/accessible oppositions may thus implicate both the high/low capital and fit/frail polarities. (Atkinson, 2024, p. 570)

L'accesso a stili di invecchiamento di successo dipenderebbe quindi dalla concentrazione delle risorse culturali, sociali, economiche: non solo dalla disponibilità di tempo libero, ma anche dalla capacità di consumo e dalla conformazione della rete sociale, e in particolare è rilevante che quest'ultima sia indirizzata all'esterno oppure all'interno dello spazio domestico (Gilleard e Higgs, 2007). È la dimensione della vecchiaia di per sé che incorpora elementi di inclusione o esclusione, riproducendo – e ad alcune condizioni ampliando – le disuguaglianze sociali presenti nelle altre fasi della vita. In conclusione, sebbene la differenziazione di classe derivata dagli approcci bourdiesiani resti ancora una dimensione valida, è necessario approcciarsi allo studio dell'anzianità indagando forme di segregazione sociale e culturale proprie di questa fase della vita.

2.4. La lente del genere per reinterpretare le teorie classiche

Negli studi gerontologici tradizionali, l'invecchiamento è stato a lungo concettualizzato come un processo tendenzialmente neutro secondo il genere e la traiettoria di vita maschile è stata assunta come modello di riferimento unico per le principali teorizzazioni. Ciò non presuppone necessariamente che la differenza tra stili di invecchiamento maschili e femminili sia stata completamente ignorata, ma piuttosto che il genere non fosse considerato come caratteristica che di per sé, e più di altre, condizionasse i modi di invecchiare e le *chance* di salute durante tutto il corso di vita e, in particolare, nell'anzianità.

Come abbiamo visto, infatti, già dall'approccio del *disengagement* alcune differenze secondo il sesso (l'utilizzo del concetto di genere si consoliderà solo in seguito) erano state messe in luce, tra tutte quella dell'evento da cui avrebbe inizio la transizione all'invecchiamento. Questo era fatto coincidere per gli uomini con il pensionamento e per le donne con l'inizio della vedovanza, a sottolineare la propensione, considerata naturale e funzionale, degli uni verso la finalità

“pubblica” e di procacciatori di reddito, delle altre verso la dimensione “privata” di cura e domesticità.

Hoschchild, Autrice da sempre sensibile al tema dei divari di genere, già nel testo *Disengagement Theory: A Critique and Proposal* del 1975 mette in luce alcuni aspetti particolarmente innovativi, che saranno poi adottati, decenni più tardi, dalle teorizzazioni femministe sul tema anzianità. Al principio del testo, Hoschchild si pone infatti la questione di come l’impegno e il disimpegno nell’anzianità varino a seconda del contesto culturale, della posizione sociale e del sesso:

The theorists addressed themselves to the basic question: how is age related to engagement? This important question was at the time a new one. It represents a social gerontological approach to the question of social order and suggests such further questions as: how does the relation of age to engagement vary between one society and another, between one social class and another or between one sex and the other? (p. 554)

Nelle pagine seguenti, prendendo spunto dalla concettualizzazione di Crawford (1971), adotta tre idealtipi di reazione nei confronti del pensionamento che possono essere assunti da anziani e anziane in base ad alcune caratteristiche individuali:

The first type perceives retirement as *retiring back to something*-the family. In behavioral terms he may appear disengaged, but his relinquishment of work, church committees and union offices is given meaning with reference to this return to the family (1971:273). The second type perceives retirement as *retiring from something*. Here the man tends to dread retirement, to see it as a loss-of money, of things to do, of a place in the larger social world. Retirement is a regretted, externally imposed removal from the social life of working men, and the company of their wives is perceived as a dreaded retreat (Crawford, 1971:275). By contrast, the third type is *retiring for*

something. He feels released from work and past obligations, enabled to realign with social life outside work and family.

Secondo Hoschchild, nel modello industriale le variabili della classe e del “sex role” sono le principali a determinare il grado di *engagement* dell’anziano. La dimensione di classe è centrale nel modellare lo stile di invecchiamento e le tre visioni del pensionamento sono distribuite in modo non uniforme tra classe operaia e classe media, con una proporzione maggiore della classe operaia che percepisce questo processo come un ritorno alla famiglia, e una proporzione maggiore della classe media che vive il pensionamento come un momento per dedicarsi ad altri interessi. La terza modalità comprende circa la metà di entrambe le classi ed è caratterizzata dalla considerazione della pensione come un ritiro disimpegnato. Tali modelli possono essere anche interpretati attraverso la differenziazione di genere, anche perché, come sottolinea Hochschild, mentre l’invecchiamento è un processo biologico, il disimpegno è un processo primariamente sociale, «non innato, universale e inevitabile» (p. 563, traduzione propria). Se interpretiamo il pensionamento e il ritiro dal mondo lavorativo in prospettiva di genere, infatti, ci rendiamo conto che l’idea di *disengagement* risulta difficilmente applicabile alla popolazione femminile, per due motivi principali. *In primis*, le donne hanno più facilmente carriere discontinue e si allontanano – più o meno volontariamente – dall’ambito del lavoro salariato con maggiore frequenza, soprattutto per via degli oneri familiari. Anche l’assenza dal lavoro in concomitanza con la maternità non può essere calcolata considerando solamente il periodo del congedo come normativamente disciplinato, ma deve essere intesa in termini più estesi come quel periodo di tempo che precede il rientro al lavoro dopo la nascita di un figlio¹². Secondariamente, la centralità del lavoro salariato è mediamente minore per

¹² Questa precisazione è d’obbligo poiché, anche prendendo in esame solo il caso italiano, è noto che «dopo la nascita di un figlio quasi 1 donna su 5 (18%) tra i 18 e i 49 anni non lavora più» (Istituto Nazionale per l’Analisi delle Politiche Pubbliche, 2023).

l'esperienza femminile sia da un punto di vista di socializzazione di genere e conseguente percezione, sia in riferimento alla quotidianità, per via della presenza in contemporanea di significativi impegni familiari, ancora maggiormente a carico della popolazione femminile. Non è un caso che la stessa Hochschild più di un decennio più tardi e in un testo divenuto celebre, parlerà proprio di “secondo turno” a evidenziare la pervasività – pari a quella del lavoro formale – dell’impegno domestico per la popolazione femminile (Hochschild e Machung, 1989). Come evidenziato anche precedentemente, le traiettorie lavorativa e di vita sono sempre più eterogenee, e dipendono significativamente dal capitale culturale, dal livello di istruzione e dall’appartenenza di classe (o dallo status socioeconomico) e questa crescente eterogeneità sembra essere ancora più evidente proprio nella popolazione femminile (Moen 1996). Nonostante ciò, le posizioni critiche che hanno evidenziato la *gender blindness* della teoria del *disengagement* hanno ancora la loro validità, soprattutto a causa della persistenza, seppur in lieve diminuzione, dei divari di genere nelle carriere lavorative e in ambito domestico. Inoltre, il genere contribuisce a determinare anche la tipologia di occupazione, avendo effetti sulla posizione socioeconomica e sulla percezione del passaggio alla pensione¹³:

Gender serves to shape the nature of one's occupation as well as the timing and duration of employment, what can be seen as one's occupational career. In turn, both gender and occupational career affect the barriers, resources, and opportunities that shape the life quality of individual men and women as they move through and beyond retirement. (Moen, 1996 p. 132)

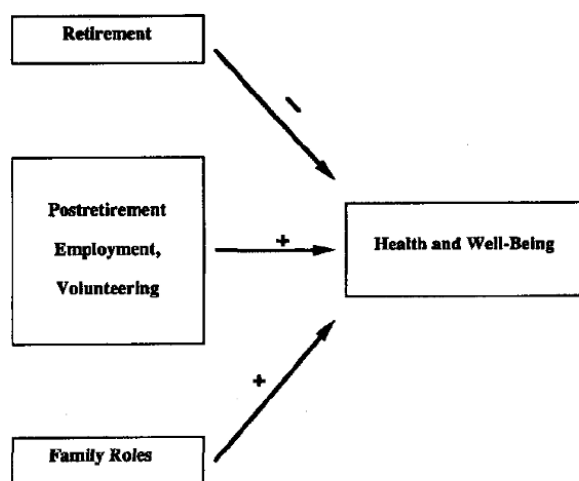
¹³ L'identità di genere condiziona anche la percezione dello status di disoccupato/a. Gli uomini, infatti, soffrono maggiormente di stress se si trovano in una condizione di disoccupazione involontaria, poiché socialmente meno accettabile e più soggetta a stigmatizzazione per via della loro funzione di breadwinner (Lennon, 2006)

Come già Hochschild metteva in luce, la centralità del lavoro nell'identità personale o al contrario l'appropriazione di modelli più indirizzati alla vita familiare in età adulta condizionano fortemente anche il rapporto che gli uomini hanno con le diverse sfere di attività, una volta arrivati al pensionamento:

(...) I would hypothesize that those men with access to work, and a history of imputing importance in work, will essentially continue the pattern of middle age, i.e., relatively greater social and normative engagement in work than in family or leisure. (...) Men with access to work, but a disinclination for it, will work depending on their financial necessity for doing so-social but not normative engagement in work. (...) They will be both socially and normatively engaged in the family, resembling Crawford's "retirement to" type. And their involvement in leisure will be in association with the family. Less often it will take the form of a "substitute work involvement." (1975, p.566)

Sia per gli uomini sia per le donne, l'importanza attribuita alle sfere del lavoro e della famiglia, influenzata anche dalla posizione lavorativa ricoperta, è riprodotta nei modelli di comportamento adottati nell'età anziana. A seconda delle esperienze di vita, quindi, si destinerà più o meno tempo alle attività riconducibili ai diversi ambiti: quello del lavoro, trovando attività sostitutive del ruolo lavorativo o continuando a lavorare quando questo sia possibile; quella della famiglia, dedicando maggiore tempo alle relazioni familiari. Anche la sfera del tempo libero e dell'impegno sociale – terzo polo della riflessione – sarà quindi caratterizzata da comportamenti in linea con le inclinazioni personali (Hochschild, 1975). Come sottolineato anche da Moen (1996), il momento delicato del passaggio alla pensione deve essere compreso analizzando anche la perdita o il mantenimento di altri ruoli, quali quelli familiari, di vicinato e di impegno sociale, la cui interazione definisce il benessere dell'anziano/a stesso/a, come evidenziato nella Figura 8:

Figura 8: Un approccio di integrazione sociale al pensionamento e al benessere



Fonte: Moen (1996), p. 133

Il genere diviene quindi la lente attraverso la quale comprendere come i diversi ruoli entrano in relazione tra loro, anche in base al contesto sociale e al modello di welfare prevalenti. In una prospettiva di accumulo di vantaggi e svantaggi durante il corso di vita (CAD), il maggior carico di lavoro familiare e l'inquadrimento delle donne nel mercato del lavoro risultano elementi che indeboliscono anche la loro posizione previdenziale e finanziaria, con effetti sia di breve periodo, quali mancata indipendenza economica, sia di lungo periodo, riflettendosi sul benessere finanziario nell'anzianità.

Some women (still) opt for continuous household roles, whereas others prefer continuous full-time employment, with various combinations in-between (Hakim, 2000). Lower incomes of women may be the result of labor market discrimination and/or of their more frequent interruptions and periods of part-time work and less upward mobility. As a result, women have a less favorable lifetime welfare benefit structure and a different relation of

returns on investment in the labor market, the marriage market, and parenthood than men (...). (Kohli, 2007, p. 262)

La dimensione di genere agisce sulle *chance* e le scelte di salute in maniera complessa, e gli aspetti approfonditi esplorano solo in parte tale interrelazione. La presenza di più ruoli, la loro conflittualità o compatibilità e l'effetto che la dimensione di genere ha sui modelli di comportamento sembrano essere un tema particolarmente rilevante nello studio del benessere nell'anzianità, come evidenziato anche da Moen.

3. Invecchiare attivamente: modelli di analisi contemporanei

Le riflessioni sviluppate nelle precedenti sezioni evidenziano chiaramente la multidimensionalità del processo di invecchiamento. Anche nel campo della gerontologia sociale, i modelli teorici susseguitesi hanno avuto il fine di comprendere come le molteplici componenti e dinamiche interagissero tra di loro, determinando stili di invecchiamento più o meno di successo.

A partire dagli anni Novanta del secolo scorso, la riflessione sull'invecchiamento si è riorientata su approcci più "positivi", che si concentrassero maggiormente sulla partecipazione continua degli anziani alla società, piuttosto che sul progressivo declino delle funzioni fisiche e cognitive (Boudiny, 2013). In particolare, sono stati sviluppati modelli che ancora trovano ampio spazio nel dibattito internazionale, quali: *Healthy Ageing* (Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 1993), *Successful Ageing* (Rowe e Kahn, 1987, 1997) e *Active Ageing*¹⁴. Tali termini vengono spesso utilizzati come sinonimi di stili di vita attivi e produttivi nella terza e quarta età, ma in realtà differiscono per gli elementi che vengono messi in risalto. Nelle

¹⁴ Per una descrizione più dettagliata dello sviluppo dei concetti e delle molteplici definizioni, si veda Bowling (2005); Lucantoni e Principi (2023)

pagine seguenti verranno presentati i modelli di invecchiamento di successo e di *Active Ageing*. Quest'ultimo, in particolare, risulta a oggi il paradigma prevalente nello studio dell'invecchiamento anche per il suo essere maggiormente "olistico" e multidimensionale.

3.1. Invecchiamento di successo

Sebbene l'origine del termine "*successful ageing*" sia ben definita, negli anni successivi alla concettualizzazione di Havighurst tale termine ha accolto significati molteplici e sfaccettati, discostandosi anche significativamente dalla accezione iniziale e diventando a tutti gli effetti un *umbrella term* che comprende tutte le modalità di invecchiamento considerate socialmente accettabili, attive e indirizzate verso la socialità.

Il modello di teoria dell'invecchiamento di successo che ha ottenuto maggiore consenso è senza dubbio quello sviluppato da Rowe e Kahn, nell'ambito di un progetto che aveva l'obiettivo di rilevare i fattori responsabili nella promozione di stili di invecchiamento che mantenessero mentalmente e fisicamente attivi. La strategia ottimale, presentata anche nel testo *Successful Aging, presenting results of a major MacArthur Foundation Study of Aging in America* (1998), si articola in tre azioni: agire per prevenire malattie e situazioni di disabilità e non autosufficienza, conservare alti livelli di funzionamento cognitivo e fisico, mantenere un pieno coinvolgimento nei diversi aspetti della vita (*full engagement in life*) attraverso attività produttive e coltivando le relazioni interpersonali.

Questo ultimo elemento, che riprende il concetto di soddisfazione personale sviluppato nella teoria dell'attività, ha rappresentato uno dei punti di forza di questo approccio che diventa quindi declinabile, anche secondo interpretazioni successive, da una parte in diversi *framework* teorici e dall'altra adattabile a

eterogenei modi individuali di invecchiare, come sottolineato da Evseeva (2019, p.138):

At the same time, conceptually, successful ageing is now more encompassing than ever; it is an endless multitude of particular variations of ageing: successful is that option which is suitable for a particular person. It has somehow come to realise Robert Havighurst's ideal – at least, the way it was formulated: life satisfaction, in the most general manner. This way, successful ageing becomes a broad framework not limited to one particular theory and potentially capable of embracing the whole older population. Both relatively healthy individuals and those with a disability, working and retired, (grand)parents and childless can be said to be ageing successfully if they are content with themselves and their life rather than dissatisfied.

Se tale approccio ha il merito di intendere l'invecchiamento come una fase segnata da comportamenti attivi e non più meramente come un processo di declino, al contempo fissa completamente il focus e la responsabilità della propria soddisfazione personale sulle abitudini individuali degli anziani, e in particolare su due aspetti: la capacità di mantenere relazioni con altri e la tendenza ad essere il più possibile produttivi.

Per questi motivi, la teoria è stata a più riprese criticata, in particolar modo per il suo essere eccessivamente individualizzata (*individual-oriented*) e psicologizzata, ovvero interessata all'interiorità e particolarità degli stili di vita, tralasciando ad esempio le implicazioni che i determinanti sociali di salute hanno nel condizionare le possibilità di invecchiare con successo:

Rowe and Kahn make older people responsible for their own physical condition: the more active the latter are, the better should be their health and emotional state. Rowe and Kahn's works became a symbol of the so-called

«new gerontology» optimistically focusing on successful ageing rather than seeing old age as a time of failure and disease. (Evseeva, 2019, p.136)

Questi rilievi e anche le critiche riguardanti la forte enfasi sulla medicalizzazione e la promozione di una visione neoliberista del processo di invecchiamento, secondo la quale il successo è dato dalla produttività, sono stati recepiti dagli autori, che in tempi recenti hanno proposto una rilettura dell'approccio originale evocativamente definita *Successful Ageing 2.0*. I rivisti criteri di successo nell'invecchiamento sono ora articolati maggiormente anche a livello sociale (*societal level*) e includono oltre a produttività ed *engagement*, declinati nella permanenza nel mercato del lavoro e nelle attività di volontariato: coesione, intesa in termini di rapporti intergenerazionali; resilienza, ovvero una buona risposta alle situazioni di stress demografico; sostenibilità nel mantenimento di alti livelli di funzionamento (Rowe e Kahn, 2015). Sulla rilevanza della relazione tra livello individuale e società nel determinare un buon processo di invecchiamento, gli autori aggiungono: «Successful aging at the societal level will obviously facilitate successful aging at the level of the individual, and, most likely, viceversa. The challenges associated with the aging of our society urge that the concept of successful aging of the individual be complemented with a body of theoretical inquiry and empirical research at the level of society» (p. 594). Comunque, sebbene la rivisitazione approfondisca maggiormente il legame tra livello micro e livello macro, il modello del *Successful Ageing* rimane noto soprattutto per la maggiore attenzione che pone nei confronti dell'azione individuale. Come si vedrà nelle pagine seguenti, questa visione *individual-oriented* ha fortemente condizionato anche le teorie successive a quella promossa da Rowe e Kahn.

3.2. Active Ageing

Il modello dell'invecchiamento di successo continua ad essere prevalente in ambito nord americano, mentre nel contesto europeo si è progressivamente affermato il paradigma¹⁵ dell'invecchiamento attivo, anche per via dell'enfasi data a questo approccio dalle iniziative portate avanti dagli organi dell'Unione Europea, culminate nella proclamazione a Copenaghen nel 2012 dell'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà Intergenerazionale (Commissione Europea e Presidenza Danese del Consiglio dell'Unione Europea, 2012). Secondo alcuni Autori, il modello di invecchiamento attivo ha rappresentato il modo in cui l'Europa ha tentato di dare una risposta in termini di *policies* alla sfida del crescente invecchiamento della popolazione (Foster and Walker, 2015; Moulaert e Leonard, 2015).

Nelle sue versioni iniziali tale approccio è stato caratterizzato da una profondità teorica che non sempre è stata restituita nel dibattito degli ultimi anni, che, al contrario, lo ha visto talvolta ridotto a una forma di raccomandazione all'attività piuttosto generica (Boudiny, 2013). Questo processo di semplificazione può essere dipeso principalmente da due ordini di ragioni. In prima istanza, nel dibattito accademico il termine ha risentito di una sovrapposizione con altri concetti dal significato simile (invecchiamento di successo, in salute, ecc.) e la stessa genericità dell'attributo "attivo", che si presta a essere utilizzato anche in contesti non scientifici, ha contribuito a questo confondimento (Principi et al., 2021; Lucantoni e Principi, 2023). Il secondo ordine di motivi riguarda il fatto che, anche nella realizzazione di politiche e misure basate sull'approccio dell'invecchiamento attivo, si siano spesso promosse indicazioni piuttosto generali e indirizzate a mantenere uno stile di vita attivo fisicamente e cognitivamente, elementi che,

¹⁵ Nel caso dell'Invecchiamento Attivo si tende a utilizzare il termine "paradigma" perché, in maniera più rilevante rispetto alle teorizzazioni precedenti o concorrenti, l'approccio ha ispirato significativamente sia il dibattito accademico e pubblico sia le decisioni dei policy maker, diventando un vero e proprio concetto *mainstream*.

sebbene indispensabili per un invecchiamento in salute, semplificano in parte l'aspetto olistico della visione originaria dell'*active ageing*. La multidimensionalità del paradigma, inoltre, fa sì che sia stato utilizzato anche dagli organi internazionali per dare risalto ad alcune dimensioni piuttosto che altre e ciò ha contribuito ad amplificarne l'indeterminatezza, come si vedrà nella sezione successiva (López López Sánchez, 2020).

Tra i primi documenti che trattano il modello di invecchiamento attivo, figura il Report prodotto dall'OMS nel 2002, che ne delinea i principi fondamentali facendo riferimento alla rilevanza della dimensione sociale, oltre a quelle del benessere fisico e mentale. Elevati stati di benessere sarebbero raggiunti attraverso la promozione delle opportunità in tre ambiti chiave – salute, partecipazione e sicurezza – permettendo alle persone anziane di ottenere una adeguata qualità della vita:

What is “Active Ageing”?

Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age.

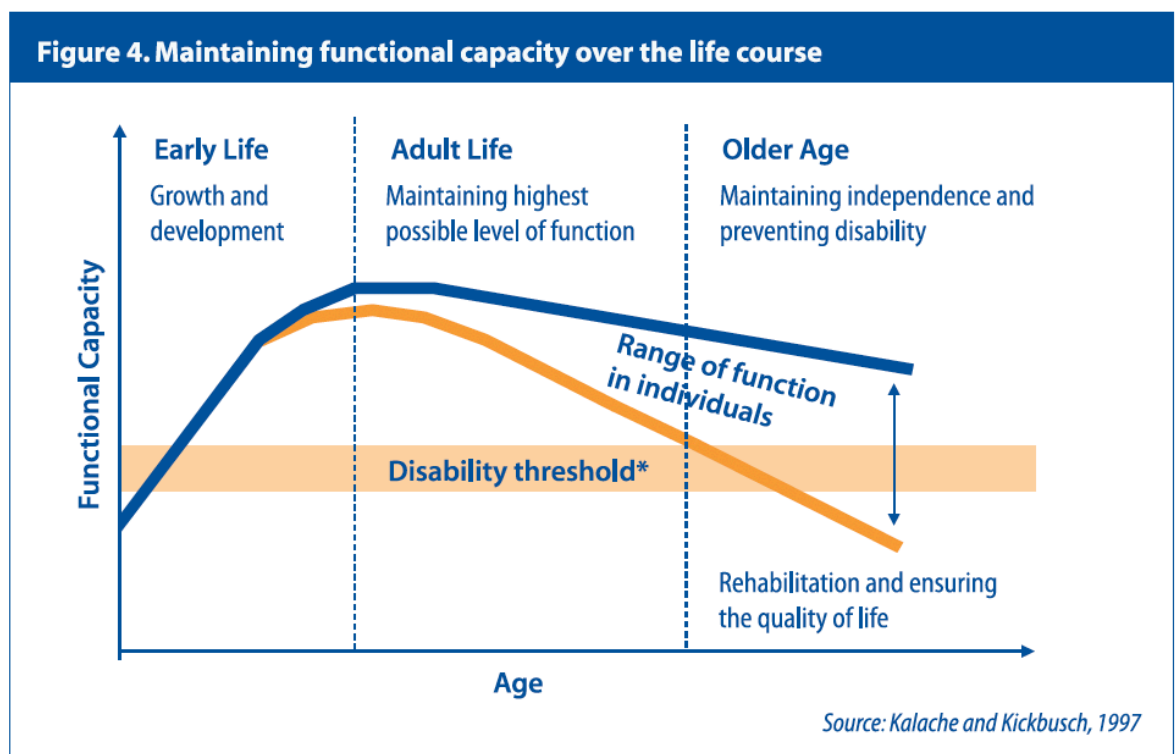
Active ageing applies to both individuals and population groups. It allows people to realize their potential for physical, social, and mental well being throughout the life course and to participate in society according to their needs, desires and capacities, while providing them with adequate protection, security and care when they require assistance.

(WHO, 2002, p. 12. Corsivo originale)

La definizione mette in evidenza la processualità dell'invecchiamento e la rilevanza che nell'approccio dell'Active Ageing ha la prospettiva di corso di vita, a cui nel report viene dedicato un paragrafo a parte:

A life course perspective on ageing recognizes that older people are not one homogeneous group and that individual diversity tends to increase with age. Interventions that create supportive environments and foster healthy choices are important at all stages of life. (Ibidem.)

Figura 9: Mantenimenti delle capacità funzionali nel corso di vita



Fonte: Kalache e Kickbusch, 1997 cit. in WHO, 2002

Come alcuni autori evidenziano (Stowe e Cooney, 2015), una delle principali criticità della teoria del *successful ageing* è rappresentata proprio dalla scarsa attenzione posta all'elemento del corso di vita mentre il modello di invecchiamento attivo supera questa mancanza, integrando la dimensione temporale, sebbene questa sia esplorata soprattutto per spiegare l'incidenza delle malattie non trasmissibili e il mantenimento di livelli adeguati di funzionalità, con un approccio tendenzialmente clinico. La volontà di mantenere uno sguardo a trecentosessanta

gradi è ribadita anche dal riferimento alla dignità di invecchiare in maniera etica e attraverso il riconoscimento dei diritti umani degli anziani, tra i quali quello alla partecipazione:

The active ageing approach is based on the recognition of the human rights of older people and the United Nations Principles of independence, participation, dignity, care and self-fulfillment. It shifts strategic planning away from a “needs-based” approach (which assumes that older people are passive targets) to a “rights- based” approach that recognizes the rights of people to equality of opportunity and treatment in all aspects of life as they grow older. It supports their responsibility to exercise their participation in the political process and other aspects of community life (WHO, 2002, p. 13).

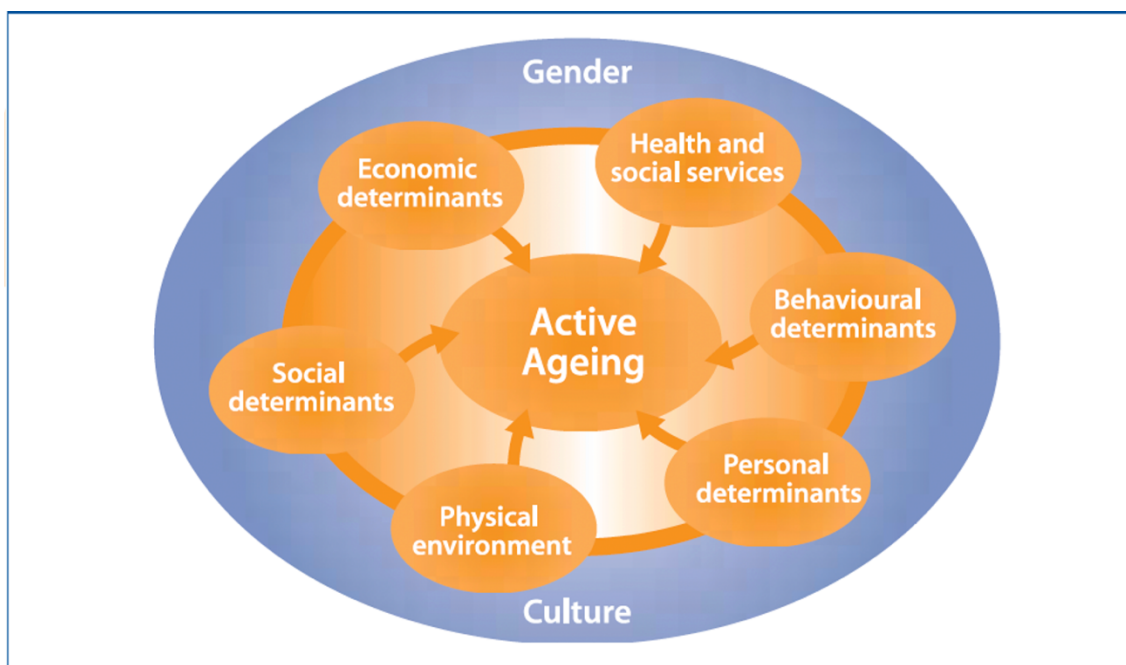
Discostandosi dal modello dell'invecchiamento di successo, che pone il focus in particolare sulla funzionalità clinica (Foster and Walker, 2015), l'*active ageing* si concentra sulla partecipazione in società e ribadisce come anche chi sperimenta stati di salute fragili e convive con malattie più o meno debilitanti possa svolgere attività di partecipazione sociale, modulandole in base alla propria condizione personale (Principi et al., 2021). La lente si sposta quindi dai bisogni degli anziani alla promozione della loro capacità di essere partecipi alla vita attiva, anche – elemento che ha attirato alcune critiche – attraverso il mantenimento del posto di lavoro¹⁶ (Ottaviano, 2012).

Nel report presentato dall'OMS, inoltre, si fa riferimento alla rilevanza dei determinanti sociali di salute, offrendo una riflessione sulla presenza di due macrocategorie trasversali che, secondo gli autori, condizionerebbero

¹⁶ Sebbene non ci sia un riferimento esplicito, almeno nel report del 2002, all'approccio delle capabilities, l'enfasi posta sulla promozione dell'empowerment dell'anziano evidenzia proprio la rilevanza delle competenze nelle possibilità di invecchiare attivamente.

aprioristicamente anche gli altri determinanti di salute, come rappresentato nella Figura 10, presente nel documento:

Figura 10: i determinanti sociali dell'Invecchiamento Attivo



Fonte: WHO, 2002

La possibilità di invecchiare in maniera attiva è determinata da molteplici aspetti, situati ai livelli micro, meso e macro, che interagendo tra di loro condizionano le *chance* di salute di ciascun individuo¹⁷. Le abitudini di salute sono solo uno degli aspetti che compongono il quadro, nel quale agiscono anche lo status socioeconomico, l'ambiente, il sistema sanitario e ulteriori determinanti sociali di salute:

Active ageing depends on a variety of influences or “determinants” that surround individuals, families and nations. Understanding the evidence we have about these determinants helps us design policies and programmes

¹⁷ Il dibattito accademico sui determinanti sociali di salute è vasto ed è in questa sede solo accennato, per approfondimenti si rimanda a Cardano et al. (2020)

that work. (...) it is not possible to attribute direct causation to any one determinant; however, the substantial body of evidence on what determines health suggests that all of these factors (and the interplay between them) are good predictors of how well both individuals and populations age. (WHO, 2002, p. 19)

La cultura e il genere sono considerati, invece, come categorie “cross cutting” o trasversali, che incidono su tutti gli altri determinanti. Il contesto culturale determina i modi in cui la società considera le persone anziane e l’invecchiamento. Condiziona, inoltre, i modelli familiari, la maggiore o minore estensione del nucleo, i modi di interagire tra i componenti nonché le strategie di presa in carico dell’anziano/a. Anche le forme di espressione della partecipazione pubblica degli anziani sono modellate dai valori culturali. Infine, i fattori culturali influenzano le abitudini e i comportamenti legati alla salute (si pensi, a titolo di esempio, a come varia il consumo di alcool o tabacco nei diversi contesti nazionali).

Il genere viene definito una “lente”, utile per valutare quanto le misure che incentivano il benessere siano eque nella società. Le donne, infatti, non solo hanno mediamente status socioeconomico inferiore, ma questo porta a cascata a una serie di ulteriori posizioni di svantaggio nell’ambito della salute, esperibili per esempio nelle posizioni lavorative qualitativamente inferiori. Anche il ruolo di tradizionali *caregiver* affidato alla popolazione femminile influisce significativamente sulla possibilità di invecchiare in maniera attiva, come già evidenziato:

Women’s traditional role as family caregivers may also contribute to their increased poverty and ill health in older age. Some women are forced to give up paid employment to carry out their caregiving responsibilities. Others never have access to paid employment because they work full-time in

unpaid caregiving roles, looking after children, older parents, spouses who are ill and grandchildren.(WHO, 2002, p. 20)

Gli uomini, sebbene godano di una posizione socioeconomica migliore, sono svantaggiati maggiormente a livello di comportamenti individuali: tendono infatti ad avere abitudini meno salutari e a essere più soggetti a incidenti e scontri nel corso della vita.

Nello stesso periodo Walker (2002), uno dei principali studiosi del paradigma, declina l'invecchiamento attivo in sette principi chiave, che permetterebbero di trasformare il concetto da mera retorica ad approccio funzionale capace di rispondere alle sfide dell'anzianità. Nelle parole dell'Autore:

- First of all, “activity” should consist of all meaningful pursuits which contribute to the well-being of the individual concerned, his or her family, the local community or society at large and should not be concerned only with paid employment or production. This is not to downgrade the importance of employment, which remains the leading method of inclusion, but to recognize that activity means more than paid work.
- Second, active ageing must encompass all older people, even those who are, to some extent, frail and dependent. This is because of the danger that a focus only on the “young-old” will exclude the “old-old” and the fact that the link between activity and health (including mental stimulation) holds good into advanced old age (WHO, 2001b).
- Third, it should be primarily a preventive concept. This means involving all age groups in the process of ageing actively across the whole of the life course. It does not mean writing off the older generations—there will be a need for remedial action for years to come—but the main focus should be on preventing ill-health, disability, dependency, loss of skills and so on.

- Fourth, the maintenance of intergenerational solidarity is an important feature of a modern approach to active ageing. This means fairness between generations as well as the opportunity to develop activities that span the generations. Active ageing is intergenerational: it is about all of our futures and not just about older people. We are all stakeholders in this endeavour.
- Fifth, the concept will embody both rights and obligations. Thus, the rights to social protection, lifelong education and training and so on may be accompanied by obligations to take advantage of education and training opportunities and to remain active in other ways. Active ageing should not be a flimsy disguise for reducing rights, but it should emphasize the obligations that rights entail. Of course there is a risk here that an active ageing strategy will be coercive, and it is always difficult for policymakers to find the right balance between rights and obligations: I will come back to this issue in the final section.
- Sixth, strategy on active ageing should be participative and empowering. In other words, there must be a combination of top-down policy action to enable and motivate activity with, also, opportunities for citizens to take action from the bottom up, for example in developing their own forms of activity.
- Seventh, active ageing has to respect national and cultural diversity. For example, there are differences in the forms of participation undertaken between the north and the south of Europe, and therefore value judgements about what sort of activity is “best” are likely to be problematic (...) (p.124-125)

L'analisi di Walker, oltre a ribadire la complessità del modello e la multidimensionalità dei livelli di intervento, ne mette in luce il carattere relazionale e inclusivo. Infatti, da una parte si ribadisce come per “attività” vengano intese non solo quelle immediatamente classificabili come produttive; al contrario, l'aspetto

della significatività che per l'anziano/a hanno le attività che svolge è determinante per capirne l'effetto sul benessere. La rete familiare e la comunità sono indicate come luoghi naturali di sviluppo del benessere individuale e la solidarietà intergenerazionale viene definita una «caratteristica importante per un approccio moderno all'invecchiamento attivo» (traduzione propria). Riferimento è fatto, inoltre, alla necessità di includere non solo i giovani anziani ma anche anziani e grandi anziani, poiché un invecchiamento attivo, come ribadito anche nel report dell'OMS, è perseguibile a tutte le età, anche in condizioni di fragilità. Ciò risulta in linea anche col principio espresso al terzo punto, che mette in evidenza la rilevanza della prevenzione nell'invecchiamento attivo. Gli interventi devono, quindi, riguardare la popolazione grande anziana, con l'obiettivo di limitare il presentarsi di situazioni di non autosufficienza e il deterioramento funzionale; al contempo è proprio sulla popolazione dei giovani anziani che è necessario intervenire per promuovere il loro benessere e la loro partecipazione, affinché «oltre ad aggiungere anni alla vita si aggiunga vita agli anni» (WHO, 1991).

Sebbene quindi invecchiare attivamente sia considerato non solo un diritto ma anche un dovere, alla luce del quale è responsabilità dell'anziano/a cogliere le opportunità di socialità che gli vengono presentate, secondo Walker lo Stato il ruolo di agevolare e motivare cittadini e cittadine alla partecipazione con azioni mirate, garantendola anche attraverso la fornitura di misure di sostegno sociale adeguate.

3.3. L'invecchiamento attivo nella normativa

Il paradigma dell'Invecchiamento Attivo ha ricevuto attuazione nei documenti prodotti sia a livello europeo sia internazionale, in particolare per merito dei progetti portati avanti dall'OMS e dagli organismi dell'Unione Europea. Anche a livello nazionale, da qualche anno con maggiore intensità a causa della crescente urgenza della cosiddetta “emergenza anziani”, sono state proposte e attuate pratiche di

incentivo all'invecchiamento attivo sia a livello di iniziative parlamentari che, soprattutto, nell'ambito delle diverse normative regionali. Tuttavia la legge quadro sulla *Long Term Care* (Decreto Anziani e successivi decreti attuativi) ha in parte disatteso le aspettative per quanto riguarda il tema della partecipazione in società, concentrandosi maggiormente sull'accesso ai servizi da parte della popolazione anziana. Nonostante la crescente attenzione sul tema da parte del legislatore, quindi, nel contesto italiano risulta ancora mancante una normativa specifica che si proponga di affrontare il tema invecchiamento in maniera strutturale, tenendo in considerazione non solo i bisogni sociosanitari, ma la complessità delle necessità e delle potenzialità non adeguatamente valorizzate, della popolazione anziana.

3.3.1. La diffusione al livello internazionale

A livello internazionale sulla promozione di stili di invecchiamento attivi sono stati elaborati molteplici documenti e raccomandazioni. Tra questi risulta ancora oggi particolarmente significativo il Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA), approvato nel 2002 dall'Assemblea Generale dell'ONU (Risoluzione 57/167). Secondo Barbabella et al. (2020), infatti, la approvazione del MIPAA segna «storicamente il momento in cui l'invecchiamento cessa di rappresentare una questione di *policy* a sé stante. Da quel momento emerge invece a livello globale la consapevolezza riguardo a come la trasformazione demografica caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione, in corso gradualmente in tutto il mondo, investa inevitabilmente tutti gli aspetti della vita individuale e sociale, sia su scala nazionale che internazionale» (p. 11).

Sebbene il documento non abbia valore vincolante, diviene uno strumento che ribadisce la volontà degli Stati aderenti di condividere obiettivi e piani di monitoraggio per misurare l'efficacia delle politiche di invecchiamento attivo, in particolare grazie alla spinta data dalla successiva *road map* per l'attuazione del

Piano, adottata nel 2004, che ne rafforza il carattere operativo. Il MIPAA è soggetto, inoltre, a un processo di revisione effettuato ogni cinque anni che culmina con lo svolgimento della Conferenza ministeriale UNECE sull'invecchiamento, di cui si parlerà più nel dettaglio in seguito relativamente agli adempimenti attuati in Italia. Ulteriore passo avanti è stato compiuto con la Risoluzione 65/182, adottata nel 2010, che ha istituito l'*Open-Ended Working Group on Ageing* (OEWGA), un Gruppo di Lavoro Permanente sull'Invecchiamento specificatamente incentrato sulla tutela dei diritti umani delle persone anziane. Nel 2013, poi, l'Assemblea Generale dell'ONU ha ribadito l'urgenza di incorporare riferimenti espliciti alla tutela degli anziani nei trattati sui diritti umani, invitando l'OEWGA ad avviare i lavori per una possibile convenzione internazionale specifica, da costruire secondo un approccio olistico e in linea con i principi della non discriminazione e della parità di genere (Risoluzione 67/139).

In questo contesto, nel 2014 è stata finalizzata la nomina di un Esperto indipendente sui diritti umani delle persone anziane da parte del Consiglio ONU per i Diritti Umani. Tale incarico consiste nell'analizzare l'impatto delle politiche sull'invecchiamento sulla realizzazione dei diritti fondamentali, raccogliendo dati e buone prassi da governi, istituzioni e organizzazioni della società civile. I rapporti prodotti annualmente da questa figura hanno contribuito a rafforzare la consapevolezza circa la necessità di strumenti giuridici più vincolanti e sistemici. Più recentemente, nel 2016, è stata approvata la Strategia Globale e Piano d'Azione sull'Invecchiamento e la Salute 2016-2020 da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità, che ha segnato l'avvio della *Decade for Healthy Ageing 2020-2030*. Questa strategia si inserisce pienamente all'interno del quadro degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030, in cui l'invecchiamento è riconosciuto come rilevante per almeno 15 dei 17 SDG¹⁸. Al centro della strategia vi è il principio

¹⁸ Per un approfondimento sulle interconnessioni tra impegni MIPAA e Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030, rimanda allo schema elaborato da INAPP (Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche) su incarico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali,

secondo cui promuovere l'invecchiamento in salute non significa solo prevenire la malattia, ma garantire condizioni che permettano agli anziani di vivere in sicurezza e contribuire attivamente alla società (Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche della Famiglia, 2022).

Infine, con la Risoluzione ECOSOC 2018/6 il Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite ha ribadito l'importanza di integrare la dimensione dell'invecchiamento in tutte le politiche pubbliche, raccomandando agli Stati di combattere la discriminazione basata sull'età, promuovere la coesione intergenerazionale e considerare la prospettiva di genere nell'elaborazione delle strategie sociali.

Tabella 1. Timeline dei principali interventi internazionali a favore dell'invecchiamento attivo

Anno	Provvedimento	Organo	Contenuto
2002	MIPAA - Madrid International Plan of Action on Ageing	Assemblea Generale ONU	Primo quadro globale non vincolante che collega l'invecchiamento alle politiche di sviluppo; promuove un approccio orientato al corso di vita e fondato sui diritti.
2004	Road map per l'attuazione del MIPAA	Assemblea Generale ONU	Traccia le linee guida per implementare il MIPAA a livello nazionale e regionale.
2010	Istituzione dell'OEWGA (Open Ended Working Group on Ageing)	Assemblea Generale ONU	Mandato per valutare la protezione dei diritti umani degli anziani e proporre misure normative internazionali aggiuntive.
2013	Risoluzione 67/139	Assemblea Generale ONU	Riconosce carenze nei trattati sui diritti umani in riferimento agli anziani; incarica l'OEWGA di proporre uno strumento internazionale dedicato.
2014	Nomina dell'Esperto indipendente ONU sui diritti degli anziani	Consiglio ONU per i Diritti Umani	Valuta le pratiche e l'attuazione del MIPAA, raccoglie raccomandazioni e buone prassi da Stati e società civile.
2016	Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health (2016-2020)	Assemblea Mondiale della Sanità (OMS)	Allineamento con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile; promozione dell'invecchiamento in salute come diritto umano.
2018	Risoluzione ECOSOC 2018/6	Consiglio Economico e Sociale ONU	Conclusione del terzo ciclo di valutazione del MIPAA; richiama attenzione ai diritti umani degli anziani e alla non discriminazione.

Fonte: Elaborazione propria da Barbabella et al., 2020

consultabile all'indirizzo: <https://unece.org/sites/default/files/2022-02/mipaa20-report-italy-ita.pdf>.

Anche a livello di Unione Europea, come anticipato, il paradigma è stato adottato come principale modello di interpretazione della longevità. Con l'entrata in vigore del trattato di Lisbona, oltre all'inserimento dell'età come dimensione di non discriminazione nell'articolo 21 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, all'articolo 25 si ribadisce la rilevanza della dimensione di partecipazione sociale nella terza età, assunta a diritto dell'anziano:

Articolo 25

Diritti degli anziani

L'Unione riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale.

(Unione Europea, 2012)

Come evidenzia Georgantzi (2018), l'articolo 25 rappresenta una presa di posizione sulle dimensioni che determinano le possibilità di invecchiare in maniera dignitosa ed equa, indicando la direzione da seguire per promuovere un approccio all'invecchiamento basato sulla tutela dei diritti umani:

Article 25 should be read as giving guidance on how equality in old age needs to be interpreted so that it becomes effective. What this Article tells us is that—as with other discrimination grounds—the EU aspires to an application of substantive equality that needs to be understood as an obligation not only to refrain from action that treats people less well because of their age but also to take into account the particular needs of older people through positive action (...). Dignity, independence, and participation are the bedrock of a human rights-based approach to equality in old age. These notions mirror Fredman's (2003) definition of substantive equality, which refers to dignity, choice, autonomy, participative democracy, and social inclusion (p. 38). (Georgantzi, 2018, p. 343)

Sebbene siano stati approvati ulteriori documenti, tra cui un “accordo quadro su invecchiamento attivo e approccio intergenerazionale” siglato nel marzo 2017 da Etuc BusinessEurope, CEEP e UEAPME (ETUC-CES, Business Europe, CEEP e UEAPME, 2021) col fine di favorire la partecipazione attiva degli anziani nel mercato del lavoro e promuovere piani pensionistici maggiormente flessibili (Principi et al., 2018), le principali criticità che vengono avanzate nei confronti della normativa europea riguardano la mancanza di obbligatorietà di quest’ultima, che fa sì che l’attuazione o meno di misure e buone pratiche che perseguano i fini promossi sia demandata ai singoli Stati (Lucantoni e Principi, 2023).

3.3.1.1. L’evoluzione del concetto nelle interpretazioni degli organismi internazionali

La prospettiva dell’invecchiamento attivo, come evidenziato, ha iniziato ad affermarsi circa un quarto di secolo fa e le pubblicazioni scientifiche che la affrontano sono passate dalle poche decine dei primi anni Duemila alle migliaia di oggi (Pfaller e Schweda, 2019). La longevità del concetto rende possibile indagare come il significato sia evoluto nel tempo, soprattutto nei principi promossi dalle organizzazioni internazionali che negli anni l’hanno adottato. Come visto nelle sezioni precedenti, nelle prime teorizzazioni l’*active ageing* era inteso come un concetto olistico e multidisciplinare attraverso il quale sarebbe stato possibile affrontare almeno parzialmente la sfida demografica, e con questa chiave interpretativa era promosso anche dalle Organizzazioni Internazionali. Nel corso degli anni questa visione è andata concentrandosi in particolare su alcuni aspetti, tralasciandone altri.

López López e Sánchez (2020) hanno svolto un’analisi qualitativa dei discorsi effettuati sul tema dell’invecchiamento attivo dalle tre principali agenzie internazionali promotrici del paradigma: l’Organizzazione Mondiale della Sanità

(OMS), l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) e gli organi dell'Unione Europea (UE). Gli Autori evidenziano differenze significative negli obiettivi promossi dai tre attori sui molteplici temi afferenti al paradigma dell'invecchiamento attivo, in questa sede ci concentreremo sui risultati relativi ai contenuti sulla partecipazione (*Participation/Contribution*).

Se il tema della partecipazione è presente nella maggior parte dei discorsi dell'OMS, che fin dal 2002 evidenzia come questa possa esprimersi attraverso molteplici attività e ambiti di interesse, nei documenti dell'OCSE risulta residuale, e il mantenimento di uno stile di vita attivo viene incentivato soprattutto in relazione all'ambito lavorativo. Anche nei discorsi degli organi dell'Unione Europea la partecipazione attiva degli anziani viene promossa a più livelli e se ne sottolinea la rilevanza per contrastare l'invecchiamento demografico e ridurre i costi dell'assistenza sanitaria. Nelle narrazioni degli organi UE, però, il focus è maggiormente indirizzato a una partecipazione in senso lavorativo e di *lifelong learning*. Al contrario, l'OMS promuove modalità di partecipazione più ampie, ad esempio tramite il volontariato o l'attività di cura.

Con il passare degli anni la crescente enfasi posta dalle Organizzazioni Internazionali sulla produttività ha promosso interpretazioni dell'invecchiamento talvolta poco realistiche e che hanno in parte privato di significato l'uso del paradigma (Foster e Walker, 2015; López López e Sánchez, 2020; Walker, 2015; Walker e Maltby, 2012).

(...) despite the existence of different institutional discourses on AA, they all include increasingly the productive ideal of extending the working lives of older people, with the OECD and EU at the front. So, there seems to be a tendency to institutionally homogenize the diversity that characterizes aging experiences and life courses, based on certain impositions linked mainly to economically productive activities, health interventions framed in certain

individualist lifestyles, and the reform of social protection systems (...)
(López López e Sánchez, 2020, p. 9)

Secondo gli Autori, queste posizioni di sostegno alla produttività contribuirebbero a polarizzare le esperienze di invecchiamento in “*active*” e “*inactive*”, dove per *inactive* si intendono forme di invecchiamento che non siano conformi alla visione promossa, oltre ad incentivare stili di invecchiamento di successo “omologati” e una concezione tutt’altro che multidimensionale ed eterogenea del fenomeno (López López e Sánchez, 2020). La visione di un invecchiamento sano che incoraggi l’anziano/a a esprimere la propria partecipazione in società secondo le inclinazioni personali, attraverso una modalità il più possibile *empowered*, nelle interpretazioni contemporanee del modello rischia di essere messa in secondo piano rispetto alla sfera della produttività (Sánchez e Díaz, 2018).

3.3.2. La promozione degli impegni del MIPAA in Italia e il *Mainstreaming aging*

Nel contesto italiano, i documenti programmatici elaborati dal Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI) a partire dal MIPAA, nell’ambito del progetto *Coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo*, hanno portato alla strutturazione di linee guida di intervento per la realizzazione di dieci “impegni” promossi dal MIPAA¹⁹. Tra gli scopi del progetto, figurava la formulazione di Raccomandazioni specifiche che promuovessero strategie di attuazione dei dieci *commitment* del MIPAA, integrandoli anche nella griglia degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (Social

¹⁹ Sviluppato nell’ambito di due accordi triennali consecutivi (2019–2021 e 2022–2024), stipulati tra la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le politiche della famiglia (Dipofam) e l’Irccs Inrca di Ancona, con il coinvolgimento del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dell’Inapp, in qualità di focal point nazionale dell’Unece per l’invecchiamento (Lucantoni e Principi, 2023)

Development Goals - SDGs) dell'Agenda 2030. La scelta della modalità delle linee guida e delle raccomandazioni è motivata dagli Autori, sulla base di una valutazione metodologica, per la sua utilità nel favorire l'integrazione tra sapere tecnico e dimensione politico-organizzativa, valorizzando le specificità dei contesti e delle competenze degli attori coinvolti, al fine di promuovere il coinvolgimento attivo e riconoscere la complessità sociale e culturale del contesto territoriale.

Si riporta nella tabella di seguito uno schema riassuntivo, elaborato a partire dal documento *Raccomandazioni per l'adozione di politiche in materia di invecchiamento attivo*, dei diversi obiettivi MIPAA e SDG con relative raccomandazioni e obiettivi di breve periodo (ove previsti):

Tabella 2. Schema riassuntivo delle Connessioni tra Raccomandazioni, impegni MIPAA/RIS e SDGs dell'Agenda 2030

Commitment	Raccomandazioni
MIPAA Commitment 1: Il mainstreaming dell'invecchiamento in tutte le politiche pubbliche al fine di armonizzare la società e l'economia con i mutamenti demografici e garantire una società per tutte le età.	Raccomandazione n.1 Prevedere strumenti di lungo periodo per il coordinamento, l'analisi, la programmazione e il monitoraggio delle politiche in materia di invecchiamento attivo a livello nazionale, con il coinvolgimento di tutti i Ministeri, i Dipartimenti presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, le Regioni e le Province Autonome. Raccomandazione n.2 Prevedere strumenti di lungo periodo per il coordinamento, l'analisi, la programmazione, l'implementazione e il monitoraggio delle politiche in materia di invecchiamento attivo a livello regionale, con il coinvolgimento di tutti gli assessorati/i servizi regionali, oltre che altri importanti attori istituzionali regionali Obiettivi di breve termine a) Costituzione di un Osservatorio nazionale per l'invecchiamento attivo. b) Costituzione di strumenti regionali come "Tavoli regionali permanenti sull'invecchiamento attivo"
MIPAA Commitment 2: Integrazione e partecipazione degli anziani nella società: Assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società	Raccomandazione n.3 Assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società a livello nazionale e regionale attraverso normative adeguate e specifiche. Raccomandazione n.4 Far sì che la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società come previsto in leggi, decreti, delibere e altri documenti normativi, si concretizzi e non resti solo sulla carta. Obiettivi di breve termine: a) Approvazione e implementazione di una legge quadro nazionale sulla promozione dell'invecchiamento attivo che si occupi di definire vari parametri, tra cui un livello minimo che tutte le Regioni dovrebbero garantire, e di assicurare la piena integrazione e partecipazione delle persone anziane nella società, alla quale le attività regionali e locali in tale ambito possano riferirsi. b) Approvazione e implementazione di leggi regionali sulla promozione organica dell'invecchiamento attivo tra i suoi vari ambiti, o simili normative.

SDG 17: Rafforzare il partenariato	Raccomandazione n.5 È necessario che tutti gli strumenti di lungo periodo per l'analisi, la programmazione, implementazione e monitoraggio in ambito di invecchiamento attivo, da prevedere sia a livello nazionale che a livello regionale/locale (osservatori, tavoli, gruppi o consultazioni) oltre che rappresentanti degli organi di Governo legati alla creazione di politiche, includano tutti gli stakeholder rilevanti (provenienti dal Terzo settore e dalla società civile, dal mondo accademico-scientifico, dalle reti/parteneriati già realizzati dalle Amministrazioni centrali, ecc.) in tutte le fasi, ai fini di coprogettazione e co-decisione, a garanzia dei meccanismi partecipativi anche di tipo bottom-up. Obiettivi di breve termine: a) Confermare la rete di stakeholder creata a livello nazionale, nell'ambito del "Progetto di coordinamento nazionale partecipato multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo". b) Creare o implementare una rete di stakeholder a livello regionale, a partire da quelle già attivate dalle Amministrazioni a vari livelli.
MIPAA Commitment 3, SDG 1, SDG 10: Promuovere la lotta alle disuguaglianze, alla povertà e una crescita economica equa e sostenibile in risposta all'invecchiamento della popolazione	Raccomandazione n.6 Promuovere politiche di contrasto alla povertà e alle disuguaglianze che garantiscano l'accesso ai percorsi di invecchiamento attivo anche per gli anziani in condizioni di fragilità, sia socioeconomica che da un punto di vista della salute. Non solo tramite l'erogazione di contributi, ma anche attraverso la creazione di opportunità di accesso, per queste fasce svantaggiate di popolazione, ai vari ambiti di invecchiamento attivo, sfruttando le specifiche caratteristiche del territorio e favorendo lo sviluppo delle competenze digitali tra le persone anziane. Obiettivi di breve termine: a) Potenziare, a livello di Ambito sociale, la costituzione o l'implementazione di sportelli dedicati a un accompagnamento delle persone anziane, verso i percorsi di invecchiamento attivo, che tenga conto delle disuguaglianze. b) Favorire lo sviluppo e il coordinamento di iniziative nazionali e regionali volte a ridurre il digital divide della popolazione anziana e a promuovere l'alfabetizzazione informatica, in quanto azioni in grado di contrastare disuguaglianze e promuovere l'invecchiamento attivo, e anche a garanzia dell'indipendenza e dell'autonomia nella gestione della propria vita e dell'equità di accesso ai servizi e alle informazioni, in risposta ai propri bisogni (cittadinanza digitale).
MIPAA Commitment 4: Modifica dei sistemi di protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socio-economiche	Raccomandazione n.7 Al fine di favorire un'adeguata protezione sociale in risposta ai cambiamenti demografici e alle loro conseguenze socio-economiche attraverso la costruzione di un nuovo sistema di welfare, è necessario prevedere una governance istituzionale multilivello, sia a livello nazionale che a livello regionale, che integri la prospettiva dell'invecchiamento nell'arco della vita delle persone e nei diversi contesti di convivenza. Obiettivo di breve termine: a) Realizzazione di un sistema di servizi di prossimità, di protezione e integrazione sociale per gli anziani che vivono nelle aree svantaggiate, ad esempio: centri montani, aree interne e periferie.
MIPAA Commitment 5, SDG 8: Mettere in condizione il mercato del lavoro di rispondere alle conseguenze economiche e sociali	Raccomandazione n.8 È necessario promuovere, a tutti i livelli, e in affiancamento a quelle già esistenti, politiche che favoriscano la diffusione dell'age management sia nel settore privato che nel settore pubblico. Tali iniziative sono necessarie a garanzia: - per i lavoratori maturi: dello sviluppo di opportunità e qualità dell'occupazione, risorse e competenze, forme di regolazione e organizzazione del lavoro volte a valorizzare le specifiche differenze intergenerazionali; - per i datori di lavoro: del raggiungimento di

dell'invecchiamento della popolazione	migliori risultati economici e in ambito di responsabilità sociale d'impresa, fornendo ai lavoratori maturi un migliore clima aziendale a sostegno della loro motivazione, soddisfazione al lavoro, produttività, valorizzando il potenziale del lavoro in team intergenerazionale, ecc. Raccomandazione n.9 È necessario promuovere a livello nazionale e locale politiche attive del lavoro, funzionali alla riqualificazione professionale, all'aggiornamento delle competenze e al reinserimento occupazionale di tutti coloro che lo desiderano (lavoratori maturi disoccupati, svantaggiati, eventualmente già pensionati, ecc.).
MIPAA Commitment 6, SDG 4: Promozione dell'apprendimento lungo tutto l'arco della vita e adeguamento del sistema dell'istruzione in risposta al cambiamento delle condizioni economiche, sociali e demografiche	Raccomandazione n.10 È necessario rafforzare l'apprendimento permanente all'interno di una strategia globale che vede il Piano per lo sviluppo delle competenze della popolazione adulta quale strumento strategico, utile a rappresentare una solida base di riferimento per orientare interventi mirati (nei settori e nei territori) finanziabili anche all'interno della programmazione comunitaria. Raccomandazione n.11 È necessario promuovere l'apprendimento permanente favorendo lo scambio intergenerazionale di conoscenze in modo bidirezionale in vari ambiti (ad esempio, trasmissione dei saperi da parte degli anziani; trasmissione delle competenze digitali da parte dei giovani).
MIPAA Commitment 7, SDG 3: Promuovere le iniziative per assicurare la qualità della vita, l'indipendenza, la salute e il benessere a ogni età	Raccomandazione n.12 È necessario prevedere programmi di formazione e politiche, che rafforzino lo sviluppo di una competenza diffusa, nelle comunità, per implementare gli interventi di prevenzione includendo la promozione dell'invecchiamento attivo. Raccomandazione n.13 È necessario creare ponti stabili tra l'aspetto sanitario (medici, geriatri, addetti sanitari in genere) e quello gerontologico (gerontologi, professioni inerenti l'aspetto sociale relativo all'invecchiamento), anche attraverso formazione bidirezionale agli operatori dei due ambiti, al fine di mettere a frutto e coordinare in maniera più efficace le attività poste in essere in tema di invecchiamento attivo.
MIPAA Commitment 8, SDG5: Valorizzazione dell'approccio di genere in una società caratterizzata dall'invecchiamento demografico	Raccomandazione n.14 È necessario considerare il tema delle disuguaglianze di genere in tutti gli ambiti di invecchiamento attivo. Raccomandazione n.15 È necessario predisporre strumenti di attuazione delle iniziative relative al genere previste dalle normative. Raccomandazione n.16 È necessario promuovere specifiche politiche e iniziative per contrastare violenza, abuso e discriminazione nei confronti delle donne anziane, anche alla luce delle trasformazioni familiari in atto, favorendone l'attivazione nei vari ambiti di invecchiamento attivo.
MIPAA Commitment 9, SDG 16: Supporto alle famiglie che forniscono assistenza agli anziani e promozione della solidarietà inter e intragenerazionale	Raccomandazione n.17 È necessario facilitare l'accesso dei caregiver a tutte le informazioni (incluse quelle su come svolgere le attività di cura in relazione alle specifiche patologie di cui soffrono gli anziani), attraverso la creazione di piattaforme digitali dedicate o lo sviluppo di quelle già esistenti anche per momenti di formazione/informazione dei caregiver sulla gestione della malattia. Raccomandazione n.18 È necessario promuovere il riconoscimento dei diritti e delle attività svolte dal caregiver, in una prospettiva di lotta alle disuguaglianze, anche in termini di salute, privilegiando un approccio di genere e creando una rete sociale a sostegno del rapporto tra famiglie e

	servizi pubblici e privati, con ciò includendo elementi di formazione per gli assistenti familiari. Raccomandazione n.19 È necessario favorire lo sviluppo delle relazioni di cura nei diversi contesti di convivenza, con servizi e dispositivi che garantiscano ad anziani e caregiver la possibilità di coniugare la funzione di cura con l'espressione di una propria progettualità di vita entro le comunità, nei percorsi lavorativi o altri ambiti di invecchiamento attivo (apprendimento e lavoro in contesti non formali, tempo libero, attività culturali, volontariato, ecc.). Raccomandazione n.20 È necessario favorire il dialogo intergenerazionale in maniera positiva e bidirezionale, anche con l'obiettivo di stimolare la prospettiva del ciclo di vita.
SDG 11: Città sostenibili	Raccomandazione n.21 È necessario promuovere iniziative che facilitino lo spostamento e l'accesso da parte degli anziani a tutti i servizi attivi all'interno della comunità, ivi compresi quelli di istruzione, sia in termini di flessibilità oraria che attraverso l'adattamento dei trasporti pubblici e la creazione di percorsi ciclopeditoni e per camminate. Raccomandazione n.22 È necessario promuovere lo sviluppo di tecnologie abilitanti e l'adeguamento degli standard edilizi e urbanistici per la riorganizzazione degli spazi abitativi, anche in situazioni di co-housing, in un'ottica di invecchiamento attivo, prevedendo, inoltre, l'adozione di criteri di valutazione della qualità della condizione abitativa delle persone anziane e fragili. Raccomandazione n.23 È necessario promuovere le varie forme di co-housing (ad esempio: inter e intra-generazionale, cohousing di quartiere, condomini solidali e villaggi eco-rurali, housing sociale ecc.) in età anziana e forme più innovative di rigenerazione urbana, per favorire sistemi di convivenza sociale in grado di stimolare una partecipazione attiva.
Persone anziane in situazioni di emergenza	Raccomandazione n.24 È necessario prevedere programmi e piani di intervento che tengano conto sia dei bisogni delle persone anziane e sia dei contributi che le persone anziane possono offrire in tutte le fasi di preparazione, supporto e risposta all'emergenza. Raccomandazione n.25 È necessario promuovere la raccolta e l'elaborazione dei dati relativi alle condizioni di vita e di salute della popolazione anziana durante le situazioni di emergenza, per favorire l'implementazione e la condivisione di buone pratiche. Raccomandazione n.26 È necessario considerare la condizione delle persone anziane in situazioni di emergenza, in maniera trasversale rispetto agli impegni MIPAA e agli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile precedentemente trattati.
MIPAA Commitment 10: Cooperazione per la promozione della realizzazione della Strategia Regionale per l'implementazione del MIPAA	Raccomandazione n.27 È necessario che tutti gli stakeholder si adoperino sempre, anche presso i media, per tenere l'argomento dell'invecchiamento attivo come un punto fermo dell'agenda politica nazionale, regionale e locale. Raccomandazione n.28 È necessario che le normative e le politiche a ogni livello, le organizzazioni pubbliche, private e del Terzo settore, fino agli stessi individui anziani, tengano conto, ciascuno secondo le rispettive competenze e risorse, di tutte le raccomandazioni espresse nel presente documento, a garanzia dei diritti delle persone anziane.

Fonte: Lucantoni et al., 2022, p. 59-61

Come si nota, l'intento dei Commitment appare quello di abbracciare la multidimensionalità del processo di invecchiamento, sviluppandosi su molteplici dimensioni di azione. Ciò è ulteriormente ribadito dall'utilizzo del concetto del "*mainstreaming aging*", termine che negli ultimi anni, proprio attraverso le raccomandazioni dei piani MIPAA, si propone di sostituire in parte quello di *active ageing*, dal quale comunque prende le mosse. Anche le United Nations Economic Commission for Europe, nelle linee guida all'invecchiamento mainstreaming (Guidelines for Mainstreaming Ageing) del 2021, lo definiscono una integrazione sistematica del tema dell'invecchiamento in tutti i settori politici rilevanti e a tutti i livelli di governo:

Mainstreaming ageing is a strategy, process and multi-dimensional effort of integrating ageing issues into all policy fields and all policy levels. The ultimate objective is to achieve a more equitable development within society that will benefit all social and age groups. Successful mainstreaming means including all relevant stakeholders in decision-making, to ensure that the needs of all age groups are met in all policy fields (United Nations Economic Commission for Europe, 2022, p. XI).

I successivi commitment si articolano infatti abbracciando ambiti molteplici. La partecipazione sociale degli anziani, che come noto è centrale per l'invecchiamento attivo, è promossa attraverso le raccomandazioni 3 e 4 (commitment 2), che incoraggiano anche la creazione e implementazione di normativa ad hoc nazionale, regionale e locale. Negli obiettivi di breve periodo si fa riferimento specifico alla approvazione di una legge quadro sull'invecchiamento attivo. Oltre al Commitment 7 che ha il fine di promuovere iniziative a supporto di indipendenza, salute, benessere e qualità della vita; si considera anche l'apprendimento permanente (*long life learning*, Commitment 6) e il mantenimento del ruolo nel mercato del lavoro (Commitment 5), nonché l'adeguamento dei

sistemi di protezione sociale (Commitment 4). Alcuni “Impegni” vertono anche sul tema delle disuguaglianze, sia intese come disuguaglianze economiche (Commitment 3) e situazioni di emergenza, sia, elemento innovativo ma in linea con l’agenda 2030, in quanto divari relativi alla dimensione di genere, che la valorizzazione di approcci genere-specifici all’invecchiamento contribuirebbe a mettere in evidenza (Commitment 8). Infine, viene fatto riferimento all’importanza di strutturare e ripensare le città in modo che si adattino alle esigenze della popolazione anziana (SDG 11). Un tema particolarmente interessante è articolato nelle raccomandazioni relative al Commitment 9, sul tema del “Supporto alle famiglie che forniscono assistenza agli anziani e promozione della solidarietà inter e intragenerazionale”, che promuove l’accesso alle informazioni da parte dei *caregiver*, il riconoscimento della attività di *caregiving* stessa, anche in ottica di contrasto alle disuguaglianze, lo sviluppo di relazioni di cura in tutti i contesti e la valorizzazione del dialogo intergenerazionale, in «maniera bidirezionale, anche con l’obiettivo di stimolare la prospettiva del ciclo di vita».

Gli obiettivi ambiziosi e molteplici ribaditi a più livelli nella documentazione MAECI di adozione del MIPAA hanno palesato ulteriormente l’esigenza, come sottolineato nei primissimi commitment, di una o più leggi quadro di promozione dell’invecchiamento attivo in Italia, che al momento di pubblicazione dei report non erano in formulazione. Ciò ha fatto sì che, già da alcuni anni, la regolamentazione e promozione di interventi su questo tema fosse implicitamente demandata all’iniziativa dei governi regionali, aumentando i divari tra Regioni virtuose e Regioni meno virtuose.

3.3.2.1. Uno sguardo alla normativa nazionale e regionale

L’evoluzione della normativa nazionale sull’invecchiamento attivo non è stata particolarmente rapida e nonostante le raccomandazioni del MIPAA, solo

recentemente il tema della partecipazione nell'anzianità ha iniziato a essere parte dei programmi e degli interventi politici. In generale, come evidenziano Lucantoni e Principi, «in tema di invecchiamento, in Italia, prevale ancora un discorso pubblico spesso centrato sull'identificazione dell'anzianità con la non autosufficienza, piuttosto che una considerazione della persona in età avanzata quale risorsa per la comunità sociale» (2023, p. 6).

Le prime iniziative sono riconducibili al 2016, quando è stata avanzata la proposta di legge 3538 titolata "Misure per favorire l'invecchiamento attivo della popolazione attraverso l'impiego delle persone anziane in attività di utilità sociale e le iniziative di formazione permanente", di cui si riporta un passaggio particolarmente rilevante:

Occorre, in particolare, sostenere il tempo «liberato» dell'anziano che è utilizzato per produrre beni relazionali, beni di merito, alcune tipologie di beni pubblici e alcune categorie di beni di uso collettivo fondamentali per promuovere, costruire e facilitare «comunità solidali». La risorsa costituita dagli anziani resta in fondo una delle principali ricchezze di ogni società evoluta, soprattutto per la vastità di conoscenza e di capacità e per la possibilità di utilizzare tali conoscenze per educare le giovani generazioni. Le attività socialmente utili in cui è possibile impegnare la popolazione anziana possono variare dalle attività di tutoraggio e di insegnamento, alle iniziative di carattere culturale, del recupero del territorio e della tutela dei beni culturali, fino alla assistenza dei soggetti svantaggiati. L'obiettivo della presente proposta di legge è pertanto quello di consentire e di sostenere l'impegno degli anziani nelle attività di volontariato e più in generale nel Terzo settore in attività socialmente rilevanti. (Camera dei Deputati, 2016, p.2)

L'iniziativa intendeva promuovere la creazione da parte dei Comuni, in collaborazione con le associazioni del territorio, di specifici progetti con utilità sociale che coinvolgessero gli anziani. A tal fine era destinato un fondo ad hoc,

istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, consistente in settantacinque milioni di euro per il triennio 2016-2018.

A seguito di ulteriori proposte di legge, tra cui nel 2019 la promozione, da parte di *Age Platform Italia* e Anap, di una legge quadro sull'invecchiamento, l'iter normativo, a cui ha preso parte anche il *Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza*²⁰, si è concluso con l'approvazione della legge n. 33 del 23 marzo 2023, recante delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, attuata con il Decreto legislativo n. 29, del 15 marzo 2024. La legge, che ha segnato un momento di svolta, attestando formalmente per la prima volta l'urgenza di intervenire sul tema dell'invecchiamento, ha focalizzato maggiormente l'attenzione sul tema della non autosufficienza e dell'accesso ai servizi sociosanitari. Nonostante alcuni articoli, sia della legge delega 33/2023 (artt. 2 e 3) che del Decreto legislativo n. 29 del 2024 (art. 6), facciano riferimento specifico alla partecipazione sociale e alle attività di volontariato, su questo tema le aspettative riposte sono state in parte deluse. In particolare il tema della partecipazione sociale è sviluppato nel testo nell'art. 6:

Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato

1. Al fine di favorire l'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato, promuovendo, altresì, in tale contesto, lo scambio intergenerazionale, in coerenza con il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana (...)
2. (...) le regioni e gli enti locali possono promuovere, nei limiti delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente, anche attraverso

²⁰ Una coalizione sociale che riunisce più di cinquanta organizzazioni che agiscono in questo campo.

un'adeguata programmazione dei piani sociali regionali e locali, iniziative per favorire l'invecchiamento attivo, fra le quali:

- a) azioni volte a sostenere l'integrazione sociale delle persone anziane (orti sociali, ecc.)
- b) attività di formazione, anche favorendo l'attività di testimonianza e di insegnamento da parte di persone collocate in quiescenza;
- c) sostegno a spazi e a luoghi di incontro, di socializzazione e di partecipazione, valorizzando anche il ruolo dei centri per la famiglia, per favorire il coinvolgimento attivo della persona anziana nella comunità di riferimento;
- d) educazione finanziaria delle persone anziane,
- e) accrescimento della consapevolezza circa i corretti stili di vita e mantenimento di buone condizioni di salute, in collaborazione con la rete dei medici di medicina generale.

(...) 5. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente articolo con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. (Decreto Legislativo 15 marzo 2024, n. 29, art.6)

Come si nota dal testo, però, il legislatore non ha destinato fondi specifici a tale finalità in misura aggiuntiva rispetto a quelli previsti dalla legislazione vigente.

In generale, gli ultimi interventi normativi non sembrano valorizzare particolarmente il ruolo del volontariato e dell'impegno sociale nella promozione dell'invecchiamento attivo e del *mainstreaming ageing* (Lucantoni e Principi 2023). Le misure, che appaiono frammentate e incentrate soprattutto sull'aspetto sociosanitario dell'"emergenza anziani", risultano a oggi non sistematiche e fanno fatica a trovare riscontro nella pratica, rimanendo, secondo alcuni Autori (Maino,

2025), soprattutto una carta di intenti più che un sistema funzionale a rispondere adeguatamente ai bisogni e alle aspettative degli anziani.

Al contrario, a livello regionale sono state molteplici le iniziative normative a favore dell'invecchiamento attivo. Dodici Regioni si sono dotate di una normativa specifica e altre hanno inserito la tematica all'interno di altri interventi. Gli interventi, oltre a implementare la funzionalità e la trasversalità della rete dei servizi dedicati agli over65, in molti casi hanno anche promosso la creazione di tavoli di confronto interdisciplinari e multi-attoriali al fine di coinvolgere, oltre alle amministrazioni locali, i rappresentanti della società civile e del Terzo settore, ad esempio nel caso del Friuli-Venezia Giulia, dell'Emilia-Romagna, delle Marche e del Veneto. Altre Regioni pur non essendosi ancora dotate di normativa dedicata, hanno sviluppato progetti e iniziative a sostegno dell'invecchiamento attivo, come Toscana, Lombardia, Molise o Sardegna; mentre in altri contesti gli interventi non sembrano adeguati a rispondere alle raccomandazioni internazionali, soprattutto perché mancano di una progettualità sistematica che incentivi risposte complesse, come evidenziato da Lucantoni e Principi: «In generale, questi interventi, seppure utili ed efficaci per le persone anziane e le comunità, contribuiscono parzialmente all'implementazione della strategia Mipaa, in quanto non rientrano ancora all'interno di una strategia complessiva che possa influenzare tutti i settori di policy riguardanti l'invecchiamento attivo» (2023, p. 258).

Conclusioni al capitolo

La rassegna presentata, sebbene non esaustiva e completa, mette in evidenza come l'invecchiamento costituisca un fenomeno complesso, che richiede un'interpretazione articolata e multidisciplinare.

Sul piano teorico, l'evoluzione degli approcci susseguitisi nell'ambito della gerontologia sociale ha evidenziato un progressivo ampliamento degli strumenti

interpretativi disponibili e una crescente attenzione da una parte all'eterogeneità delle esperienze e dei corsi di vita e dall'altra all'influenza delle condizioni strutturali che determinano le possibilità di invecchiare in maniera attiva.

La dimensione di genere emerge come lente imprescindibile per comprendere le condizioni di vita delle anziane e degli anziani, mettendo in luce come i percorsi lavorativi e familiari, i ruoli di cura e le disuguaglianze socioeconomiche producano effetti differenziati nel corso della vita e, in particolare, nell'età avanzata, dando come esito anche modelli di partecipazione sociale diversi per uomini e donne, come verrà maggiormente approfondito nelle prossime pagine.

L'attenzione alla partecipazione in ambito sociale dell'anziana e dell'anziano, rilevante già dalle prime teorie del *Disengagement* e dell'Attività, risulta centrale anche nei contemporanei paradigmi e modelli, riflettendosi inoltre nelle misure messe in pratica nei diversi livelli di governance, sebbene, come evidenziato, ciò abbia talvolta condotto a interpretazioni e narrazioni che enfatizzassero eccessivamente la responsabilità individuale e promuovessero modelli di partecipazione normativizzati, nei quali l'elemento più rilevante era rappresentato dal mantenimento della produttività.

Lo stato di benessere nell'anzianità appare, al contrario, il risultato di dinamiche complesse. In questo senso per incentivare stili di invecchiamento attivi e di successo risulta necessario destinare adeguate attenzioni da una parte agli effetti sul benessere dei molteplici ruoli sperimentati durante il corso di vita, in particolare quelli relativi alla cura e alla solidarietà intergenerazionale, e dall'altra promuovere la partecipazione sociale delle anziane e degli anziani attraverso forme e modalità diversificate, limitando al contempo eventuali elementi che risultino di ostacolo a tale partecipazione.

CAPITOLO 2. Benessere e partecipazione nella terza età: una lettura di genere

Introduzione

Il crescente interesse intorno alla esigenza di una vita attiva in età anziana ha spinto a riflettere anche sull'impatto che le diverse attività svolte dalla popolazione over 65 hanno sul benessere e la salute della popolazione anziana. In questo contesto, il tema della partecipazione sociale ha ottenuto sempre maggiore attenzione, inizialmente in particolare in ambito nordamericano e successivamente anche in Europa e in Italia (Barbabella, et al., 2011).

Come sostenuto anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2002), l'associazionismo e le attività di volontariato rappresentano il terreno ideale per una presenza attiva, a causa di molteplici ed eterogenee ragioni. Infatti, non solo tali esperienze possono potenzialmente rafforzare il senso di appartenenza in una fase della vita nella quale è più probabile sperimentare un ridimensionamento dei ruoli precedentemente occupati, ma sono anche rilevanti per il valore che rivestono per il miglioramento dei "funzionamenti societari" cioè delle modalità di realizzazione e di riconoscimento sociali della persona anziana.

Sebbene non manchino contributi che evidenziano un nesso tra volontariato in età anziana e benessere, la questione dell'impegno civico in età matura si presenta sfaccettata e complessa, sia da un punto di vista del suo inquadramento teorico, per via dei numerosi aspetti di cui tener conto, sia a causa dei risultati non univoci a cui sono giunte le ricerche empiriche condotte in ambito nazionale e internazionale. Al contrario, sono ancora limitati gli studi che approfondiscono tale questione in prospettiva di genere e che quindi si propongono non solo di mettere in luce i divari di genere presenti, ma anche di indagare il nesso tra benessere in età anziana, impegno civico e lavoro di cura, soffermandosi sulla persistenza di una doppia (o tripla) presenza femminile anche nelle coorti di età più avanzate.

1. L'impegno volontario in età anziana

Con il termine ombrello “impegno civico” si intendono diverse forme di attività, quali “la partecipazione associativa”, “il volontariato sociale” e “il consumo culturale a finalità di socializzazione” (Accorinti, 2015, pag. 154). L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), ha tentato di superare il problema definitorio proponendo, in occasione della pubblicazione e divulgazione del *Manuale sulla misurazione del lavoro volontario*, la seguente definizione di «lavoro volontario»:

Lavoro non retribuito e non obbligatorio; ossia, tempo donato da individui in assenza di retribuzione per svolgere attività tramite un'organizzazione o direttamente per altri al di fuori della propria famiglia (ILO, 2012, p. 23)

Infatti, come risulta particolarmente evidente dalla letteratura che indaga il fenomeno in prospettiva comparata, la persistenza di definizioni eterogenee dei concetti di “organizzazioni di volontariato” e “volontariato”, nonché le molteplici modalità di raccolta dei dati sul fenomeno, rendono complesso fornire una definizione che sia standardizzata e condivisibile a livello internazionale (Ascoli e Pavolini, 2017). Secondo molti Autori e Autrici, inoltre, le caratteristiche che il Terzo settore assume nei diversi Paesi sono fortemente condizionate dall'eredità culturale e sociale del contesto nazionale nel quale si sviluppano, rendendo talvolta controproducente una comparazione che tralasci tali peculiarità (Pace, 1989; Donati, 1996; Biancheri, 2012).

In questa sede, però, non sono la conformazione e la molteplicità di intenti che caratterizzano gli Enti del Terzo settore ad essere oggetto di analisi, quanto piuttosto l'azione individuale del socio e della socia, del volontario e della volontaria, di età avanzata che scelgono di destinare del tempo ad attività legate a contesti organizzativi e con scopi di promozione socioculturale o mutualistici e socioassistenziali. Per questo motivo, nelle pagine che seguono i termini “impegno

civico”, “volontariato”, “associazionismo”, “attivismo” così come “socio/a”, “volontaria/o” saranno utilizzati, se non diversamente dichiarato, come sinonimi; e questo non perché non se ne riconoscano le specificità e differenze, che meriterebbero invece ulteriori approfondimenti, ma perché l’attenzione è posta sulla decisione di destinare tempo e impegno, anche nell’anzianità, a una sfera di interesse distinta da quelle del lavoro formale e del lavoro familiare. Ciò indipendentemente dall’ambito di azione – socioassistenziale, culturale, *lifelong learning*, ecc. – che sarà per ciascun individuo maggiormente vicino alle competenze e inclinazioni sviluppate durante tutto il corso di vita. Date tali premesse, sulla base dei dati disponibili è possibile osservare alcune tendenze e andamenti che hanno caratterizzato e caratterizzano l’impegno civico degli anziani e delle anziane.

In ambito europeo, a partire dal progetto SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe²¹) sono state sviluppate diverse ricerche con il fine di analizzare gli stili di engagement civico degli anziani europei. Oltre a confermare il nesso positivo tra impegno volontario e benessere nell’anzianità, di cui si parlerà più nel dettaglio nelle prossime sezioni, lo studio effettuato da Haski-Leventhal (2009) ha messo in luce come la partecipazione degli anziani vari sia in base al contesto territoriale che in base alle fasce di età. In generale, i dati evidenziano come siano soprattutto i giovani anziani (tra i 61 e i 70 anni) a svolgere attività volontaria, e il tasso di volontariato per questa categoria risulta maggiore sia se confrontato con quello dei più giovani (ovvero alla fascia 50-60 anni), probabilmente più occupati in attività lavorative, sia rispetto agli over 70, per i quali è più facile che si verifichino impedimenti legati allo stato di salute.

²¹ Il progetto ha lo scopo di indagare gli effetti delle politiche sanitarie, sociali, e ambientali sul corso di vita dei cittadini europei. Ulteriori informazioni possono essere reperite sul sito web di riferimento: <https://share-eric.eu/>

Figura 11. Volontariato e benessere nella popolazione anziana: comparazioni a partire dai dati SHARE

Country	Age (%) ^a			Total (%) ^a
	50–60	61–70	71+	
Total	11.2	12.5	6.2	10.0
Austria	10.7	10.1	3.6	8.3
Belgium	17.0	20.6	10.0	15.6
Denmark	18.5	19.0	14.3	17.4
France	13.8	18.1	9.9	13.7
Germany	10.3	13.2	5.5	9.9
Greece	4.0	3.3	1.5	3.0
Israel	23.0	15.1	9.1	17.1
Italy	8.8	9.3	3.1	7.1
Netherlands	21.9	25.7	13.9	20.7
Spain	2.3	2.1	2.0	2.2
Sweden	17.9	21.0	15.0	17.8
Switzerland	19.9	11.2	9.3	14.5

Fonte: Haski-Leventhal (2009)

Al netto delle differenze nazionali, esposte nella Figura 11, il passaggio da “giovani anziane/i” a “grandi anziane/i” sembra comportare un calo significativo del tasso di volontariato, che risulta dimezzato in paesi come l’Olanda (25.7% dei 61-70enni contro 13.9% degli over 71)²², la Francia (18.1% contro 9.9%) e il Belgio (20.6% contro 10.0%) e ancora più significativamente ridotto in Austria (10.1% contro 3.6%) e Germania (13.2% contro 5.5%). L’ Italia, che rientra tra i paesi con i tassi di volontariato più bassi in Europa, seguita solo da Spagna e Grecia, insieme alle quali forma il cluster dei paesi mediterranei (Erlinghagen e Hank, 2006), segue questa tendenza: nella fascia 50-60 anni i volontari sono l’8,8%, che aumentano fino al 9,3% tra i 61-70enni per poi calare al 3,1% negli over 71²³.

Come noto, gli elementi strutturali che possono influenzare – positivamente e negativamente – la propensione all’impegno civico degli anziani sono molteplici. Il

²² I dati si riferiscono alla “seconda ondata” del progetto SHARE e l’anno di riferimento è il 2007.

²³ Alcuni paesi non seguono questo *trend*: è il caso della Spagna dove il tasso nelle diverse fasce rimane costante su livelli molto bassi (intorno al 2%) e la Svizzera dove la popolazione di 50-60 anni è più attiva (19,9%) rispetto alle fasce più anziane (che si attestano rispettivamente a 11,2% e 9,3%).

modello di welfare appare un fattore particolarmente rilevante e i dati precedentemente esposti sembrano confermare questa ipotesi, ricavando dalla base di dati SHARE una clusterizzazione che distingue tra i paesi mediterranei, con tassi di volontariato inferiori; i paesi centro europei, con livelli medi e paesi nordeuropei, con i tassi più elevati²⁴.

Le ricerche svolte, però, non ottengono risultati univoci: se l'analisi di Sánchez-García, et al. (2022) conferma che vivere in paesi con modello di welfare mediterraneo ha un impatto negativo sulla propensione degli anziani al volontariato, altre analisi, una volta disaggregati ulteriormente i dati nazionali in base allo status socio economico dei soggetti, concludono che le differenze nazionali sono poco significative e negano la presenza di un “*country effect*” (Leone e Hessel 2016).

Relativamente al contesto italiano, infatti, e nonostante il nostro paese sia tra i meno virtuosi a livello europeo, il confronto intra-nazionale sottolinea come gli anziani e le anziane italiane rimangano molto attive, se confrontate con le/i connazionali più giovani:

Il calo della partecipazione in attività di volontariato osservato per la media generale della popolazione non ha riguardato gli anziani, dove in venti anni è cresciuta di 1,7 punti percentuali e un indice di parità aggiustato 2023/2003 significativo e pari a 1,24. Lo stesso andamento si osserva per la partecipazione sociale di tipo ricreativo, culturale, civico e sportivo che, pur essendo inferiore alla media della popolazione, è cresciuta esclusivamente tra gli anziani, grazie al contributo positivo delle persone di 65-74 anni (15,8 per cento), che sono più attive oggi di quanto lo fossero in passato in tutti gli ambiti della sfera pubblica. (ISTAT, 2024, p. 151-152)

²⁴ Per un approfondimento Cfr. Erlinghagen E Hank (2006)

Ulteriori spunti sono forniti dalla vasta letteratura che, non limitandosi a comparare i dati nazionali, si ponga come obiettivo di individuare caratteristiche sociali, politiche e culturali che possono incentivare o scoraggiare la partecipazione civica dei cittadini. Musick e Wilson (2008) analizzano alcune delle principali teorie utilizzate per spiegare i divari nazionali relativi ai tassi di volontariato, includendo nella categoria delle “teorie strutturali” quelle basate sul tipo di governo, sull’ampiezza del welfare state, sul livello e le disuguaglianze di reddito, sulle strutture di classe e sul grado di sviluppo del Terzo settore (p. 344). La disamina si sofferma anche sulle criticità e le limitazioni di ciascuna teoria, mettendo in luce come nessuna risulti sufficiente a spiegare variazioni così significative, a conferma della complessità del tema oggetto di studio. Ad esempio: alcune ricerche hanno individuato una relazione negativa tra “forza” del welfare state e tasso di volontariato (Ascoli e Cnaan, 1997) e secondo tale approccio le nazioni con un welfare state più sviluppato non solo avrebbero “meno bisogno” del volontariato, ma l’impegno volontario sarebbe maggiormente stigmatizzato e considerato socialmente meno utile (Gaskin e Davis Smith, 1997); altri studi hanno invece confermato una relazione positiva tra sviluppo del welfare e impegno civico (Rothstein, 2001), validando l’ipotesi secondo cui altri fattori (anche culturali ed economici oltre che strutturali) devono essere tenuti in considerazione, come sottolineato anche da Anheier e Salamon (1999, p. 43): «(...) *volunteering is part of the way societies are organized, how they allocate social responsibilities and how much engagement and participation they expect from citizens*».

In linea con questa posizione anche lo studio di Warburton e Jeppsson Grassman (2011), che esplora l’associazionismo negli anziani a partire dai modelli di welfare proposti da Esping-Andersen (1990) e integrati dalla letteratura successiva (Ferrera 1998; Furukawa 2008), sembra confermare che le caratteristiche dei diversi settori della società e la loro relazione con il livello e il tipo di investimento sociale dei governi impatta, seppur in maniera complessa, sulla frequenza e l’intensità del volontariato, in particolare degli anziani (Hank e Erlinghagen, 2010). Secondo i

risultati ottenuti, la variabilità nazionale può essere compresa a partire dalle caratteristiche del modello di welfare (Enjolras 2021), per cui negli stati socialdemocratici e anglosassoni i livelli di volontariato degli anziani sono mediamente elevati, seppur per motivi diversi, mentre nei paesi conservatori, dove la presenza dello Stato è rilevante ma il welfare state risulta tradizionalista e segmentato, si assiste a un minor livello di *engagement*. Non solo la frequenza, anche le preferenze degli anziani a svolgere volontariato in associazioni che promuovono attività espressive e artistiche, più frequentate in Svezia, piuttosto che in ambito socioassistenziale, prevalente nel Regno Unito, sembrerebbe dipendere, secondo gli Autori, dal modello di welfare (Sánchez-García et al., 2022). Inoltre, i sistemi mediterranei familistici, prediligendo maggiormente la valorizzazione delle relazioni familiari a discapito di quelle amicali e di vicinato, sembrerebbero disincentivare la propensione al volontariato degli anziani in quanto queste potrebbero fungere da *gate keeper* alle attività di volontariato e associazionismo (Dávila 2018)²⁵.

Altre ricerche approfondiscono ulteriormente il tema: Hank (2011) sostiene che oltre alla rilevanza del regime di welfare, la propensione al volontariato dipende anche dal grado di libertà civili garantite nel paese, Hank e Erlinghagen (2010) indagano le differenze nazionali relative alle dinamiche interne al volontariato degli anziani, evidenziando, ad esempio, come i paesi scandinavi permettano, rispetto a quelli mediterranei, un maggior coinvolgimento degli anziani e maggiore continuità.

²⁵ Come visto precedentemente, i tassi nazionali di volontariato sembrano confermare la presenza di *engagement* maggiore nei paesi del Nord Europa (Olanda 20,7%, Svezia 17,8%, e Danimarca 17,5%) rispetto all'Europa del Sud (Spagna 2,2% e Grecia 3,0%)(Cfr. Figura 11, Haski-Leventhal 2009).

1.1. Forme di capitale e motivazioni alla base dell'attività volontaria

Tra i molteplici studi che hanno analizzato le caratteristiche individuali dei volontari nelle diverse fasi del corso di vita (Niebuur et al. 2018, Tang 2006), quelli dedicati agli anziani hanno messo in luce come, rispetto ai coetanei inattivi, essi siano mediamente più scolarizzati (Warburton et al. 2001), abbiano *status* socioeconomico più elevato, siano sposati e svolgano con maggiore probabilità attività salariate (Morrow-Howell et al. 2003, Erlinghagen e Hank 2006). Oltre ad avere uno stato di salute migliore, con più frequenza hanno esperienze passate di volontariato, un senso di religiosità più forte e reti sociali più sviluppate rispetto ai non volontari (Warburton et al. 2001; Wilson e Musick 1997; Wilson 2000; Musick e Wilson 2008; Barbabella et al. 2011; Hämäläinen, et al., 2023).

La rilevanza del capitale sociale sulla propensione al volontariato ha fatto sì che una parte significativa di letteratura sul tema si concentrasse su questo aspetto (Deriu et al. 2004). Tuttavia, come mettono in luce de Blasio e Nuzzo (2013), nella letteratura economica e sociologica il capitale sociale è indagato secondo prospettive anche molto diverse tra loro. In particolare, gli Autori identificano due principali filoni di concettualizzazione, il primo incentrato sui fattori culturali, tra tutti la propensione civica (Putnam et al. 1993), l'attitudine alla cooperazione (Guiso et al. 2010) e la fiducia verso gli altri (Fukuyama 1995), e il secondo che richiama invece la sua definizione originaria (Bourdieu 1980 e Coleman 1988) e si collega alla presenza e intensità delle reti sociali (Kawachi, 2010). A proposito di quest'ultimo orientamento, de Blasio e Nuzzo ritengono che alcune tipologie di reti siano più indicate per superare le disuguaglianze socioeconomiche presenti tra gli individui, mentre altre non riuscirebbero in questo intento, contribuendo al contrario ad aumentarle. Se le reti "*bonding*", maggiormente ridotte e omogenee, hanno lo scopo di rafforzare i legami all'interno del gruppo, quelle di tipo "*bridging*" rispondono a un'esigenza di diversificazione delle connessioni e delle relazioni e sono indirizzate verso l'esterno del gruppo. A queste due tipologie si aggiunge una

terza categoria, delle reti *linking*, che riguardano «la partecipazione a gruppi e associazioni e che si distinguono per la capacità di collegare gli individui al potere economico-politico» (Ivi, p. 342):

La relazione tra Capitale Sociale e disuguaglianza potrebbe differire a seconda della natura delle relazioni di rete. Ad esempio, le reti *bonding* potrebbero tendere a mantenere le disuguaglianze esistenti tra gruppi/famiglie; quelle *linking* a consentire maggiori opportunità agli aderenti; quelle *bridging*, che favoriscono opportunità e contatti con persone diverse dal gruppo di appartenenza e si pongono in maniera non esclusiva nei confronti degli esterni, dovrebbero essere più nettamente associate negativamente con la disuguaglianza (Ibidem).

È interessante notare come la differenza tra capitale *bridging* e *bonding* sia stata talvolta associata anche alla specializzazione dei ruoli di genere nell'ambito volontaristico: quello femminile più rivolto verso l'interno e finalizzato al consolidamento delle relazioni, quello maschile maggiormente destinato alla ricerca di nuovi legami verso l'esterno. Alla luce della riflessione di Blasio e Nuzzo, che a loro volta riprendono il contributo di Sabatini (2009), la specializzazione di genere del capitale sociale posseduto sembrerebbe ribadire una maggiore possibilità di superamento delle disuguaglianze di partenza da parte della popolazione maschile rispetto alla popolazione femminile, influenzando la propensione all'impegno civico, anche nell'anzianità.

Paik e Navarre-Jackson (2011), ad esempio, sottolineano come la possibilità di accedere ad attività di volontariato dipenda sia dal tipo di legami sociali, ed in particolare dal fatto che questi siano di tipo "*bridging*" o "*bonding*", che dal metodo di reclutamento. Infatti, se prendere parte ad attività di tipo religioso può aumentare le probabilità di essere ingaggiati da amici/le o conoscenti per svolgere attività di volontariato, avere una rete sociale intensa e differenziata aumenta la probabilità

di accedervi senza essere stati invitati da persone vicine. Essere inseriti in un'ampia rete sociale, in generale, incrementa le *chance* di cominciare a svolgere attività associative da anziani e di mantenerle nel tempo (Boerio, et al., 2023).

Ulteriore approccio consiste nell'includere in un'unica cornice teorica elementi riconducibili alle diverse forme di capitale, nello specifico: capitale umano, capitale sociale e capitale culturale (Wilson e Musick 1997; McNamara e Gonzales 2011; Principi et al. 2016; Enjolras 2021). Integrando tale impostazione con l'approccio del corso di vita, Tang (2006) mostra come le risorse necessarie allo svolgimento delle attività di volontariato varino col progredire dell'età. L'analisi mette in luce come l'educazione sia un fattore rilevante in tutte le coorti ma in particolare per i giovani anziani (55-69 anni) e per i grandi anziani (over 70), dove si correla anche al numero di ore di volontariato svolte. Anche i dati ISTAT confermano la rilevanza del titolo di studio, con un rapporto di 1 a 6 nella partecipazione di anziani/e con la licenza media e anziani/e con la laurea (ISTAT, 2024).

Anche la partecipazione ad attività religiose segue lo stesso *trend*, rappresentando un fattore significativo in tutte le coorti ma particolarmente nella coorte dei grandi anziani. Inoltre, tale gruppo si caratterizza per essere l'unico in cui l'elemento "supporto spirituale", che Tang categorizza come capitale culturale, non sembra avere rilevanza mentre "l'integrazione sociale informale", indicatore del capitale sociale, assume maggiore importanza. I risultati dello studio condotto mostrano come l'unica risorsa individuale che condiziona la propensione al volontariato nelle diverse fasi di vita sia il reddito, mentre tutte le altre caratteristiche, afferenti alle diverse tipologie di capitale (livello di istruzione, salute, spiritualità, religiosità), sembrerebbero variare significativamente nel tempo e sarebbero quindi meglio comprese se analizzate in una prospettiva di corso di vita.

Per quanto riguarda il contesto italiano, lo studio condotto da Boccacin (2016a, 2016b) su un campione di 900 anziani attivi suddiviso in due fasce d'età (65-69 anni e 70-74 anni) ha messo in luce, attraverso un'analisi di tipo *cluster*, quali caratteristiche fossero comuni agli anziani nei due gruppi. Secondo i risultati

ottenuti, i giovani anziani (65-69 anni) si caratterizzano per avere un elevato *status* socioeconomico e un reddito derivante principalmente da pensione, un indice alto di utilizzo delle tecnologie informatiche e una elevata propensione all'intergenerazionalità. Tali individui, in prevalenza di genere maschile (58,2% del totale), amano viaggiare ed utilizzano i *social network*, reputano rilevante la politica e il lavoro; vivono per lo più in famiglie con presenza di figli e la loro attività di volontariato si rivolge in prevalenza verso i minori. I volontari ultrasessantenni (40% del totale del campione), invece, nella maggior parte dei casi non utilizzano *internet* e i *social network* e hanno un basso indice di dotazioni tecnologiche. Sono in prevalenza donne (60,7% del totale) con *status* sociale basso e maggiore è la percentuale di vedove e di coloro che hanno indicato la pensione di reversibilità come principale fonte di reddito. Meno marcata è la propensione all'intergenerazionalità e più frequente la partecipazione a riti religiosi.

Nonostante i presupposti teorici e i contesti di studio siano differenti, le analisi presentate sembrano concordare sulla necessità di non considerare il gruppo dei volontari anziani come un *unicum* indifferenziato, indagando da una parte le differenze nelle diverse fasce di popolazione, e dall'altra considerando le molteplici caratteristiche individuali, in linea anche con gli approcci che intendono l'anzianità come una dimensione di differenziazione sociale autonoma ma in interazione con le altre (fra tutti Abel, 2008 e Atkinson, 2024; cfr. paragrafo 2.3. del capitolo precedente).

Anche l'analisi delle motivazioni individuali alla base della scelta di effettuare volontariato può essere un approccio utile per comprendere il fenomeno (Niebuur 2020, Ahmed-Mohamed et al. 2015, Grano et al. 2009), poiché queste condizionano sia la frequenza e l'intensità del volontariato svolto (Le e Aartsen 2022) che i benefici di tali attività sulla salute dei volontari (Principi et al. 2016). Barbabella et al. (2011) evidenziano come, a differenza dei giovani volontari che motivano con intenti più egoistici il loro impegno, per gli anziani le motivazioni principali siano di tipo altruistico (si veda anche Omoto, et al., 2000; Tang, 2006; Accorinti, 2015).

Nella analisi qualitativa di Narushima (2005), che raccoglie le interviste di 15 volontari anziani canadesi, non vengono mai utilizzate esplicitamente parole come “obbligo sociale” o “altruismo” ma piuttosto sono frequenti espressioni quali “senso di responsabilità”, “*pay-back time*”, “dare indietro alla comunità” (p. 575). Se per i volontari cinquantenni e sessantenni la spinta volontaristica ha lo scopo di “dare indietro” alla società e alle generazioni precedenti, con l’avanzare dell’età si assiste, nelle risposte dei volontari over 70, a uno slittamento di orizzonte verso quello che può essere “lasciato in eredità” alle generazioni future. Da altre ricerche emerge invece la concorrenza di motivazioni altruistiche ed egoistiche anche nei volontari anziani:

Interestingly, the specific benefits that emerged from the study suggested both an altruistic and egoistic dimension to volunteering by older adults. Helping others is clearly an altruistic or other-centered motivation, but there was also evidence of more self-oriented motivations such as feeling useful, gaining pleasure and satisfaction, and meeting people. This pattern of results suggests that volunteers are motivated by both sets of motives—altruistic and egoistic—and that both are important to the volunteer decision (Warburton et al. 2001, p. 598).

In generale, la molteplicità delle dimensioni che entrano in gioco nel determinare la propensione all’impegno civico rende difficilmente definibile il fenomeno. L’esempio delle motivazioni individualistiche-altruistiche alla base della volontà di svolgere tali attività è un esempio calzante: sebbene, come anticipato, con l’avanzare dell’età aumenti la rilevanza delle “motivazioni altruistiche”, allo stesso modo per gli/le anziani/e, a differenza delle generazioni più giovani, il ruolo di volontario/a può rappresentare spesso anche l’unico modo di riappropriarsi di una utilità sociale che con la perdita dei ruoli tradizionali sembra ridimensionarsi. In questo senso, il confine tra spinta altruistica e beneficio in termini di soddisfazione

personale è molto sfumato, come sarà possibile approfondire anche a partire dai dati raccolti nella fase di ricerca empirica, e rende chiaro come l'impegno volontario sia a tutti gli effetti un elemento *win-win*, grazie al quale, ad ottenere benefici sono sia la collettività che il/la cittadino/a attivo/a.

1.2. Differenze di genere nella partecipazione

I due approcci classici e prevalenti nello studio del volontariato, relativi da una parte all'intensità delle risorse individuali e delle forme di capitale e dall'altra allo studio delle motivazioni, hanno riservato poca attenzione all'analisi delle disuguaglianze e delle situazioni strutturali che condizionerebbero negativamente la frequenza e l'intensità dell'impegno volontario. Negli ultimi anni, la ricerca sul tema si è arricchita, dando vita, secondo alcuni autori a un filone di ricerca a sé stante, che prende il nome di *"inequality in volunteering"* (Hustinx, et al., 2022). Su questa linea si sono consolidate le riflessioni sulla partecipazione civica che tengano conto degli aspetti socioculturali dei/lle volontari/e e della loro intersezione. Nonostante ciò, l'approccio di genere allo studio del volontariato non è stato fino ad oggi particolarmente utilizzato, come evidenziato anche da Einolf (2011, pag. 1093): *«Although there has been much research on volunteering and charitable giving in general, there has been surprisingly little research on how and why participation in these activities varies by gender»*. Gli studi empirici che si sono soffermati su questo aspetto hanno offerto, inoltre, risultati differenziati e spesso tra loro contraddittori, anche a causa delle molteplici ulteriori variabili che entrano in gioco nel determinare tali valori (Fyall e Gazley, 2015). Se alcune ricerche mostrano come siano in particolare le donne a svolgere attività volontarie²⁶,

²⁶ A livello globale è possibile parlare di un vero e proprio *"Reverse Gender Gap"* (Bellido, et al., 2021), in quanto, secondo le stime ONU (Mukwashi, et al., 2018), a svolgere attività di volontariato sono il 57% delle donne contro il 43% degli uomini.

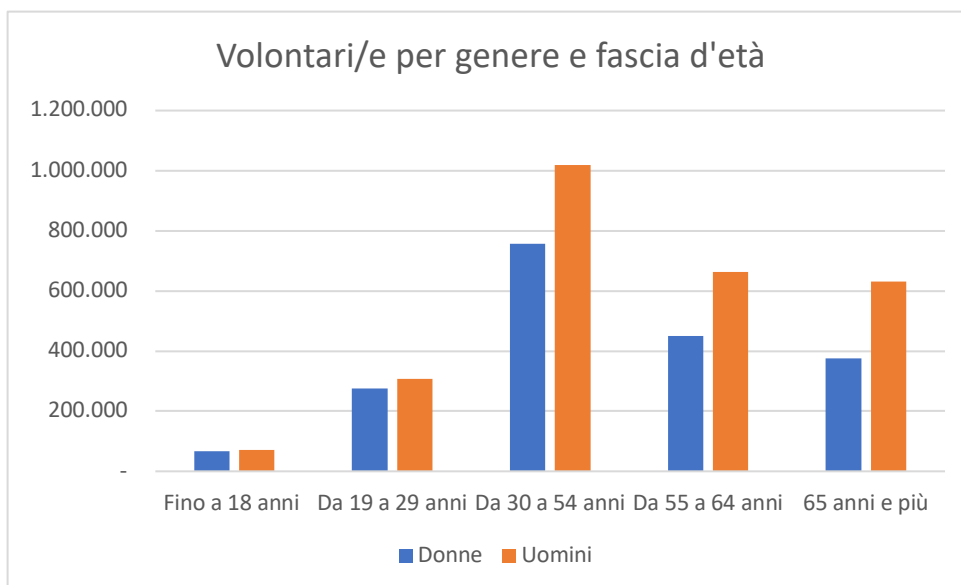
nonostante risultino significative all'interno della popolazione femminile differenze relative all'età, allo stato occupazionale e familiare, all'appartenenza etnica, ecc. (Wilson e Musick, 1997; Mesch et al., 2006; Einolf, 2011); altri Autori (Gomez e Gunderson, 2003) giungono a conclusioni opposte. In altre analisi, infine, non vengono evidenziate differenze di genere significative (Hook, 2004; Wilson, 2000) oppure esse vengono giustificate sulla base di altri elementi.

A livello europeo i dati Eurostat confermano il quadro complesso, con la maggior parte delle nazioni nelle quali le volontarie over 65 prevalgono in confronto ai coetanei, e una minoranza di nazioni dove si verifica il contrario. Tra queste ultime, oltre all'Italia (circa 8 punti percentuali di differenza a favore degli uomini) figurano solo Estonia (con un divario di 8,6 punti percentuali) e Bulgaria (con una differenza a favore degli uomini di soli 2 punti percentuali) (Eurostat, 2025).

Nel contesto italiano, infatti, nonostante l'esponenziale aumento della componente femminile sul totale dei volontari, differenze di genere importanti a favore della popolazione maschile persistono, in particolare a partire dalla fascia 30-54 anni (con una differenza in termini assoluti di oltre 260 mila volontari) ma che permangono anche nella fascia 55-64anni, nella quale il divario cala leggermente (circa 210 mila unità di differenza a favore degli uomini) e nella popolazione over 65 dove si attestano oltre le 250 mila unità di differenza a favore degli uomini.

Tabella 3 e Figura 12. Volontari delle istituzioni non profit per classi di età e genere, Anno 2021 (valori assoluti)

	Fino a 18 anni	Da 19 a 29 anni	Da 30 a 54 anni	Da 55 a 64 anni	65 anni e più
Donne	66.232	275.396	757.062	450.887	376.584
Uomini	70.436	306.799	1.019.076	663.372	631.072



Fonte: ISTAT, Censimento permanente delle istituzioni non profit, 2021 Elaborazione propria

Infatti, secondo i dati ISTAT (2023), nel 2022 a svolgere “attività gratuite in associazioni di volontariato”²⁷ sono stati l’11,6% degli uomini tra i 65 e i 74 anni e il 7,1% degli over 74 a fronte del 8% e del 3,9%, rispettivamente, delle coetanee. Anche le serie storiche sulle principali attività civiche e associative mostrano livelli più alti per la popolazione maschile per tutte le tipologie di impegno, come raffigurato nelle Figure 13 e 14, sebbene per entrambi i generi si noti un continuo incremento, interrotto solamente dall’emergenza COVID.

²⁷ Per tutti gli altri indicatori di partecipazione sociale (“riunioni in associazioni ecologiche, per i diritti civili, per la pace”, “riunioni in associazioni culturali, ricreative o di altro tipo”, “attività gratuite in associazioni di non volontariato”, “attività gratuita per un sindacato”) sussiste tale gap a favore degli uomini (ISTAT 2023).

Figura 13. Persone che svolgono attività in ambito associativo per cento persone con le stesse caratteristiche, Donne

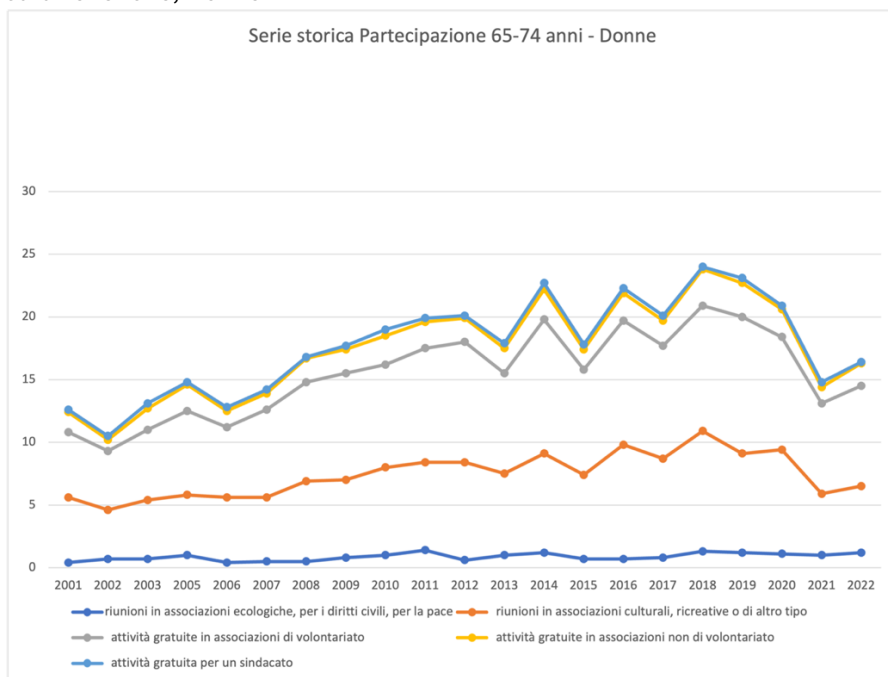
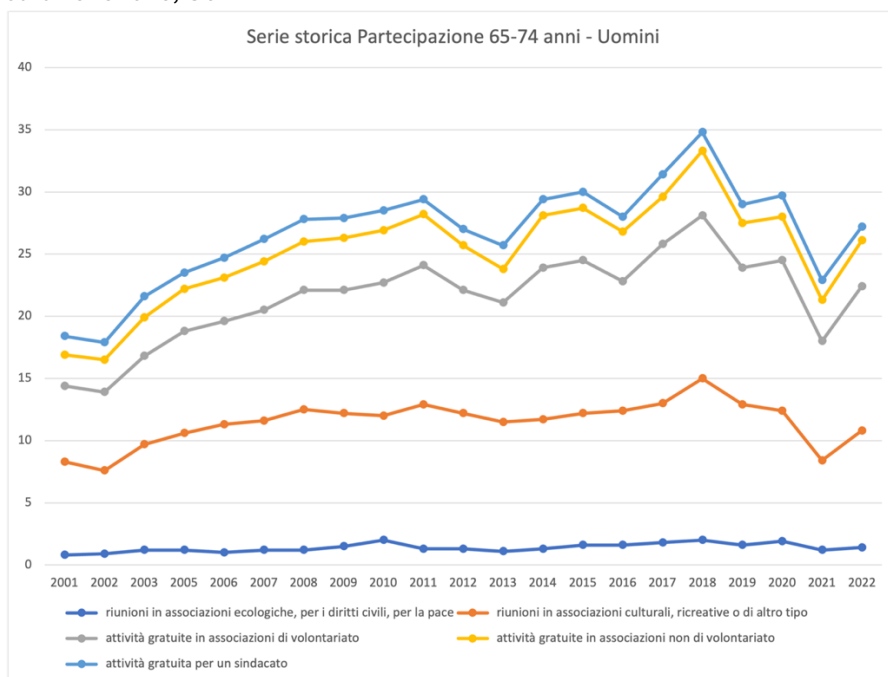


Figura 14. Persone che svolgono attività in ambito associativo per cento persone con le stesse caratteristiche, Uomini



Fonte: Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana - parte generale (http://dati.istat.it/OECDStat_Metadata/ShowMetadata.ashx?Dataset=DCCV_AVQ_PERSONE&ShowOnWeb=true&Lang=it) elaborazione propria.

Inoltre, per quanto riguarda l'intensità dell'attività volontaria in termini di ore svolte, le ricerche sembrano confermare un maggiore impegno da parte degli uomini: la ricerca di Le e Aartsen (2022) evidenzia, ad esempio, come la probabilità che gli uomini del campione (volontari over 50) svolgano più ore di volontariato è del 17,5% maggiore rispetto alla controparte femminile.

Al di là dei divari quantitativi, alcune ricerche effettuate sul tema hanno messo in luce differenze di genere relative alle motivazioni alla base dell'impegno civico tra uomini e donne (Gil-Lacruz, et al., 2019), mentre altre si sono soffermate sul diverso impatto che eventi significativi del corso di vita possono avere sull'attività volontaria. In tal senso, ad esempio, è stato evidenziato come la transizione alla genitorialità aumenti la propensione al volontariato per gli uomini ma non per le donne (Rotolo, 2000).

Anche la *cluster analysis* di Boccacin e Lombi (2017) definisce profili differenziati rispetto al genere tra i volontari e le volontarie italiane, mettendo in luce come mediamente i volontari anziani di genere maschile siano rispetto alle coetanee più giovani e “giovani” (dichiarano, infatti, di non sentirsi anziani), maggiormente attivi fisicamente e con più probabilità sposati. Inoltre, mentre le volontarie, che oltre a essere mediamente più anziane sono più frequentemente vedove e maggiormente religiose, si dedicano generalmente a compiti solidaristici e educativi, indirizzati in particolare verso i bambini, percependo l'azione volontaria come impegno “prosociale” nei confronti di altre persone, gli uomini sono più attivi nell'ambito dello sport e vivono l'impegno civico maggiormente come un'opportunità di socializzazione.

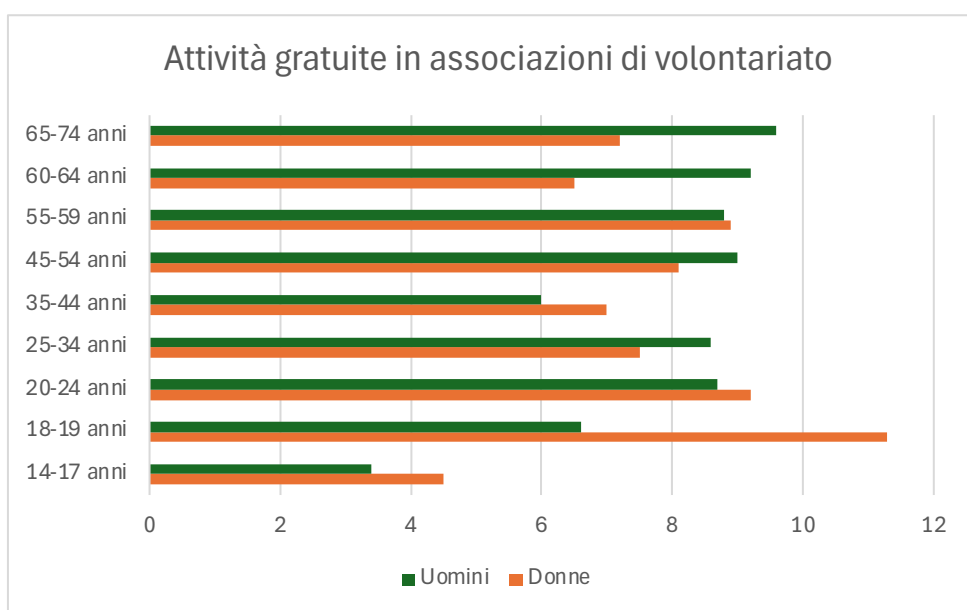
Anche gli elementi strutturali e “macro” sembrano condizionare l'*engagement* civico nella popolazione femminile, determinando un legame tra quest'ultimo e il grado di uguaglianza presente nel Paese di riferimento. Alcune ricerche, infatti, evidenziano come nei paesi dove l'uguaglianza è più sviluppata, le donne sono più coinvolte nel volontariato (Themudo, 2009) e con più probabilità svolgono attività

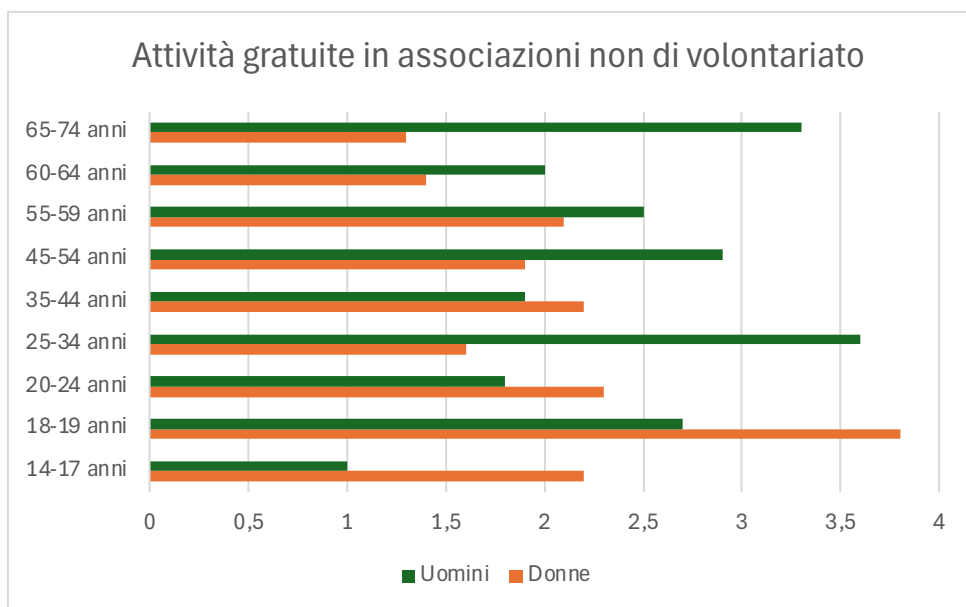
diversificate e distanti dai ruoli considerati tradizionalmente femminili, ovvero legati alla cura (Wemlinger e Berlan, 2016).

Il genere sembrerebbe, in ultima istanza, condizionare la propensione al volontariato in modi complessi. In relazione con il corso di vita, ad esempio, l'evidenza che l'intensità dell'impegno volontario segua una curva a "U" (Nichols e Shepard, 2006) per cui il numero più consistente di ore settimanali di volontariato è effettuato nelle fasi centrali della vita, non risulta confermata.

Tabella 4 e figure 15 e 16. Persone per genere e classi di età che svolgono attività sociale negli ultimi 12 mesi per 100 persone con le stesse caratteristiche

Tipo di attività	Attività gratuite in associazioni di volontariato		Attività gratuite in ass. non di volontariato	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
Classi di età				
14-17 anni	3,4	4,5	1	2,2
18-19 anni	6,6	11,3	2,7	3,8
20-24 anni	8,7	9,2	1,8	2,3
25-34 anni	8,6	7,5	3,6	1,6
35-44 anni	6	7	1,9	2,2
45-54 anni	9	8,1	2,9	1,9
55-59 anni	8,8	8,9	2,5	2,1
60-64 anni	9,2	6,5	2	1,4
65-74 anni	9,6	7,2	3,3	1,3





Fonte: ISTAT, Aspetti della vita quotidiana 2021, elaborazione propria

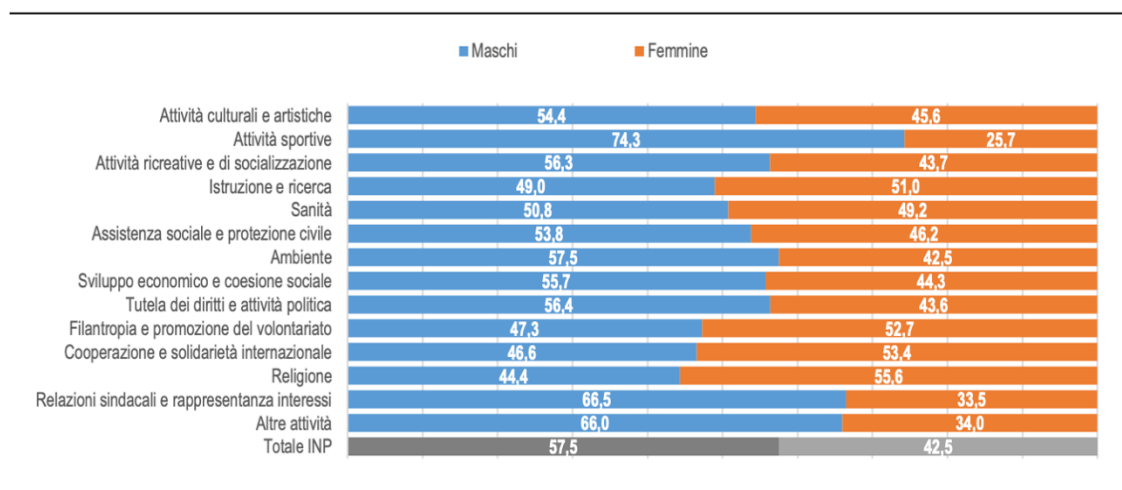
Come si nota infatti, la partecipazione femminile è elevata in particolare nelle primissime fasi della vita per calare poi nelle fasce della prima adultità. In seguito a una ripresa in concomitanza delle fasce 45-54 e 55-59 anni, per quanto riguarda le attività in associazioni di volontariato, si assiste a un nuovo calo significativo proprio durante la vecchiaia, nelle fasce 60-64 e 65-74 anni. Al contrario, nella popolazione maschile l'impegno in attività di volontariato appare più costante, con livelli scarsi soprattutto nella fascia 35-44 anni, oltre che da giovanissimi. Nel caso delle attività in associazioni non di volontariato gli andamenti non seguono esattamente lo stesso schema: le donne rimangono però significativamente meno attive dei coetanei nella fascia 25-34 anni e per la popolazione over 60. Tali divari potrebbero essere compresi considerando i ruoli ricoperti nelle diverse fasi della vita dagli appartenenti ai due generi. Se da una parte la principale funzione di *breadwinner* che viene attribuita culturalmente agli uomini, fa sì che essi si concentrino maggiormente sulla ricerca e il mantenimento di un lavoro salariato, nel caso femminile, possono essere i carichi di cura e il lavoro familiare in genere

ad essere un elemento di impedimento, in particolare nelle fasi centrali della vita e nuovamente nella giovane anzianità.

Einolf (2011) evidenzia come la popolazione femminile ottenga punteggi maggiori nella misurazione delle motivazioni altruistiche all'attività volontaria, al contrario degli uomini. Questa predisposizione altruistica, però, sarebbe mitigata dalla presenza nella popolazione maschile di maggiore capitale sociale e maggiori risorse, e ciò spiegherebbe divari di genere non particolarmente importanti.

A questo proposito, inoltre, è necessario tenere in considerazione che nonostante il Terzo settore sia considerato un ambito di espressione privilegiata del talento e dell'impegno femminile, talvolta considerato alternativo a un contesto lavorativo non favorevole, non sembra sfuggire del tutto alle logiche segregative tipiche del mercato del lavoro. Infatti, anche l'ambito volontario è caratterizzato da segregazione di genere di tipo orizzontale e verticale. Per quanto riguarda il settore di attività, le volontarie sono maggioritarie negli ambiti religioso, di cooperazione e solidarietà internazionale e filantropico; mentre i volontari sono prevalenti nelle attività sportive e sindacali (Cfr. Figura 17).

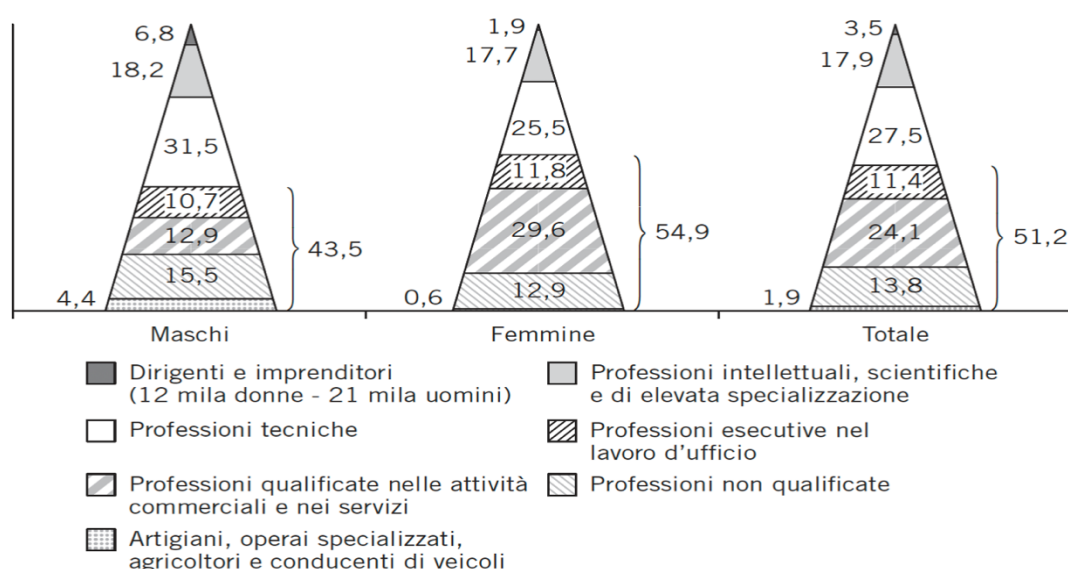
Figura 17. Volontari per settore di attività prevalente e genere.



Fonte: Rilevazione campionaria sulle istituzioni non profit

Anche in relazione alla segregazione verticale, la problematica del “soffitto di cristallo” sembra coinvolgere, oltre all’ambito lavorativo, il mondo del Terzo settore, riflettendosi sulla specializzazione di compiti e mansioni secondo il genere, come messo in luce anche graficamente da Deriu e De Francesco (2016) in relazione alle posizioni lavorative nel settore non profit.

Figura 18. Lavoratori retribuiti nelle istituzioni non profit per genere e categoria professionale



Fonte: Deriu, De Francesco 2016

In generale, l’identità di genere, le aspettative sociali e le disuguaglianze strutturali ad essa collegate sembrano agire in modo complesso e spesso di senso opposto sulla frequenza e le modalità dell’impegno civico delle donne. Il tema si rivela di non semplice analisi, anche a causa dei molteplici livelli di influenza che agiscono sull’agency dei singoli individui. Anche gli effetti dell’attività volontaria sul benessere di anziani e anziane, così come la presenza di più ruoli in contemporanea, non agiscono in maniera neutrale rispetto al genere, come si vedrà in maniera più approfondita nelle sezioni successive.

1.3. La partecipazione nei dati raccolti da IREF: una lettura generazionale e di genere

Nell’ambito dell’indagine IREF svolta in occasione della pubblicazione del Decimo Rapporto sull’Associazionismo Sociale²⁸ sono stati svolti due distinti approfondimenti sui dati raccolti: uno relativo al confronto generazionale tra “giovani anziani” e “grandi anziani”, per mettere in luce le eventuali differenze nell’impegno civico in queste due distinte fasi della vecchiaia, e l’altro relativo alle differenze di genere sull’intero campione²⁹.

1.3.1. “Giovani” e “grandi anziani”: l’*engagement* nelle diverse fasi dell’anzianità

Una prima prospettiva ha permesso di effettuare una lettura dei dati concentrata in particolare sugli over 65, soffermandosi sulle differenze della partecipazione civica tra “giovani anziani” e “grandi anziani”.

Nonostante l’indagine fosse destinata ai volontari e alle volontarie di tutte le età attivi nell’ambito delle associazioni selezionate, la fascia di volontari con età maggiore di 65 anni ha rappresentato il 20,3% del totale, a dimostrazione della rilevante presenza degli anziani e delle anziane in questo ambito. Tra i volontari “over” la percentuale maggiore è concentrata nella fascia 65-74 anni (14,3% del totale) rispetto alla fascia 75 anni e più (6,0% del totale). L’analisi dei dati raccolti da IREF ha messo in luce alcune differenze tra il gruppo dei “giovani

²⁸ Nelle sezioni successive saranno presentate queste due linee di approfondimento, per una analisi del fenomeno più completa si rimanda al testo integrale Caltabiano et al. (2024).

²⁹ Per la prospettiva adottata nel testo sarebbe stato interessante analizzare i dati degli over 65 tenendo conto anche delle differenze di genere, essendo però questa fascia solo il 20% del totale questa lettura incrociata non è stata possibile. Si è tentato di ovviare a tale problematica analizzando i dati prima in prospettiva generazionale, considerando solo i rispondenti over 65, e successivamente analizzando i dati di tutte le fasce di età in prospettiva di genere e tenendo in considerazione l’approccio del corso di vita.

anziani” e quello dei “grandi anziani”, popolazioni che – come noto – vivono momenti della vita distinti e caratterizzati da criticità, motivazioni e stimoli differenti. Sebbene sia raccomandata una certa dose di prudenza nel considerare come nettamente distinte le due fasce di età, soprattutto a causa della sempre maggiore eterogeneità delle biografie individuali, l’analisi conferma l’importanza di non considerare gli anziani come un *unicum* indistinto.

Un primo esempio in questo senso riguarda gli ostacoli e il livello di impegno civico in termini di ore svolte. Infatti, se per i volontari e le volontarie di età compresa tra i 65 e i 74 anni risultano particolarmente impattanti impedimenti relativi all’ambito del lavoro salariato, ancora in essere per molti, e alla presenza di oneri di cura intergenerazionale più intensi; per gli over 75 questi aspetti passano in secondo piano se paragonati al condizionamento dello stato di salute, che rappresenta generalmente il principale ostacolo per questo gruppo. Sulle limitazioni legate agli aspetti interni all’ente, invece, i motivi interpersonali (relazioni conflittuali con gli altri, ostilità della cerchia di conoscenti) e l’impegno civico e politico sono indicati come rilevanti per i grandi anziani ma non per i 65-74enni.

Per quanto concerne le differenze nella frequenza dell’attività svolta, ulteriore elemento notevole è rappresentato dalla tendenza alla partecipazione in più di un gruppo per i volontari e le volontarie “grandi anziani” rispetto ai “giovani anziani”, riscontrabile nelle risposte alla domanda “Oltre a questo, partecipa anche ad altri gruppi?” alla quale hanno risposto positivamente il 46,7% dei 65-74enni e il 61,4% degli over 75. I “giovani anziani” più difficilmente svolgono attività in più di un gruppo anche se messi a confronto con gli adulti 55-64enni che si attestano invece sul 52,4%. Come si vedrà più nel dettaglio anche nei prossimi paragrafi, tale dato, sebbene di per sé non permetta generalizzazioni, sembrerebbe coerente con quelle teorizzazioni che definiscono questa popolazione “sandwich”, a causa della presenza di significativi impegni di cura e solidarietà intergenerazionale sia nei confronti di figli e soprattutto nipoti e al contempo di genitori – e talvolta partner – anziani o non autosufficienti. Infatti, come evidenziato anche in letteratura

(Taniguchi, 2006; Choi, et al., 2007), in presenza di altre condizioni tali oneri potrebbero ostacolare o limitare l'impegno associativo³⁰.

Anche sui canali di avvicinamento all'associazione (Tabella 5) sono rilevabili alcune differenze tra i due gruppi. I volontari di età compresa tra i 65 e i 74 anni indicano tra i principali canali di avvicinamento gli amici (42,9% dei rispondenti) e le iniziative di comunicazione, social, attività promozionali (25,7%), a seguire colleghi di studio o lavoro (13,3%) conoscenti e altri canali (ciascuna 11,4%), familiari (6,7%) e solo nell'1% il/la partner. Gli amici risultano principale canale di avvicinamento anche gli over 75 (indicato dal 47,7% dei rispondenti), seguiti però dai conoscenti (20,5%) e da iniziative promozionali (18,2%), i familiari assumono un ruolo più significativo (11,4%) a scapito, come immaginabile, dei colleghi (9,1%).

Tabella 5. Canali di avvicinamento al gruppo associativo per fasce d'età

<i>Canali di avvicinamento</i>	<i>65-74 anni</i>	<i>75 e più anni</i>
Familiari	6,7%	11,4%
Amici	42,9%	47,7%
Conoscenti	11,4%	20,5%
Colleghe di lavoro/studio	13,3%	9,1%
Partner	1,0%	0,0%
Iniziative di comunicazione, social, attività promozionali	25,7%	18,2%
Altro canale	11,4%	18,2%

Fonte: Elaborazione propria da Rapporto Associazionismo sociale IREF (Caltabiano et al., 2024)

Andando a considerare la frequenza in termini di ore settimanali destinate alle attività associative (Tabella 6), entrambi i gruppi mostrano un impegno maggiore rispetto alle fasce di età più giovani. Nello specifico, sia nella fascia 65-74 anni che in quella over 75, oltre il 30% degli intervistati dichiara di svolgere più di 16 ore

³⁰ Gli enti relativi all'ambito sociale sono, in tutte le fasce di età i più frequentati, questa preferenza risulta particolarmente marcata nella fascia 65-74anni.

settimanali, fino ad arrivare a un impegno di oltre 30 ore settimanali per il 7,6% del totale dei 65-74enni e il 6,8% degli over 74³¹.

Tabella 6. Ore settimanali dedicate all'attività associativa per fasce di età

Classi di ore	65-74 anni	75 anni e più
0-5	25,7%	31,8%
6-10	25,7%	20,5%
11-15	18,1%	15,9%
16-30	22,9%	25,0%
Oltre 30	7,6%	6,8%
Totale	100%	100%

Fonte: Elaborazione propria da Rapporto Associazionismo sociale IREF (Caltabiano et al., 2024)

Se l'intensità e la modalità dell'impegno civico sono fortemente condizionate dalle motivazioni che individualmente vengono attribuite a queste attività (Le e Aartsen, 2022; Niebuur, 2020; Ahmed-Mohamed, et al., 2015; Grano, et al., 2009), in letteratura viene evidenziato come man mano che si prosegue con le fasi della vita le motivazioni addotte all'impegno civico e volontario siano sempre più frequentemente di tipo "altruistico" (Barbabella, et al., 2011; Omoto et al., 2000), mentre per le fasce giovani di volontari e volontarie è più facile sposare motivazioni di tipo più individualistico, quali, tra tutte, la crescita personale e professionale. Anche su questo aspetto i dati raccolti nell'ambito dell'indagine IREF sembrano confermare la prevalenza di motivazioni "altruistiche" nei volontari più anziani

³¹ Una curiosità interessante, ma che esula in parte dai temi trattati in questa sede, riguarda le opinioni relative allo svolgimento delle attività in modalità online. Infatti, i "giovani anziani" risultano essere tra i meno entusiasti nei confronti della modalità virtuale messa in atto a partire dall'emergenza sanitaria, al contrario i "grandi anziani" hanno espresso opinioni maggiormente positive. Di seguito alcuni dati esemplificativi su questo aspetto: per il 52,3% degli over 75 le attività da remoto facilitano i processi decisionali (a fronte del 44,7% dei "giovani anziani" e del 44,3% della media dei rispondenti) e per il 34,1% aumentano la partecipazione alla vita del gruppo (a fronte del 24,7% dei "giovani anziani" e del 32,6% di media). Si nota infine come a esprimere criticità su questa modalità contestualmente ai "giovani anziani" siano anche i volontari più giovani, e in particolare gli *under35*.

rispetto alle motivazioni definite più “egoistiche”, e nel dettaglio: per i volontari 65-74enni che per gli over 75 prevalgono i fini altruistici e sociali, come la possibilità di aiutare gli altri e rispondere ai loro bisogni, e le esigenze di socievolezza, la voglia di stare con gli altri e la possibilità di incontrarli; al contrario motivazioni quali l’aumento delle opportunità lavorative, l’impegno politico e l’arricchimento e alla crescita professionale risultano secondarie. Per quanto riguarda le finalità attribuibili al gruppo, prevale per gli over 75 la finalità prosociale “aiutare a risolvere difficoltà concrete delle persone”, mentre le altre finalità quali “la promozione di iniziative e campagne di opinione su importanti temi sociali”, “il miglioramento della sostenibilità ambientale” e “il favoreggiamento della vita pubblica delle persone nello spazio urbano” ottengono punteggi inferiori alla media. In linea con la prevalenza di finalità altruistiche, gli scopi di socialità verso l’interno (“dare agli aderenti la possibilità di stare bene insieme”) sono i meno indicati dai volontari anziani rispetto alle fasce più giovani (soprattutto rispetto agli *under45* che le indicano come prevalenti).

Infine, sui compiti svolti dagli anziani all’interno delle associazioni non si rilevano particolari differenze interne, ma sussistono divari se confrontati con le altre fasce di popolazione: rispetto alle fasce più giovani, infatti, si occupano con meno frequenza di autofinanziamento e raccolta fondi, così come di coordinamento e incontri con referenti esterni all’ente (associazioni/ partiti e/o sindacati), sono maggiormente incaricati di mansioni operative o rapporti col pubblico e i media.

1.3.2. Cittadine attive e cittadini attivi

Per quanto concerne l’analisi in prospettiva di genere dei dati IREF, un primo elemento significativo su cui soffermarsi, poiché conferma la persistenza di divari di genere nell’impegno civico, è la maggiore probabilità degli uomini di partecipare alle attività di più di un ente rispetto alle donne (il 47,1% a fronte del 42,4% della

controparte femminile). Tra coloro che partecipano a più gruppi, si nota una maggiore partecipazione degli uomini a gruppi ricreativi (indicati dal 36,8% delle rispondenti a fronte del 33,9% della controparte femminile) e politici (indicati dal 40% a fronte del 36,4%), mentre le cittadine attive prediligono gruppi con fini sociali (indicati dal 70,6% dei rispondenti a fronte del 76,4% della controparte femminile). Questo dato sembra confermare la persistenza, anche nella popolazione coinvolta nella rilevazione IREF di una, seppur non marcata, segregazione orizzontale, che confermerebbe la maggiore partecipazione delle donne ai gruppi con finalità sociali e una presenza meno significativa, al contrario, nelle associazioni con finalità politiche.

Proseguendo l'analisi è possibile notare come il conteggio totale delle ore comprensive di ore online e offline, non evidenzia sostanziali differenze di genere. Infatti, circa il 35% dei rispondenti (di entrambi i generi) svolge meno di 5 ore settimanali complessive. Sembrerebbe presente, quindi, una tendenza dei cittadini attivi di genere maschile a dedicarsi meno intensamente alla singola associazione, prediligendo un tipo di impegno più diffuso su una molteplicità di gruppi³².

Tabella 7. Nell'arco di una settimana, in media, quante ore dedica all'attività del suo gruppo?

<i>Ore settimanali</i> (classi)	<i>Genere</i>	
	Uomini	Donne
0-5	34,70%	35,50%
6-10	28,30%	26,00%
11-15	14,00%	12,30%
16-30	14,90%	18,80%
Oltre 30	8,10%	7,40%
Totale	100%	100%

Fonte: Elaborazione propria da Rapporto associazionismo sociale IREF (Caltabiano et al., 2024)

³² Sui giudizi relativi alla modalità di partecipazione online, le risposte non divergono particolarmente secondo il genere, sebbene le donne siano più propense a ritenere che la modalità online non agevoli i processi decisionali del gruppo (15,8% degli uomini rispetto al 19,3% delle donne hanno risposto “per nulla” alla domanda “La modalità online facilita i processi decisionali del gruppo”).

Se gli amici risultano per i rispondenti di entrambi i generi il principale canale di avvicinamento al gruppo, assumono maggiore rilevanza per gli uomini (45,6% contro il 38%) così come, seppur in maniera minore, i conoscenti (20,4% contro il 17,7% delle donne) e i familiari (13,7% contro il 10,8% delle donne). Al contrario, per le donne risultano più rilevanti le iniziative di comunicazione, i canali *social* e le attività promozionali (17,9% degli uomini e 24,4% delle donne), che per queste ultime rappresentano per importanza il secondo canale di avvicinamento al gruppo. Questo elemento sembra mettere in luce un'iniziazione all'impegno civico mediata da modalità più "relazionali" nel caso dei partecipanti di genere maschile e, al contrario, maggiormente legata a scelte unidirezionali e "private" nel caso delle partecipanti di genere femminile.

Rilevanti sono risultate, inoltre, le risposte dalla domanda sul ruolo svolto all'interno del gruppo, nell'ambito della quale gli intervistati erano chiamati a scegliere tra le seguenti categorie: "simpatizzante", "partecipante", "attivista" o "coordinatore/referente". Mentre le rispondenti si sono attribuite in percentuale maggiore il ruolo di "partecipanti" (indicato dal 29,6% dei rispondenti e dal 34,6% delle rispondenti), la posizione principale indicata dagli uomini è quella di coordinatore o referente (indicato dal 36,5% dei rispondenti e dal 29,9% delle rispondenti) e ciò sembrerebbe evidenziare la sussistenza di differenze di genere nelle posizioni apicali, quali quelle di coordinamento.

Tabella 8. *Come definirebbe il ruolo che svolge all'interno del suo gruppo?*

Ruolo nel gruppo	Genere	
	Uomini	Donne
Simpatizzante	0,60%	1,30%
Partecipante	29,60%	34,60%
Attivista	28,60%	29,70%
Coordinatore/ricce e/o referente	36,50%	29,90%
Altro	4,70%	4,50%
Totale	100%	100%

Fonte: Elaborazione propria da Rapporto Associazionismo sociale IREF (Caltabiano et al., 2024)

Anche nell’assegnazione dei compiti all’interno del gruppo persistono alcune differenze: le volontarie dichiarano di “farsi carico di mansioni operative e pratiche” “spesso” o “sempre” nel 72,1% dei casi (a fronte del 66% degli uomini), si occupano più raramente dell’auto-finanziamento e della raccolta fondi (29,6% degli uomini e 23.3% delle donne), tengono meno frequentemente rapporti con gli uffici pubblici e le istituzioni mass-media (12.6% degli uomini e 6,7% delle donne), con meno frequenza coordinano un gruppo di lavoro (43,6% degli uomini e 38,6% delle donne) e fanno parte degli organismi provinciali, regionali o nazionali del gruppo (21,2% degli uomini e 14.4% delle donne). L’allocazione dei compiti svolti, inoltre, evidenzia una segregazione di genere verticale, tale per cui le volontarie dichiarano con maggiore frequenza di farsi carico di impegni di tipo più pratico e operativo a discapito delle funzioni più dirigenziali quali il finanziamento, la rappresentanza e il rafforzamento della rete di relazioni, svolte maggiormente dagli uomini. I dati ottenuti, sebbene difficilmente generalizzabili, sembrano riprodurre quella attribuzione di ruoli che riserva il capitale sociale di tipo “*bonding*” alla cittadinanza attiva femminile e quello di tipo “*bridging*” alla controparte maschile³³.

Relativamente alle motivazioni personali indicate come determinanti per la scelta di partecipare al gruppo, acquisite attraverso la domanda “Su una scala da 1 a 10

³³ Si veda anche Ajrouch, et al. (2016) e Paik e Navarre-Jackson (2011).

(dove 1 è per nulla importante e 10 molto importante) come valuta i seguenti motivi rispetto alla scelta di partecipare alle attività di questo gruppo?”, le rispondenti hanno indicato come motivazione principale la “possibilità di aiutare gli altri e rispondere ai loro bisogni sociali” (valutata sopra la media dal 54,4% degli uomini e il 66,6% il delle donne), seguita da “voglia di stare con gli altri e possibilità di incontrarli” (valutata sopra la media dal 54,4% degli uomini e il 59,6% il delle donne), e “crescita a livello personale” (motivazione che evidenzia la differenza di genere maggiore ed è valutata sopra la media dal 44,1% degli uomini e il 57,8% il delle donne). Tali dati se da una parte confermano l’importanza che le motivazioni socioassistenziali hanno nel guidare l’impegno civico delle volontarie, dall’altra riflettono il ruolo determinante che questo tipo di attività ha per la loro crescita e realizzazione personale³⁴.

Divari di genere sono presenti anche per quanto riguarda l’attribuzione alle finalità del gruppo indicate dagli intervistati, nell’ambito delle quali è ribadita la prevalenza dei fini prosociali per la popolazione femminile. Se per le volontarie i principali fini che l’associazione dovrebbe prefissarsi sono “dare voce a persone in condizione di marginalità” (valutato con punteggi sopra la media dal 55,9% degli uomini e il 70,2% delle donne), “aiutare a risolvere difficoltà concrete delle persone” (valutato sopra la media dal 53,2% degli uomini e il 61,7% il delle donne), “promuovere iniziative e campagne di opinione su importanti temi sociali ” (punteggi sopra la media per il 52,6% degli uomini e il 61,7% delle donne), “produrre servizi utili per la popolazione del territorio” (punteggi sopra la media per il 56,2% degli uomini e il 61,4% delle donne), risulta invece rilevante da entrambi i generi la finalità più consociativa, ovvero “dare agli aderenti la possibilità di stare bene insieme” che ottiene punteggi sopra la media per il 60,8% degli uomini e il 63,2% delle donne.

³⁴ Per ulteriori approfondimenti sul ruolo determinante che giocano le motivazioni sulla propensione all’attività civica, si rimanda tra agli altri anche ad Ahmed-Mohamed et al., 2015; Grano et al., 2009; Le e Aartsen, 2022; Niebuur, 2020; Principi et al., 2016.

Infine, si evidenzia come nella analisi degli ostacoli che impediscono lo svolgimento dell'attività nell'ente, le volontarie abbiano dato meno rilevanza a tutte le opzioni proposte, a significare una minore percezione di situazioni ostacolanti. Nello specifico, ai diversi *item* della domanda "Per una persona partecipare ad un gruppo non è sempre facile. Usando una scala da 1 a 10 (dove "1" significa "pochissimo" e "10" "moltissimo") potrebbe indicare quanto le seguenti categorie di ostacoli le impediscono di impegnarsi come vorrebbe?" le donne con maggiore frequenza si sono collocate sotto la media: il 69,3% degli uomini e il 79,9% delle donne hanno dato valori sotto la media all'ostacolo "motivi valoriali", il 63,2% degli uomini e il 75,6 % delle donne ai "motivi interpersonali", il 56,5% degli uomini e il 63,5% delle donne agli "aspetti di tipo organizzativo del gruppo" e il 54,4% degli uomini e il 62,7% delle donne a "motivi di impegno civico e politico". L'unica eccezione è rappresentata dall'item "Aspetti legati alla mia vita e alle mie attività" dove il 49% circa dei rispondenti di entrambi i generi ha dato valori sopra la media. Tale divario di genere mostra una percezione di minore rilevanza per le donne degli ostacoli che potrebbero limitarne la partecipazione civile e si allontana in parte anche da chiavi di lettura del fenomeno dell'associazionismo che indicano le donne come maggiormente limitate, ad esempio, dalla persistenza di conflitti tra impegni familiari, lavorativi e sociali, di cui si parlerà in maniera maggiormente approfondita nella prossima sezione.

2. Benessere, partecipazione e cura

La prospettiva di genere è spesso utilizzata anche per riflettere sull'interrelazione tra volontariato formale, volontariato informale e compiti di cura³⁵. La pratica del volontariato, infatti, è esaminata in alcuni contributi in termini di «terza presenza»³⁶ tale da rappresentare, per le donne, «(...) uno spazio aggiuntivo di auto-espressione nella sfera civile, che si affianca alla «doppia presenza» nel lavoro e nella famiglia» (Cappadozzi e Fonović, 2019, p. 308)³⁷. Come sottolineato anche da Hook (2004, p. 115), l'impegno volontario «(...) *is not allocated in isolation from paid work and domestic work, but is part of the gendered household labor allocation process determined, in part, by time constraints*». Infatti, come verrà esposto nelle prossime sezioni, l'identità di genere continua ad essere un elemento che configura modalità di allocazione del tempo differenziate; al contempo, l'esperienza nella quotidianità di determinate combinazioni di attività piuttosto che altre sembra condizionare il benessere, la salute e la soddisfazione di anziane e anziani. In questo senso, al fine di promuovere stili di invecchiamento di successo appare necessario approfondire gli effetti che le attività di cura e l'impegno in ambito volontario hanno sugli anziani che le svolgono. Se l'attività di volontariato sembra apportare sempre benefici per l'anziano o l'anziana che la svolge, infatti, gli effetti del lavoro di cura sul benessere non sono così univoci. Inoltre, poiché sono molteplici le variabili che entrano in gioco, non è ancora chiaro se le attività svolte nell'ambito delle diverse sfere siano effettivamente compatibili, per cui le persone che hanno significativi compiti di cura risultano anche maggiormente attive nel volontariato, oppure conflittuali, e in

³⁵ Le analisi, soprattutto quelle condotte negli Stati Uniti, includono in genere anche le attività di lavoro salariato, sebbene quest'ultimo assuma rilevanza minore nel caso di studi sulla popolazione anziana, soprattutto nel contesto europeo.

³⁶ Riprendendo la celebre espressione «doppia presenza» di Balbo (1978), secondo la quale la popolazione femminile vive una condizione nella quale il ruolo relativo all'ambito lavorativo e quello relativo alla sfera domestica e di cura coesistono fino a risultare, talvolta, in conflitto.

³⁷ Si veda anche Menniti e Demurtas (2015).

tal caso l'attività di *caregiving* rappresenterebbe un disincentivo alla partecipazione civica.

2.1. *Caregiving* e solidarietà intergenerazionale: la popolazione anziana come “fornitrice” di cura

I termini *caregiving* e lavoro di cura vengono spesso utilizzati includendo in queste categorie attività relative a situazioni differenti: dalla cura non continua o formalizzata di familiari minori o non autosufficienti, che per la popolazione anziana riguarda in molti casi oneri relativi alla dimensione della solidarietà intergenerazionale, poiché rivolti verso le generazioni successive (figli, nipoti) o precedenti (genitori, suoceri, zie/i, ecc.; sebbene siano sempre maggiori i casi di *caregiving* del partner/coniuge); fino alle attività relative al *caregiving* intenso che rientrano nelle categorie disciplinate dalla normativa specifica vigente in materia. Utilizzando il termine più esteso di lavoro familiare si comprendono, oltre alle categorie sopra elencate, anche le attività relative al lavoro domestico, come la cura della casa, l'acquisto di beni alimentari e la gestione delle utenze.

Sebbene, quindi, i termini lavoro di cura e *caregiving* possano rappresentare fattispecie molto diverse tra loro, sono talvolta utilizzate come sinonimi e ciò risponde ad alcune motivazioni principali. In primis, in generale il lavoro di cura risulta difficilmente inquadrabile in categorie nettamente distinguibili, poiché dipende molto dall'esperienza che *caregiver* e *care receiver* sperimentano nel quotidiano. Il rapporto tra i due poli della relazione, le principali attività svolte, il grado di non autosufficienza del destinatario delle cure, la presenza o meno di situazioni di coabitazione, l'intensità della cura in termini di ore svolte, l'assistenza integrativa di personale qualificato e retribuito, sono solo alcuni degli aspetti che contribuiscono a differenziare le relazioni di cura e le attività di *caregiving*, nonché gli effetti di queste sul benessere del *caregiver*. Inoltre, anche dal punto di vista normativo la definizione di *caregiving* familiare è spesso molto generale e talvolta

non definita. Nel contesto italiano, la prima definizione di *caregiver* familiare è presentata nel comma 255 dell'Articolo 1 della legge 27 dicembre 2017, n. 205:

Si definisce *caregiver* familiare la persona che gratuitamente assiste e si prende cura in modo continuativo del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, anche oncologica, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 .

Sui canali istituzionali del Dipartimento per le politiche per la famiglia, viene fornita una definizione maggiormente generica, che fa riferimento anche al Mipaa:

Il caregiver è definito dalla federazione europea delle organizzazioni di caregiver e degli istituti di ricerca (Eurocarers)³⁸, come «la persona che fornisce assistenza a titolo – di solito – gratuito a qualcuno con una malattia o disabilità cronica o altra esigenza di cure durature, al di fuori di un rapporto professionale (e.g. lavorativo) o formale (e.g. nell'ambito di un'organizzazione di volontariato)». Come indicato anche dal Piano di Azione internazionale di Madrid sull'invecchiamento del 2002 (MIPAA - Madrid International Plan of Action on

³⁸ Il sito di riferimento per la associazione europea Eurocarers è <https://eurocarers.org/>

Ageing <https://unece.org/population/ageing/mipaaris>), tale definizione fa riferimento ad un concetto di caregiving più ampio di quello strettamente familiare, comprendente chiunque, anche al di fuori della cerchia di parenti e soggetti con vincoli di sangue presti assistenza in modo gratuito e a titolo individuale ad una persona anziana non autosufficiente. Si tratta di una definizione ampia, finalizzata a guidare l'implementazione di approcci volti al riconoscimento e al consolidamento dei diritti legali dei caregiver e di misure a loro supporto.³⁹

Come si nota, al di là dell'ampiezza della definizione, ciò che sembra caratterizzare il *caregiving* familiare è che tale attività i) sia svolta a titolo gratuito, ii) nell'ambito di un rapporto familiare, anche se nella definizione del Dipartimento per le politiche per la famiglia sembrano essere incluse anche le reti amicali e di vicinato e iii) non sia formalizzata ma informale. Quest'ultima caratteristica esclude le attività di sostegno e cura nei confronti delle persone non autosufficienti che vengano svolte nell'ambito di istituzioni o organizzazioni formali, quali ad esempio gli enti di volontariato.

Infatti, sebbene a primo impatto la riflessione riguardante lavoro di cura e anziani rimandi a una concezione dell'anziano/a principalmente come *care receiver*, i cambiamenti del contesto sociale e l'aumento dell'aspettativa di vita fanno sì che gli anziani siano sempre più coinvolti nel fornire cura e supporto, piuttosto che nel riceverlo; come evidenziavano Calasanti e Slevin già nel 2001:

Why is care work for the old relevant to our discussions of gender and age? Much public and scholarly attention has focused on care work, with good reason. Among the old, the most rapid growth is among those aged 85 and over, the age group most likely to need care. However, when attention turns

³⁹ <https://famiglia.governo.it/it/politiche-e-attivita/invecchiamento-attivo/accordo-con-lirccs-inrca-di-ancona/informal-caregiving/caregiving-famigliare-introduzione/>

to the old and care work, people often forget that many care workers are themselves old (...) and most care workers and recipients are women. Care for the old affects people throughout their lives: positively, through satisfaction in providing care and in building support networks, and negatively, through social and economic costs, such as lost social contacts and financial strains—all of which influence their quality of life in old age. We show how the gendered nature of care work makes these outcomes especially important to women. (p. 146)

Inoltre, le attività di solidarietà intergenerazionale nei confronti dei nipoti, che per la popolazione oggetto di indagine sono particolarmente onerose, non sembrano rientrare nella fattispecie, sebbene nel report ISTAT, *Famiglie, Reti Familiari, Percorsi Lavorativi e di Vita*⁴⁰ siano categorizzate come *caregiving*.

Anche per quanto riguarda l'attività di cura nei confronti dei minori, nel contesto italiano la presenza di nonne e nonni è fondamentale, tanto da far sì che essi vengano definiti come “welfare sostitutivo” o “pilastro del welfare”. A questo riguardo, scrive Giovannini nella prefazione al testo di Ottaviano: «In primo luogo, fa riflettere che proprio questa generazione che ha messo in discussione la famiglia e promosso l'autonomia individuale, si trovi – diventata nonna – a funzionare da elemento di supporto delle nuove famiglie che i loro figli e figlie hanno costruito».

Infatti, secondo l'indagine condotta da Senior Italia FederAnziani (Quotidiano Sanità, 2021) il 35,5% dei nonni dedica ai nipoti fino a 10 ore settimanali, il 24,4% tra le 10 e le 20 ore e il 7,4% tra le 20 e oltre 40 ore a settimana (portando a oltre il 70% la percentuale di nonni che in qualche misura si prende cura dei nipoti). In particolare, sebbene solo circa il 3% delle/i nonne/i abiti insieme ai/lle nipoti, circa due terzi del totale vivono nello stesso comune (Facchini, 2023). Soprattutto nei casi di nipoti sotto i 13 anni, la cura dei nonni è molto consistente: un terzo si prende

⁴⁰ https://www.istat.it/it/files/2022/10/Ebook_Famiglie-reti-familiari-percorsi-lavorativi-e-di-vita.pdf

cura dei nipoti mentre i genitori lavorano, circa il 30% nel caso di eventi occasionali mentre un quarto si attiva in situazioni di emergenza (ISTAT). Tra le attività principali, oltre alla cura in caso di assenza dei genitori, figurano attività di accompagnamento a scuola e altri impegni, attività di svago, fino a passare insieme le vacanze (Facchini, 2023).

Sebbene nella popolazione dei “nuovi nonni” (Zanatta, 2013) gli uomini siano molto presenti rispetto alle generazioni precedenti, sussistono dei divari di genere che vedono le donne maggiormente coinvolte in termini di ore nei compiti di accudimento dei nipoti. Il dato è ulteriormente accentuato se si considerano le nonne che sono casalinghe (ANLA, 2024).

Anche l’analisi per fascia di età mette in luce come nella popolazione dei giovani anziani (65-74 anni) sia presente la maggior percentuale di *caregiver* di bambini, mentre nel caso di *caregiving* di adulti la fascia più coinvolta è quella precedente 45-64 anni; sebbene, come visto, con l’aumentare dell’aspettativa di vita anche i 65-74enni siano sempre più coinvolti, soprattutto nei confronti dei parenti “grandi anziani”.

2.1.1. Le analisi sull’uso del tempo: la cura è ancora una “questione femminile”?

La riflessione su quanto la dimensione di genere condizioni la propensione a svolgere attività di *caregiving* non può essere riportata integralmente, per la complessità del tema e la ricchezza delle ricerche svolte. Un accenno in questa sede è necessario, però, soprattutto per comprendere quanto questa supposta “propensione femminile” sia presente anche nella popolazione anziana e se possa limitare eventualmente lo svolgimento di altri tipi di attività, tra cui il volontariato e l’impegno associativo.

Tra le teorie classiche che si sono occupate della natura “genderizzata” del lavoro di cura figurano quelle che Walker (1992) definisce “psicologiche”, nell’ambito

delle quali rientrano anche testi divenuti classici quali *Being and doing: a cross-cultural examination of the socialization of males and females* di Nancy Chodorow (1989) e *In a different voice* di Carol Gilligan (1982)⁴¹. In particolare, basandosi anche sul lavoro di Beatrice Whiting e John Whiting (1968) Chodorow mette in luce come le donne già da bambine mostrino comportamenti definibili maggiormente “altruistici” (legati alla cura e al sostegno), mentre i bambini di genere maschile più probabilmente hanno atteggiamenti “egoistici” (ovvero di affermazione e ricerca di attenzioni)(Brewer, 2001). Nello studio erano prese in considerazione diverse variabili, tra cui appartenenza culturale e grandezza del nucleo familiare, evidenziando come i comportamenti più egoistici fossero riscontrati nei bambini appartenenti a famiglie estese, ma, in ultima istanza, anche all’interno dello stesso nucleo familiare si osservavano comportamenti opposti per maschi e femmine, con le femmine maggiormente orientate al supporto dell’altro da sé, e i maschi indirizzati prevalentemente ai propri bisogni. Secondo Chodorow ciò dipende in buona misura dal fatto che attraverso i processi di socializzazione la bambina riproduce sostanzialmente il ruolo della madre, in genere incentrato sulla cura, mentre il bambino già da piccolo può immedesimarsi in molteplici modelli e ruoli sociali. Tale tesi riprende anche la posizione di Mead, citata da Chodorow (1971, p. 70), secondo la quale: «(...) from the time of birth, girls can begin to take on feminine identity through identification with their mothers, while for little boys, masculine identification comes through a process of differentiation».

Su questa linea si inserisce la teorizzazione di Gilligan (1982) che sostiene che bambini e bambine hanno una “diversa voce” interiore, ovvero moralità contrapposte⁴² e distinte modalità di pensiero. Tale distinzione è schematizzata da Brewer (2001) come segue:

⁴¹ Per approfondimenti sulla socializzazione di genere dei *caregiver* anziani si rimanda a Brewer (2001)

⁴² Tali riflessioni giungevano anche in risposta a studi sulla moralità effettuati da Kohlberg (1981) che invece sostenevano che gli uomini avevano una morale più “alta” a causa dei punteggi più elevati ottenuti nella scala di sofisticazione del ragionamento morale da lui elaborata.

Figura 19. Differenze tra prospettive maschili e femminili

Masculine	Feminine
"Self" defined through separation	"Self" defined through connections
"Self" assessed against abstract ideals (e.g., "good" means obeying the rules)	"Self" assessed through activities of care (e.g., "good" means avoiding harm to others)
Danger associated with affiliation	Danger associated with isolation
Responsibility perceived as restraint of "self" (e.g., not doing what he wants to do)	Responsibility perceived as an extension of care (e.g., doing what others want/need)

Fonte: Brewer (2001)

Le differenze, in particolare, si esplicano su una morale maschile basata sulla difesa dei diritti individuali, denominata "etica della giustizia", e una morale femminile basata sulla responsabilità per il benessere altrui, definita "etica della cura" (Brewer, 2001). Secondo questa prospettiva, la cura, essendo situata nella relazionalità e nel rapporto interpersonale, arricchisce sia le persone che la praticano sia le persone che la ricevono. Nella riflessione di Brewer (2001) tale interpretazione sembra essere alla base di quelle posizioni che sostengono il ruolo positivo dell'attività di cura sul benessere, riprese soprattutto nei testi di Calasanti e Slevin (2001) e poi anche Moen et al. (1992), a cui veniva fatto cenno anche nel primo capitolo, in relazione al "paradosso femminile della salute".

La critica presentata da Walker (1992) all'approccio dell'"etica della cura" risulta contrapposta agli approcci "psicologici" e muove da alcuni presupposti in particolare. In primis, secondo l'Autore tale impostazione non considera le differenze intra-genere, intendendo i due generi come universi distinti ma piuttosto omogenei all'interno. In seconda istanza questa visione tenderebbe a legittimare e giustificare lo status quo sulla base di inclinazioni personali legate all'appartenenza di genere (Brewer, 2001). Verrebbe ignorato, inoltre, il fatto che ciascuna persona – indipendentemente dal genere – potrà essere più o meno incline a diventare

caregiver, con donne che non rientrano nel modello (stereotipato) delle persone premurose e dedite alla cura dell'altro, e al contrario uomini che invece svolgono con convinzione queste attività (Walker, 1992).

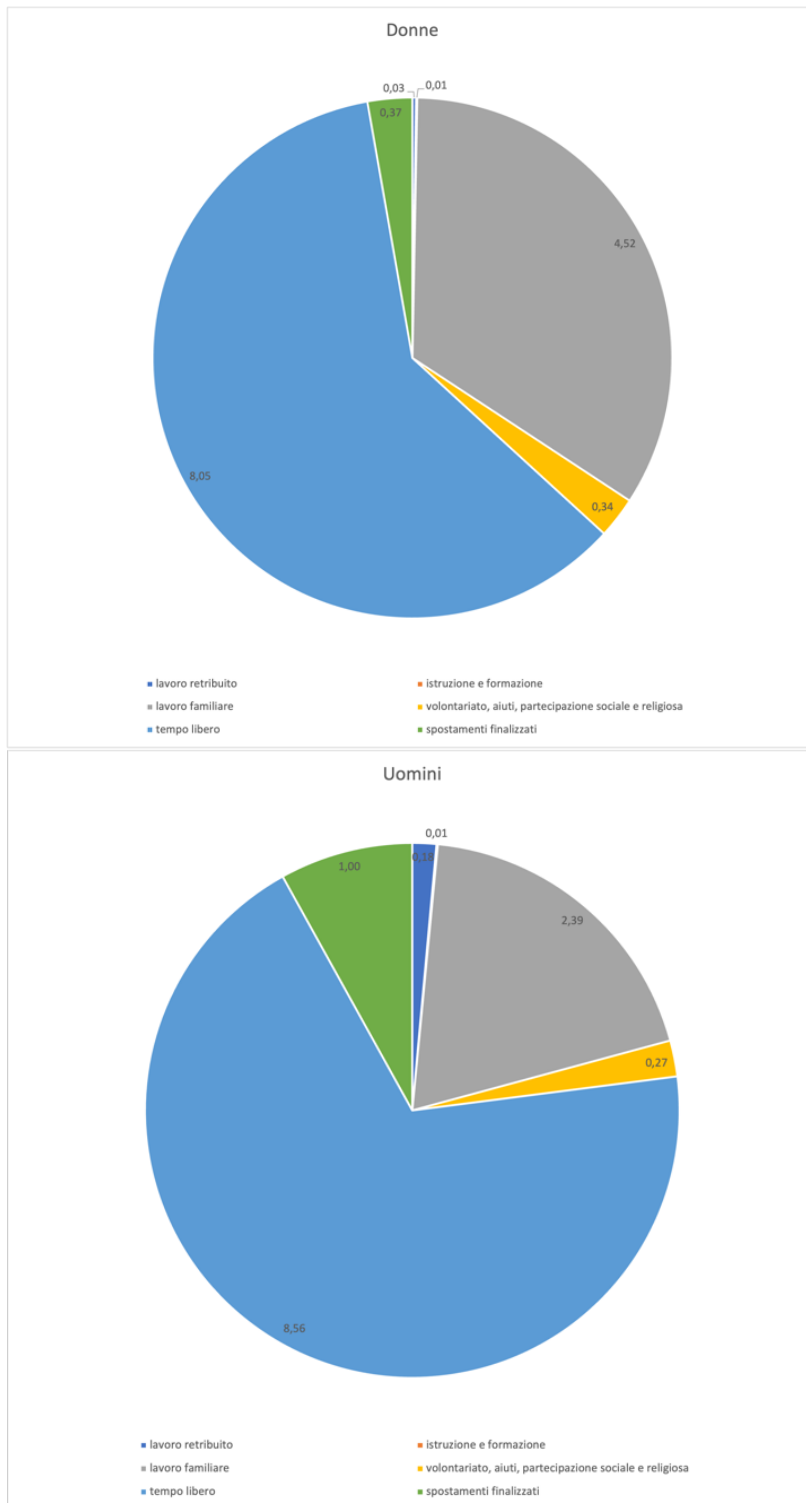
Sebbene alcune di queste posizioni possano risultare oggi meno attuali, per via del progressivo discostarsi della popolazione femminile da destini sociali imposti che relegavano le donne nel ruolo di principali fornitrici di cura, la premessa risulta utile per comprendere perché persista una sproporzione comunque significativa nelle risorse che vengono destinate da uomini e donne ai compiti di cura e domestici. Inoltre, nel caso della coorte di anziani e anziane oggetto di indagine (65-74enni, residenti in Italia), alcune spinte contrastanti potrebbero portare da una parte a una visione più tradizionalista della divisione dei compiti all'interno della coppia, per il fatto che i processi di socializzazione a cui sono stati/e sottoposti/e, soprattutto nelle prime fasi della loro vita, avevano in generale uno stampo tradizionalista; dall'altra, però, questa generazione in particolare ha conosciuto, e spesso vissuto in prima persona, anche i moti di protesta e rivendicazione femminista degli anni Sessanta e Settanta che avevano lo scopo di rovesciare buona parte di queste convinzioni. È quindi complesso comprendere quanto i modelli che vedono la cura come "naturalmente" femminile siano radicati nella popolazione oggetto di indagine. Inoltre, la specializzazione di genere all'interno delle famiglie è un tema complesso e condizionato da una varietà di livelli e variabili. Anche nelle coorti più giovani, infatti, è nota la persistenza di divari – sia qualitativi che quantitativi – nella distribuzione nei compiti familiari e ciò, oltre all'aspetto culturale, dipende anche dalla generosità del sistema di welfare. Anche per gli anziani e le anziane, la scarsa generosità del welfare italiano, che interviene con misure di sostegno familiare in maniera spesso non adeguata o residuale, è un elemento che condiziona l'intensità dell'impegno di cura. Se nel caso della cura nei confronti dei nipoti a gravare è soprattutto la scarsità dei servizi per l'infanzia in termini di disponibilità di posti, di flessibilità di orari, così come il costo spesso eccessivo di questi servizi, che fanno sì che nonni e nonne rappresentino una vera e propria "gamba del welfare" che

sostiene la conciliazione vita-lavoro delle generazioni adulte; allo stesso tempo, e nonostante la recente riforma della *long term care*, anche nel sostegno ai grandi anziani e agli adulti non autosufficienti in generale, le misure messe in atto non sono sufficienti e adeguate per affrontare la situazione critica che l'invecchiamento della popolazione rende sempre più urgente. Su queste due dimensioni di cura intergenerazionale, sebbene la partecipazione da parte della popolazione maschile sia progressivamente aumentata, persistono differenze che sono particolarmente evidenti nelle analisi sull'uso del tempo, che riescono a fotografare la quotidianità degli anziani e delle anziane del nostro Paese.

Negli ultimi decenni, infatti, tali modalità di analisi del tempo (*time budgeting*) sono progressivamente cresciute in rilevanza, in particolare per le riflessioni riguardanti le differenze di genere. Anche nell'ambito del Gender Equality Index 2023 (EIGE), tra i diversi domini presi in considerazione, figura il dominio del tempo (Domain of time) allo scopo di analizzare «la natura genderizzata della distribuzione tra attività economiche, di cura e sociali» (European Institute for Gender Equality, 2023, p. 43, trad. propria). Come presentato graficamente di seguito, il tempo dedicato alle diverse attività dai giovani anziani e dalle giovani anziane italiane è condizionato dall'appartenenza di genere.

Tabella 9 e figure 20 e 21. Tempo dedicato a determinate attività dalla popolazione over 65 per genere. (durata media generica in hh.mm)

Genere	Tipo di attività				
	lavoro retribuito	lavoro familiare	volontariato, aiuti, partecipazione sociale e religiosa	tempo libero	spostamenti finalizzati
Donne	0,03	4,52	0,34	8,05	0,37
Uomini	0,18	2,39	0,27	8,56	1,00



Fonte: elaborazione propria da dati ISTAT “Multiscopo sulle famiglie: uso del tempo” (<https://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0071301&refresh=true&language=IT>). Nella rappresentazione grafica sono state escluse le ore destinate a “dormire, mangiare e cura della persona”.

La differenza maggiore tra le ore giornalmente destinate alle diverse attività si riferisce proprio al lavoro familiare (somma di lavoro di cura e domestico), che per le donne occupa mediamente 4 ore e 52 minuti a fronte di 2 ore e 39 minuti per i coetanei di genere maschile. La differenza giornaliera tra donne e uomini nei carichi familiare risulta, quindi, di oltre due ore. Sebbene le attività di “lavoro retribuito” e gli “spostamenti finalizzati” impegnino maggiormente la popolazione maschile, il “tempo liberato” degli uomini dai compiti familiari sembra riversarsi anche in maniera importante sulle attività di svago che per loro risultano di 8 ore e 56 minuti giornaliere a fronte delle 8 ore e 5 minuti delle donne.

Nei dati ISTAT presentati, inoltre, le attività di volontariato (in giallo nei grafici) sono calcolate all’interno di una categoria che ricomprende anche aiuti e partecipazione sociale e religiosa. Tale insieme di attività assume un valore leggermente maggiore per la popolazione femminile (0,34 a 0,27 ore giornaliere in media), ma è necessario considerare anche le attività diverse da quella di volontariato, tenendo presente, ad esempio, quanto maggiore sia la partecipazione religiosa delle donne in questa fascia di età. Tali considerazioni, contestualmente ai dati sulla partecipazione civica riportati nelle sezioni precedenti, ci permettono di escludere che le donne svolgano un numero sostanziale di ore di volontariato in più rispetto ai coetanei di genere maschile.

Alla luce di quanto sin qui esposto, quindi, sebbene il lungo viaggio verso la parità, ovvero la progressiva affermazione dell’uguaglianza di genere, stia progredendo e le donne si trovino sempre meno incardinate nel ruolo di fornitrici uniche di cura, la persistenza di divari molto marcati nell’uso del tempo rendono evidente quanto la cura risulti ancora una questione principalmente femminile.

2.2. Le diverse facce della partecipazione: quali effetti sul benessere di anziani e anziane?

La cura nei confronti dei propri familiari, siano questi minori, adulti o anziani, e la partecipazione in ambito volontario risultano quindi due fondamentali ambiti di attività per le persone anziane, rappresentando modalità espressive diverse di ruoli di utilità sociale importanti. Sebbene la letteratura sul tema non sia ancora giunta a una posizione univoca, sono oramai numerose le ricerche condotte sull'impatto che le diverse modalità di impegno hanno sul benessere dell'anziano/a, in particolare per via della crescente attenzione che il tema dell'invecchiamento attivo e della partecipazione nell'anzianità ha assunto negli ultimi decenni.

I recenti studi svolti a livello nazionale e internazionale hanno evidenziato quanti e quali effetti positivi possa comportare lo svolgimento di attività volontarie sulla salute e sul benessere degli anziani. Non solo i/le volontari/e percepiscono il proprio stato di salute come migliore rispetto a quello dei/lle non volontari/e, ma questo divario è particolarmente significativo nella popolazione anziana (Wit, et al., 2022). Il volontariato in età avanzata sembra rappresentare, infatti, un mezzo per dotare di significato una fase delicata del corso di vita, fondamentale per il benessere emotivo e psicologico. Infatti, come evidenziato anche da Elder e Giele (2009), il benessere è fortemente condizionato dai cambiamenti nei legami sociali. In questo senso, in una prospettiva che gli autori definiscono "cumulativa" dei legami sociali, il ruolo di volontario/a può contribuire a contrastare gli effetti negativi causati dai cambiamenti legati al pensionamento o al restringimento del nucleo familiare. A conferma di ciò, Harlow and Cantor (1996) hanno determinato che svolgere volontariato ha effetti positivi maggiori sulla soddisfazione personale delle persone in pensione, rispetto ai coetanei che continuino a svolgere lavoro salariato.

Le indagini basate sui dati SHARE, confermano tale relazione, rilevando che i volontari anziani con più probabilità ottengono valori più elevati in termini di salute

auto-percepita, qualità della vita, soddisfazione generale e punteggi più bassi per solitudine e depressione (Lee, 2022). L'impegno volontario è correlato inversamente anche alla mortalità (Jenkinson et al., 2013), all'incidenza di depressione (Tang, et al., 2010; Choi, et al., 2013) e alla presenza di limitazioni funzionali (Kim, et al. 2020; Anderson et al. 2014). Secondo alcune ricerche (Oman et al 1999), l'effetto positivo dell'attività volontaria sulla riduzione della mortalità apparirebbe maggiore rispetto alle attività di esercizio fisico, mobilità e partecipazione religiosa.

Gli effetti benefici sulla salute sono anche di tipo indiretto. Lo studio di Jirovec (2005), per esempio, evidenzia come i volontari anziani si rechino dal medico con più frequenza rispetto ai non volontari, pratica che può fare la differenza in termini di prevenzione e mantenimento della salute. Tali atteggiamenti positivi sono rafforzati, tra le altre cose, anche dalla possibilità dei/lle volontari/e di avere maggiore accesso alle informazioni riguardanti l'importanza di mantenersi attivi fisicamente e di fare prevenzione (Wilson e Musick, 2000).

Se gli indicatori di benessere auto percepito sembrano essere sempre correlati allo svolgimento di attività di volontariato, per cui i volontari e le volontarie dichiarano stati di salute e benessere maggiori, la presenza di malattie croniche sembrerebbe un elemento che non limita di per sé la possibilità di svolgere attività di volontariato. Tang (2006), ad esempio, mette in luce come la presenza di cronicità sia correlata a un maggior impegno in termini di ore e che tale fattore abbia quindi effetti contrari rispetto alla salute auto percepita e al livello di autonomia, entrambe inversamente correlate all'attività volontaria. Svolgere volontariato, comunque, comporterebbe un miglioramento della salute auto percepita anche in presenza di situazioni di cronicità (Barron, et al., 2009).

Malgrado sia ormai appurata la correlazione tra benessere e attività di volontariato nell'anzianità, con numerose ricerche che la confermano, è più complesso determinare quanto il migliore stato di benessere sia dovuto agli effetti benefici del volontariato in sé e quanto invece dipenda dalla maggior propensione a svolgere tali

attività nella popolazione che gode di migliore salute. Come evidenziato anche da Wilson, però, sembrerebbe ormai condivisa la convinzione che l'attività volontaria faccia bene di per sé, migliorando la salute dell'anziano/a che la svolge: «*Volunteering improves health, but it is also most likely that healthier people are more likely to volunteer. Good health is preserved by volunteering; it keeps healthy volunteers healthy*» (2000, pag. 232). Non solo, quindi, gli anziani in buona salute partecipano con più frequenza alle attività sociali, ma al contempo i coetanei in cattiva salute vedono peggiorare velocemente le loro condizioni, anche a causa del mancato beneficio dell'impegno civico sul loro benessere (Sirven e Debrand, 2012). In questo senso, l'attività di volontariato diventa un "moltiplicatore" di benessere, e ne viene sottolineato il "potere protettivo" ("*protective power of volunteering*", Musick et al., 1999); e questo rende ancora più necessaria la sua promozione e la rimozione degli ostacoli che alcuni gruppi in particolare possono incontrare. Anche studi effettuati con approcci longitudinali hanno evidenziato che nel gruppo oggetto di indagine, dopo un periodo di *follow up* di sei anni, gli anziani che svolgevano attività di volontariato con meno probabilità avevano ricevuto una diagnosi di Alzheimer e in generale riportavano livelli migliori di autosufficienza oltre che performare maggiormente negli indicatori di benessere emotivo (Weziak-Bialowolska et al. 2025).

Anche l'intensità dell'attività volontaria svolta sembra essere un elemento significativo, sebbene non univoco. Matz-Costa et al. (2014) evidenziano come a riportare uno stato di benessere psicologico maggiore siano i volontari che svolgono molte ore di attività, al contrario dei volontari "a bassa intensità" che riporterebbero livelli minori anche in confronto ai non volontari. La ricerca condotta da Musick et al. (1999) ottiene invece risultati antitetici: l'analisi mette in luce come la mortalità diminuisca per i volontari che svolgono attività per una sola organizzazione o per meno di quaranta ore annue, mentre tali benefici non sussistono per coloro che fanno volontariato per più associazioni o per più di quaranta ore, circostanze che gli Autori spiegano in termini di maggiore rischio di

conflitto di ruoli o *burnout* per attività eccessiva. Secondo gli Autori, ciò potrebbe dipendere dal fatto che coloro che svolgono volontariato nell'ambito di una sola associazione ne condividono con più profondità i valori, beneficiando maggiormente delle attività svolte e rivestendole di significati più profondi. Altre linee teoriche sostengono che potrebbe essere la stessa "identità di volontario/a" a garantire un beneficio e in questo caso l'aumento di ore svolte non solo non contribuirebbe ad incrementare l'effetto positivo, ma al contrario lo mitigherebbe. Se le attività di volontariato sembrano in generale avere effetti positivi sulla salute e la soddisfazione personale dell'anziano/a, gli effetti del lavoro di cura sul benessere della popolazione anziana appaiono più controversi. Come anticipato, già Walker evidenziava tale l'ambivalenza, per cui l'attività di cura può essere percepita come un arricchimento delle relazioni sociali, così come un obbligo e una limitazione a disporre liberamente del proprio tempo libero:

(...) caregiving is both a profound personal experience and an oppressive social institution. Caregiving can contribute to a person's sense of connection, yet it can also interfere with the activities that contribute to a sense of competence in adulthood and to economic independence. Caregiving can reflect concern and affection, but it can also reflect fear and obligation (Walker, 1992, p. 44).

Le posizioni che sottolineano gli effetti positivi sul benessere delle attività di cura sostengono, infatti, che queste contribuiscano a rafforzare la rete sociale e i rapporti intergenerazionali, promuovendo la soddisfazione generale e il senso di utilità. Tale tesi sembra maggiormente validata soprattutto in contesti, come ad esempio quello nordamericano, dove l'attività di *caregiving* non è generalmente troppo intensa e può effettivamente rappresentare una modalità di partecipazione a moderata intensità e coinvolgimento, ma si adatta meno alle situazioni in cui il *caregiving* è continuativo e intenso. Inoltre, su questa base teorica si sono

sviluppate anche alcune riflessioni che motivano la maggiore longevità femminile proprio nella doppia presenza, ribadendo il ruolo “protettivo” del lavoro di cura (Calasanti e Slevin, 2001; Moen et al., 1992) e influenzando anche il dibattito sulla compatibilità dei diversi ruoli che approfondiremo nelle prossime sezioni.

In generale però, la vasta letteratura sul tema ha evidenziato soprattutto i costi emotivi e fisici che l'essere *caregiver* comporta, come evidenziato da Brewer (2001):

Although, for the most part, this care is uncompensated it is not without cost. The personal price paid by caregivers is tremendous. Studies have repeatedly demonstrated that caregivers endure high levels of stress, fatigue, and exhaustion in addition to financial hardship, isolation, and loneliness. Painful emotions such as guilt, anger, and grief add to the burden of care. Not infrequently, the caregiver's health suffers as a result (...) (p. 218)

In conclusione, sebbene anche l'attività di cura, ad alcune condizioni, possa rappresentare un elemento positivo per il benessere e la soddisfazione dell'anziano e dell'anziana che la svolge, gli elementi che entrano in gioco sono molteplici e gli effetti sulla salute risultano di difficile interpretazione. Al contrario, la partecipazione associativa si conferma, al netto delle diverse esperienze e modalità, una attività fondamentale per promuovere il benessere della popolazione anziana e incentivare stili di invecchiamento attivi e in salute.

2.2.1. Complementarità e conflittualità dei ruoli

Per quanto concerne la compatibilità dell'impegno civico e con i ruoli di cura, le ricerche che si sono soffermate su questo aspetto hanno portato alla teorizzazione di due modelli contrapposti. Da una parte alcuni Autori e Autrici suggeriscono una

relazione positiva – o almeno non negativa – tra attività di *caregiving* e volontariato e evidenziano come, tra gli anziani, i *caregiver* siano con più probabilità volontari rispetto ai non *caregiver* (Hank e Stuck, 2008). Moen e Flood (2013), ad esempio, in una ricerca condotta nel contesto nordamericano, rilevano che essere *caregiver* di minori o di adulti non autosufficienti comporta una riduzione dell'impegno nell'ambito del lavoro formale, ma non in ambito volontariato. Secondo questa ipotesi, del “*role enhancement*” (Haski-Leventhal, 2009) o “*role extension*”, ciò potrebbe dipendere dal fatto che i *caregiver* hanno più possibilità di sviluppare una rete di relazioni estesa, che risulta utile anche per iniziare a svolgere attività volontarie (Burr et al., 2005). Per Rozario et al. (2004), ciò sarebbe determinato dal fatto che i *caregiver* si dedicano al volontariato come meccanismo di sfogo per lo stress accumulato con l'attività di cura. Secondo un ulteriore approccio, questa relazione può essere compresa teorizzando la presenza di un gruppo di “*multi-helper*” o “*super-helper*” sul totale della popolazione. In questa categoria sono compresi anziani e anziane in buona salute che sono molto attivi sia nel dominio pubblico sia nell'ambito privato del sostegno familiare (Jegermalm e Jeppsson Grassman, 2009) e hanno, con più probabilità, le seguenti caratteristiche: essere donne, avere un *partner*, un alto livello di educazione, vivere in aree rurali, essere religiose e avere un numero elevato di amici (Hämäläinen et al., 2023).

L'approccio del “*role overload*” o “*role strain*”, invece, sostiene che essere *caregiver*, in particolare per persone disabili o molto anziane, impedisce o limita le possibilità di essere coinvolti in attività di volontariato (Taniguchi, 2006). L'impedimento è più forte nei casi in cui il *caregiver* coabiti con il destinatario delle cure (spesso il *partner*), se l'impegno è esteso sia in termini di tempo sia di stress emotivo (Choi et al., 2007) e se svolto senza il sostegno – formale o informale – di altre persone. In linea con questo modello risultano anche le ricerche che identificano proprio nelle emergenze legate al *caregiving* familiare uno dei principali motivi di abbandono dei programmi da parte dei volontari anziani (Tang et al., 2010).

Se a un primo sguardo i due approcci sembrano contraddittori, una riflessione più approfondita permette di comprendere quali ulteriori elementi entrino in gioco. Infatti, se l'ipotesi dei ruoli complementari può essere meglio applicata a chi svolge attività di *caregiving* fuori dalle mura domestiche e per poche ore, coltivando anche altri interessi, l'approccio escludente è più adeguato a comprendere quelle situazioni di *caregiving* intenso e continuativo che non permette di impegnarsi in altri tipi di attività. La ricerca condotta da Hoyert e Seltzer (1992), ad esempio, ha rilevato che sebbene le donne che svolgono *caregiving* aderiscono ad organizzazioni con più probabilità rispetto alle non *caregiver*, il livello di partecipazione, inteso come ore di impegno effettive, risulta negativamente correlato con l'intensità dell'assistenza prestata ai genitori anziani, e ciò potrebbe indicare un rischio di isolamento sociale per le donne che svolgono *caregiving* intenso, di lungo periodo e destinato a persone anziane (Taniguchi, 2006).

Anche i dati raccolti in Europa sembrerebbero confermare tale ipotesi: infatti, nei paesi dove gli obblighi di cura informali sono meno intensi e – almeno in parte – scelti e non imposti per mancanza di servizi, i *caregiver* svolgono più volontariato dei non-*caregiver*, mentre in altri paesi, tra cui l'Italia, non ci sono differenze rilevanti tra i tassi di volontariato di *caregiver* e non *caregiver* e la teoria dei *multi-helper* non sembra trovare conferma (Strauss, 2021).

Tale interpretazione è avvalorata anche dalle analisi che evidenziano come l'effetto positivo delle attività di volontariato sulla mortalità sia elevato solo per chi le svolge in una sola organizzazione e per un numero limitato di ore annue e non anche per i volontari che si impegnano con un numero di ore più elevato e nell'ambito di più organizzazioni (Musick, et al. 1999). Un impegno eccessivo, infatti, potrebbe aumentare il rischio di conflitto di ruoli o *burnout* e, secondo questo approccio, sembrerebbe essere l'identità di volontario o volontaria di per sé a garantire un beneficio sulla salute, così che l'aumento di ore di volontariato svolte non solo non contribuirebbe a incrementare l'effetto positivo ma, al contrario, sembrerebbe mitigarlo (Morrow-Howell et al., 2003).

3. L'Indice di Invecchiamento Attivo

Il paradigma dell'invecchiamento attivo, che nei suoi intenti iniziali poneva in primo piano la partecipazione sociale, nel corso degli anni e attraverso le diverse interpretazioni che ne sono state fornite, si è arricchito, incorporando dimensioni multidimensionali. Anche per questo motivo, negli ultimi anni, ai report e raccomandazioni teoriche sull'Active Ageing prodotte dagli organi internazionali, è stato affiancato anche un indice statistico: l'Active Ageing Index (AAI).

L'Indice di Invecchiamento Attivo (*Active Ageing Index* - AAI)⁴³ è uno strumento realizzato dalla Commissione Economica per l'Europa delle Nazioni Unite (UNECE) con lo scopo di misurare il potenziale di partecipazione e salute degli anziani nei Paesi membri. Tale indice consente comparazioni internazionali e intranazionali⁴⁴ ma, utilizzando dati disaggregati per genere, permette di mettere in luce e monitorare anche le differenze di genere nell'invecchiamento di successo.

Nella formulazione dell'indice, come verrà approfondito nelle prossime sezioni, le attività di cura e quelle di partecipazione sociale sembrano essere messe sullo stesso piano, concorrendo a formare il dominio "partecipazione sociale". In questa prospettiva, l'AAI sembrerebbe quindi essere in linea con quelle posizioni che per il benessere dell'anziano e dell'anziana considerano la rilevanza dell'attività di cura analoga a quella della partecipazione civica.

3.1. La formula dell'AAI

Lo strumento è composto di quattro domini (occupazione, partecipazione in società, salute sicurezza e autosufficienza e caratteristiche ambientali) a loro volta suddivisi in ventidue indicatori individuali, come da rappresentazione grafica in

⁴³ Sito di riferimento: <https://unece.org/population/active-ageing-index>

⁴⁴ L'Indice è stato già utilizzato in alcuni paesi, tra cui l'Italia, per misurare le differenze regionali, Cfr. https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/ECE-WG-33.pdf

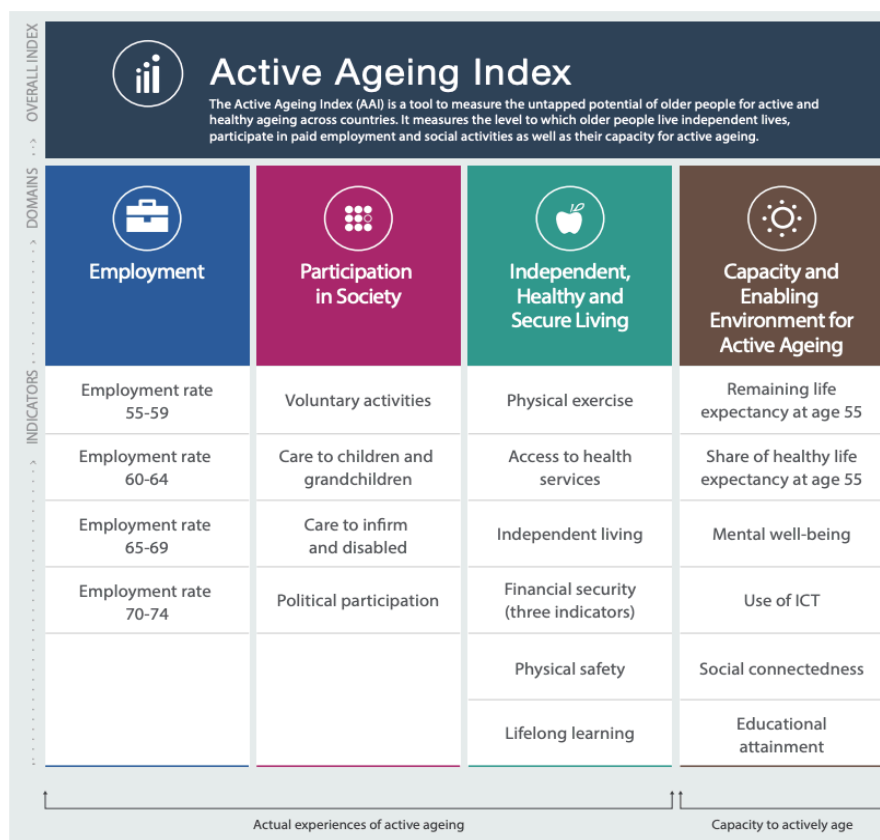
figura. In particolare il dominio che è in questa sede analizzato, ovvero “Partecipazione in società”, è costituito da quattro indicatori:

- Voluntary activities: Percentage of population aged 55+ engaging in unpaid voluntary activity through organisations (at least once a week);
- Care to children, grandchildren: Percentage of population aged 55+ providing care to and educating their children, grandchildren (at least once a week);
- Care to infirm and disabled: Percentage of population aged 55+ providing care to infirm or disabled family members, neighbours or friends (at least once a week);
- Political participation: Percentage of population aged 55+ taking part in activities of a trade union, a political party or a political action group.

(Annex A.2: Information on AAI indicators for the second domain: Participation in Society “Active Ageing Index project”
<https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>)⁴⁵

⁴⁵ Per approfondimenti si rimanda, oltre al 2018 Active Ageing Index Analytical Report (2019) e al sito di riferimento dell’Indice (<https://statswiki.unece.org/display/AAI/Active+Ageing+Index+Home>), anche agli annessi relativi alla parte metodologica, dove è specificato – tra le altre cose – che i dati su cui è calcolato l’AAI sono relativi all’European Quality of Life Survey (EQLS) (<https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys>)

Figura 22. Componenti dell'Indice di Invecchiamento Attivo



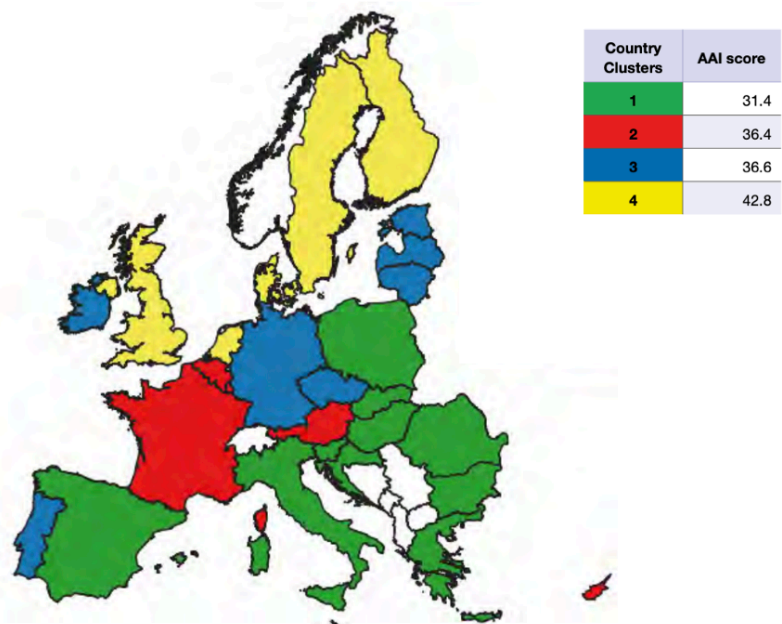
Fonte: 2018 Active Ageing Index Analytical Report, 2019, p. 4

Dal punto di vista dell'analisi internazionale, l'Italia è inserita nel cluster dei paesi valutati come peggiori, ovvero con *AAI score* meno elevato, nonostante – come precisato anche nel report (United Nations Economic Commission for Europe, 2019) – ottenga un punteggio abbastanza positivo e in linea con la media europea, per quanto riguarda il dominio “partecipazione sociale”. Nel dominio in oggetto, l'Italia ottiene infatti un punteggio di 17,3 punti, inferiore di 3 punti percentuali rispetto alla media EU, ma comunque positivo se consideriamo che nel cluster di riferimento tale valore medio si colloca a -21,2 punti percentuali rispetto alla media europea.

Figura 23. Valori dell'AAI ottenuti nei singoli domini dai diversi Paesi

Country	Domain-specific scores				Overall score
	Employment	Social participation	Independent, healthy & secure living	Capacity & enabling environment	
Belgium	23.8	27.0	73.3	62.8	37.7
Bulgaria	30.5	9.7	66.2	55.9	31.8
Czech Republic	34.2	16.2	71.4	58.7	36.5
Denmark	40.6	21.7	78.4	66.5	43.0
Germany	39.4	15.9	74.9	63.6	39.6
Estonia	44.5	14.3	66.5	53.2	37.9
Ireland	35.4	18.8	75.0	63.2	39.1
Greece	20.6	11.8	63.9	50.0	27.7
Spain	25.7	16.2	71.6	59.7	33.7
France	26.9	26.2	75.4	62.2	38.6
Croatia	21.2	15.8	64.2	49.4	29.3
Italy	28.0	17.3	68.0	55.9	33.8
Cyprus	30.8	19.4	71.5	54.9	35.7
Latvia	37.9	17.8	57.7	50.2	35.3
Lithuania	37.9	11.1	65.3	48.5	33.4
Luxembourg	20.2	23.8	74.2	62.2	35.2
Hungary	27.5	11.6	65.6	51.0	30.5
Malta	25.6	20.9	70.6	60.5	35.4
Netherlands	36.3	26.6	77.3	64.7	42.7
Austria	27.2	18.8	77.7	60.0	35.8
Poland	26.5	13.1	66.1	52.7	31.0
Portugal	33.4	11.9	67.7	54.2	33.5
Romania	28.9	13.6	63.7	44.6	30.2
Slovenia	21.3	15.7	71.0	55.5	31.1
Slovakia	26.3	16.1	69.2	52.9	32.3
Finland	35.7	22.6	77.6	63.1	40.8
Sweden	45.4	26.0	79.2	71.2	47.2
United Kingdom	39.3	20.7	75.3	63.9	41.3
EU average	31.1	17.9	70.7	57.5	35.7

Figura 24. Rappresentazione dell'AAI nelle nazioni, per cluster



Fonte: United Nations Economic Commission for Europe (2019), p. 6-8

Questo dato trova spiegazione se approfondiamo i singoli indicatori che compongono il dominio. Nel dominio preso in esame, infatti, insieme agli indicatori relativi alle “attività di associazionismo e volontariato” e di “partecipazione politica” sono conteggiati anche gli indicatori che misurano la solidarietà intergenerazionale, distinti in “cura di figli e nipoti” e “assistenza a persone non autosufficienti”.

Una lettura di genere dei dati utilizzati dall'*Active Ageing Index (AAI)* evidenzia come l'Italia, al pari di molte altre nazioni analizzate, ottenga un punteggio complessivamente più alto nella partecipazione sociale per la popolazione femminile rispetto a quella maschile (18,00 punti contro 16,50). Questo divario di genere di 1,5 punti a favore delle donne è tuttavia principalmente attribuibile agli indicatori legati alle attività di solidarietà intergenerazionale e di cura, che appartengono a una dimensione partecipativa prevalentemente “privata”. Al contrario, gli indicatori relativi alla dimensione “pubblica” della partecipazione, come il volontariato e l'*engagement* politico, mostrano una presenza maschile più elevata.

Inoltre, il valore complessivo del dominio è fortemente influenzato dal peso attribuito ai quattro indicatori che lo compongono nella formula dell'indice. Nello specifico, le attività di volontariato e la cura di figli e nipoti hanno ciascuna un peso del 25,00 su 100,00, mentre la partecipazione politica contribuisce per il 20,00 e la cura di anziani e persone non autosufficienti rappresenta l'indicatore con il peso maggiore, pari a 30,00. Questo sistema di pesatura, basato sulla media ponderata dei punteggi dei singoli indicatori, influenza significativamente il risultato finale, amplificando il contributo delle attività di cura, soprattutto quella nei confronti di adulti non autosufficienti, rispetto a quelle di volontariato e partecipazione politica⁴⁶.

⁴⁶ Per un approfondimento sui dati e sulle modalità di costruzione dell'indice si rimanda alla documentazione presente alla pagina dedicata: <https://statswiki.unece.org/spaces/AAI/pages/76287845/III.+Do+it+yourself>

Tabella 10. Dettaglio dei diversi indicatori del dominio “Partecipazione sociale” dell’AAI

Indicatore	Totale	Uomini	Donne	Peso
Attività di volontariato	5,8	5	6,4	25,00
Cura di figli e nipoti	29,9	25	34,1	25,00
Cura non autosufficienti	18	13,6	21,8	30,00
Partecipazione politica	15,1	24,8	6,9	20,00
Totale dominio	17,3	16,5	18	100,00

Fonte: Elaborazione propria a partire dai dati UNECE (2020)
<https://statswiki.unece.org/spaces/AAI/pages/76287845/III.+Do+it+yourself>

Considerando i valori assoluti riportati nella Tabella 10, emerge che, sebbene le donne ottengano punteggi leggermente superiori nelle attività di volontariato (6,4 punti contro 5 degli uomini), le differenze di genere più marcate a favore delle donne riguardano le attività di cura intergenerazionale (cura di figli e nipoti e cura di persone non autosufficienti). In questi ambiti, le donne superano ampiamente gli uomini, mentre nel caso della partecipazione politica si osserva uno scarto significativo a favore della popolazione maschile (24,8 punti contro 6,9 delle donne).

Nell’ambito del relativo report analitico, pubblicato nel giugno 2019, a proposito dei divari di genere delle diverse nazioni prese in esame si afferma:

In terms of gender gap (i.e. the difference between the AAI value found for women compared to that for men), the social participation domain is the only one in which on average (with a few exceptions) women outperform men. (United Nations Economic Commission for Europe, 2019, p. 12)⁴⁷

47

Consultabile all’indirizzo
https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_AG_EING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf

3.2. Una proposta di ricalcolo

Alla luce della analisi delle componenti del dominio “Partecipazione in società” dell’Active Ageing Index, il vantaggio delle donne in questo dominio, che risulta in controtendenza rispetto agli altri ambiti, assume una valenza non particolarmente incoraggiante. Infatti, tale risultato non attenua il quadro generale meno favorevole per le donne in termini di potenziale di invecchiamento attivo, in quanto è legato principalmente alle attività di cura, che sono spesso meno valorizzate e più gravose dal punto di vista psicofisico.

Inoltre, sebbene l’inclusione delle attività di cura nei confronti di bambini/e e persone non autosufficienti tra gli indicatori di partecipazione sociale possa essere giustificata, l’effetto di queste attività sulla salute e sul benessere degli anziani e delle anziane è ambiguo, come esplorato nelle sezioni precedenti.

Le linee guida finali dell’AAI (UNECE, 2018)⁴⁸ specificano che l’Indice non intende riflettere il livello di benessere della popolazione anziana, ma misurare la loro presenza in ambiti economici e sociali. Tuttavia, risulta comunque singolare la scelta di dare maggiore valore, in termini di peso attribuito, alle attività di cura nei confronti di persone non autosufficienti che rappresenta, tra le quattro che compongono il dominio, la tipologia di attività che comporta gli effetti meno positivi sul benessere e sulla salute delle persone che la svolgono, come evidenziato anche dalla vasta letteratura sul tema (Choi et al., 2013; McMunn et al., 2009; Wahrendorf et al., 2006) .

Attribuire un peso diverso ai valori assoluti raccolti per i vari indicatori, privilegiando gli aspetti di partecipazione “pubblica” rispetto a quelli di partecipazione “privata”, comporta un ricalcolo dell’indice complessivo. Questo ricalcolo sposta il vantaggio di 1,5 punti relativo al dominio “Partecipazione sociale” dalla popolazione femminile a quella maschile, come evidenziato nella Tabella 11.

⁴⁸

Consultabile

all’indirizzo

https://unece.org/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/AAI_Guidelines_final.pdf)

Tabella 11. Dettaglio dei diversi indicatori dominio “Partecipazione sociale” dell’AAI con pesi ricalcolati

Indicatore	Totale	Uomini	Donne	Peso (ricalcolato)
Attività di volontariato	5,8	5	6,4	30,00
Cura di figli e nipoti	29,9	25	34,1	20,00
Cura non autosufficienti	18	13,6	21,8	20,00
Partecipazione politica	15,1	24,8	6,9	30,00
Totale dominio	15,9	16,7	15,2	100,00

Fonte: Elaborazione propria a partire dai dati UNECE (2020)
<https://statswiki.unece.org/spaces/AAI/pages/76287845/III.+Do+it+yourself>

Come si osserva nella Tabella 11, il ricalcolo dei pesi produce un cambiamento minimo per la popolazione maschile, che aumenta il valore complessivo da 16,5 a 16,7. Al contrario, la variazione per la popolazione femminile è più marcata, con una riduzione dello score complessivo da 18,0 a 15,2. Questa differenza riflette una partecipazione maschile più diversificata, che si distribuisce equamente tra attività pubbliche, come il volontariato e la partecipazione politica, e attività di cura e solidarietà intergenerazionale.

La diversa ampiezza degli spostamenti evidenzia come la partecipazione sociale degli uomini nell’anzianità sia caratterizzata da una maggiore polivalenza e multidimensionalità, ben rappresentata dalla struttura dell’Active Ageing Index. Al contrario, la partecipazione delle donne risulta fortemente polarizzata verso attività di cura svolte nella sfera domestica. Ulteriore riprova è data dal confronto dei valori assoluti sommati nelle due dimensioni pubblica e privata: se per gli uomini lo score delle attività pubbliche è di 29,8 (5+24,8) e quello delle attività di cura è 38,6 (25+13,6); per le donne la somma delle attività pubbliche risulta di 13,3 (6,4+6,9) mentre quella delle attività di cura di 55,9 (34,1+21,8), con una sproporzione molto più marcata.

In definitiva, quindi, sebbene si riconoscano le motivazioni alla base della scelta di inserire le dimensioni di cura e solidarietà intergenerazionale nel dominio, risulta meno condivisibile la decisione di attribuire un peso maggiore alla somma di queste

rispetto agli indicatori di “partecipazione pubblica”. In questo modo, come visto, alcune considerazioni a cui giungono gli Autori e le Autrici del report, che evidenziano come la popolazione femminile sia maggiormente partecipe, possono risultare fuorvianti per via del peso significativo che le dimensioni della cura hanno nel calcolo del dominio. Alla luce anche delle evidenze riscontrate dalla letteratura esistente, per rendere l’Indice un misuratore dell’invecchiamento di successo oltre che dell’engagement degli/lle anziani/e, appare necessario tenere maggiormente in considerazione nel calcolo degli indicatori anche gli effetti sul benessere che le diverse attività producono.

Conclusioni al capitolo

Il crescente interesse nei confronti di stili di invecchiamento attivi ha portato a interrogarsi non soltanto sulle condizioni che ne favoriscono la realizzazione, ma anche sugli effetti che le diverse forme di partecipazione producono sul benessere della popolazione over 65. In questo quadro, il volontariato e le attività associative si configurano come dimensioni centrali per promuovere modalità attive di invecchiamento, sia per il potenziale contributo alla salute e alla qualità della vita individuale, sia per il ruolo che esse rivestono nel mantenimento dell’*engagement* della persona anziana, come già evidenziato nelle linee programmatiche promosse dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (2002).

Tuttavia, come discusso nel capitolo, sebbene sia confermato la relazione positiva tra attività di impegno civico e benessere in età avanzata, essa non appare lineare e merita ulteriore approfondimento. Infatti, la letteratura internazionale mette in luce risultati eterogenei, che riflettono la complessità del tema e rimandano alla necessità di tenere in considerazione oltre agli aspetti legati alla salute e alla disponibilità di risorse anche la conformazione delle reti sociali e le esperienze vissute nelle diverse fasi del corso di vita.

L'attenzione alla dimensione di genere rimane ancora poco esplorata nonostante la persistenza di divari, anche nelle coorti più anziane, sia per quanto riguarda l'intensità e le modalità di partecipazione in ambito volontario, sia nella distribuzione del lavoro di cura e delle responsabilità familiari. La considerazione delle attività di volontariato e associazionismo come sfera di partecipazione femminile complementare o conflittuale rispetto a quella relativa alla cura e solidarietà intergenerazionale, in parte restituita anche nella conformazione dell'Indice di Invecchiamento Attivo nel quale concorrono a comporre il dominio "partecipazione in società", apre a interrogativi in merito agli effetti che le diverse combinazioni di attività possono avere sul benessere e sulla soddisfazione individuale, anche nell'anzianità. Sebbene anche il lavoro di cura contribuisca a mantenere l'anziana e l'anziano che lo svolgono "attiva/o", il carico mentale che ne deriva potrebbe incidere negativamente sul suo benessere e la pervasività di tali attività non lasciare adeguato tempo libero da destinare agli altri impegni, svolgendosi talvolta in contesti di coabitazione con il destinatario delle cure e per un numero di ore settimanali esteso. La ricerca empirica presentata nel capitolo successivo si articola a partire da questo quadro teorico, con lo scopo di indagare che ruolo abbiano i compiti di cura nel condizionare la partecipazione civica delle giovani anziane e dei giovani anziani e determinare a quali modelli di uso del tempo corrispondano stati di benessere più elevati.

CAPITOLO 3. La ricerca

1. Il progetto di ricerca

1.1. La costruzione delle domande di ricerca

Secondo quanto evidenziato nelle sezioni precedenti, sostenuto anche dalla letteratura prodotta sul tema, la persistenza di ruoli e aspettative distinti secondo il genere, quindi, da una parte sembrerebbe far sì che le donne anziane possano mantenersi attive e contribuirebbe a preservare i rapporti familiari (Calasanti, 2001), dall'altra, soprattutto nel caso in cui l'impegno risulti costante ed esteso, potrebbe rappresentare un limite al tempo da dedicare ad attività associative e di partecipazione sociale.

Infatti, anche i dati raccolti a livello nazionale (ISTAT, 2021) evidenziano una minore presenza di donne anziane alle riunioni e nelle attività di organizzazione di eventi socioculturali e una maggior propensione a trascorrere del tempo all'interno delle mura domestiche, come conseguenza di stili di vita meno indirizzati alla "socialità" e più improntati a rispondere alle necessità familiari.

Lo stesso *Active Ageing Index* (AAI) mette in luce come nella misura complessiva riferita al dominio "partecipazione sociale" le donne ottengano complessivamente punteggi migliori rispetto agli uomini, proprio a causa del maggior impegno negli ambiti della solidarietà intergenerazionale ("cura di figli e nipoti" e "cura di persone non autosufficienti"), ma non per attività di partecipazione orientate alla dimensione pubblica, nelle quali i punteggi ottenuti dalla popolazione femminile non sono mai superiori a quelli della popolazione maschile.

La ricerca empirica muove da queste riflessioni teoriche con il fine di indagare se e in che misura la costruzione sociale del genere, i ruoli e le aspettative nelle diverse fasi del corso di vita condizionino la presenza e i modi in cui si esprime la partecipazione sociale nella coorte di anziani tra i 65 e i 74 anni d'età e quali effetti questa abbia sulla qualità dell'invecchiamento e sull'aumento degli anni in buona

salute, confrontando, in prospettiva di genere, l'impegno dedicato alle molteplici attività, sia quelle di associazionismo considerate come "tempo libero attivo", sia quelle dedicate alla solidarietà intergenerazionale (nello specifico, cura nei confronti di minori e cura nei confronti di anziane/i e adulte/i non autosufficienti). Più nel dettaglio, tale obiettivo generale è stato articolato in alcuni obiettivi specifici, a loro volta declinati in domande di ricerca:

Obiettivi specifici:

- a) Valutare se e quanto la persistenza di un maggiore impegno in termini di solidarietà intergenerazionale e oneri di cura nelle donne anziane limiti il "tempo scelto" da dedicare ad attività di associazionismo;
- b) Indagare quali aspetti risultino particolarmente rilevanti nel determinare uno stato di benessere adeguato e una positiva percezione di salute per la coorte indagata, mettendo in relazione lo stato di salute e benessere dei soggetti coinvolti nell'indagine con le ore svolte di associazionismo e nell'ambito della cura intergenerazionale, determinando quali combinazioni di uso del tempo corrispondano a stati di salute e benessere migliori.

Domande di ricerca:

- Gli anziani volontari e le anziane volontarie impegnano tanto tempo quando vorrebbero in questo tipo di attività? Quali sono, se ci sono, le limitazioni allo svolgimento delle ore desiderate di attività in ambito associativo? Che ruolo hanno in questo gli oneri di cura?
- A quali combinazioni di impegno civico e *caregiving* corrispondono stati migliori di benessere e maggiore soddisfazione generale?

- L'impegno volontario e l'attività di cura sono ruoli compatibili o conflittuali? La teoria dei "*multihelper*" (persone che svolgono un numero significativo di ore sia in ambito associativo che nella cura informale)⁴⁹ trova conferma?

1.2. Il *target* del progetto: giovani anziane e giovani anziani

La scelta del target delle "giovani anziane" e dei "giovani anziani", persone nella fascia di età tra i 65 e i 74 anni d'età, è motivata, sulla base della letteratura esistente, per due ordini di ragioni. Un primo elemento è rappresentato dal fatto che questa coorte può essere definita una "generazione sandwich" (Gervais e Millear, 2024) per il suo essere con più probabilità soggetta a oneri di cura bidirezionali, nei confronti dei/lle nipoti e dei genitori o parenti grandi anziani – ma spesso anche nella cura del/la coniuge. In seconda istanza, la scelta del target del progetto è giustificata dall'adozione di una prospettiva di corso di vita. La visione dell'invecchiamento come processo, nell'ambito del quale i diversi eventi vissuti nel corso di vita, così come gli stili di comportamento individuale adottati (Cockerham, 2005), possono comportare vantaggi o svantaggi che si riflettono sul benessere e sulla salute, invita alla riflessione sulle possibilità ma soprattutto sui diversi ostacoli che le giovani anziane e i giovani anziani sperimentano e che possono, eventualmente, limitarne l'impegno associativo. In prospettiva di prevenzione e promozione della salute, risulta chiaro come l'investimento pubblico, attraverso misure e *policies* specifiche indirizzate sia ad incoraggiare l'attività in ambito civico sia a rimuovere o contenere le possibili cause ostacolanti sulla popolazione "giovane" anziana, rappresenti a tutti gli effetti e a cascata un

⁴⁹ Nell'analisi è fatta una distinzione tra i concetti di "*multicaring*" e "*multihelping*": con il termine "*multicarer*" si fa riferimento a persone che svolgono attività di cura informale nei confronti di più di un *carereciver*, mentre il concetto di "*multihelper*" si riferisce a persone che oltre a svolgere attività di cura informale intensa (e spesso nei confronti di più di un *carereciver*) sono anche molto attive nell'ambito del volontariato e della partecipazione civica.

investimento anche sul benessere e l'autosufficienza dei futuri "grandi anziani" (Heinz e Kruger, 2001).

Come esposto nel primo capitolo, infatti, la popolazione tra i 65 e i 74 anni ha potenzialmente molti anni ancora da vivere, attestandosi la speranza di vita a 65 anni a 22,6 anni per le donne e 19,7 per gli uomini, e questo potenziale richiede di essere supportato attraverso misure specifiche, tra cui incentivi alla partecipazione civica.

1.3. L'impianto della ricerca

La ricerca è stata condotta selezionando come soggetti di indagine le anziane e gli anziani che fossero già attivi in ambito associativo e di volontariato, con l'obiettivo di interrogarsi sulla compatibilità di queste attività con quelle di cura e sugli effetti sul benessere delle diverse combinazioni di attività. La scelta di effettuare l'indagine su persone che svolgessero attività di impegno civico è stata dettata dalla volontà di rilevare le informazioni oggetto di indagine in una popolazione già maggiormente "attiva" rispetto alla popolazione complessiva di riferimento.

La ricerca è stata articolata in diverse fasi. Dopo una prima fase esplorativa e di analisi dei dati secondari sul contesto italiano, si è provveduto a selezionare attraverso motori di ricerca e sentendo anche alcune/i testimoni privilegiate/i afferenti ai Centri di Servizio del Volontariato le realtà da comprendere nella fase di ricerca sul campo.

Successivamente è stato effettuato il processo di selezione. Sono state coinvolte associazioni (di volontariato o di promozione sociale) che fossero indirizzate a destinatarie/i anziane/i o svolgessero attività legate all'invecchiamento attivo (si veda paragrafo 1.4. per maggiori dettagli). Una volta ottenuto il consenso alla rilevazione e alla partecipazione, in linea con le linee guida della Commissione

Etica dell'Università degli Studi Roma Tre⁵⁰, si è provveduto a inviare il questionario alle/i referenti delle associazioni coinvolte che si sono fatte/i carico di veicolare la autosomministrazione da parte delle loro socie e dei loro soci aderenti rientranti nella fascia di età 65-74 anni. Il questionario è rimasto attivo sessanta giorni, tra ottobre e novembre 2024, per permetterne la compilazione da parte dei soggetti interessati. Dopo la conclusione della fase di somministrazione del questionario si è provveduto alla realizzazione della fase di approfondimento di tipo qualitativo, consistente nella realizzazione di due focus group. I focus group di approfondimento sono stati realizzati nel mese di maggio 2025 e hanno coinvolto le volontarie e volontari della rete AVO. Come dettagliato nella sezione dedicata (Cfr. par. 1.6.), la scheda osservativa dei focus group è stata strutturata, oltre che a partire dalla letteratura presente sul tema, anche sulla base dei risultati parziali ottenuti attraverso i questionari raccolti, che erano stati analizzati in maniera non definitiva per comprendere quali sotto-tematiche in particolare richiedessero un ulteriore approfondimento.

1.4. Selezione delle associazioni

La selezione delle associazioni oggetto di indagine è stata effettuata mediante due fasi distinte. Una prima fase ha previsto la presa di contatto con alcune/i testimoni privilegiate/i che per il loro ruolo e le loro competenze fossero esperte/i dell'ambito associativo. Sono state/i in particolare contattate/i le/i referenti di alcuni Centri di Servizio del Volontariato (CSV) regionali e locali (afferenti rispettivamente ai CSV di Foggia, Bari, Lecce, del Lazio e del Trentino) nonché del CSV net (coordinamento dei Centri di Servizio del Volontariato regionali e locali) e del Comune e dell'Ufficio

⁵⁰ La ricerca ha ricevuto parere positivo da parte della Commissione Etica dell'Università degli Studi Roma Tre.

Statistico del Comune di Trento, selezionata in quanto Capitale europea del volontariato 2024⁵¹. Alle/i testimoni è stato presentato brevemente lo scopo e il target del progetto e sono state sottoposte loro alcune brevi domande per raccogliere contatti di associazioni che rispondessero alle caratteristiche richieste, ovvero una presenza significativa di soci/e anziani/e o il sussistere di una *mission* o progetti specifici indirizzati alla promozione dell'invecchiamento attivo e di successo.

La seconda fase condotta contestualmente alla prima ha previsto una indagine esplorativa attraverso la ricerca di parole chiave quali “invecchiamento”, “anziani/e”, “*active ageing*” e “terza età” sia sui principali motori di ricerca sia sul R.U.N.T.S (Registro Unico Nazionale del Terzo Settore), per individuare enti che potessero rispondere ai criteri di selezione.

La selezione delle associazioni contattate è stata determinata dalla congiunzione delle due fasi precedenti. Dei quindici enti inizialmente contattati, sei hanno dato adesione e sono stati inclusi nella rilevazione. Si presentano di seguito in dettaglio, riportando anche alcuni passaggi estrapolati dai documenti fondativi e dalle pagine web di riferimento: *ANCeSCAO Sezione Lombardia*; *Auser Nazionale*; *Associazione Volontari Ospedalieri (AVO) Nazionale*; *FEDERUNI (Federazione Italiana tra le Università della Terza Età)*; *Federazione Nazionale delle ADA*; *Rete Pronto Pia*⁵².

Sebbene la scelta delle associazioni da coinvolgere sia stata motivata da criteri precisi, che fanno sì che molte di queste condividano tra gli scopi la promozione di attività a sostegno della popolazione anziana, al contempo si è tentato di selezionare anche realtà che fossero eterogenee tra loro, così da comprendere nell'analisi esperienze legate a modalità diversificate di impegno volontario.

⁵¹ Per ulteriori informazioni si rimanda al sito web di riferimento: <https://www.trentovolo.capital/it>

⁵² Si ringraziano le referenti e i referenti delle associazioni coinvolte per la loro partecipazione.

Schede descrittive delle associazioni coinvolte nella ricerca

ANCeSCAO – Sezione Lombardia

Denominazione	ANCeSCAO – Associazione Nazionale Centri Sociali, Comitati Anziani e Orti
Tipologia giuridica	Associazione di Promozione Sociale iscritta al RUNTS
Mission e finalità	Contrasto alla solitudine e all'emarginazione nella vecchiaia; promozione della socializzazione e del benessere psicofisico degli anziani.
Ambiti di intervento	Attività culturali, ricreative e artistiche; ginnastica di mantenimento; turismo sociale; soggiorni; cure termali; orti sociali.
Dimensione organizzativa	1.309 Centri Sociali e Culturali per Anziani a livello nazionale; circa 290.000 iscritti.
Coinvolgimento nella ricerca	Coinvolta la sezione regionale ANCeSCAO Lombardia.
Sito di riferimento	https://www.ancescao.it/ancescao-nazionale/chi-siamo/

Auser Nazionale

Denominazione	Auser – Associazione per l'invecchiamento attivo
Tipologia giuridica	Rete di associazioni di volontariato e di promozione sociale iscritte al RUNTS

Mission e finalità	Promozione dell'invecchiamento attivo, della solidarietà e del dialogo intergenerazionale.
Ambiti di intervento	Qualità della vita; contrasto all'esclusione sociale; sostegno alle fragilità; partecipazione civica; valorizzazione delle competenze degli anziani.
Dimensione organizzativa	1.685 sedi; oltre 260.000 soci; circa 30.000 volontari.
Coinvolgimento nella ricerca	Questionario diffuso sull'intera rete nazionale; oltre il 60% delle risposte totali.
Sito di riferimento	https://auser.it/chi-siamo/

AVO – Associazione Volontari Ospedalieri

Denominazione	AVO – Associazione Volontari Ospedalieri
Tipologia giuridica	Federazione di associazioni di volontariato iscritte al RUNTS
Mission e finalità	Offerta di supporto relazionale e umano alle persone in situazione di sofferenza nei contesti ospedalieri e socio-sanitari.
Ambiti di intervento	Presenza amichevole; ascolto; collaborazione con strutture ospedaliere e socio-sanitarie; umanizzazione delle cure.

Dimensione organizzativa	Circa 240 sedi operative; oltre 700 strutture coinvolte.
Coinvolgimento nella ricerca	Diffusione tramite sezioni di Emilia-Romagna, Lazio e Puglia; coinvolgimento anche in focus group.
Sito di riferimento	https://federavo.it/filosofia/

FEDERUNI

Denominazione	FEDERUNI – Federazione Italiana tra le Università della Terza Età
Tipologia giuridica	Federazione nazionale
Mission e finalità	Promozione dell'educazione permanente e della qualità della vita nella terza età.
Ambiti di intervento	Apprendimento permanente; promozione culturale; relazioni sociali.
Dimensione organizzativa	196 Università della Terza Età; oltre 60.000 corsisti; più di 4.000 docenti.
Coinvolgimento nella ricerca	Questionario diffuso tramite le sedi federate; oltre l'11% delle risposte.
Sito di riferimento	https://www.federuni.org/sito/la-federazione/

Federazione Nazionale delle ADA

Denominazione	Federazione Nazionale delle Associazioni per i Diritti degli Anziani (ADA)
---------------	--

Tipologia giuridica	Organizzazione di Volontariato – Rete Associativa (RUNTS)
Mission e finalità	Tutela e promozione dei diritti degli anziani e delle persone in condizione di vulnerabilità sociale; promozione del dialogo intergenerazionale.
Ambiti di intervento	Difesa dei diritti; inclusione sociale; sostegno all'anzianità; animazione geriatrica; supporto domiciliare; partecipazione civica.
Dimensione organizzativa	142 sedi a livello nazionale, regionale e locale; oltre 10.000 soci.
Coinvolgimento nella ricerca	Questionario diffuso sull'intera rete nazionale.
Sito di riferimento	https://adanazionale.it/chi-siamo/

Rete Pronto PIA

Denominazione	Rete Pronto PIA – Persone Insieme per gli Anziani
Tipologia giuridica	Rete territoriale di associazioni e cittadini
Mission e finalità	Supporto agli anziani soli attraverso reti di prossimità e un numero verde di riferimento.
Ambiti di intervento	Ascolto; orientamento; supporto di prossimità; coordinamento tra associazioni.

Dimensione organizzativa	Rete composta da associazioni, gruppi territoriali e cittadini attivi.
Coinvolgimento nella ricerca	Questionario diffuso tramite i referenti delle associazioni aderenti.
Sito di riferimento	https://prontopia.org/

1.5. La scelta dei *mixed methods*

Per la raccolta dei dati sono stati utilizzati due strumenti distinti: il questionario e il focus group. La scelta di utilizzare metodi misti per la raccolta dei dati è stata giustificata a partire da alcune riflessioni in particolare. In prima istanza, il tema della partecipazione sociale nell'invecchiamento si presenta complesso da interpretare attraverso singoli strumenti: la rassegna della letteratura sui diversi effetti delle attività sul benessere e sulla compatibilità/conflittualità dei ruoli rileva infatti come i risultati ottenuti siano stati spesso non univoci e talvolta contraddittori. In seconda istanza, l'approccio ai corsi di vita può rendere necessario l'utilizzo di metodologie diversificate per comprendere la multidimensionalità del fenomeno oggetto di studio. Come evidenziano anche Clemente e Garcia Pereiro (2020, p. 39-40):

(...) i metodi per lo studio dei corsi di vita richiedono, nel tempo e nello spazio, sia la comprensione sia l'interpretazione dell'esperienza umana, distinguendo al contempo tra azione individuale e vincoli sociali, il che aggiunge un ulteriore livello di complessità (...).

L'approccio metodologico misto (*mixed methods*) si è dimostrato particolarmente utile nell'illustrare i modi complessi in cui si configurano i

collegamenti tra le biografie individuali, i sistemi socioculturali ed istituzionali e il mutamento sociale.

In particolare, la fase qualitativa e di approfondimento è stata condotta in un tempo successivo rispetto alla somministrazione del questionario, dopo aver svolto una parziale analisi dei dati ottenuti dal questionario. In questo modo è stato possibile costruire la scheda osservativa del focus group non solo sulla base della rassegna della letteratura, ma anche alla luce degli elementi che nella fase quantitativa non erano stati adeguatamente approfonditi. Nello specifico, se lo scopo del questionario era indagare lo stato di salute e benessere (con risposte chiuse e scale) e raccogliere dati sull'uso del tempo e sulle modalità di svolgimento delle attività, i focus group hanno inteso approfondire i significati che le/i partecipanti attribuivano all'invecchiamento e all'invecchiare attivamente, la percezione di benessere derivata dalle diverse attività, nonché le motivazioni e gli scopi individuali che a queste erano attribuite. Nel caso dei focus group, inoltre, particolare attenzione è stata posta alle interazioni, in una prospettiva anche di genere, per comprendere se ci fossero delle opinioni diverse sui temi oggetto di indagine.

Come si vedrà nelle sezioni dell'analisi e della discussione, la scelta dei *mixed methods* ha permesso di ricalibrare e reinterpretare alcuni risultati ottenuti nel questionario. Infatti, i risultati scaturiti dalle due fasi di ricerca non coincidono e ciò sembra ribadire la complessità del tema e la necessità di approfondire ulteriormente le molteplici variabili che entrano in gioco.

1.6. Redazione del questionario, *pilot test* e somministrazione

Il questionario è formulato con quesiti a risposta multipla, per indagare la distribuzione e i condizionamenti del ruolo familiare sull'impegno e le dinamiche di

partecipazione, con il fine di analizzare le esperienze associative e lo stato di salute auto percepita, l'eventuale partecipazione ad altre attività di tempo libero attivo (partecipazione ad altra associazione, impegno in attività di volontariato socioassistenziale, ecc.) e i ruoli di cura e familiare.

Per la definizione dei singoli *item* sono stati considerati alcuni questionari di rilevazione utilizzati per indagini sulle tematiche della salute e del benessere degli anziani, dell'uso del tempo, dell'impegno associativo; nello specifico: il questionario di rilevazione Passi d'argento nella versione 2022-2023 (<https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/info/aggiornamenti>), il questionario ISTAT relativo all'indagine aspetti della vita quotidiana 2022 (<https://www.istat.it/microdati/aspetti-della-vita-quotidiana/>) e il questionario utilizzato da IREF per la raccolta nell'ambito del "Decimo rapporto IREF sull'associazionismo sociale" (Caltabiano et al., 2024).

Più nel dettaglio, le domande relative alla parte anagrafica e al tema della salute "oggettiva"⁵³ e auto percepita, così come della soddisfazione generale per i diversi aspetti della vita quotidiana, sono state formulate a partire dalle domande presenti nei questionari Passi d'argento e ISTAT, in parte riadattate per agevolarne il più possibile la compilazione; la parte relativa alle attività di impegno civico è stata formulata rielaborando alcune domande presenti nel questionario IREF (ad esempio la domanda sui canali di avvicinamento all'associazionismo o la distinzione tra ore destinate a attività di gruppo e attività individuali nell'ambito dell'impegno associativo) e dal questionario ISTAT (in particolare gli *item* presenti nella domanda che intende indagare l'iscrizione a altri enti di Terzo settore) mentre

⁵³ Nell'analisi si utilizzano il termine "oggettiva" in relazione alle risposte alla domanda sul numero di malattie croniche e i termini "soggettiva" o "auto percepita" per quelle relative ai valori attribuiti alla propria salute e al proprio benessere da un punto di vista autovalutativo. La distinzione ha il solo scopo di rispondere a esigenze di chiarezza nella presentazione dei risultati, e non intende sostenere che i due aspetti – salute oggettiva e soggettiva – possano essere effettivamente distinti. Al contrario si è tentato di riflettere tale complessità mantenendo entrambe le dimensioni e integrandole anche con le domande relative alla soddisfazione personale, al fine di evidenziare la natura polifattoriale del benessere e della salute.

altre domande sono state strutturate ex novo, sulla base della letteratura presente sul tema e sul disegno di ricerca (ad esempio la parte relativa ai compiti di cura). Il questionario è stato sottoposto a test pilota tramite la auto-somministrazione a dodici socie 65-74enni della sezione Val di Cornia della associazione Fidapa BPW Italy, tramite link che rimandasse all'interfaccia del questionario, riproducendo i passaggi richiesti nella somministrazione nell'ambito della fase di ricerca effettiva, svolto però con la presenza della moderatrice per valutarne anche le tempistiche. Successivamente alla auto-somministrazione da parte delle rispondenti è stato condotto un breve focus group con le partecipanti per commentare l'esperienza di compilazione e i temi indagati dal questionario, in particolare per individuare criticità e domande non adeguatamente chiare. In seguito al test sono state parzialmente modificate alcune domande e alcuni *item* del questionario sulla base delle indicazioni fornite dalle partecipanti al test e aggiustamenti sono stati fatti anche per quanto concerne l'aspetto grafico. Questo ha permesso di rendere il questionario più intuitivo possibile, considerando anche il target del progetto e la modalità di somministrazione (*web survey*) che hanno reso necessaria un'attenzione particolare alla chiarezza delle domande e all'utilizzo di un'impostazione il più possibile *user-friendly*.

1.7. Somministrazione del questionario e strumenti di analisi dei dati

Il questionario è stato auto somministrato tramite la fornitura di un link alle/i referenti delle associazioni coinvolte, che lo hanno inviato tramite email alle socie e ai soci che soddisfacessero il requisito della fascia di età. Il link permetteva di accedere all'interfaccia del questionario presente online, strutturata tramite il programma Limesurvey. Il questionario è rimasto aperto sessanta giorni per permettere alle associazioni di condividerlo il più possibile con la base associativa e incentivarne maggiormente la compilazione. Ciascun Ente ha inoltrato il link

tramite propri canali (mailing list o registro soci), sollecitandone la compilazione. La significativa differenza nella estensione delle reti coinvolte ha determinato una variabilità rilevante nel numero di risposte raccolte, con AUSER che da solo comprende oltre il 60% del campione, seguita da AVO (16,70%) e da FederUni (11,32%).

Associazione di appartenenza

ASSOCIAZIONE	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
AUSER	547	60,11 %	60,11 %
AVO	152	16,70 %	76,81 %
FEDERUNI	103	11,32 %	88,13 %
ANCESCAO	41	4,51 %	92,65 %
PORTAPIA	35	3,85 %	96,48 %
ADA	32	3,52 %	100,00 %

I dati ottenuti dalla somministrazione dei questionari sono stati elaborati con il software di analisi quantitativa Jamovi.

1.8. L'approfondimento qualitativo attraverso i due focus group

La seconda fase della ricerca sul campo, di natura qualitativa e di approfondimento, è consistita nella realizzazione di due focus group dalla durata di circa novanta minuti, nell'ambito dei quali sono stati inclusi tra le/i dieci e le/i dodici partecipanti (nello specifico dieci partecipanti al primo e dodici partecipanti al secondo focus group). Gli incontri sono stati svolti includendo le volontarie e i volontari della rete associativa AVO, con più di 65 anni e con una ripartizione di genere il più possibile omogenea (considerando che la rete associativa AVO ha una forte presenza femminile). Sono stati inclusi soci e socie che svolgessero volontariato sia da molti anni sia da pochi mesi, per permettere il confronto tra esperienze eterogenee. Ulteriore requisito è consistito nell'inclusione di alcune

socie e alcuni soci che svolgessero attività di cura nei confronti di minori o adulti non autosufficienti. La scelta di AVO, rispetto alle altre realtà incluse nella prima fase, è stata motivata soprattutto dal fatto che, rispetto alle altre, le attività effettuate dai volontari e dalle volontarie AVO si avvicinano alle attività di cura svolte in ambito domestico. I volontari e le volontarie coinvolte hanno dichiarato, infatti, di svolgere durante le loro attività volontarie compiti di accompagnamento e sostegno per persone non autosufficienti o che si trovino coinvolte in esperienze di malattia più o meno gravi. In particolare la presenza di AVO e delle/dei sue/o/i volontarie/i è molto significativa in ambito ospedaliero e in RSA e centri diurni destinati a persone non autosufficienti o con esigenze particolari. Ciò ha permesso di indagare più nel dettaglio, come si vedrà nella parte di analisi, la differenza percepita dalle/i volontarie/i nello svolgimento di attività che a un primo sguardo possono risultare simili, ovvero generalmente riferibili all'ambito della cura, ma svolte in contesti e con motivazioni diverse: l'una – riconducibile all'impegno in AVO – riferibile a contesti formali e maggiormente legati alla volontarietà, l'altra – la cura di familiari non autosufficienti – svolta in contesti informali non strutturati e relativa all'ambito della cura informale e della solidarietà intergenerazionale.

Ai gruppi sono stati forniti degli stimoli nella forma di domande semplici, per sollecitare le reazioni e intavolare una discussione. Le domande sono state articolate a partire dall'individuazione di tre macro-temi: a) il significato di invecchiamento attivo; b) le differenze tra attività svolte in ambito volontario e attività relative alla cura intergenerazionale; c) se, e il modo in cui, è cambiato l'impegno volontario in concomitanza e in seguito ad alcuni punti di svolta particolarmente rilevanti, tra tutti il pensionamento e il raggiungimento dell'età anziana. La discussione è stata condotta destinando lo stesso tempo a ciascuno dei tre macrotemi e riportando, quando necessario, la discussione sul tema tramite le sotto domande che erano state formulate per la scheda osservativa. Oltre alle risposte ottenute, nel corso dei focus group è stato anche tenuto in osservazione il modo in cui le/i partecipanti interagivano tra loro e le modalità di recepire i diversi

temi, prestando attenzione alle differenze di genere, in particolare – ma non esclusivamente – sulle tematiche della cura informale.

L'analisi dei focus group è stata svolta con l'aiuto del software Atlas.ti che ha permesso di individuare i diversi temi e sottotemi nella discussione, agevolandone il confronto e l'elaborazione.

2. Analisi dei dati raccolti attraverso il questionario

2.1. Sezione dati anagrafici

Dal database sono stati esclusi i soggetti che avessero inserito date di nascita antecedenti al 1966 (9 rispondenti). Alla luce della processualità dell'invecchiamento, sono stati inclusi i soggetti nati tra gli anni 1966 e 1961 compresi, che sono stati classificati come “under 65”. Per le stesse motivazioni, tutti i rispondenti nati prima del 1949, sono stati inclusi come “over 75”.

Relativamente al livello di compilazione, è stato scelto di mantenere tutte le compilazioni che avessero completato almeno la terza pagina del questionario, sul totale delle quattro pagine di cui era composto. Il totale delle risposte analizzate è di 910.

Hanno compilato il questionario 517 donne, 390 uomini, 2 persone che hanno selezionato la modalità “preferisco non rispondere” e 1 persona che ha selezionato “altro, non binario”.

Genere

Genere	Frequenze	% del Totale
Donna	517	56,81 %
Uomo	390	42,86 %
Preferisco non rispondere	2	0,22 %
Altro, non binario	1	0,11 %
Totale	910	100,00%

I dati relativi alle/i/* 3 rispondenti che hanno indicato come genere “altro, non binario” e “preferisco non rispondere” saranno inclusi nell’analisi complessiva (sono presenti nel conteggio dei totali) ma non saranno utilizzati per il confronto inter-genere, dato il numero non significativo.

In quale Regione svolge la sua attività di volontario/a?

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Regione	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Lombardia	302	33,19%	133	25,73%	169	43,33%
Puglia	144	15,82%	99	19,15%	43	11,03%
Lazio	87	9,56%	58	11,22%	29	7,44%
Sicilia	83	9,12%	47	9,09%	36	9,23%
Emilia Romagna	79	8,68%	65	12,57%	14	3,59%
Trentino Alto Adige	51	5,60%	32	6,19%	19	4,87%
Marche	48	5,27%	26	5,03%	22	5,64%
Veneto	33	3,63%	18	3,48%	15	3,85%
Piemonte	14	1,54%	10	1,93%	3	0,77%
Sardegna	13	1,43%	5	0,97%	8	2,05%
Toscana	13	1,43%	5	0,97%	8	2,05%
Umbria	13	1,43%	6	1,16%	7	1,79%
Abruzzo	10	1,10%	6	1,16%	4	1,03%
Valle D'Aosta	6	0,66%	2	0,39%	4	1,03%
Friuli Venezia Giulia	4	0,44%	0	0,00%	4	1,03%
Molise	4	0,44%	2	0,39%	2	0,51%
Liguria	3	0,33%	1	0,19%	2	0,51%
Calabria	2	0,22%	2	0,39%	0	0,00%
Basilicata	1	0,11%	0	0,00%	1	0,26%

La distribuzione geografica è differenziata, sebbene alcune regioni prevalgano: è il caso della Lombardia che ha raccolto 302 risposte (33,2% del campione), la Puglia 144 (15,8%), il Lazio 87 (9,6%), la Sicilia 83 (9,1%) e l’Emilia Romagna 79 (8,7%).

In quale Regione svolge la sua attività di volontario/a? Suddivisione in cinque macroaree

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Zone d'Italia	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Nord Ovest	325	35,72	35,72%	168	35,29%	35,29%	157	36,18%	36,18%
Nord Est	167	18,35	54,07%	84	17,65%	52,94%	83	19,12%	55,30%
Centro	161	17,69	71,76%	86	18,07%	71,01%	75	17,28%	72,58%
Sud	161	17,69	89,45%	85	17,86%	88,87%	76	17,51%	90,09%
Isole	96	10,55	100,00%	53	11,13%	100,00%	43	9,91%	100,00%

Età

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Età	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
under 65	62	6,81%	6,81%	40	7,74%	7,74%	22	5,64%	5,64%
65	39	4,29%	11,10%	22	4,26%	11,99%	17	4,36%	10,00%
66	52	5,71%	16,81%	33	6,38%	18,38%	19	4,87%	14,87%
67	70	7,69%	24,51%	48	9,28%	27,66%	22	5,64%	20,51%
68	67	7,36%	31,87%	45	8,70%	36,36%	22	5,64%	26,15%
69	82	9,01%	40,88%	46	8,90%	45,26%	35	8,97%	35,13%
70	97	10,66%	51,54%	57	11,03%	56,29%	40	10,26%	45,38%
71	80	8,79%	60,33%	44	8,51%	64,80%	36	9,23%	54,62%
72	88	9,67%	70,00%	49	9,48%	74,27%	39	10,00%	64,62%
73	74	8,13%	78,13%	35	6,77%	81,04%	39	10,00%	74,62%
74	58	6,37%	84,51%	27	5,22%	86,27%	30	7,69%	82,31%
75	48	5,27%	89,78%	30	5,80%	92,07%	18	4,62%	86,92%
over 75	93	10,22%	100,00%	41	7,93%	100,00%	51	13,08%	100,00%

Età classi

Genere	Totale			Donna			Uomo		
ETA	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
under 68	290	31,87 %	31,87 %	188	36,36%	36,36%	102	26,15%	26,15%
68-73 anni	273	30,00 %	61,87 %	196	37,91%	74,27 %	150	38,46%	64,62 %
over 73	347	38,13 %	100,00%	133	25,73%	100,00%	138	35,38%	100,00%
Totale	910			517			390		

Età media

Genere	Totale	Donne	Uomini
Età media	70,33	69,98	70,79

La distribuzione di età è piuttosto omogenea, con una parte più significativa di uomini nella fascia over 73 e una popolazione femminile più giovane. Questa differenza si riflette anche nel calcolo dell'età media, che per gli uomini risulta maggiore di circa 0,8 anni.

Titolo di studio

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Titolo di studio:	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Nessuno/Licenza elementare	15	1,65 %	1,65 %	10	1,93 %	1,93 %	5	1,28 %	1,28 %
Licenza scuola media inferiore	187	20,55 %	22,20 %	90	17,41 %	19,34 %	95	24,36 %	25,64 %
Licenza media superiore	489	53,74 %	75,93 %	271	52,42 %	71,76 %	217	55,64 %	81,28 %
Laurea	201	22,09 %	98,02 %	135	26,11 %	97,87 %	66	16,92 %	98,21 %
Post laurea	18	1,98 %	100,00 %	11	2,13 %	100,00 %	7	1,79 %	100,00 %

Il livello di istruzione risulta mediamente elevato, con oltre il 75% del campione che dichiara di avere almeno il diploma di scuola superiore. La differenza di genere risulta marcata, con il 26,11% delle rispondenti con la laurea (e il 2,13% con un titolo post-laurea), a fronte del 16,92 degli uomini (e 1,79% con post-laurea).

Stato civile

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Stato civile:	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Coniugata/o coabitante	594	65,27 %	65,27 %	293	56,67 %	56,67 %	300	76,92 %	76,92 %
Coniugata/o non coabitante o separata/o	22	2,42 %	67,69 %	14	2,71 %	59,38 %	8	2,05 %	78,97 %
Separata/o o divorziata/o	96	10,55 %	78,24 %	65	12,57 %	71,95 %	30	7,69 %	86,67 %
Celibe o nubile	82	9,01 %	87,25 %	63	12,19 %	84,14 %	19	4,87 %	91,54 %
Vedova/o	110	12,09 %	99,34 %	80	15,47 %	99,61 %	29	7,44 %	98,97 %
Altro	6	0,66 %	100,00 %	2	0,39 %	100,00 %	4	1,03 %	100,00 %

Nucleo familiare

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Nucleo familiare	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
1	269	29,56 %	29,56 %	187	36,17 %	36,17 %	81	20,77 %	20,77 %
2	500	54,95 %	84,51 %	261	50,48 %	86,65 %	238	61,03 %	81,79 %
3	103	11,32 %	95,82 %	53	10,25 %	96,91 %	49	12,56 %	94,36 %
4	27	2,97 %	98,79 %	11	2,13 %	99,03 %	16	4,10 %	98,46 %
5 o più	11	1,21 %	100,00 %	5	0,97 %	100,00 %	6	1,54 %	100,00 %

Per quanto riguarda lo stato civile, questo risulta per gli uomini meno diversificato: il 76,92% dichiara di essere coniugato e coabitare con coniuge, a fronte del 56,67% della controparte femminile. I venti punti percentuali di differenza per la popolazione femminile si distribuiscono nelle altre modalità: risulta più elevato il numero di donne che dichiarano di essere separate o divorziate, nubili o vedove. I dati evidenziano una maggiore varietà per quanto riguarda lo stato civile della popolazione femminile anziana. La maggiore possibilità di essere sole nella terza età, infatti, non sembra dipendere solo dal maggior rischio di vedovanza, ma in generale da esperienze di vita che più frequentemente si discostano dalla coppia coniugale.

Anche l'ampiezza del nucleo familiare riflette questo andamento: se per entrambi i generi la modalità prevalente risulta il nucleo a due persone (50,48% delle donne e 61,03% degli uomini), il 36,17% delle donne vive da sola, contro il 20,77% degli uomini.

Condizione lavorativa per genere:

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Condizione lavorativa	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Ritirata/o dal lavoro (pensionata/o)	809	88,90 %	88,90%	417	80,66 %	80,66%	352	90,26 %	90,26%
Casalinga/o	44	4,84 %	93,74%	43	8,32 %	88,98%	0	0	90,26%
Disoccupata/o	8	0,88 %	94,62%	6	1,16 %	90,14%	2	0,51 %	90,77%
Inabile al lavoro	5	0,55 %	95,17%	3	0,58 %	90,72%	2	0,51 %	91,28%
Occupata/o	39	4,29 %	99,46%	28	5,42 %	96,14%	11	2,82 %	94,10%
Altro	5	0,55 %	100,00 %	20	3,87 %	100,00%	23	5,90 %	100,00%

Inquadramento lavorativo (attuale o precedente al pensionamento)

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Ruolo	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Impiegata/o o insegnante	462	50,77%	312	60,35%	148	37,95%
Dirigente o Quadro	219	24,07%	74	14,31%	145	37,18%
Operaia/o	107	11,76%	43	8,32%	64	16,41%
Autonomo/a o libero/a profes.	85	9,34%	54	10,44%	31	7,95%
Casalinga/o	33	3,63%	30	5,80%	2	0,51%
Azienda familiare	4	0,44%	4	0,77%	0	0,00%

In quale settore di attività economica lavora/lavorava:

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Settore	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Pubblica amministrazione e Difesa	146	16,04%	79	15,28%	67	17,18%
Istruzione e formazione	138	15,16%	116	22,44%	22	5,64%
Sanità e assistenza sociale	97	10,66%	65	12,57%	32	8,21%
Servizi alloggio, ristorazione, commercio, finanza	91	10,00%	55	10,64%	36	9,23%
Attività professionali, tecniche, supporto, comunicazione	74	8,13%	34	6,58%	39	10,00%
Agricoltura, energia, costruzioni, ecc.	60	6,59%	18	3,48%	42	10,77%
Altro settore	304	33,41%	150	29,01%	152	38,97%

La condizione lavorativa prevalente risulta l'aver concluso il rapporto di lavoro per il raggiungimento dell'età pensionabile (80,66% delle donne e 90,26 degli uomini), ma anche relativamente a tale dimensione le esperienze femminili appaiono più variegate: l'8% dichiara di essere casalinga e il 5,42% di essere ancora occupata (a fronte del 2,82 degli uomini), probabilmente a causa del fatto che questi ultimi sono mediamente più anziani.

Sull'inquadramento e il settore, una parte rilevante del campione dichiara di svolgere o aver svolto un ruolo di impiegata/o o insegnante, con oltre il 60% delle donne che rientra in questa categoria a fronte del 37,95% maschile. Oltre il 37% degli uomini dichiara di aver ricoperto una posizione di dirigente o quadro così come il 14,31% delle donne. Sono più frequenti anche gli uomini operai (16,41 a fronte del

8,31 femminile) e meno frequenti i lavoratori autonomi o liberi professionisti (7,95 a fronte del 10,44 femminile).

Sui settori di attività, per entrambi i generi la modalità più frequente risulta “altro settore”. A seguire, per le donne i principali settori di impiego risultano istruzione e formazione (22,44%) e pubblica amministrazione (15,28). La pubblica amministrazione rappresenta l’ambito di lavoro anche per il 17,18% degli uomini, seguito dalle altre modalità che si attestano intorno al 9% ciascuna, con lievi differenze. In generale i settori di attività appaiono maggiormente diversificati per gli uomini e più polarizzati per la controparte femminile, che sembra essere con maggiore frequenza segregata in alcuni ambiti in particolare, tra tutti proprio l’istruzione.

Che territorio di riferimento ha l’associazione di cui fa parte?

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Territorio	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Piccoli comuni (<5.000 ab.)	137	15,05%	66	12,77%	71	18,21%
Medi comuni (5.000-10.000 ab.)	241	26,48%	135	26,11%	105	26,92%
Grandi comuni (>10.000 ab.)	474	52,09%	288	55,71%	184	47,18%
Città metropolitane	86	9,45%	51	9,86%	35	8,97%
Altro	27	2,97%	12	2,32%	15	3,85%

In merito al territorio di riferimento nel quale l’associazione agisce, le risposte sono state articolate, sebbene la modalità prevalente siano i comuni di grandi dimensioni (indicati dal 55,71% delle donne e dal 47,18% degli uomini), seguiti dai comuni di medie dimensioni (circa il 26% per entrambi i generi) e dai comuni di piccole dimensioni (12,77% delle donne e 18,21% degli uomini).

2.2. Sezione salute e benessere

Che cosa è per lei la salute?

Genere	Totale	Donne	Uomini
Che cosa è per lei la salute	Media	Media	Media
Assenza di malattia	7,31	7,30	7,32
Autonomia e autosufficienza	8,12	8,04	8,22
Benessere psicologico/stato d'animo positivo	8,04	7,94	8,16
Benessere relazionale	7,85	7,80	7,92
Stile di vita in linea con le mie aspettative	7,72	7,62	7,85
Assenza di decadimento psichico e fisico	7,83	7,85	7,79

Le donne attribuiscono mediamente punteggi leggermente più bassi (di circa uno o due decimi di punto) a tutti gli *item* presentati nella domanda “che cosa è per lei la salute?”, ad esclusione dell’assenza di malattia, al quale è attribuito lo stesso punteggio da uomini e donne, e che appare in generale l’*item* meno rilevante – in termini di punteggio attribuito – per entrambi i generi. La possibilità di mantenersi autonomi e autosufficienti risulta l’elemento più importante, seguito dal benessere psicologico.

Considerando gli elementi che per lei definiscono il concetto di salute, come giudica in generale la sua salute?

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Salute	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
Molto bene	102	11,21 %	11,21 %	60	11,61 %	11,61 %	42	10,77 %	10,77 %
Bene	427	46,92 %	58,13 %	238	46,03 %	57,64 %	188	48,21 %	58,97 %
Discretamente	367	40,33 %	98,46 %	215	41,59 %	99,23 %	150	38,46 %	97,44 %
Male	13	1,43 %	99,89 %	4	0,77 %	100,00 %	9	2,31 %	99,74 %
Molto Male	1	0,11 %	100,00 %	0	0	100,00 %	1	0,26 %	100,00 %

Considerando gli elementi che per lei definiscono il concetto di salute, come giudica in generale la sua salute? Medie dopo codifica (Molto bene=2; Bene=1; Discretamente=0; Male=-1; Per niente=-2)

Genere	Totale	Donne	Uomini
Salute codificata (Media)	0,68	0,68	0,67

Come evidenziato, vi è una sostanziale convergenza sui valori relativi alla salute auto percepita di donne e uomini del campione, confermata anche dalle medie calcolate dopo aver codificato le risposte.

È affetta/o da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata?

Genere	Totale			Donne			Uomini		
Malattie	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata	Frequenze	% del Totale	% Cumulata
No	514	56,48 %	56,48 %	336	64,99 %	64,99 %	176	45,13 %	45,13 %
1	277	30,44 %	86,92 %	120	23,21 %	88,20 %	156	40,00 %	85,13 %
2	80	8,79 %	95,71 %	42	8,12 %	96,32 %	38	9,74 %	94,87 %
3 o più	39	4,29 %	100,00 %	19	3,68 %	100,00 %	20	5,13 %	100,00 %

È affetta/o da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata? Media

Genere	Totale	Donne	Uomini
Malattie croniche	0,61	0,50	0,75

La percentuale di donne che dichiara di non avere malattie croniche è del 65% a fronte del 45% degli uomini e anche considerando il numero di malattie croniche, la media sul campione evidenzia una differenza di genere significativa (0,75 malattie in media per gli uomini e 0,5 per le donne; 0,61 sul totale del campione). Tra chi è affetto da poli-cronicità le differenze di genere non sono altrettanto marcate, evidenziando una maggiore polarizzazione delle donne, rispetto agli uomini, tra coloro che non sono affette da alcuna patologia cronica e coloro che ne sperimentano più di una contemporaneamente.

Soddisfazione per i diversi aspetti della vita

Genere	Totale				Donne				Uomini			
Aspetto della vita	Molto	Abba stanza	Poco	Per niente	Molto	Abba stanza	Poco	Per niente	Molto	Abba stanza	Poco	Per niente
Benessere fisico	16,15%	75,16%	8,13%	0,55%	16,05%	75,82%	7,54%	0,58%	16,15%	74,36%	8,97%	0,51%
Benessere mentale e psicologico	32,86%	60,55%	6,15%	0,44%	31,33%	60,35%	7,93%	0,39%	34,62%	61,03%	3,85%	0,51%
Relazioni familiari	44,40%	49,56%	5,60%	0,44%	41,78%	52,61%	5,03%	0,58%	47,95%	45,64%	6,15%	0,26%
Relazioni con amici e conoscenti	37,25%	56,81%	5,82%	0,11%	37,33%	56,48%	6,00%	0,19%	36,92%	57,69%	5,38%	0,00%
Tempo libero	26,59%	60,11%	12,75%	0,55%	25,53%	59,57%	14,51%	0,39%	27,95%	61,03%	10,26%	0,77%
Soddisfazione generale	28,02%	67,03%	4,62%	0,33%	24,18%	70,21%	5,61%	0,00%	33,08%	62,82%	3,33%	0,77%

Soddisfazione per i diversi aspetti della vita. Medie dopo codifica (Molto=2; Abbastanza=1; Poco=-1; Per niente=-2)

Genere	Totale	Donne	Uomini
Aspetto della vita	Media	Media	Media
Benessere fisico	0,98	0,99	0,97
Benessere mentale e psicologico	1,19	1,14	1,25
Relazioni familiari	1,32	1,30	1,34
Relazioni con amici e conoscenti	1,25	1,25	1,26
Tempo libero	0,99	0,95	1,05
Soddisfazione generale	1,18	1,13	1,24

Gli intervistati e le intervistate dichiarano di essere mediamente soddisfatte/i dei diversi aspetti della vita. Sussistono alcune differenze di genere: in particolare le donne attribuiscono una soddisfazione mediamente inferiore al benessere mentale, al tempo libero e alla soddisfazione generale.

2.3. Sezione attività di cura

Cura nei confronti di minori

Svolge attività di cura nei confronti di minori

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Sì	204	22,42%	132	25,53%	71	18,21%
No	706	77,58%	385	74,47%	319	81,79%

Che legame ha nei confronti dei minori di cui si prende cura

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Nipoti	186	91,18%	120	90,91%	65	91,55%
Figli	4	1,96%	2	1,52%	2	2,82%
Altro	14	6,86%	10	7,58%	4	5,63%

Dove abitano i minori di cui si prende cura

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Coabitanti	9	4,41%	5	3,79%	4	5,63%
Entro 15 km	153	75,00%	100	75,76%	52	73,24%
Oltre 15 km	42	20,59%	27	20,45%	15	21,13%

In cosa consistono principalmente le attività che svolge? (più di una risposta possibile)

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Attività	Frequenze	% del totale	Frequenze	% del totale	Frequenze	% del totale
Passare tempo insieme	146	71,57%	92	69,70%	53	74,65%
Prenderle/i a scuola	129	63,24%	81	61,36%	48	67,61%
Preparare i pasti	86	42,16%	65	49,24%	21	29,58%
Aiutare con i compiti	58	28,43%	40	30,30%	18	25,35%
Altro	18	8,82%	11	8,33%	7	9,86%

Nel campione dichiarano di svolgere attività di cura nei confronti di minori il 22,42% degli intervistati. Disaggregando i dati per genere si nota una maggiore frequenza

nella popolazione femminile (25,53%), rispetto a quella maschile, comunque consistente (18,21%).

Nella maggioranza dei casi l'attività è svolta nei confronti dei nipoti. Solo in pochi casi le/i minori *carereceiver* risultano coabitanti, ma per il 75% delle/i rispondenti esse/i abitano entro i 15 km dalla propria abitazione.

Per quanto riguarda le attività svolte nel tempo di cura, persiste una specializzazione di genere, in particolare per quanto riguarda la preparazione dei pasti, che coinvolge il 49% delle donne *caregiver* di minori e il 29% degli uomini. Inoltre, le donne con più frequenza aiutano con i compiti, mentre gli uomini si occupano più frequentemente dei trasporti e di passare del tempo insieme.

Cura nei confronti di persone adulte non autosufficienti:

Svolge attività di cura nei confronti di anziani o adulti non autosufficienti

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Sì	114	12,53%	74	14,31%	39	10,00%
No	796	87,47%	443	85,69%	351	90,00%

Che legame ha nei confronti degli adulti cui si prende cura

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Genitore	63	55,26%	40	54,05%	23	58,97%
Coniuge	12	10,53%	7	9,46%	5	12,82%
Figlia/o	6	5,26%	6	8,11%	0	0
Altro	33	28,95%	21	28,38%	11	28,21%

Dove abitano gli adulti di cui si prende cura

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Coabitanti	29	25,44%	19	25,68%	10	25,64%
Entro 15 km	79	69,30%	51	68,92%	27	69,23%
Oltre 15 km	6	5,26%	4	5,41%	2	5,13%

In cosa consistono principalmente le attività che svolge? (più di una risposta possibile)

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Attività	Frequenza	% sul totale	Frequenza	% sul totale	Frequenza	% sul totale
Passare tempo insieme	69	60,53%	44	59,46%	24	61,54%
Commissioni e compere	61	53,51%	37	50,00%	24	61,54%
Cura senza pers. qualif.	43	37,72%	31	41,89%	12	30,77%
Cura con pers. qualif.	17	14,91%	8	10,81%	9	23,08%
Altro	8	1,75%	6	2,03%	2	1,28%

Relativamente alla cura di adulti e anziani non autosufficienti, la percentuale di *caregiver* nel campione risulta del 12,53%, rispettivamente il 14,31% delle donne e il 10,00% degli uomini coinvolti nella rilevazione. Per oltre il 50% dei casi i *carereciver* sono genitori o suoceri, a seguire la/il coniuge. Tra le/i rispondenti che hanno indicato “altro”, le parentele più frequenti sono quella di zii e fratelli/cognati. I divari di genere non risultano particolarmente significativi, considerando anche il numero ridotto di risposte totali.

A differenza della cura dei minori, nel caso di *caregiving* di adulti la coabitazione appare molto più comune, coinvolgendo circa il 25% dei/lle rispondenti. Circa il 69% abita entro i 15 km e solo il 5% oltre i 15 km.

Per quanto riguarda le attività, la principale risulta il passare del tempo insieme, seguita dallo svolgimento di commissioni (ma per i *caregiver* uomini le due attività hanno la stessa frequenza), dalla cura senza la presenza di personale qualificato (indicata dal 41,89% delle donne e dal 30,77% degli uomini) e infine dalla cura con la presenza di personale qualificato (10,81% delle donne e 23,08% degli uomini). Le differenze di genere più significative risultano quella relativa allo svolgimento di commissioni, attività evidentemente più “maschile”, e quella relativa alla modalità di cura con/senza personale qualificato, con le *caregiver* donne che con più probabilità svolgono attività di cura senza la presenza di personale qualificato e i *caregiver* uomini per i quali, al contrario, è più frequente la cura con l’ausilio di personale qualificato.

Ore settimanali di cura

Ore settimanali cura sul totale del campione (medie)

Genere	Totale	Donne	Uomini
Minori	3,64	4,26	2,83
Anziani	2,74	3,51	1,68
Cura combinata	6,38	7,77	4,51

Ore settimanali cura delle/dei caregiver (medie)

Genere	Totale	Donne	Uomini
Minori (N=203)	16,25	16,69	15,55
Anziani (N=114)	21,85	24,54	16,79
Cura combinata (N=288)	20,16	21,72	17,24

Se consideriamo la somma delle attività di cura nei confronti di minori e anziani, è possibile notare che sono 185 donne, 102 uomini e 1 persona di altro genere a svolgere attività di cura informali verso minori o adulti (o entrambe), per un totale di 288 persone ovvero il 31,65% del campione. In media, però, le donne *caregiver* dedicano alla somma delle attività di cura 21,72 ore (deviazione standard 20,40) mentre gli uomini 17,25 (deviazione standard 13,80). Inoltre, nonostante i *caregiver* di adulti siano in numero inferiore nel campione rispetto ai *caregiver* di minori, la cura degli anziani si conferma maggiormente intensa in termini di ore rispetto alla cura dei nipoti. Anche considerando il campione nella sua interezza, le differenze di genere sono significative, con le donne che dedicano settimanalmente in più circa 1,5 ore alla cura dei minori e 1,7 alla cura degli adulti non autosufficienti; che determinano una differenza nella cura complessiva di oltre 3,2 ore.

2.4. Sezione partecipazione civica

Da quanti anni svolge associazionismo (medie)

Genere	Totale (N=856)	Donne (N=482)	Uomini (N=372)
Anni associazionismo	13,03	12,62	13,56

Per quanto riguarda la partecipazione civica, considerando anche l'età media del campione di 69,98 per le donne e di 70,79 anni per gli uomini, i rispondenti e le rispondenti sembrerebbero svolgere volontariato già dalla grande adultità (in media dai 50 anni), sebbene la presenza di deviazioni standard molto elevate in entrambi i gruppi (nello specifico di 14,66 anni per le donne e 10,09 per gli uomini) confermi storie di impegno civico molto diversificate, con socie e soci che dichiarano di svolgere associazionismo da 60 anni, indicazione che sembra voler intendere “da tutta la vita” e altri che invece dichiarano zero o uno, poiché hanno da poco intrapreso questo tipo di attività, probabilmente proprio a seguito della transizione al pensionamento.

È iscritta/o a:

Tipologia Associazione	Totale					
	No		Sì, una		Sì, più di una	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Organizzazioni sindacali	501	57,99%	318	36,81%	45	5,21%
Associazioni ecologiste	667	78,38%	144	16,92%	40	4,70%
Associazioni di volontariato	99	11,51%	550	63,95%	211	24,53%
Associazioni culturali	337	39,46%	379	44,38%	138	16,16%

È iscritta/o a:

Tipologia Associazione	Donne					
	No		Sì, una		Sì, più di una	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Organizzazioni sindacali	303	62,09%	163	33,40%	22	4,51%
Associazioni ecologiste	374	78,24%	79	16,53%	25	5,23%
Associazioni di volontariato	60	12,37%	315	64,95%	110	22,68%
Associazioni culturali	169	35,06%	225	46,68%	88	18,26%

È iscritta/o a:

Tipologia Associazione	Uomini					
	No		Sì, una		Sì, più di una	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Organizzazioni sindacali	196	52,41%	155	41,44%	23	6,15%
Associazioni ecologiste	291	78,44%	65	17,52%	15	4,04%
Associazioni di volontariato	38	10,19%	234	62,73%	101	27,08%
Associazioni culturali	166	44,86%	154	41,62%	50	13,51%

La multi-partecipazione, ovvero la partecipazione a più associazioni e gruppi di interessi, è molto frequente: il 40% del campione dichiara di essere iscritto a una o più organizzazioni sindacali (37,9% delle donne e 47,5% degli uomini); il 21% a una o più associazioni ecologiste (in misura uguale per donne e uomini), l'88% a una o più associazioni di volontariato (87,6% delle donne e 89,8% degli uomini) e il 60% a una o più associazioni culturali (74,9% delle donne e 55,2% degli uomini). Le differenze di genere più significative, come si nota, sono presenti nella partecipazione a organizzazioni sindacali, maggiormente maschilizzate, e nelle associazioni culturali, dove è maggiore la partecipazione femminile.

Attraverso quali canali si è avvicinato/a all'associazionismo civico e alle attività di volontariato?

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Canale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Amici/he o conoscenti	505	58,31%	286	58,49%	218	58,13%
Iniziative comunicazione/social	105	12,12%	64	13,09%	40	10,67%
Sono tra le socie fondatrici	81	9,35%	44	9,00%	37	9,87%
Colleghi/e di lavoro/studio	56	6,47%	32	6,54%	24	6,40%
Familiari	54	6,24%	33	6,75%	21	5,60%
Altro	43	4,97%	19	3,89%	24	6,40%
Partner	22	2,54%	11	2,25%	11	2,93%

La rete amicale si conferma il mezzo principale di avvicinamento, indicato dal 58% delle/dei volontarie/i, a seguire le iniziative promozionali e *social*, l'essere tra le/i

socie/i fondatrici/ori; colleghe/i e familiari. La/il partner assume un ruolo residuale per entrambi i generi.

Ore settimanali associazionismo

Genere	Totale	Donne	Uomini
Ore di gruppo	6,57	5,82	7,54
Attività individuali	6,92	5,65	8,63
Ore combinate	13,49	11,47	16,18

Gli uomini dichiarano di svolgere mediamente un numero significativo di ore settimanali di associazionismo in più. Da una media di 11,47 delle donne, intese come somma delle ore di gruppo e ore individuali, a 16,18 degli uomini. Interessante notare, però, come gli uomini dichiarino di svolgere mediamente più attività individuali (8.63 ore individuali e 7.54 ore di gruppo) mentre le donne impegnano più o meno la stessa quantità di ore tra attività individuali e di gruppo, con una lieve preferenza per le seconde (5,65 ore individuali e 5,82 ore di gruppo).

È soddisfatta/o dell'impegno che dedica complessivamente alle attività di associazionismo e volontariato che compie nella sua vita?

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Risposta	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Sì, sono pienamente soddisfatta/o	694	80,51%	380	78,03%	313	83,69%
No, vorrei poter dedicare più ore	135	15,66%	86	17,66%	49	13,10%
No, vorrei poter dedicare meno ore	33	3,83%	21	4,31%	12	3,21%

Si dichiarano pienamente soddisfatte/i del proprio impegno volontario il 78,03% delle donne e l'83,69% degli uomini. Tra le/gli insoddisfatte/i, la maggior parte (17,66% delle donne e 13,10% degli uomini) vorrebbe destinare più ore all'impegno, mentre solo il 4,31% delle donne e il 3,21% degli uomini del campione desidererebbe un impegno meno intenso. Per gli uomini con maggiore frequenza l'impegno effettivo corrisponde a quello desiderato.

Quali sono i motivi principali per cui le ore di associazionismo che svolge non corrispondono a quelle che vorrebbe fare (più risposte possibili, massimo 3):

Genere	Totale		Donne		Uomini	
Motivo	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Impegni familiari e domestici	82	48,81%	55	51,40%	27	44,26%
Problemi interni all'associazione	42	25,00%	24	22,43%	18	29,51%
Impegni personali diversi	26	15,48%	17	15,89%	9	14,75%
Mancanza di tempo libero	49	29,17%	34	31,78%	15	24,59%
Ostacoli legati alla salute	22	13,10%	12	11,21%	10	16,39%
Difficoltà logistiche	13	7,74%	9	8,41%	4	6,56%
Altro	13	7,74%	10	9,35%	3	4,92%
Persone non soddisfatte	168		107		61	

Quante ore a settimana in più vorrebbe dedicare alle attività di impegno civico se potesse scegliere liberamente?

Genere	Totale (N=130)	Donne (N=82)	Uomini N=48)
Ore settimanali in più	7,41	5,61	10,48

Quante ore a settimana in meno vorrebbe dedicare alle attività di impegno civico se potesse scegliere liberamente?

Genere	Totale (N=32)	Donne (N=20)	Uomini N=12)
Ore settimanali in meno	10,00	7,95	13,42

Per entrambi i generi gli impegni familiari e domestici risultano il principale motivo di non corrispondenza per le/gli “insoddisfatti”, ma in misura diversa: sono il 51,4% delle donne e il 44,26% degli uomini a selezionarla come motivazione. A seguire le donne indicano la mancanza di tempo libero (31,78%), problemi interni all’associazione (22,43%) e impegni personali (15,89%). Per gli uomini i problemi interni all’associazione rappresentano la seconda opzione (29,51%), seguita da mancanza di tempo libero (24,59%) e dagli ostacoli legati alla salute (16,39%). Si nota quindi un quadro differenziato secondo il genere, nel quale le volontarie soffrono maggiormente gli impegni familiari e la mancanza di tempo libero, mentre per i volontari appaiono rilevanti anche le questioni interne all’associazione e lo stato di salute. È interessante notare che gli uomini indicano valori molto più alti delle donne alle domande “quante ore a settimana in più o in meno vorrebbe dedicare alle attività di impegno civico se potesse scegliere liberamente?”.

Su una scala da 1 a 10 (dove 1 è per nulla importante e 10 molto importante) come valuta i seguenti motivi rispetto alla scelta di partecipare alle attività di associazionismo?

motivazione	Totale	Donne	Uomini
Motivazione	Media	Media	Media
Sentirsi utile	8,79	8,71	8,91
Aiutare gli altri	8,68	8,56	8,83
Crescita personale	8,31	8,31	8,32
Stare con gli altri	7,93	7,89	7,99

Infine, per quanto riguarda le motivazioni alla base della scelta di svolgere volontariato e associazionismo, i motivi di tipo “altruistico” ottengono i punteggi maggiori con una media di 8,71 per le donne e 8,91 per gli uomini per l’*item* “sentirsi utile” e 8,56 per le donne e 8,83 per gli uomini per l’*item* “aiutare gli altri”, su una scala decimale. A seguire la “crescita personale” valutata 8,31 per le donne e 8,32 per gli uomini e per ultima la motivazione “consociativa” valutata 7,89 per le donne e 7,99 per gli uomini. Le volontarie hanno attribuito mediamente uno o due decimi in meno a ogni item ad eccezione della crescita personale, ma la scala ordinale dei motivi risulta invariata per uomini e donne e in entrambi i generi la motivazione meno rilevante risulta quella consociativa e di aggregazione (voglia di stare con gli altri e possibilità di incontrarli) a conferma della spinta prevalentemente altruistica e di utilità pubblica dell’impegno civico dei/lle rispondenti.

2.5. Il benessere come concetto multidimensionale

2.5.1. Le molteplici dimensioni della salute

Che cosa è per lei la salute?

Genere	Totale	Donne	Uomini
Dimensione salute	Media	Media	Media
Assenza di malattia	7,31	7,32	7,30
Autonomia e autosufficienza	8,12	8,22	8,04
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	8,04	8,16	7,94
Benessere relazionale	7,85	7,92	7,80
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	7,72	7,85	7,62
Assenza di decadimento psichico e fisico	7,83	7,79	7,85

Che cosa è per lei la salute? Indice

Genere	Totale	Donne	Uomini
Indice dimensioni salute	7,81	7,76	7,88

Le rispondenti di genere femminile hanno attribuito mediamente punteggi leggermente più bassi (di circa uno o due decimi di punto) alle diverse “dimensioni di benessere”, ad esclusione dell’ultimo livello ovvero “assenza decadimento psichico e fisico”. Anche indicizzando le diverse dimensioni in un’unica misura, questa risulta maggiore di circa un decimo di punto per gli uomini, attestandosi per questi a 7,88 a fronte di 7,76 delle donne.

Considerando gli elementi che per lei definiscono il concetto di salute, come giudica in generale la sua salute? Medie dopo codifica (Molto bene=2; Bene=1; Discretamente=0; Male=-1; Per niente=-2)

Genere	Totale	Donne	Uomini
Salute codificata (Media)	0,68	0,68	0,67

Nella auto valutazione della salute, al contrario, vi è una sostanziale convergenza tra i valori attribuiti dalle donne e gli uomini del campione, confermata anche dalle medie calcolate dopo aver codificato le risposte.

2.5.2. Interazione tra indicatori di salute e valutazione delle diverse dimensioni di salute

Totale

Indicatori salute	Salute auto percepita		Malattie croniche		
Che cosa è per lei la salute (Medie)	Salute “Bene” o Molto bene” (N=298)	Salute “Discreta mente” o meno (N=219)	Assenza di malattie (N=336)	Presenza di una o più (N=181)	Totale donne
Assenza di malattia	7,54	6,99	7,54	7,01	7,31
Autonomia e autosufficienza	8,33	7,83	8,12	8,12	8,12
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	8,29	7,69	8,02	8,08	8,04
Benessere relazionale	8,10	7,51	7,86	7,84	7,85
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	7,96	7,38	7,77	7,65	7,72
Assenza di decadimento psichico e fisico	8,07	7,48	7,87	7,77	7,83

Distanza dalla media (Totale)

Indicatori salute	Salute auto percepita		Malattie croniche	
Che cosa è per lei la salute (Medie)	Salute “Bene” o Molto bene” (N=529)	Salute “Discreta mente” o meno (N=381)	Assenza di malattie (N=514)	Presenza di una o più (N=396)
Assenza di malattia	0,23	-0,32	0,23	-0,30
Autonomia e autosufficienza	0,21	-0,29	0,00	0,00
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	0,25	-0,35	-0,02	0,04
Benessere relazionale	0,25	-0,34	0,01	-0,01
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	0,24	-0,34	0,05	-0,07
Assenza di decadimento psichico e fisico	0,24	-0,35	0,04	-0,06

Confrontando i valori attribuiti alle diverse dimensioni di salute in base alle variabili di salute soggettiva (salute auto percepita) e oggettiva (presenza o assenza di malattie) si notano altri andamenti degni di nota.

La presenza di una o più malattie croniche di per sé non sembra condizionare la valutazione dei diversi *item* di composizione della dimensione salute, solamente “assenza di decadimento psichico e fisico” ottiene mezzo punto in meno nel caso di presenza di malattie, mentre gli altri *item* corrispondono ai valori dati da chi dichiara di non avere malattie croniche. Al contrario, l'autopercezione della salute, indagata con la domanda “come giudica la sua salute?”, si conferma un indicatore interessante. Infatti, le valutazioni delle diverse dimensioni della salute per le persone che hanno dichiarato di considerare la propria salute “discretamente”, “male” o “molto male” (n=381, di cui la maggioranza ha dichiarato “discretamente”) si attestano a livelli più bassi di circa mezzo punto rispetto ai rispondenti che hanno dichiarato uno stato di salute buono o molto buono. Da notare comunque che dei 381 rispondenti con un livello di salute auto percepita scarso, 253 hanno anche una o più malattie croniche.

Donne

Indicatori salute	Salute auto percepita		Malattie croniche		Totale donne
	Salute “Bene” o Molto bene” (N=298)	Salute “Discretamente” o meno (N=219)	Assenza di malattie (N=336)	Presenza di una o più (N=181)	
Che cosa è per lei la salute (Medie)					
Assenza di malattia	7,49	7,03	7,49	6,93	7,30
Autonomia e autosufficienza	8,34	7,63	8,15	7,81	8,04
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	8,17	7,46	8,07	7,72	7,94
Benessere relazionale	8,10	7,28	7,93	7,54	7,80
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	8,00	7,10	7,82	7,24	7,62
Assenza di decadimento psichico e fisico	8,21	7,37	8,00	7,58	7,85

Distanze dalla media (Donne)

Indicatori salute	Salute auto percepita		Malattie croniche	
Che cosa è per lei la salute (Medie)	Salute "Bene" o Molto bene" (N=298)	Salute "Discreta mente" o meno (N=219)	Assenza di malattie (N=336)	Presenza di una o più (N=181)
Assenza di malattia	0,19	-0,27	0,19	-0,37
Autonomia e autosufficienza	0,30	-0,41	0,11	-0,23
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	0,23	-0,48	0,13	-0,22
Benessere relazionale	0,30	-0,52	0,13	-0,26
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	0,38	-0,52	0,20	-0,38
Assenza di decadimento psichico e fisico	0,36	-0,48	0,15	-0,27

Uomini

Indicatori salute	Salute auto percepita		Malattie croniche		
Che cosa è per lei la salute (Medie)	Salute "Bene" o Molto bene" (N=298)	Salute "Discreta mente" o meno (N=219)	Assenza di malattie (N=336)	Presenza di una o più (N=181)	Totale donne
Assenza di malattia	7,59	6,92	7,60	7,08	7,32
Autonomia e autosufficienza	8,31	8,08	8,02	8,37	8,22
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	8,28	7,99	7,91	8,37	8,16
Benessere relazionale	7,99	7,81	7,71	8,09	7,92
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	7,91	7,76	7,66	8,00	7,85
Assenza di decadimento psichico e fisico	7,88	7,67	7,59	7,97	7,79

Distanze dalla media (Uomini)

Indicatori salute	Salute auto percepita		Malattie croniche	
Che cosa è per lei la salute (Medie)	Salute "Bene" o Molto bene" (N=298)	Salute "Discreta mente" o meno (N=219)	Assenza di malattie (N=336)	Presenza di una o più (N=181)
Assenza di malattia	0,27	-0,40	0,28	-0,24
Autonomia e autosufficienza	0,09	-0,14	-0,20	0,15
Benessere psicologico e stato d'animo positivo	0,12	-0,17	-0,25	0,21
Benessere relazionale	0,07	-0,11	-0,21	0,17
Avere uno stile di vita in linea con le aspettative	0,06	-0,09	-0,19	0,15
Assenza di decadimento psichico e fisico	0,09	-0,12	-0,20	0,18

I dati disaggregati per genere mostrano come nel caso della variabile “salute auto-percepita” in entrambi i generi il gruppo con buona salute attribuisca punteggi maggiori alle diverse dimensioni di salute e specularmente il gruppo con basso livello di salute auto percepita punteggi minori, sebbene nelle donne queste distanze siano più marcate. Nel caso della variabile “presenza/assenza di malattie croniche”, i valori attribuiti alle diverse dimensioni di salute dalle donne sono lievemente maggiori per coloro che dichiarano di non avere malattie croniche e – di converso – minori per coloro che invece ne sperimentano una o più di una. Al contrario, per gli uomini ad eccezione della dimensione “assenza di malattia”, tutte le altre dimensioni ottengono punteggi maggiori nel gruppo con malattie croniche. Questo lascia intuire che, se per le donne entrambe le variabili sembrano avere effetti sui valori dati alle diverse dimensioni di salute, ma in particolare la salute auto percepita si conferma un indicatore rilevante, per gli uomini non solo la salute auto percepita incide in maniera minore sui valori dati alle dimensioni di salute, ma nel caso della presenza/assenza di malattia, sono gli uomini con una o più malattie a dare “più valore” a tutte le dimensioni di salute, ad eccezione dell’assenza di malattia stessa.

2.5.2. La soddisfazione generale come variabile rilevante

In concomitanza con gli indicatori di salute oggettiva e soggettiva, è stato rilevato nella raccolta dati anche il grado di soddisfazione sui diversi aspetti della vita. La “*life satisfaction*” è infatti utilizzata in gerontologia sociale come una variabile rilevante per l’analisi del benessere (Pinquart and Sörensen, 2001; Silverman et al. 2008) oltre che indicatore di stili di invecchiamento più o meno di successo (Meggiolaro e Ongaro, 2015).

Nel campione, come visto nella sezione precedente, vengono attribuiti valori mediamente alti nei diversi *item* della soddisfazione personale. I valori meno elevati

sono rappresentati dalla soddisfazione per il benessere fisico e per il tempo libero. Le differenze di genere più significative riguardano il benessere mentale, il tempo libero e la soddisfazione generale, nei quali le donne si attribuiscono valori mediamente inferiori di uno o due decimi di punto.

Soddisfazione per i diversi aspetti della vita. Medie dopo codifica (Molto=2; Abbastanza=1; Poco=-1; Per niente=-2)

Genere	Totale	Donne	Uomini
Aspetto della vita	Media	Media	Media
Benessere fisico	0,98	0,99	0,97
Benessere mentale e psicologico	1,19	1,14	1,25
Relazioni familiari	1,32	1,30	1,34
Relazioni con amici e conoscenti	1,25	1,25	1,26
Tempo libero	0,99	0,95	1,05
Soddisfazione generale	1,18	1,13	1,24

Aggregando i diversi aspetti, e trasformandoli in indice:

Genere	Totale	Donne	Uomini
Somma soddisfazione	6,92	6,77	7,12

Indice di soddisfazione

Genere	Totale	Donne	Uomini
indice soddisfazione	1,15	1,13	1,19

2.5.3. Costruzione dell'indice di benessere

Al fine di indagare il livello di benessere nel campione e confrontare i diversi sottogruppi che lo compongono, è stato costruito un indice di benessere. L'indice di benessere è stato costruito calcolando la media tra i valori dell'indice di soddisfazione (par 2.2) e la salute auto percepita codificata (par 2.1). Tale misura, seppur semplificata e non esaustiva, risponde al tentativo di non tenere in considerazione solamente l'aspetto più clinico e fisico del benessere,

corrispondente al giudizio che ciascun partecipante ha della propria salute, ma a comprendere anche i valori – sempre auto assegnati – espressi riguardo alla soddisfazione personale in molteplici ambiti rilevanti nella determinazione di stili di invecchiamento di successo, sintetizzati nell'indice complessivo di soddisfazione.

Indice di benessere (media tra indice di soddisfazione e salute codificata):

Genere	Totale	Donne	Uomini
indice benessere	0,92	0,91	0,93

2.5.4. Analisi di correlazione tra indicatori di salute

Matrice di correlazione tra indicatori di salute, benessere e numero di malattie, distinte per genere

Totale

		SALUTE AUTOPERCEPITA	SODDISFAZIONE INDICE	BENESSERE INDICE	NUMERO MALATTIE
SALUTE AUTOPERCEPITA	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
SODDISFAZIONE INDICE	Pearson's r	0,4265***	—		
	df	908	—		
	p-value	< ,001	—		
BENESSERE INDICE	Pearson's r	0,8936***	0,7871***	—	
	df	908	908	—	
	p-value	< ,001	< ,001	—	
NUMERO MALATTIE	Pearson's r	-0,3473***	-0,1475***	-0,3100***	—
	df	908	908	908	—
	p-value	< ,001	< ,001	< ,001	—

Note. * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Donne

		SALUTE AUTOPERCEPITA	SODDISFAZIONE INDICE	BENESSERE INDICE	NUMERO MALATTIE
SALUTE AUTOPERCEPITA	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
SODDISFAZIONE INDICE	Pearson's r	0,4382***	—		
	df	515	—		
	p-value	< ,001	—		
BENESSERE INDICE	Pearson's r	0,8934***	0,7953***	—	
	df	515	515	—	
	p-value	< ,001	< ,001	—	
NUMERO MALATTIE	Pearson's r	-0,2811***	-0,0955*	-0,2373***	—
	df	515	515	515	—
	p-value	< ,001	0 ,030	< ,001	—

Note. * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Uomini

		SALUTE AUTOPERCEPITA	SODDISFAZIONE INDICE	BENESSERE INDICE	NUMERO MALATTIE
SALUTE AUTOPERCEPITA	Pearson's r	—			
	df	—			
	p-value	—			
SODDISFAZIONE INDICE	Pearson's r	0,4136***	—		
	df	388	—		
	p-value	< ,001	—		
BENESSERE INDICE	Pearson's r	0,8960***	0,7749***	—	
	df	388	388	—	
	p-value	< ,001	< ,001	—	
NUMERO MALATTIE	Pearson's r	-0,4345***	-0,2425*	-0,4199***	—
	df	388	388	388	—
	p-value	< ,001	< ,001	< ,001	—

Note. * p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001

Indagando la correlazione tra gli indici costruiti e il numero di malattie, si nota come sull'intero campione, il numero di malattie sia moderatamente correlato alla salute

auto percepita e all'indice di benessere, e solo debolmente correlato con l'indice di soddisfazione.

Nel caso della popolazione femminile le correlazioni tra il numero di malattie le e variabili di salute risultano più deboli rispetto agli uomini. Infatti, il numero di malattie risulta solo debolmente correlato con la salute auto percepita e con l'indice di benessere e non correlata con l'indice di soddisfazione.

Al contrario, nella popolazione maschile le correlazioni sono più forti: risultano moderatamente correlate al numero di malattie sia la salute auto percepita che l'indice di benessere, e debolmente correlato anche l'indice di benessere.

Sebbene la differenza non sia elevata, potrebbe comunque suggerire una maggiore rilevanza per l'aspetto di salute clinica "oggettiva", ovvero il numero di malattie croniche, sulla valutazione del benessere per la popolazione maschile e una percezione del benessere e della soddisfazione per la popolazione femminile maggiormente dipendente da aspetti diversi da quelli di salute oggettiva. Da considerare che nel campione, come anticipato, gli uomini hanno mediamente più malattie croniche.

2.6. La scarsa presenza di "multicarer"

Tavole di contingenza sulle due modalità di cura, disaggregate per genere
Totale

		Cura adulti			
		No		Sì	
		Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali
Cura minori	No	622	68,35 %	84	9,23 %
	Sì	174	19,12 %	30	3,30 %

Donne

		Cura adulti			
		No		Sì	
		Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali
Cura minori	No	332	64,22 %	53	10,25 %
	Sì	111	21,47 %	21	4,06 %

Uomini

		Cura adulti			
		No		Sì	
		Frequenze	Percentuali	Frequenze	Percentuali
Cura minori	No	288	73,85 %	31	7,95 %
	Sì	63	16,15 %	8	2,05 %

Se, come esplorato nelle sezioni precedenti, nel campione essere *caregiver* di minori è piuttosto frequente (22,42% del totale), così come – in maniera minore – essere *caregiver* di adulti non autosufficienti (12,53%), la situazione di “*multicarer*” ovvero persone che svolgono cura in due direzioni e ambiti distinti, appare residuale. Solo il 3,30% del campione, infatti, dichiara di essere “*multicarer*”, nello specifico il 4,06% delle donne e il 2,05% degli uomini.

Contrariamente, quindi, alle tesi che definiscono la popolazione delle/dei “giovani anziane/i” come “generazione sandwich”, proprio a causa della presenza di duplici impegni di solidarietà intergenerazionale, la situazione di “*multicarer*” sembra riguardare solo una parte residuale del campione.

2.7. Impegno civico e *caregiving*: ruoli compatibili o contrastanti?

Ore settimanali di associazionismo - Medie per modalità e intensità di cura

Genere	Totale	Donne	Uomini
Non caregiver	13,27 (n=582)	10,64 (n=308)	16,31 (n=272)
Cura minori	13,77 (n=164)	12,51 (n=105)	16,00 (n=59)
Cura minori ≥ 10	13,98 (n= 106)	12,64 (n=66)	16,20 (n=40)
Cura adulti	12,80 (n=81)	12,04 (n=50)	14,03 (n=31)
Cura adulti ≥ 10	14,02 (n=60)	12,63 (n=41)	17,00 (n=19)
Cura combinata	18,31 (n=29)	17,10 (n=21)	21,50 (n=8)
Cura combinata ≥ 20	17,80 (n=25)	15,61 (n=18)	23,43 (n=7)

Ore associazionismo- Medie sul totale del campione

Genere	Totale	Donne	Uomini
Ore di gruppo	6,57	5,82	7,54
Attività individuali	6,92	5,65	8,63
Ore combinate	13,49	11,47	16,18

Lo svolgimento di attività di cura sembra essere un elemento che condiziona l'impegno associativo in maniera non univoca. Nel caso delle donne, infatti, sia le *caregiver* di minori, sia le *caregiver* di anziani che le “*multicarer*” svolgono in media più ore di associazionismo delle non *caregiver*, anche nel caso in cui l'impegno di cura sia intenso. Per gli uomini, invece la cura dei minori (moderata o intensa), sembra ridurre solo lievemente l'impegno associativo, mentre per chi svolge cura moderata nei confronti di adulti non autosufficienti risulta inferiore di oltre due ore rispetto a quello dichiarato dai non *caregiver*. Nel caso in cui questa cura sia intensa, ovvero sopra le 10 ore settimanali, però, anche l'impegno civico aumenta a 17 ore settimanali, leggermente superiore alla media dei non *caregiver*. È interessante notare, inoltre, come siano proprio i “*multicarer*” di entrambi i generi, ovvero le persone che hanno compiti di cura duplici e svolgono sia attività di cura verso minori che verso persone non autosufficienti, a dichiarare di svolgere anche il numero maggiore di ore di associazionismo. E anche aumentando l'impegno di

cura combinata, le ore di associazionismo risultano superiori alle ore delle/i non *caregiver*. Questi dati sembrano confermare, quindi, quegli approcci teorici che sostengono come le attività di associazionismo possano essere un modo per impiegare il tempo che offre benefici anche per la riduzione di eventuale stress causato dai compiti di cura più intensi.

Sebbene si debba tenere in considerazione che sia i rispondenti che dichiarano di essere *caregiver* intensi di adulti non autosufficienti sia i “*multicarer*”, soprattutto uomini, non siano un numero consistente, è comunque possibile affermare che nel campione l’ipotesi del “*role strain*” secondo la quale le attività di *caregiving* limitano le possibilità di svolgere volontariato, non sembra trovare conferma. È importante sottolineare come il campione riguardi anziane e anziani già inserite/i nell’ambito volontario, per i quali quindi queste attività hanno la loro importanza e potrebbero anzi rappresentare un modo per migliorare il benessere e la soddisfazione personale nella quotidianità.

2.8. Livelli di benessere e modelli di attività

Suddividendo il campione in quartili secondo i punteggi ottenuti nell’indice di benessere otteniamo i seguenti valori:

Divisone del campione in quartili in base al valore dell’indice di benessere

N	910
Media	0,915
Mediana	0,100
Deviazione standard	0,507
Minimo	-0,917
Massimo	2,000
25° percentile	0,583
50° percentile	1,000
75° percentile	1,250

Persone con indice di benessere elevato- maggiore di 1,25 (nel Q1)

	Genere	Totale	Donne	Uomini
cura	Minori	4,36	5,24	3,31
	Anziani	2,39	3,30	1,16
	Cura combinata	6,75	8,53	4,47
associaz	Ore di gruppo	7,02	6,16	8,02
	Attività individuali	7,64	5,86	9,77
	Ore combinate	14,68	12,02	17,84

Persone con indice di benessere scarso- minore di 0,58 (nel Q4)

	Genere	Totale	Donne	Uomini
cura	Minori	2,98	3,32	2,52
	Anziani	3,55	4,18	2,67
	Cura combinata	6,53	7,50	5,20
associaz	Ore di gruppo	6,08	5,48	6,92
	Attività individuali	6,25	5,56	7,26
	Ore combinate	12,33	11,03	14,19

Considerando il gruppo che si colloca nel quartile più alto dell'indice di benessere, questo è composto da 131 donne, 112 uomini e 1 persona di altro genere (diminuiscono a 123 donne e 103 uomini nel calcolo delle medie delle ore associative, domanda presente nell'ultima pagina del questionario).

Il gruppo che si colloca nel quartile più basso dell'indice di benessere è composto da 133 donne, 92 uomini e 1 persona di altro genere (diminuiscono a 124 donne 91 uomini e 1 persona di altro genere nel calcolo delle medie delle ore associative).

Come si nota, tra le persone che hanno livelli di benessere elevato e la controparte con benessere limitato, sono presenti alcune differenze. Per quanto riguarda le attività di solidarietà intergenerazionale, non vi è una differenza sostanziale nella somma complessiva delle ore settimanali. La "cura combinata", infatti resta invariata nel totale (è inferiore per chi ha scarso benessere di circa 0,2 ore), nelle donne è inferiore di circa 1 ora rispetto alle coetanee con indice di benessere elevato, mentre per gli uomini è maggiore di circa 0,7 ore. Ciò che è particolarmente interessante, però, è che per entrambi i generi i modelli di attività che sono collegati a stati di benessere maggiore corrispondono a una diversa allocazione del tempo di

cura tra ore dedicate a minori e ore dedicate a adulti e anziani non autosufficienti. Le persone che hanno benessere più elevato dedicano un tempo maggiore ai *carereciver* minori (5,24 ore per le donne e 3,31 per gli uomini) e un tempo minore ai familiari adulti o anziani non autosufficienti (3,30 per le donne e 1,16 per gli uomini).

Andando a confrontare le attività di associazionismo e volontariato, nel gruppo con benessere elevato la media delle ore dedicate a queste attività (corrispondente alla somma tra attività di gruppo e individuali) è superiore di 2,2 ore sul totale, che corrispondono a 1 ora in più per le donne e 3,65 ore per gli uomini. Per le donne questa differenza è maggiormente accentuata per le attività di gruppo, mentre per gli uomini in particolare sulle attività individuali, sebbene anche le attività di gruppo siano inferiori nel gruppo con scarso indice di benessere. Cercando di identificare modelli di comportamento che promuovano il benessere tra le/gli anziane/i volontari/e, i dati raccolti sembrano indicare che non sia tanto l'ammontare di ore settimanali di cura a condizionare il benessere, ma risulta rilevante se queste ore siano indirizzate a *carereciver* minori (principalmente nipoti) piuttosto che a adulti e anziani non autosufficienti. Il fatto che nel gruppo di donne con alto benessere il totale delle ore di cura sia maggiore e negli uomini minore, mette in luce come il rapporto tra cura intergenerazionale e benessere nell'anzianità sia complesso ed entrino in gioco molteplici variabili. Nonostante questa variabilità, però, è possibile osservare un andamento comune: infatti, mentre la cura nei confronti di minori sembra essere associata a stati di benessere maggiori, un impegno maggiore in attività di cura nei confronti di anziani e adulti non autosufficienti corrisponderebbe a stati di benessere meno elevati. Relativamente all'attività volontaria, l'ipotesi secondo la quale un impegno maggiore in termini di ore in attività volontarie/associative corrisponderebbe a stati di benessere più elevati troverebbe conferma, in particolare per gli uomini del campione, per i quali il differenziale di ore tra chi ottiene punteggi elevati e limitati nell'indice di benessere è più marcato.

Frequenze attività di cura nei gruppi con benessere alto e basso

Benessere	Genere		Totale		Donne		Uomini	
	Attività di cura		Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Benessere alto	Cura minori	Sì	63	25,82%	41	31,30%	21	18,75%
		No	181	74,18%	90	68,70%	91	81,25%
	Cura adulti	Sì	30	12,35%	17	12,98%	13	11,61%
		No	213	87,65%	114	87,02%	99	88,39%
Benessere basso	Cura minori	sì	38	16,81%	24	18,05%	14	15,22%
		No	188	83,19%	109	81,95%	78	84,78%
	Cura adulti	Sì	28	12,39%	19	14,29%	9	9,78%
		No	198	87,61%	114	85,71%	83	90,22%

Cura minori totale

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Sì	204	22,42%	132	25,53%	71	18,21%
No	706	77,58%	385	74,47%	319	81,79%

Cura adulti non autosufficienti totale

Genere	Totale		Donne		Uomini	
	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale	Frequenze	% del Totale
Sì	114	12,53%	74	14,31%	39	10,00%
No	796	87,47%	443	85,69%	351	90,00%

Anche le proporzioni di *caregiver* sul totale nei gruppi con indice di benessere alto o basso corrispondono tendenzialmente a quelle relative al totale del campione. Nel gruppo con benessere alto, le donne con più probabilità sono *caregiver* di minori, passando dal 31,3% al 18,05% delle rispondenti con indice di benessere scarso. L'incidenza di *caregiver* di minori nel gruppo con alto indice di benessere è maggiore di circa cinque punti percentuali, anche se confrontata con il valore osservato nel campione, a conferma della rilevanza di questa attività nell'incentivare il benessere. Le differenze delle attività di cura nei confronti di anziani e adulti non sono particolarmente rilevanti e l'incidenza di questi *caregiver* sul totale nei due gruppi è in linea con il rapporto osservato sul campione nella sua interezza.

Indici e indicatori di salute in base alle diverse attività di cura (nel caso di “caregiver minori” e “caregiver anziani” si intende persone che svolgono solo quella tipologia di cura, e non anche l’altra)

Genere	Totale				Donne				Uomini			
Ruolo	N	Benes.	Soddisf.	Salute	N	Benes.	Soddisf.	Salute	N	Benes.	Soddisf.	Salute
Non caregiver	622	0,88	1,14	0,62	332	0,86	1,09	0,63	288	0,91	1,19	0,63
Caregiver minori	174	1,01	1,22	0,80	111	1,04	1,24	0,83	63	0,97	1,19	0,75
Caregiver anziani	84	0,95	1,11	0,80	53	0,90	1,07	0,74	31	1,05	1,19	0,90
Cura combinata	30	0,97	1,21	0,73	21	0,95	1,19	0,71	8	0,96	1,17	0,75

Salute auto percepita e indice di soddisfazione sul totale del campione, disaggregata per genere

Genere	Totale	Donne	Uomini
Salute codificata (Media)	0,68	0,68	0,67

Genere	Totale	Donne	Uomini
indice soddisfazione	1,15	1,13	1,19

Infine, svolgere o meno attività di cura nei confronti di minori o adulti (o entrambe) sembra condizionare gli indicatori di benessere in modo differente nelle donne e negli uomini. Infatti, nelle donne sia la salute auto percepita che la soddisfazione sono influenzate dalla modalità di cura svolta: la cura dei minori sembra essere associata a livelli medi di salute auto percepiti più alti (0,83 delle *caregiver* di minori a fronte di 0,63 delle non *caregiver* e dello 0,68 di media del campione) e a livelli più alti nell’indice di soddisfazione (1,24 delle *caregiver* di minori a fronte di 1,09 delle non *caregiver* e dello 1,13 di media del campione). Le “*multihelper*” (donne che svolgono entrambi i tipi di cura) hanno livelli elevati di soddisfazione, sebbene comunque inferiori alle *caregiver* di soli minori, e livelli di salute vicini alla media del campione (una certa prudenza è necessaria per il numero non significativo delle rispondenti che rientrano in questa categoria). Negli uomini, al contrario, la soddisfazione rimane costante nelle diverse modalità ed è solo la salute auto percepita che risulta influenzata dalla modalità di cura svolta, secondo questi andamenti: la cura degli anziani sembra essere associata a livelli medi di salute auto percepiti più alti (0,9 dei *caregiver* di anziani a fronte di 0,63 dei non *caregiver*

e di 0,67 di media del campione) e anche le modalità “*caregiver* di minori” e “*multihelper*” ottengono livelli di salute superiori alla media del campione (da considerare comunque che i “*multihelper*” di genere maschile sono solo 8). I dati sembrerebbero quindi evidenziare che svolgere o meno attività e verso quali *carereciver* determina variazioni significative nella soddisfazione delle donne del campione e non nella soddisfazione degli uomini. La salute auto percepita subisce variazioni in entrambi i generi, ma mentre nelle donne raggiunge valori più elevati per le *caregiver* di minori, gli uomini con salute auto percepita maggiore risultano essere i *caregiver* di anziani.

2.9. Gli effetti sul benessere delle motivazioni all’impegno volontario

Un ultimo focus ha riguardato i punteggi che le/i rispondenti hanno attribuito alle diverse motivazioni individuali, raccolti nella domanda “su una scala da 1 a 10 (dove 1 è per nulla importante e 10 molto importante) come valuta i seguenti motivi rispetto alla scelta di partecipare alle attività di associazionismo?”. Come noto, infatti, anche le motivazioni alla base della propria azione volontaria possono avere effetti sul benessere.

Similmente alla analisi degli effetti sul benessere delle diverse attività, svolta nelle sezioni precedenti, si è scelto di utilizzare l’indice di benessere per dividere in quartili il campione, mantenendo i dati disaggregati secondo il genere.

Sono confrontati i punteggi medi attribuiti alle motivazioni rispettivamente della media del campione e disaggregati per genere, delle/i rispondenti con indice di benessere $\geq 1,25$ (quartile con benessere alto) e delle/i rispondenti con indice di benessere $\leq 0,58$ (quartile con benessere basso).

Per completezza si riporta anche la tabella di divisione in quartili secondo il punteggio dell’indice di benessere.

I diversi item a cui attribuire un punteggio erano riportati come segue: voglia di stare con gli altri e possibilità di incontrarli, arricchimento personale e crescita a livello personale, possibilità di aiutare gli altri e rispondere ai loro bisogni sociali ed infine sentirsi utile nei confronti della comunità (nelle tabelle riportati sinteticamente per esigenze grafiche).

Divisone del campione in quartili in base al valore dell'indice di benessere

N	910
Media	0,915
Mediana	0,100
Deviazione standard	0,507
Minimo	-0,917
Massimo	2,000
25° percentile	0,583
50° percentile	1,000
75° percentile	1,250

Su una scala da 1 a 10 (dove 1 è per nulla importante e 10 molto importante) come valuta i seguenti motivi rispetto alla scelta di partecipare alle attività di associazionismo?

Totale

Motivazioni	Medie campione	Benessere alto	Benessere basso
Stare con altri	7,89	8,24	7,56
Arricchimento personale	8,31	8,67	7,81
Aiutare altri	8,56	9,20	8,08
Sentirsi utile	8,71	9,31	8,29

Donne

Motivazioni	Medie campione	Benessere alto	Benessere basso
Stare con altri	7,99	8,25	7,84
Arricchimento personale	8,32	8,63	7,91
Aiutare altri	8,83	9,16	8,57
Sentirsi utile	8,91	9,28	8,60

Uomini

Motivazioni	Medie campione	Benessere alto	Benessere basso
Stare con altri	7,93	8,24	7,66
Arricchimento personale	8,31	8,65	7,84
Aiutare altri	8,68	9,18	8,29
Sentirsi utile	8,79	9,30	8,41

Come anticipato nella sezione dedicata, la classifica per valori attribuiti delle diverse motivazioni non varia secondo il genere. È possibile rilevare che la popolazione maschile ha attribuito in media punteggi leggermente più elevati: di tre decimi di punto per la motivazione “possibilità di aiutare gli altri e rispondere ai loro bisogni sociali”, di due decimi di punto per la motivazione “sentirsi utile nei confronti della comunità” e di un decimo di punto per la motivazione “voglia di stare con gli altri e possibilità di incontrarli”, mentre non si rileva differenza per la motivazione “arricchimento personale e crescita a livello personale”.

Considerando i valori attribuiti alle motivazioni disaggregati in base allo score dell'indice di benessere si notano andamenti speculari per uomini e donne. Infatti, per entrambi i generi e per tutte le motivazioni indagate, a livelli elevati di indice di benessere corrisponde un'attribuzione di valore maggiore rispetto alla media e, specularmente, a livelli scarsi di indice di benessere corrisponde un'attribuzione di valore minore rispetto alla media. Tali differenze dalla media si attestano dai tre fino agli oltre sei decimi di punto, mentre considerando la differenza tra i valori attribuiti dai rispondenti con benessere elevato e benessere moderato, i divari arrivano fino a 1,12 (per il gruppo delle donne e per la motivazione “possibilità di aiutare gli altri e rispondere ai loro bisogni sociali”). Le motivazioni individuali sembrerebbero, quindi, per entrambi i generi ma in particolare per il genere femminile, rilevanti per comprendere i livelli di benessere della/del singola/o volontaria/o.

3. Analisi dei dati raccolti nell'ambito dei focus group

La discussione portata avanti nell'ambito dei due focus group si è sviluppata su tre macro-temi a partire dai quali sono state articolate le domande e gli stimoli sottoposti. I macro-temi trattati sono stati i seguenti: a) il significato di invecchiamento attivo; b) le differenze tra impegno in ambito di volontariato e quelle relative alla cura intergenerazionale; c) come è cambiato l'impegno volontario in concomitanza e in seguito ad alcuni punti di svolta particolarmente rilevanti, tra tutti il pensionamento o il raggiungimento dell'età anziana.

Sulla questione "cosa significa per te invecchiare attivamente", entrambi i gruppi hanno espresso pareri tendenzialmente concordi e sono state menzionate soprattutto attività svolte nella quotidianità e stati d'animo positivi a queste associate. Nello specifico: mantenere attiva la mente, cercare qualcosa che gratificasse e al contempo desse agli altri (essere attivi e trasmetterlo), fare attività fisica (ginnastica, bicicletta), fare del volontariato o attività nell'ambito di associazioni di promozione culturali, scegliersi l'ambiente da frequentare, visitare mostre e luoghi di rilevanza culturale, viaggiare, leggere, coltivare interessi, ascoltare/suonare musica (andare a concerti e suonare strumenti), non lasciarsi andare e coltivare impegni di studio o università.

Tabella 12 e 25. Cosa significa per te invecchiare attivamente?

Attività	Frequenza
cercare qualcosa che gratificasse e al contempo desse agli altri	5
fare attività fisica (ginnastica, bicicletta)	5
fare del volontariato/aps	5
leggere	4
coltivare interessi	3
ascoltare/suonare musica (andare a concerti e suonare strumenti)	3
salute	3
mantenere attiva la mente	2
viaggiare	2
scegliere l'ambiente da frequentare	1
visitare mostre e luoghi di rilevanza culturale	1
non lasciarsi andare	1
studio/università	1



Fonte: elaborazione a partire dai dati raccolti nei due focus group

La salute, che in questa parte generale viene menzionata a più riprese, sembra essere percepita come una preconditione del benessere. Quest'ultimo, come si nota dalle riflessioni riportate anche nella nuvola delle parole, assume significati sfaccettati e nel caso delle/i partecipanti, che ricordiamo essere volontarie/i ospedaliere/i, è fortemente condizionato anche dalla possibilità di dare agli altri:

Diciamo che secondo me tu devi essere attivo in primis con te stesso per poi trasmetterlo. Non so, cioè, il sentire la voglia di fare. Sembra una banalità, però sentirti attivo tu. Certo la salute è importante, perché se uno già non ha quella è un po' difficile, però se tu sei attivo puoi trasmettere se hai voglia, perché te la devi sentire la voglia, di trasmetterlo agli altri. Secondo me è un'esperienza dal mio punto di vista che ti motiva, ti tiene molto vivo, perché ti rendi conto di quella che è la realtà del mondo. (PN1_U, Primo FG)⁵⁴

Nell'ambito del primo focus group una digressione è stata fatta sull'importanza che la curiosità ha nello spingere a svolgere attività diverse e sentirsi sempre attivi e impegnati, dice PN2_U:

Per quanto mi riguarda devo dire una cosa. Io fin da giovane, fin da ragazzo, sono stato curioso. La curiosità secondo me è alla base del non invecchiamento. E molte volte mi rendo conto io stesso di avere dei comportamenti non confacenti all'età. Perché la curiosità rimane viva.

Una riflessione interessante su questo primo macro-tema riporta anche a un percorso di invecchiamento non subito, ma programmato già molti anni in anticipo,

⁵⁴ Ai fini dell'anonimizzazione, a ciascun/a partecipante ai focus group è stato attribuito un codice progressivo (PN1, PN2, PN3, ecc.), accompagnato dall'indicazione del genere (D per genere femminile e U per genere maschile). La codifica è stata mantenuta coerente lungo l'intero testo.

che assume la valenza di una fase di vita, spesso la prima in assoluto, in cui poter scegliere autonomamente:

No, io semplicemente ho programmato il mio invecchiamento perché ci sono delle cose che da ragazza non ho potuto scegliere, quindi, in anticipo. Infatti sono quattordici anni che mi sono scelta appunto un'associazione di volontariato perché sapevo che poi andando in pensione avrei dovuto impegnare il mio tempo perché sono una tipa molto attiva e quindi ho pensato un po' al discorso (...) la persona è formata da tre parti, il corpo, la mente o la psiche e l'ambiente, quindi fare un po' di ginnastica, tenere impegnato un po' la mente, fare anche del volontariato e scegliermi anche l'ambiente da frequentare perché vedo che abbiamo degli interessi in comune e mi piace fare questa cosa. (PN23_D, Primo FG)

Ulteriore tema indagato ha riguardato il ruolo delle transizioni nel modificare l'impegno volontario, in particolare il pensionamento o il passaggio alla terza età. Sebbene si sia dedicato uno spazio apposito a questo tema, molti degli aspetti che verranno riportati di seguito sono emersi negli altri momenti della discussione, evidenziando in generale una rilevanza importante di alcuni passaggi esperienziali sul vissuto individuale. Per questo motivo l'analisi ha accorpato il tema delle transizioni a quello dell'invecchiamento attivo.

Il passaggio alla pensione è visto come prevalentemente positivo, fino a rappresentare un rimettersi in gioco, come nel caso di PN8_D:

Io mi sento più viva. Perché mi sono rimessa in gioco a 60 anni. Non nel volontariato, in quello da prima. Io facevo catechista da 25 anni, canto in due cori diversi uno da 30 anni, uno da due anni. Il volontariato dal 2012, però ho sempre fatto volontariato in casa. Diciamo occupandomi di persone anziane da quando ero piccola. Non lo so. Mi è venuta così, andavo a

dormire dalle mie vicine di casa, le vecchiette che erano da sole; quindi, io da piccolo sempre cercato di... Ora io mi sento più viva, cioè 60 anni, mi sono rimesso a lavorare. Nonostante io faccia tanto volontariato mi sono messa anche a lavorare, quindi mi fa sentire ancora importante. (PN8_D, Secondo FG)

Quando sono andato in pensione nel 2013. lavoravo in un posto bellissimo. Facevo un lavoro che mi piaceva molto. Ci sono stata 40 anni. Tutti mi dicevano ma non ti dispiace lasciare il lavoro, dico no perché quarant'anni sono una grande fetta della mia vita adesso ne comincia un'altra. Effettivamente ne è cominciata un'altra non dico altrettanto attiva, perché ho qualche momento di relax il più forse. ma Attiva Prima ho avuto i nipoti che erano piccoli quanto costa appresso a loro, Non ve lo so dire. Poi ho avuto il mio patrigno, secondo marito di mia mamma, che era molto anziano e lo portavo, era molto curioso e con me riusciva a soddisfare delle curiosità che poi facevano piacere anche a me. Ha scoperto Banksy, per esempio, e l'ho portato a vedere i murales di Roma. Siamo andati a vedere tutte le chiese che si era dimenticato di avere visto, andavamo alle mostre, camminavamo tantissimo insieme e lui è morto a 94 anni. E io comunque continuate ad avere una vita attiva, perché nel frattempo ero diventata volontaria avo e sempre pronto soccorso. Prima in uno grande adesso è uno più piccolo, ma non meno importante e poi ho fondato con degli altri amici un'APS per cui faceva pagni col comune perché realizzi delle cose che stentano a decollare nel nostro quartiere, per cui direi che di poi gli aperitivi con le amiche, le mostre, i viaggi, quelli non mancano mai. Le letture tante. E io facevo la bibliotecaria, non riuscivo a leggere. Adesso sto riguadagnando il tempo. (PN4_D, Primo FG)

Io sono andata in pensione nel 2000, ho insegnato per 30 anni, poi ho detto che faccio? Sono stata calma un anno, ho detto vedo cosa c'è e poi posso cercare qualcosa a cui dedicare un po' di tempo? Quindi proprio per mantenere in attività la mente e cercare di fare anche qualche cosa che gratificasse me, ma desse qualcosa anche agli altri. E sinceramente tuttora coltivo gli interessi. Giustamente la lettura diceva la signora (...) (PN5_D, Primo FG)

Per quanto riguarda il volontariato, le esperienze sono eterogenee, se per la maggior parte dei partecipanti è iniziato alcuni – o molti – anni prima rispetto all'anzianità, nel caso di PN8_U e di PN9_D è iniziato nel momento del pensionamento. PN9_D in particolare al momento dell'incontro è all'inizio della sua esperienza come volontaria:

Io ho iniziato quando sono andato in pensione perché non sapevo più come ottimizzare tutto questo tempo libero che avevo, allora fortunatamente ho incontrato un banchetto in un centro commerciale nella mia città, mi sono avvicinato a loro e così sono arrivato all'AVO. Questo è stato il mio inizio con l'AVO, poi ho superato, chiaramente, ho fatto tutti i corsi di aggiornamento, ho superato il corso e diciamo è stata una bella esperienza fino a dove potrò farla [ride]. Questo praticamente in poche parole è ciò che gli è successo: sono andato in pensione e poi il tempo libero come lo occupo? (PN8_U, Secondo FG)

Anche io ho iniziato con la pensione. Mentre lavoravo mi sono dovuta occupare di mio padre che è molto anziano, Aveva bisogno di Cure costanti anche se eravamo aiutati da altri operatori. Però la presenza del familiare è sempre stata molto importante. Ci ho sempre tenuto e non ci ho mai rinunciato veramente. Poi andando in pensione ho finalmente potuto

realizzare il sogno, diciamo così abbracciarlo più da vicino di potermi dedicare appunto al volontariato ancora non ho iniziato e credo di potermi organizzare, ho anche una nipotina. Ho una madre anziana che si autonoma però ha quell'autonomia della vecchia generazione, cioè che vuol fare tutto lei appunto e quindi certe volte bisogna intervenire: questo no, ti riempie di sensi di colpa. Vai avanti, torna indietro, cadi ti rialzi e continui. Credo di potermi organizzare dedicando dei giorni esclusivamente in cui dico “quelle ore sono di volontariato, punto.” e intervengono ad aiutarmi la rete di familiari che c'è intorno, che per fortuna ancora abbiamo e sulla quale possiamo fare buon affidamento? Ecco, quindi penso di organizzarmi così. (PN9_D, Secondo FG)

Ulteriore tema centrale nell'analisi consisteva nella riflessione sull'attività in ambito volontario come contrapposta alla cura familiare e alla solidarietà intergenerazionale. Si intendeva in particolare indagare eventuali differenze negli stati d'animo associati alle diverse attività, così come l'eventuale compatibilità o conflittualità dei due ruoli, ovvero se nella libera destinazione del proprio tempo ci fossero dei limiti legati agli impegni di cura familiare.

Sugli stati d'animo che scaturiscono dallo svolgere attività di volontariato, entrambi i gruppi sono risultati concordi nell'associare a questa attività stati d'animo di benessere. Anche nel soffermarsi sulla stanchezza provata durante o a seguito di turni intensi volti come volontari/e, questa è sempre associata a soddisfazione e felicità. In molti evidenziano come «(...)anche dolori fisici passano in quel momento. A me succede, perché in quel momento sei completamente dedicato e la tua mente talmente fissata nel fare o nell'ascoltare, insomma nell'essere presente, lì nella forma più attiva possibile (...)effettivamente è terapeutico anche per noi, proprio perché ti passano i dolori. Lo posso dire con tanta tranquillità perché l'ho provato.» (PN6_D, primo FG); oppure «Ti scatta l'adrenalina proprio» (PN4_D, Primo FG) e «Distrutta ma felice» (PN11_D, Secondo FG).

Anche i benefici sul benessere mentale e relazionale sono messi in evidenza:

Ti senti più serena quando fai volontariato. Ti senti più serena, più tranquilla e anche più lucida nel senso più attiva mentalmente. Parlare con gli altri, interloquire. Quindi ti senti attiva anche mentalmente, oltre che più serena. (PN11_D, secondo FG)

Emerge dalla riflessione, soprattutto nell'ambito del secondo focus group la questione dell' "egoismo", ovvero consapevolezza che l'impegno volontario in AVO, sebbene sia orientato alla cura dell'altro, possa dare molto di più al/la volontario/a, che venga fatto perché «mi riempie la vita, Nel senso che io mi sento viva (...) facendo l'AVO mi sento utile agli altri. Mi fa star bene fare AVO, però è una cosa che fa bene a me. Cioè per prima cosa fa bene a me e poi è chiaro che penso di essere utile anche agli altri. » (PN12_D, Secondo FG). Ancora:

E poi via via ti accorgi che ricevi di più di quello che dai e quindi è un motivo sempre quasi di dire grazie agli altri. Perché effettivamente ti arricchisce tantissimo, cioè le relazioni, così, anche solo gli scambi in reparto. (PN13_D, Secondo FG)

Anche a seguito di eventi particolarmente impattanti della vita, con il tema delle transizioni che ritorna centrale nella riflessione:

Io la penso come la mia collega, perché io purtroppo sono rimasta vedova quindici anni fa. Si son sposati i figli e ho sofferto molto la solitudine. Poi mio figlio che lavora in ospedale e mi ha preso proprio e mi ha detto «ma' perché non fai volontariato?» e così mi sono avvicinata all'AVO. Devo dire la verità, è stato molto importante per me. Mi ha aiutato molto. I primi anni non l'avevo capito il bisogno che avevo io di fare volontariato, lo facevo ma proprio così.

Poi sono diventata nonna e ho sei nipotini, quindi mi sono dovuta un po' destreggiare fra le cose, però il volontariato non l'ho mai lasciato o sono anni, proprio che partecipo pienamente ai mercatini, tutto quello che facciamo noi, e sento proprio di aver trovato una pace interiore. Gratificante, vado a casa tranquilla, dormo di più la notte perché mi sento proprio ad aver dato, oltre ai nipoti e tutto, anche alle persone che hanno bisogno e che ti ringraziano, specialmente in ospedale. (PN14_D, Secondo FG)

Alcune riflessioni mettono in evidenza la soddisfazione che si prova in quanto si viene riconosciute/i per il ruolo svolto, che ben si percepisce dallo scambio avvenuto tra due socie nel secondo focus group, che nel raccontare gli aneddoti vissuti non nascondono anche sentimenti di grande felicità e commozione:

PN14_D: è bello perché ti riconoscono, anche fuori ti riconoscono, ti ringraziano. Una volta io ho fatto volontariato in pediatria, una bambina è venuta a giocare con me e il giorno dopo non è voluta andare con la collega. Poi sono tornata io tre giorni dopo e ha detto: «lo voglio la maestra dei capelli grigi». Per dire, è una cosa che ti riempie il cuore.

PN8_D [rispondendo a PN14_D]: A me un signore «Dov'è la signora bionda, quando viene la signora bionda.» Parlava con me, eravamo più o meno vicini di paese e quindi si parlava anche in gallurese. Quindi quando ti sentono che parli in dialetto ti aprono il cuore si sentono in famiglia, vero? Quindi questo mi aveva raccontato la sua vita, morte e miracoli di tutto e la settimana chiedeva sempre «ma la signora bionda, quando ritorna?» alle mie colleghe.

Sulle esperienze di cura intergenerazionale e l'uso del tempo, alcuni aspetti meritano di essere messi in evidenza. In molte delle risposte delle partecipanti si percepisce effettivamente un elemento di conflittualità dei ruoli, sebbene questa

non venga sempre apertamente esplicitata, neppure se sollecitata dalla moderatrice. Si riporta l'esempio di PN5_D, che sembra dare per "scontato" ("logico" nelle espressioni della partecipante) il ruolo di *caregiver* nei confronti della madre che ha dovuto ricoprire:

Ho avuto problemi in famiglia la mamma che è stata con l'Alzheimer tanti anni; quindi, ho seguito anche lei e ho un po' intervallato anche l'attività nell'AVO perché logicamente ho seguito la mia mamma e poi quando lei è mancata ho ripreso e sono andata, e sono ancora qua. (PN5_D, Primo FG)

Nell'esperienza di PN7_D (primo FG), che racconta di aver avuto fin da ragazzina una sensibilità verso le attività svolte in ospedale, si percepisce la rilevanza degli impedimenti relativi alle esperienze di malattie vissute dai suoi familiari nel condizionare le sue scelte relative all'ambito dell'attività di volontariato, che in più di un'occasione la limitano; fino alla decisione di ritagliarsi per sé "almeno" l'attività AVO, dopo aver rinunciato al corso OSS:

Penso che il mio desiderio di volontariato, che ancora non avevo percepito che si chiamasse volontariato, venga da molto lontano, quando ero ragazzina [racconta episodi legati alla giovinezza] (...) E quindi poi nel 2008 ho pensato di fare un corso di OSS, visto che l'azienda per cui lavoravo stava acquisendo l'ospedale come partner. E c'è stato poi lì un qualcosa, mio papà ha iniziato a star male, quindi non lo feci più, avevo già preparato tutto. A quel tempo era ancora gratuito e ho detto. «Vabbè lo rifarò l'anno dopo». Nel 2009 avevo preparato anche lì, e poi mio marito, ebbe un infarto a ottobre quando poco dopo sarebbe iniziato [il corso] e ho detto «Si vede che allora non è tempo o non è cosa» però andando in ospedale vidi la locandina dell'AVO che iniziava il corso 2008, e ho detto «Questo lo faccio, cioè, almeno questo». (PN7_D, Primo FG)

In relazione alla cura dei nipoti, PN3_D afferma che si sentirebbe in colpa a svolgere tante ore di volontariato se i suoi nipoti abitassero più vicino e necessitassero di un maggiore impegno da parte sua; mentre PN12_D, nonostante si definisca dispiaciuta di non poter essere più vicina ai nipoti, al contempo sostiene che se fossero più vicini il suo impegno di cura nei loro confronti sarebbe maggiore e ciò la porterebbe a limitare la sua attività in AVO. Infine PN14_D afferma di riuscire a conciliare i due ruoli grazie alla sensibilità del presidente della sua sezione, che la agevola nella allocazione dei turni di servizio:

Anche io ho due nipoti, però fortunatamente non abitano proprio vicino a casa mia. Perché altrimenti mi sarei sentita un po' in colpa, perché il tempo che dedico all'associazione da quando sono in pensione è moltiplicato. Non posso dire né il doppio né il triplo, praticamente continuo a lavorare più di prima. Però non abitano vicino, quindi mi impegnano diciamo di più il fine settimana, le vacanze, così. (PN3_D, primo FG)

Per quanto riguarda invece gli impegni familiari legati ai nipoti, eccetera, per quanto mi riguarda i miei nipoti purtroppo sono lontani, quindi io mi occupo di loro, diciamo, non con continuità. Ed è chiaro che quando mi devo occupare della famiglia, Insomma un po' tralascio l'AVO. Ma non capita sempre perché sono lontani. (PN12_D, Secondo FG)

Io pure sono stata fortunata, nonostante la sfortuna che ho avuto di continuare a lavorare a fare volontariato il pomeriggio e prendermi cura dei nipotini, accompagnarli a scuola poi quando non lavoravo più, però il volontariato non l'ho mai rilasciato perché comunque sono due cose completamente diverse. Ho la fortuna che il nostro presidente, mi agevola i turni, per esempio la mattina accompagno i ragazzi a scuola e mi fa fare il

turno dalle 10:00 a mezzogiorno oppure dalle 10:30 alle 13:00, oppure il pomeriggio, però riesco a fare tutti e due e sono due cose completamente diverse l'amore per i nipoti è una cosa l'aiuto per i pazienti è un'altra cosa, però lo faccio con amore pure quello. (PN14_D, Secondo FG)

Rimane comunque condivisa la convinzione per cui il volontariato non è vissuto come un modo per riempire il tempo libero, e ciò è messo in luce dallo scambio tra PN2_U e PN4_D:

PN2_U: Come dicevo prima, l'occasione ti permette di estrinsecarti e hai la possibilità di poterlo fare. Io ho lavorato fino a due anni fa dicevo, ma nel frattempo negli otto anni precedenti, io riuscivo a ritagliarmi è una volontà, ritagliarmi degli spazi di tempo da dedicare al volontariato; quindi, è un discorso completamente diverso dal dire ho tempo vado a fare il volontario, non è così. Devi cercare, se vuoi fare il volontario, devi cercare il tempo giusto da dedicare al volontariato che un concetto completamente diverso, perciò mi sono permesso di, perché sennò l'alternativa è andare al bar giocare a bocce oppure uscire con gli amici giocare a carte, eccetera eccetera.

PN4_D: Sì, non vai a fare volontariato perché hai del tempo libero. Questa era una decisione, per esempio, nel mio caso specifico che ho maturato da tempo. Solo che lì proprio non ce la potevo fare e appena ho potuto farlo ma non perché avessi del tempo libero ma perché avevo già deciso prima e per motivi contingenti non ero riuscita a farlo e l'ho fatto. (Primo FG)

Più nel dettaglio sui differenti stati d'animo che volontariato e cura familiare scaturiscono, il dibattito si è concentrato sulla percepita obbligatorietà della cura informale, contrapposta all'impegno scelto del volontariato:

PN4_D [rispondendo alla domanda relativa a se, e quanto, attività di cura e volontariato fossero simili]: No, è diverso, non c'entra niente. L'accudimento dei nipoti è un piacere/dovere. Perché tu ti senti in dovere di aiutare tua figlia o tuo genero perché loro non ce la fanno. Allora, io uscivo dal lavoro alle cinque e trenta, alle sei ero a casa di mia figlia, bagno, cena e poi tornavo a casa mia. Cioè dodici ore di lavoro. E poi dopo i ragazzi venivano a pranzo da me, quando erano alle medie, hanno la residenza da me, addirittura, i loro libri, eccetera eccetera. Quando il mio patrigno è rimasto vedovo perché mamma è morta e lui era una persona deliziosissima e io me ne sono occupata. Certo lo facevo con piacere, però era anche quello una specie di dovere. Il volontariato è un dovere scelto, non imposto da legami familiari o da sensi di colpa (per non fare quello che devi fare). È un'altra cosa. Il lavoro il volontariato ti scatena l'adrenalina, come dicevo prima, ti fa sentire un'appartenenza. Scambi. In continuazione. Sia col tuo gruppo, due volte l'anno faccio un aperitivo con tutti quanti per parlare, per discutere eccetera, sia in occasioni più plenarie, come queste che ti allargano un po' lo spirito. È diverso, è assolutamente diverso. La famiglia è tutta un'altra cosa, sia psicologica, è più stancante, anche, è più stancante.

PN6_D [in risposta a PN4_D]: Sono d'accordo con la signora. Io ho seguito la mia mamma per sei anni con l'Alzheimer. Un po' senti il dovere di farlo e poi si è coinvolti in maniera diversa, Cioè lì [nel volontariato] sono scambi, non dico alla pari perché comunque la persona malata è sofferente, però lo scambio c'è. Lì [nella cura familiare degli anziani] veramente sei tu che comunque devi dare, perché poi andando avanti con gli anni dopo loro van sempre peggiorando, e in quel periodo lì non hai forse neanche la disponibilità di poter dare il tuo tempo in maniera giusta alle persone ricoverate.

PN4_D [rispondendo]: Non c'è reciprocità, ha ragione la signora. Perché quando tu vai a fare volontariato ne esci arricchito, gratificato. Una volta una signora mi disse: «ah ma quella [il volontariato] è una sua vocazione», dico: «no signora, è puro egoismo». (Primo FG)

Anche PN8_D descrive le ore di volontariato come una valvola di sfogo al burnout del compito di cura nei confronti della madre malata di Alzheimer:

Sono motivazioni diverse perché ho avuto mia mamma per anni con l'Alzheimer che neanche mi riconosceva in casa. Io mi ritagliavo il mio tempo per andare in ospedale, perché? Perché mi alleggeriva la testa. Nonostante vedevi di tutto di più. Però mi alleggeriva la testa, io pagavo una persona per stare lì due ore con mia madre per potermi allontanare da quella situazione che mi opprimeva, perché in effetti vivere con una persona che ti può anche non dormire per tre giorni di seguito... (PN8_D, Secondo FG)

Ancora, l'attività volontaria come "scelta", che fa sentire utili e restituisce qualcosa indietro:

(...) Però appunto come dicevano anche loro, cioè quello che si fa per i nipoti o per i familiari, è diverso. Anche mia mamma era lontana e praticamente non sono riuscita a stare vicino più di quello che potevo perché abitava molto molto distante da me. Però diciamo che più un fatto di obbligo che si fa volentieri per carità, mentre il volontariato è una scelta. Quindi noi regaliamo il tempo per scelta e quindi questo ci gratifica molto e ci rende anche sereni, soprattutto, ecco, la serenità. Oltre che un senso di felicità quando, appunto, ti senti utile, questo senso di utilità. (PN3_D, Primo FG)

A questo riguardo, una partecipante racconta di quando, in un'occasione in cui in casa aveva dei familiari ammalati, si reca a svolgere servizio volontario e nel momento in cui una conoscente le fa notare che è passata da una situazione (la casa con persone malate) a un'altra molto simile (l'ospedale con persone ricoverate) lei rimane stupita del parallelismo, perché per lei sono due esperienze completamente diverse:

Anche io ho un aneddoto: io avevo a casa marito e figlio con l'influenza, mio figlio mi fa: «devo andare dal dottore, chiamare... », io ho detto: «scusate... Adesso io vado, vi lascio, fate quello che volete. Io vado all'ospedale. » Sono andata all'ospedale e ho incontrato la sorella di una mia amica col figlio che era ricoverato, e mi fa: «come stai? », «Sì, dai, c'è a casa mio marito che sta male, mio figlio ecc. e ho detto loro: guardate io vado via» e lei ha detto «Ah, certo però che sei venuta in un posto...» come dire sei passata dalla padella alla brace. Io non ci avevo pensato. Lei mi ha detto così e mi ha lasciato di sasso. Mi ha fatto riflettere questa cosa. Io non ci avevo pensato, cioè lungi da me questo pensiero. (PN7_D, Primo FG)

Proprio su questo punto, il primo gruppo, che ha mostrato una generale concordanza nelle risposte data alle altre tematiche, ha sperimentato una frattura di opinioni, messa in luce nello scambio di battute tra i due partecipanti più attivi, PN2_U e PN4_D.

PN2_U: Secondo me [l'essere volontari] è un dono che non capita a tutti. È un dono che capita a qualche o parecchie persone. Speriamo a parecchie persone che poi trovano il modo, come dicevo, precedentemente di estrinsecarlo presso un'associazione eccetera eccetera.

Quando parlo con le volontarie dico: il primo volontariato lo fate voi in casa. Quindi quando è capitato nel corso della gestione che qualcuno dicesse:

«Sai, io non posso venire a fare i servizi o perché c'è mio padre che non sa bene, mio nipote, ecc.» «Tu il tuo volontariato lo puoi fare pure a casa tua. »

PN4_D: [in risposta a PN2_U] Ma quello è obbligatorio...

PN2_U: [proseguendo] Non c'è bisogno di mettere il camice o l'etichetta AVO. Già quello è sintomo di volontariato. Che poi lo fai col camice è un altro discorso.

PN4_D: Sono due cose diverse. (Primo FG)

Degna di nota anche la riflessione sulla cura espressa da un partecipante di genere maschile (unico uomo nei due focus group ad aver raccontato un'esperienza di cura familiare):

Il rapporto tra i pazienti e i miei familiari è diverso? È diverso perché il rapporto con i pazienti mi ha aiutato comunque poi ad affrontare anche il rapporto coi miei familiari perché ho mio fratello che ha delle difficoltà da più di 30 anni. Mia mamma che ormai ha 87 anni e ha difficoltà chiaramente di mangiare eccetera. È stata ricoverata, eccetera. Però è diverso perché col paziente è una persona con la quale non c'è un legame familiare, per cui puoi dare qualche consiglio, puoi dire qualcosa, ascolti. Però non entri molto. Invece con i familiari a volte cerchi di dare un indirizzo un po' più marcato, che non viene accettato e come stato d'animo sono diverse. Anche se l'una poi ha aiutato l'altra perché comunque mi ha aiutato a capire certe modalità, certi modi di imporsi, eccetera però sono coinvolto diversamente, lì. Ma col familiare. ecco, ripeto, cerco di essere, oltre che ascoltare e cercare di

essere un po' super partes, cioè cerchi anche di dare consigli obiettivi. No, però dovresti fare così. (PN15_U, Secondo FG)

Parallelamente, nelle esperienze di vita di una volontaria che dichiara di aver fatto la casalinga, si evidenzia in maniera più forte l'importanza del volontariato come ambito di vita destinato a coltivare la soddisfazione personale:

A differenza di loro non lavoravo, sono una casalinga. Mi sono sempre dedicata alla famiglia. Ho avuto mia madre che ha avuto degli ictus, quindi un momento un po' difficile, Ho due nipoti che abitano a Milano io abito a Genova, però appena mi chiamano prendo il treno e vado, quindi non c'è problema. Il volontariato per me è una cosa mia, cioè mio marito lo sa, per fortuna mi accetta, ho voluto un qualcosa di mio che mi desse soddisfazione. È un mio angolo che ho sempre coltivato, però non l'ho fatto da anziana. Io già da giovane prima andavo a Lourdes, poi ho fatto da altri anziani al [nome di struttura], cioè è sempre stata una cosa che forse mi è stata inculcata, perché andavo dalle suore e già da piccola mi portavano a fare qualche piccola forma di volontariato. Quindi mi è sempre rimasta ed è una cosa che non me la deve toccare nessuno. Infatti mio marito lo sa, poverino, ormai anche lui anche se non è un volontario collabora e fa lo stesso il volontario. E quindi è una cosa tutta mia e a me dà una soddisfazione enorme. (PN6_D, Primo FG)

Commento sui risultati e spunti di riflessione

Alla luce dei dati raccolti, e in linea con le indagini statistiche nazionali, anche nel campione oggetto di studio il genere si conferma come un elemento significativo nel modellare l'uso del tempo degli anziani e delle anziane volontarie. Infatti, se oltre il 20% del campione dichiara di prendersi cura di minori, per le donne questa attività è più frequente: esse sono il 25% a fronte del 18% degli uomini. Divari di genere sono osservabili, inoltre, nei compiti specifici che anziani e anziane svolgono nella loro attività di *caregiving* nei confronti dei minori, come la preparazione dei pasti, che risulta maggiormente frequente per le donne, o il trasporto e l'accompagnamento presso le diverse attività, prevalente per gli uomini. La cura di anziane/i e adulte/i non autosufficienti è meno frequente, attestandosi al 12,53% del campione. Anche in questo caso le donne *caregiver* risultano il 14,31% a fronte del 10,00% degli uomini. Le prime, inoltre, con maggiore probabilità si occupano dalla cura del *careereciver* senza la presenza di personale qualificato, mentre gli ultimi più frequentemente svolgono commissioni, e la segregazione dei compiti osservata sembra riprodurre in parte i ruoli considerati "naturali" per i due generi.

Analizzando l'intensità delle attività di *caregiving*, è possibile evidenziare la presenza di significative differenze di genere nella cura di anziani e persone non autosufficienti, che impegna le donne *caregiver* in media 24 ore settimanali, a fronte delle 16 degli uomini. Al contrario, l'intensità di cura nei confronti dei minori risulta di circa 16 ore per entrambi i generi con una differenza di solo circa un'ora a settimana in più per le *caregiver* di genere femminile.

Sulla base di quanto emerso, quindi, viene confermata la persistenza di una maggiore frequenza e intensità dei compiti di cura e solidarietà intergenerazionale per la popolazione anziana di genere femminile, che risulta impegnata, se si considera la somma delle due modalità di cura, mediamente circa 4,5 ore settimanali in più rispetto agli uomini.

Per quanto riguarda l'intensità della attività svolta in ambito volontario e associativo, le donne dichiarano di svolgere circa 11,5 ore settimanali a fronte delle 16 degli uomini. Tale divario appare particolarmente significativo se si considera che i rispondenti e le rispondenti sono tutte persone già attive in ambito volontario. La poli-partecipazione (essere iscritte/i a più di una associazione, gruppo di interesse o ente, anche di ambiti diversi) è frequente per entrambi i generi, ma persistono differenze sugli ambiti maggiormente frequentati, con le donne più attive nelle associazioni culturali e gli uomini nelle organizzazioni sindacali.

Le donne sperimentano con maggiore frequenza impedimenti che limitano la loro attività di volontariato: il 17,6% delle donne e il 13,10% degli uomini dichiarano che vorrebbero dedicare più ore di quelle che effettivamente svolgono all'attività volontaria. L'ostacolo principale per entrambi i generi consiste proprio negli oneri familiari e domestici, che è indicato dal 51,4% delle donne e dal 44,0% degli uomini, tra coloro nel campione che dichiarano di non essere soddisfatte/i dell'intensità del proprio impegno volontario.

Non sembrano essere particolarmente marcate, invece, le differenze di genere relative ai valori attribuiti alle diverse dimensioni di benessere e alla salute auto percepita. Tali variabili sembrano influenzarsi, però, a vicenda in entrambi i generi, per cui le persone con salute auto percepita più elevata attribuiscono anche punteggi maggiori in tutti gli *item* di composizione del benessere. Al contrario, sulle dimensioni della soddisfazione, le differenze di genere sono maggiormente marcate, soprattutto per il benessere mentale, il tempo libero e la soddisfazione generale, nei quali le donne si attribuiscono valori mediamente inferiori di uno o due decimi di punto. Anche la presenza/assenza di malattie croniche sembra essere una variabile che incide maggiormente sul benessere e la soddisfazione degli uomini piuttosto che su quella delle donne.

Indagando i due aspetti – salute e soddisfazione – congiuntamente, utilizzando l'indice di benessere, è stato possibile analizzare quali *pattern* di attività svolgessero le persone con benessere maggiore. I risultati hanno evidenziato che

nel caso della popolazione femminile, le donne nel quartile con indice di benessere più elevato svolgono mediamente un'ora in più di volontariato e un'ora in meno di cura combinata, rispetto alle donne nel quartile con indice di benessere più basso. Gli uomini con indice di benessere elevato, invece, dichiarano di svolgere oltre 3,5 ore in più di volontariato e circa 0,7 ore in più di cura combinata rispetto agli uomini con indice di benessere scarso. Scomponendo le attività di *caregiving* è possibile mettere in luce come, per entrambi i generi, incrementando il valore dell'indice di benessere aumentino anche le ore di cura nei confronti di minori e contestualmente diminuiscano le ore di cura dedicate ad anziane/i o adulti non autosufficienti. Se, quindi, a elevati livelli di benessere corrisponde un minore impegno complessivo di cura per le donne ma non per gli uomini, per entrambi i generi all'aumentare dell'indice di benessere incrementano le ore dedicate alla cura dei bambini, attività che non sembra, quindi, condizionare negativamente il benessere stesso. Al contrario, uomini e donne con indice di benessere "scarso" svolgono più ore di *caregiving* nei confronti di adulti non autosufficienti, sia in confronto al quartile con indice di benessere elevato, sia in confronto alla media del campione. L'intensità dell'attività associativa, invece, aumenta al crescere dell'indice di benessere per entrambi i generi, confermando l'ipotesi che modalità di impegno volontario ad alta intensità siano associate a un incremento del benessere (Matz-Costa et al., 2014). Nel campione, inoltre, la presenza di "*multicarer*" (persone che svolgono attività di cura nei confronti di minori e adulti non autosufficienti contemporaneamente) è molto limitata, riguardando solo il 4,06% delle donne e il 2,05% degli uomini. Tale risultato si discosta dagli approcci che definiscono la generazione oggetto di studio come "generazione sandwich", sebbene, è necessario tenerne di conto, il campione analizzato rappresenti una nicchia di giovani anziane/i caratterizzata dall'essere attiva in ambito associativo.

Per quanto riguarda la compatibilità o conflittualità dei ruoli di volontariato e *caregiving*, i dati raccolti nel questionario e le riflessioni ottenute attraverso i due focus group di approfondimento sembrano suggerire risultati non univoci. Infatti, se

analizziamo le ore di volontariato svolte dalle persone con compiti di cura (più o meno intensi) raccolte attraverso i questionari, non sembra che le attività di cura determinino una diminuzione dell'impegno volontario, e i pochi "*multicarer*" presenti nel campione (29 persone: 21 donne e 8 uomini), al contrario, risultano coloro che svolgono il numero maggiore di ore di volontariato se confrontati con tutte le altre modalità⁵⁵. Se, quindi, la teoria delle/i "*multihelper*", ovvero persone che oltre a svolgere entrambe le modalità di cura risultano anche molto attive in ambito volontario, non trova conferma, poiché esse/i non sono presenti in maniera significativa nel campione, al contempo, tra coloro che rientrano in tale categoria si rileva effettivamente una tendenza alla multi-partecipazione intensa. Tuttavia, anche tra i *caregiver* "*singlecarer*" (che svolgono attività di cura solo in una direzione) è possibile osservare un impegno, in termini di ore settimanali svolte, non inferiore a quello dei non *caregiver*, con alcuni andamenti da analizzare più nel dettaglio: per le donne l'attività di *caregiving* di qualsiasi tipo sembra determinare un aumento delle ore di volontariato svolto; al contrario, per gli uomini essere *caregiver* "a bassa intensità" determina una lieve diminuzione dell'impegno volontario, ma nel caso di *caregiving* intenso le ore settimanali di volontariato aumentano, confermando per tale gruppo una tendenza al "*multihelping*" e un'attività volontaria forse percepita anche come valvola di sfogo per attenuare il *burnout* legato al ruolo di cura (Rozario et al., 2004).

⁵⁵ Sebbene il dato sia da considerare anche alla luce della scarsità di rispondenti che rientrano in questa categoria.

Tabella riassuntiva delle principali differenze di genere emerse dall'analisi del questionario

	Donne	Uomini	Analisi differenze di genere
Cura di minori, frequenza e intensità	Il 25,53% delle donne svolge attività di cura nei confronti dei minori. Le <i>caregiver</i> di minori svolgono mediamente 16,69 ore di cura settimanali.	Il 18,21% degli uomini svolge attività di cura nei confronti dei minori. I <i>caregiver</i> di minori svolgono mediamente 15,55 ore di cura settimanali.	Le donne risultano con più frequenza <i>caregiver</i> sia di minori che di anziani/ adulti non autosufficienti. Le <i>caregiver</i> donne svolgono più ore di attività di cura rispetto agli uomini sia nei confronti di minori (+ 1,14 ore settimanali) che nei confronti di adulti e anziani (+ 7,75 ore), ma la differenza in quest'ultimo caso è molto più marcata.
Cura di adulte/i e anziane/i, frequenza e intensità	Il 14,31% delle donne svolge attività di cura nei confronti di adulti e anziani. Le <i>caregiver</i> di anziani svolgono mediamente 24,54 ore di cura settimanali.	Il 10,00% degli uomini svolge attività di cura nei confronti di adulti e anziani. I <i>caregiver</i> di anziani svolgono mediamente 16,79 ore di cura settimanali.	
Multicarer (persone che svolgono entrambi i tipi di cura)	Scarsa presenza (4,06%), ma alta intensità di cura (21,72 ore settimanali)	Scarsa presenza (2,05%), ma alta intensità di cura (17,24 ore settimanali)	Scarsa presenza di <i>multicarer</i> in entrambi i generi, ma alta intensità di cura, soprattutto per le <i>multicarer</i> di genere femminile.
Principali Attività cura minori	Passare tempo insieme (69,70%); Prenderle/i a scuola (61,36%); Preparare i pasti (42,16%); Aiutare con i compiti (30,30%).	Passare tempo insieme (74,65%); Prenderle/i a scuola (67,61%); Preparare i pasti (29,58%); Aiutare con i compiti (25,35%).	Specializzazione di genere nelle attività di cura dei minori: la preparazione dei pasti e l'aiuto con i compiti sono maggiormente appannaggio delle donne, mentre i trasporti e il passare tempo insieme degli uomini.
Principali Attività cura adulte/i e anziane/i	Passare tempo insieme (59,46%); Commissioni e compere (50,00%); Cura senza personale qualificato (41,89%); Cura con personale qualificato (10,81%).	Passare tempo insieme (61,54%); Commissioni e compere (61,54%); Cura senza personale qualificato (30,77%); Cura con personale qualificato (23,08%).	Specializzazione di genere nelle attività di cura di adulti/anziani: La differenza di genere più rilevante è relativa alla modalità di cura con/senza personale qualificato, con le <i>caregiver</i> donne che con più probabilità svolgono attività di cura senza la presenza di personale qualificato e i <i>caregiver</i> uomini per i quali, al contrario, è più frequente la cura con l'ausilio di personale qualificato. Gli uomini, inoltre, più frequentemente si occupano di svolgere commissioni.

Intensità attività volontaria	Partecipazione volontaria media (ore settimanali medie 11,47).	Partecipazione volontaria intensa (ore settimanali medie 16,18).	Gli uomini svolgono 4,7 ore settimanali di volontariato in più rispetto alle donne.
Partecipazione ambiti volontariato ("è iscritta/o a una o più di una")	Organizzazioni sindacali (37,91%); Associazioni ecologiste (21,76%); Associazioni di volontariato (87,63%); Associazioni culturali (64,94%).	Organizzazioni sindacali (47,59%); Associazioni ecologiste (21,56%); Associazioni di volontariato (89,81%); Associazioni culturali (55,13%).	Le differenze di genere più significative sono presenti nella partecipazione a organizzazioni sindacali, maggiormente maschilizzate, e nelle associazioni culturali, dove è maggiore la partecipazione femminile.
Concordanza tra ore di volontariato svolte e desiderate	Minore concordanza: vorrebbero dedicare più ore al volontariato 17,66%.	Maggiore concordanza: vorrebbero dedicare più ore al volontariato 13,10%.	Le donne con più probabilità svolgono meno ore di volontariato rispetto a quanto desiderato.
Principali ostacoli a svolgere volontariato	1) Impegni familiari e domestici (51,40%); 2) Mancanza di tempo libero (31,78%); 3) Problemi interni all'associazione (22,43%); 4) Impegni personali diversi (15,89%); 5) Ostacoli legati alla salute (11,21%); 6) Difficoltà logistiche (8,41%).	1) Impegni familiari e domestici (44,26%); 2) Problemi interni all'associazione (29,51%); 3) Mancanza di tempo libero (24,59%); 4) Ostacoli legati alla salute (16,39%); 5) Impegni personali diversi (14,75%); 6) Difficoltà logistiche (6,56%).	Diversa rilevanza dei diversi ostacoli: per le donne sono più impediti gli impegni familiari e la mancanza di tempo libero, mentre per gli uomini appaiono rilevanti anche le questioni interne all'associazione e lo stato di salute.
Benessere	Salute auto percepita elevata (0,68); Minore presenza di malattie croniche (media 0,5); Attribuzione di punteggi più bassi alle dimensioni della salute (Indice dimensioni salute 7,76); Valori dimensioni di salute più elevati al crescere della salute auto percepita.	Salute auto percepita elevata (0,67); Maggiore presenza di malattie croniche (media 0,75); Attribuzione di punteggi più alti alle dimensioni della salute (Indice dimensioni salute 7,88); Valori dimensioni di salute più elevati al crescere della salute auto percepita.	Non sono presenti differenze di genere nella salute auto percepita, mentre la presenza di malattie croniche è più frequente per gli uomini. Sebbene le donne attribuiscono mediamente punteggi minori rispetto agli uomini ai diversi item di composizione della salute, questi ultimi crescono al crescere del livello di salute auto percepita per entrambi i generi.

Soddisfazione	Livello benessere mentale e psicologico (1,14), tempo libero (0,95) e soddisfazione generale (1,13) inferiori	Livello benessere mentale e psicologico (1,25), tempo libero (1,05) e soddisfazione generale (1,24) superiori	Differenze di genere sono marcate per il benessere mentale, il tempo libero e la soddisfazione generale, nei quali le donne si attribuiscono valori mediamente inferiori di uno o due decimi di punto.
Differenze pattern di attività tra persone con indice di benessere elevato e persone con indice di benessere scarso	Donne con indice di benessere elevato svolgono più volontariato (1 ora) e meno cura combinata (1 ora) rispetto a indice di benessere scarso	Uomini con indice di benessere elevato svolgono molto più volontariato (3,5 ore) e più cura combinata (0,7 ore) rispetto a indice di benessere scarso	Al crescere dell'indice di benessere cresce l'impegno volontario per entrambi i generi (+ volontariato = + benessere). A elevati livelli di benessere corrisponde un minore impegno complessivo di cura per le donne, ma non per gli uomini.
	Donne con indice di benessere elevato svolgono più ore di cura nei confronti di minori e meno ore di cura nei confronti di adulti e anziani rispetto a indice di benessere scarso	Uomini con indice di benessere elevato svolgono più ore di cura nei confronti di minori e meno ore di cura nei confronti di adulti e anziani rispetto a indice di benessere scarso	Per entrambi i generi all'aumentare dell'indice di benessere incrementano le ore dedicate alla cura dei bambini e diminuiscono le ore di cura nei confronti di adulti non autosufficienti.
Compatibilità/co nflittualità volontariato e cura. Tra parentesi le ore settimanali di volontariato svolte per ciascuna modalità di cura.	Compatibilità tra volontariato e cura: sia le <i>caregiver</i> di minori (12,51), sia le <i>caregiver</i> di anziani (12,04) sia, in particolare, le <i>"multicarer"</i> (17,10) svolgono in media più ore di associazionismo delle non <i>caregiver</i> (10,64).	Meno chiarezza e più conflittualità: a svolgere meno ore di volontariato sono i <i>caregiver</i> di anziani (14,03), mentre i <i>caregiver</i> di minori (16,00) svolgono circa le stesse ore dei non <i>caregiver</i> (16,31). I pochi <i>"multicarer"</i> (21,50) svolgono il maggior numero di ore di volontariato	Per le donne l'attività di <i>caregiving</i> di qualsiasi tipo sembra determinare un aumento delle ore di volontariato svolto; al contrario, per gli uomini svolgere attività di <i>caregiving</i> nei confronti di anziani e adulti comporta una diminuzione importante del volontariato svolto, mentre il <i>caregiving</i> nei confronti di minori solo una diminuzione lieve.

I risultati ottenuti dall'analisi dei dati del questionario non rilevano quindi una relazione chiara e univoca tra intensità dell'impegno volontario e presenza di oneri di cura. D'altro canto, le risposte relative ai focus group hanno messo in luce più chiaramente una conflittualità sperimentata tra i ruoli di *caregiver* e volontaria/o, raccontata attraverso le esperienze vissute, soprattutto da parte delle partecipanti di genere femminile. In particolare gli impegni di cura intensi vengono percepiti

come non compatibili e contrapposti all'impegno volontario. Tale conflittualità è riscontrabile, ad esempio, nella considerazione che la percezione di sensi di colpa sarebbe intensa se le/i nipoti vivessero vicine/i, poiché l'attività volontaria limiterebbe il tempo da dedicare a loro, oppure nel raccontare della necessità di assumere personale qualificato per avere alcune ore liberate dall'attività di *caregiving* e poterle dedicare all'impegno volontario. L'incompatibilità viene messa in luce anche nel raccontare la rilevanza che lo stato di salute dei familiari ha avuto nel modificare la direzione data alla propria vita (nel caso della partecipante che più volte ha messo in pausa il proprio desiderio di partecipare a corsi OSS a causa della necessità di prendersi cura degli altri). Se i due ruoli – di *caregiver* e di volontaria – possono essere ad alcune condizioni conciliabili, ad esempio grazie al supporto del presidente di sezione che organizza i turni di una partecipante sulla base dei suoi impegni di cura – ciò nonostante ha dovuto comunque «destreggiarsi fra le cose» –, più spesso nelle esperienze raccolte la cura intensa diventa un motivo di arresto o forte limitazione dell'impegno volontario.

Inoltre, nella parte introduttiva dei focus group nella quale era richiesto di definire la propria idea di invecchiamento attivo e di successo, le/i partecipanti hanno fatto riferimento soprattutto ad attività – sia individuali sia collettive – da svolgere in ambito culturale e di intrattenimento, oltre che all'esercizio fisico e mentale. Un'attenzione particolare è stata destinata alla dimensione del “dare agli altri” che si trasforma in un “ricevere indietro” del volontariato, che le/i partecipanti hanno a più riprese indicato come imprescindibile per la propria soddisfazione e il proprio benessere. Non sono stati fatti accenni in questa fase, invece, alla dimensione della famiglia, della cura e della solidarietà intergenerazionale.

Nella fase dei focus group nella quale si sollecitava la discussione sugli effetti delle due tipologie di attività sul benessere, le rispondenti hanno associato stati d'animo ed emozioni diversi al volontariato e alla cura dei familiari, nonostante il tipo di attività volontaria svolta nell'ambito della rete AVO sia essa stessa relativa alla dimensione della cura di persone non autosufficienti e fragili. In particolare, le/i

partecipanti descrivono i benefici dell'attività volontaria non solo in termini di miglioramento dello stato mentale e dell'umore (benessere psicologico), ma anche il dolore fisico e la stanchezza sembrano diminuire durante e dopo il turno come volontaria/o: ci si sente più lucide/i, si scatena l'adrenalina, si alleggerisce la testa, si viene gratificate/i, rende serene/i, è terapeutico, ci si sente utili, ecc. Le attività di solidarietà intergenerazionale e cura dei familiari generano invece sentimenti bivalenti e la dimensione del piacere appare sempre associata al dovere e all'obbligo, nel dettaglio: «un piacere/dovere», «ti senti in dovere di aiutare», «lo facevo con piacere, però era anche quello una specie di dovere». Soprattutto nel confronto tra le due attività viene sottolineato come il volontariato non sia «imposto da legami familiari o da sensi di colpa», mentre nella cura familiare «un po' senti il dovere di farlo e poi si è coinvolti in maniera diversa». Se attraverso il volontariato, che è rappresentato come uno “scambio alla pari”, si esce arricchite/i e gratificate/i, nella cura, al contrario, «non c'è reciprocità».

Attraverso la fase di approfondimento è stato quindi possibile entrare maggiormente nel merito degli effetti e della percezione delle diverse attività, mettendo in luce la diversa natura dei due ambiti di azione.

Sulla base delle analisi svolte, è possibile affermare che, anche nel campione analizzato, il genere si configura non solo come una variabile di differenziazione, ma come una dimensione strutturante i modelli di comportamento nel corso di vita, con effetti che si riflettono sulle modalità di partecipazione nell'anzianità. Le donne svolgono con più frequenza e intensità compiti di cura e solidarietà intergenerazionale, sia nei confronti di minori che nei confronti di adulti e anziani non autosufficienti. Emerge con chiarezza, anche nella popolazione “attiva” e impegnata nel volontariato, la persistenza di una divisione di genere del lavoro di cura che configura l'esperienza femminile in termini di doppia presenza, confermando la continuità delle asimmetrie di genere lungo l'intero corso di vita. Il ruolo di cura rappresenta infatti una dimensione strutturale nell'identità delle

donne e ne modella la quotidianità anche nelle ultime fasi della vita, condizionando le altre modalità di partecipazione.

Tale sfera di attività sembra inoltre confermare il suo carattere duale, come evidenziato anche nella letteratura pregressa, e gli effetti sul benessere risultano di non facile interpretazione. I risultati ottenuti riproducono in parte gli elementi fondanti il cosiddetto paradosso femminile della salute, secondo cui le donne pur vivendo più a lungo non sperimentano una conseguente maggiore qualità della vita. Infatti, anche nel campione, la popolazione femminile da una parte risulta soggetta con meno probabilità a malattie croniche e non sussistono differenze di genere rilevanti nella auto percezione della salute, dall'altra esprime minore soddisfazione generale e stati meno elevati di soddisfazione relativamente al tempo libero e al benessere psicologico.

Le molteplici forme di cura sembrano, inoltre, avere effetti diversificati sul benessere. La cura delle/dei nipoti appare maggiormente compatibile con stati di benessere elevati, in linea con gli approcci teorici che evidenziano l'aspetto benefico del *caregiving* sulla salute delle/degli anziane/i. Al contrario, essere *caregiver* di persone non autosufficienti, produrrebbe un effetto opposto, a conferma che il tipo di relazione di cura e il suo grado di obbligatorietà e pervasività rappresentano dimensioni centrali per comprenderne gli effetti sul benessere.

L'impegno civico si conferma una sfera di partecipazione fondamentale per anziane e anziani, non solo per gli effetti positivi di tali attività sul benessere a tutti i livelli, ma per i significati profondi che ricopre nelle esperienze di anzianità. Svolgere volontariato, infatti, rende attive/i e lucide/i, fa sentire utili e non "occupa" il tempo, ma lo riempie di senso. Proprio nei momenti di cambiamento e transizione l'essere (o il diventare) volontaria/o può rappresentare un punto di riferimento della propria identità e quotidianità (o un nuovo inizio), uno spazio di espressione del sé scelto e mai subito. Infatti, l'attività volontaria mantiene, anche nella narrazione da parte delle/i partecipanti, la dimensione della non obbligatorietà, al contrario del *caregiving*, nel quale appare difficile distinguere l'obbligo morale dalla scelta libera.

Nella popolazione oggetto di indagine i due ambiti di attività non appaiano totalmente conflittuali e la tesi del *role strain* non trova conferma, probabilmente a causa delle caratteristiche del campione stesso, composto da persone già impegnate in ambito associativo e di volontariato. Anche l'ipotesi della "generazione sandwich" non trova conferma nel campione. Ciò può dipendere dalla maggiore probabilità che chi risulta coinvolta/o in attività di *caregiving* a doppia direzione non partecipi alle attività di volontariato, e non sia stata/o quindi compresa/o nella rilevazione.

Nonostante le riflessioni presentate, risultano comunque confutabili quegli approcci teorici che considerano il volontariato e la cura come due facce complementari della partecipazione nell'anzianità. Se, infatti, appare corretto – e necessario – dare valore anche alle attività informali e private nella riflessione sull'invecchiamento attivo, occorre tenere in considerazione che le peculiarità di ciascuna attività danno come risultato effetti differenziati sul benessere. Come evidenziato anche nella analisi dell'Indice di Invecchiamento Attivo, gli approcci contemporanei hanno il merito di sottolineare la multidimensionalità della partecipazione nell'anzianità, ma rischiano di perpetuarne una visione "cumulativa", secondo cui la somma di attività e di ruoli produrrebbe automaticamente esiti positivi sul benessere. Tale assunto, infatti, risulta solo parzialmente fondato e condizionato in maniera sostanziale da altri elementi, quali le caratteristiche individuali e le forme di capitale a disposizione, e se non adeguatamente problematizzato rischia di produrre una lettura semplificata, promuovendo forme di invecchiamento orientate alla "produttività a tutti i costi".

Riprendendo il dibattito classico della gerontologia sociale, se l'obiettivo finale è promuovere il benessere della popolazione anziana, non ci si può limitare ad analizzarne la partecipazione in termini di attività/inattività, *engagement/disengagement*, ma appare necessario approfondire l'interazione tra le sfere di partecipazione e gli effetti che le diverse combinazioni di attività hanno sulla soddisfazione dell'anziana/o che le svolge, integrandole anche con riflessioni

che tengano conto di come le risorse personali e i condizionamenti sociali modellino l'azione individuale e la disponibilità di tempo libero.

Infatti, la ricerca conferma che l'invecchiamento – anche quello attivo – non è un processo neutrale, ma un fenomeno socialmente e culturalmente situato, che tende a riflettere e talvolta a riprodurre le disuguaglianze accumulate nel corso della vita e nel quale la dimensione di genere risulta centrale nel modellare il grado di partecipazione. Le politiche e gli approcci che promuovono la partecipazione senza interrogarsi sulle condizioni di accesso e sui carichi di cura differenziati rischiano di trasformare l'*active ageing* da strumento di inclusione a dispositivo normativo che concepisce la partecipazione come un obiettivo per sé, indipendentemente dalle disuguaglianze che ne regolano l'accesso.

Promuovere il benessere nella vecchiaia non significa semplicemente incentivare la partecipazione, ma riconoscere e valorizzare la pluralità delle forme di impegno che caratterizzano l'esperienza anziana, includendo nella riflessione il lavoro di cura. Solo adottando una prospettiva attenta alle differenze di genere e alle traiettorie di vita è possibile promuovere politiche e interventi capaci di favorire un invecchiamento realmente inclusivo e di successo, che non riproduca – e possibilmente contribuisca a ridurre – le disuguaglianze che attraversano l'intero corso di vita. A tal fine, sviluppare ulteriormente le ricerche che si pongono tali obiettivi ed estenderle a tutta la popolazione anziana, anche a chi risulta non attiva/o in ambito associativo, contribuirebbe ad arricchire la riflessione sul tema e a promuovere interventi il più possibile personalizzati che supportino non solo il coinvolgimento delle anziane e degli anziani, ma il loro benessere a tutto tondo.

Nota metodologica

In un'ottica di trasparenza metodologica, si segnala che nel corso della redazione del manoscritto sono stati utilizzati strumenti di intelligenza artificiale generativa (ChatGPT) in forma limitata e meramente ausiliaria, esclusivamente per operazioni di revisione e traduzione linguistica e di controllo della coerenza formale del testo. Tali strumenti non sono stati impiegati nella produzione dei contenuti scientifici o interpretativi della tesi, né nella codifica, analisi o interpretazione dei dati empirici. In nessuna fase del lavoro sono stati inseriti o condivisi dati personali, trascrizioni, citazioni dirette o informazioni sensibili relative ai partecipanti alla ricerca.

Con riferimento alle scelte linguistiche adottate, nel testo si è fatto ricorso, ove ritenuto opportuno, all'indicazione esplicita delle forme femminili e maschili (ad es. le/gli anziane/i, le/i partecipanti), al fine di rendere visibile la presenza di persone di genere femminile e maschile nei riferimenti a gruppi sociali. Tale scelta risponde a un'esigenza di chiarezza e inclusività di genere, superando l'uso del maschile come forma non marcata, in assenza di soluzioni linguistiche neutre pienamente codificate nella lingua italiana. L'adozione di questa convenzione riflette una scelta di coerenza analitica con l'impostazione teorica della ricerca, che assume la dimensione di genere come elemento centrale.

Bibliografia

- Abel T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *Journal of epidemiology and community health*, 62(7), e13.
<https://doi.org/10.1136/jech.2007.066159>
- Accorinti, M. (2015). Partecipazione civica e socialità degli anziani in Italia. In M. Accorinti & E. Pugliese (a cura di), *Generazioni solidali*. Giovani e anziani nell'Italia della crisi (pp. 153–171). Roma: Liberetà.
- Ahmed-Mohamed K., Rojo-Perez F., Fernandez-Mayoralas G., Forjaz Mj., & Martinez-Martin P. (2015). Associative participation of older adults and subjective quality of life: exploring self-selection bias. *Ageing and Society*, 35(7), 1343-1363. doi:10.1017/S0144686X1400021X
- Ajrouch, K. J., Antonucci, T. C., & Webster, N. J. (2016). Volunteerism: Social Network Dynamics and Education. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(2), 309–319.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbu166>
- Associazione Nazionale Lavoratori Anziani (ANLA). (2024). *Il ruolo dei nonni nella società italiana* [Rapporto]. Gruppo Albatros.
<https://www.gruppoalbatros.com/wp-content/uploads/2023/10/RICERCA-ANLA-2024.pdf>
- Anheier, H. K., & Salamon, L. M. (1999). Volunteering in cross-national perspective: Initial comparisons. *Law and Contemporary Problems*, 62(4), 43–66.
<https://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol62/iss4/3>
- Anderson, N. D., Damianakis, T., Kröger, E., Wagner, L. M., Dawson, D. R., Binns, M. A., Bernstein, S., Caspi, E., & Cook, S. L. (2014). The benefits associated with volunteering among seniors: A critical review and recommendations for future research. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1505–1533.
- Ascoli, U., & Cnaan, R. A. (1997). Volunteering for human service provisions: Lessons from Italy and the USA. *Social Indicators Research*, 40, 299–327

- Ascoli, U. & Pavolini., E. 2017. «Chi sono i volontari oggi in Italia». In *Volontariato e innovazione sociale oggi in Italia*, 111–48. Bologna: Il Mulino
- Atkinson, W. (2024). The class differentiation of older age: Capitals and lifestyles. *The British Journal of Sociology*, 75(4), 554–573. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.13112>
- Balbo, L. (1978). La doppia presenza. *Inchiesta*, 32, 3–6.
- Banfield, E. C. (2010). *Le basi morali di una società arretrata*. Bologna: Il Mulino.
- Barbabella F., Chiatti C., Principi A., & Lamura G. (2011), “Volontariato in età matura: opportunità, barriere e best practices per il coinvolgimento degli anziani”, in Quaderni europei sul nuovo welfare, n. 16.
- Barbabella, F., Checcucci, P., Aversa, M. L., Scarpetti, G., Fefè, R., Socci, M., Di Matteo, C., Cela, E., Damiano, G., Villa, M., Amari, D., Montagnino, S. R., D’Agostino, L., Iadevaia, V., Ferrante, A., Lamura, G., & Principi, A. (2020). *Le politiche per l’invecchiamento attivo in Italia: Rapporto sullo stato dell’arte. Progetto “Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull’invecchiamento attivo”, Work Package 2 – Task 1 [Rapporto]*. Dipartimento per le Politiche della Famiglia – INRCA. <https://famiglia.governo.it/media/2267/le-politiche-per-l-invecchiamento-attivo-in-italia-raccolta-dei-rapporti.pdf>
- Barron, J. S., Tan, E. J., Yu, Q., Song, M., McGill, S., & Fried, L. P. (2009). Potential for intensive volunteering to promote the health of older adults in fair health. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 86(4), 641–653. <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9353-8>
- de Beauvoir, S. (1972). *La terza età* (trad. di A. Bisegna). Torino: Einaudi. (*Opera originale pubblicata nel 1970*)
- Bellido, H., Marcén, M., & Morales, M. (2021). The Reverse Gender Gap in Volunteer Activities: Does Culture Matter? *Sustainability*, 13(12), 6957.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E. & Johansson, B. 2006. What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10, 3, 257–64.

- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. Doubleday.
- Biancheri, R. (2012). *Terzo settore e partecipazione. Il ruolo dell'associazionismo femminile*. Pisa, ETS
- (2019). *L'epoca dell'individualismo affettivo. Come cambiano le dinamiche di coppia*. Pisa: Edizioni ETS.
- Biancheri, R., Carducci, A., Foddis, R., & Ninci, A. (Eds.). (2013). *Salute e sicurezza sul lavoro: Una questione anche di genere. Rischi lavorativi: Un approccio multidisciplinare. Rivista INAIL degli infortuni e delle malattie professionali*, 4
- De Blasio, G., & Nuzzo, G. (2013). Capitale sociale e disuguaglianza in Italia. In D. Checchi (Ed.), *Disuguaglianze diverse*. Bologna: Il Mulino.
<https://doi.org/10.978.8815/309525>
- Boccacin, L. (2016a). Essere Volontari in Età Anziana: Un Esempio Di “Active Ageing”. *Studi di Sociologia*, 54(2), 139–152.
- (2016b). L'azione volontaria degli anziani attivi in Italia: l'emergere di nuovi ruoli sociali. In Scabini, E. & Rossi, G. (a cura di), *L'allungamento della vita. Una risorsa per la famiglia, una opportunità per la società*, 126–54. Studi interdisciplinari sulla famiglia. Milano: Vita e Pensiero.
- Boccacin, L., & Lombi, L. (2017). Seniors and Volunteering: An Italian Study into Gender Differences. *Social Sciences*, 7(1), 36.
- Boerio, P., Garavaglia, E., & Gaia, A. (2023). Active ageing in Europe: are changes in social capital associated with engagement, initiation and maintenance of activity in later life?. *AGEING AND SOCIETY*, 43(5), 1122-1140 [10.1017/S0144686X21001021].
- Bourdieu, P. (1980) Le capital social. In *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 31, Le capital social. pp. 2-3.
- Bourdieu, P. (1990). *The logic of practice*. Stanford University Press.

- Bourdieu, P. (2005). *La dominazione maschile* (A. Moscati, Trad.). Milano: Feltrinelli.
(Opera originale pubblicata nel 1998)
- Boudiny K. (2013). 'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool. *Ageing and society*, 33(6), 1077–1098.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X1200030X>
- Bowling, A. (2005). Ageing well: Quality of life in old age. *Social Science & Medicine*, 61(3), 455–470. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.11.022>
- Brewer, L. (2001). Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers. *Journal of Aging Studies*, 15(3), 217–235.
[https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(01\)00020-2](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(01)00020-2)
- Burr, J. A., Choi, N. G., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2005). Caregiving and Volunteering: Are Private and Public Helping Behaviors Linked? *The Journals of Gerontology: Series B*, 60(5), 247–256.
- Calasanti T.M., & Slevin K.F. (2001), *Gender, Social Inequalities, and Ageing*, AltaMira Press, Walnut Creek, CA.
- Caltabiano, C., Vitale, T., & Zucca, G. (a cura di) (2024). *La prospettiva civica. L'Italia vista da chi si mette insieme per cambiarla: Decimo rapporto IREF sull'associazionismo sociale*. Fondazione Giangiacomo Feltrinelli.
- Calvó-Perxas, L., Vilalta-Franch, J., Turró-Garriga, O., López-Pousa, S., & Garre-Olmo, J. (2016). Gender differences in depression and pain: A two-year follow-up study of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Affective Disorders*, 193, 157–164.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.034>
- Camera dei Deputati. (2016). *Proposta di legge C. 3538 presentata il 18 gennaio 2016*, XVII legislatura.
https://documenti.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0038570.pdf
- Cappadozzi, T., & Fonović, K. (2019). Volontarie d'Italia: la terza presenza, tra (non)lavoro e lavoro familiare. *Politiche Sociali*, (2), 307–316.

- Cardano, M., Giarelli, G., & Vicarelli, G. (2020). *Sociologia della salute e della medicina*. Bologna: Il Mulino.
- Chambrs, S. M. (1987). *Good deeds in old age: Volunteering by the new leisure class*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Chodorow, N. J. (1989). Being and doing: A cross-cultural examination of the socialization of males and females. In **Feminism and psychoanalytic theory** (pp. 23–44). Yale University Press. (Opera Originale pubblicata nel 1971)
- Choi, N. G., Burr, J. A., Mutchler, J. E., & Caro, F. G. (2007). Formal and Informal Volunteer Activity and Spousal Caregiving Among Older Adults. *Research on Aging*, 29(2), 99–124.
- Choi, K. S., Stewart, R., & Dewey, M. (2013). Participation in productive activities and depression among older Europeans: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1157–1165. <https://doi.org/10.1002/gps.3940>
- Clemente C., & García Pereiro T. (2020), *Introduzione alla sociologia dei corsi di vita*, FrancoAngeli, Milano.
- Cockerham, W. C. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 51–67.
- Cockerham, W. C. (2021). Health lifestyles: Bringing structure back. In W. C. Cockerham (Ed.), *The Wiley Blackwell companion to medical sociology* (pp. 207–222). John Wiley & Sons.
- Coleman, J. (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital, *American Journal of Sociology*, 94: 95-120.
- Commissione Europea & Presidenza Danese del Consiglio dell'Unione Europea. (2012, 18 gennaio). *La UE lancia l'Anno Europeo per l'Invecchiamento Attivo e per la Solidarietà tra le Generazioni: parteciate anche voi!* [Comunicato stampa]. <https://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp?langId=it>

- Corsi, M., Lodovici, M. S., Botti, F., & D'Ippoliti, C. (2010). *Active ageing and gender equality policies*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities.
- Crawford, M. P. (1971). Retirement and disengagement. *Human Relations*, 24(3), 255–278. <https://doi.org/10.1177/001872677102400301>
- Criado Perez, C. (2020). *Invisibili. Come il mondo ignora le donne in ogni campo*. Torino: Einaudi
- Cumming, E., Dean, L. R., Newell, D. S., & McCaffrey, I. (1960). Disengagement: A tentative theory of aging. *Sociometry*, 23, 23–25.
- Cumming, M.E. (1964). New thoughts on the theory of disengagement. In: Kastenbaum, R. (eds) *New Thoughts on Old Age*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-38534-0_1
- Dannefer, D. (2003). Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6), S327–S337. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>
- Dávila, M. C. (2018). The Relationship between Social Networks and Volunteerism among Seniors. *Journal of Social Service Research* 44 (1): 38–49. <https://doi.org/10.1080/01488376.2017.1395382>.
- Deriu, F., Arigoni, I., Bravi, R., Del Bufalo, E., & Zelinotti, R. (2004). Le vie dell'invecchiamento (pp. 31–118). In *Realtà e attese: Quinto rapporto sulla condizione della persona anziana. 2003–2004*. Edizioni Lavoro.
- Deriu, F., & De Francesco, D. (2016). Differenze di genere nell'occupazione, l'organizzazione e la gestione delle istituzioni non profit in Italia. *Politiche Sociali / Social Policies*, 1(1), 65–82.
- Donati, P. P. (1996). *Sociologia del Terzo settore*. NIS.
- Einolf, C. J. (2011). Gender Differences in the Correlates of Volunteering and Charitable Giving. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(6), 1092–1112.

- Elder, G. H. Jr. (1975). *Children of the Great Depression: Social change in life experience*. University of Chicago Press.
- Elder, J.G. (1985) *Life Course Dynamics: Trajectories and Transitions 1968-1980*. Cornell University Press, Ithaca.
- Elder, G. H. Jr. (1994). Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4–15.
- Elder, G.H., Johnson, M.K., & Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In: Mortimer, J.T., Shanahan, M.J. (eds) *Handbook of the Life Course*. Handbooks of Sociology and Social Research. Springer, Boston, MA. https://doi.org/10.1007/978-0-306-48247-2_1
- Elder, G.H., & George, L.K. (2016). *Age, Cohorts, and the Life Course*.
- Elder, G. H. Jr., & Giele, J. Z. (Eds.). (2009). *The Craft of Life Course Research*. Guilford Press.
- Enjolras, B. (2021). Explaining the varieties of volunteering in Europe: A capability approach. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 32(6), 1184–1197. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00347-5>
- Erlinghagen, M., & Hank, K. (2006). The Participation of Older Europeans in Volunteer Work. *Ageing & Society*, 26(4), 567–584, [doi:10.1017/S0144686X06004818](https://doi.org/10.1017/S0144686X06004818)
- European Institute for Gender Equality. (2023). *Gender Equality Index 2023: Towards a green transition in transport and energy*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2839/64810>
- Eurostat. (2025, 18 luglio). *Participation in cultural activities – EU-SILC: Persons participating in formal voluntary activities by sex, age, educational attainment and type of organisation* (Data set). https://doi.org/10.2908/ilc_scp23
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge.

- ETUC-CES, BusinessEurope, CEEP, & UEAPME. (2021). *Final implementation report: Active Ageing Agreement* (Report). European Trade Union Confederation. https://resourcecentre.etuc.org/sites/default/files/2021-12/Final%20Implementation%20report_Active%20Ageing%20Agreement%20Nov%202021.pdf
- Evseeva, Y. (2019). Successful Ageing: State of the Art and Criticism. In Tomczyk Ł. & Klimczuk A., *Between Successful and Unsuccessful Ageing: Selected Aspects and Contexts*. Kraków: Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie 7–22.
- Facchini, C. (2023). Invecchiamento attivo e mutamenti del sistema pensionistico: quale impatto sui soggetti e sulle reti familiari? *Autonomie locali e servizi sociali*, 47(2), 285–300. <https://doi.org/10.1447/108273>
- Fagerström, C., Holst, G. & Hallberg, I. R. (2007). Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44, 2, 181–201.
- Federazione Nazionale delle Associazioni per i Diritti degli Anziani (ADA) di Volontariato – ODV. (2025, luglio). *Bilancio sociale 2024* [Bilancio sociale]. ADA Nazionale. <https://adanazionale.it/wp-content/uploads/2025/07/ADA-Nazionale-ODV-Bilancio-sociale-2024-1.pdf>
- Ferraro, K. F. (2007). Is gerontology interdisciplinary? *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), S2. <https://doi.org/10.1093/geronb/62.1.S2>
- Ferraro, K. F., & Shippee, T. P. (2009). Aging and cumulative inequality: How does inequality get under the skin? *The Gerontologist*, 49(3), 333–343. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp034>
- Ferrera, M. (1998). *Le trappole del welfare*. Bologna: Il Mulino
- Foster, L. & Walker, A. (2015). Active and Successful Aging: A European Policy Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90.
- Fukuyama, F. (1995), *Trust: The Social Virtues and the Creation of Prosperity*, New York: Free Press.

- Furukawa, K. (2008). *Social welfare in Japan: Principles and applications*. Trans Pacific Press.
- Fyall, R., & Gazley, B. (2015). Applying Social Role Theory to Gender and Volunteering in Professional Associations. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 26(1), 288–314.
- Gaskin, K., & J. Davis Smith (1997) *A New Civic Europe? A Study of the Extent and Role of Volunteering*, The National Centre for Volunteering, London.
- Georgantzi, N. (2018). The European Union's Approach towards Ageism. In: Ayalon, L., Tesch-Römer, C. (eds) *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, vol 19. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_21
- Gervais, R., & Millear, P. (2024). Women's caring responsibilities as they age: assessing the Sandwich Generation's satisfaction with life and well-being. *Community, Work & Family*, 1–22. <https://doi.org/10.1080/13668803.2024.2364093>
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity*. Stanford: Stanford University Press.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Stanford University Press.
- Giele, J. Z. (2009). Life stories to understand diversity: Variations by class, race, and gender. In G. H. Elder Jr. & J. Z. Giele (Eds.), *The craft of life course research* (pp. 236–257). Sage Publications.
- Gil-Lacruz, A. I., Marcuello, C., & Saz-Gil, M. I. (2019). Gender differences in European volunteer rates. *Journal of Gender Studies*, 28(2), 127–144..
- Gilleard, C., & Higgs, P. (2007). The third age and baby boomers. *International Journal of Ageing and Later Life*, 2(2), 13–30. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.072213>
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gomez, R., Gunderson, M. (2003).

- Volunteer Activity and the Demands of Work and Family. *Relations Industrielles / Industrial Relations*, 58(4), 573–589.
- Gomez, R., & Gunderson, M. (2003). Volunteer activity and the demands of work and family. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 58(4), 573–589. <https://doi.org/10.7202/007493ar>
- Grano, C., Lucidi, F., Zelli, A. & Violani, C. (2009). Motives and Determinants of Volunteering in Older Adults: An Integrated Model. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2009;67(4):305-326. doi:[10.2190/AG.67.4.b](https://doi.org/10.2190/AG.67.4.b)
- Grünwald, O., Damman, M., & Henkens, K. (2021). The differential impact of retirement on informal caregiving, volunteering, and grandparenting: Results of a 3-year panel study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), 607–619. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa221>
- Guidi, R., Fonović, K., & Cappadozzi, T. (2017). Volontari e attività volontarie in Italia. Una ricerca a più voci. In *Volontari e attività volontarie in Italia*. (pp. 11–36). Bologna:Il Mulino,
- Guiso, L., Sapienza, P. & Zingales, L. (2010), *Civic capital as the missing link*, National Bureau of Economic Research Working papers
- Hakim, C. (2000). *Work-lifestyle choices in the 21st century: Preference theory*. Oxford University Press.
- Hämäläinen, H., Tanskanen, A. O., & Danielsbacka, M. (2023). Who Are ‘Multi-Helpers’? Profile of Older Adults Engaging in Multiple Help-Giving Activities. *Journal of Population Ageing*.
- Hank, K. (2011). Societal Determinants of Productive Aging: A Multilevel Analysis across 11 European Countries. *European Sociological Review*, 27(4), 526–541. <http://www.jstor.org/stable/41236612>
- Hank, K., & Erlinghagen, M. (2010). Volunteering in “Old” Europe: Patterns, Potentials, Limitations. *Journal of Applied Gerontology*, 29(1), 3–

20. <https://doi.org/10.1177/0733464809333884> (Original work published 2009)
- Hank, K., & Stuck, S. (2008). Volunteer work, informal help, and care among the 50+ in Europe: Further evidence for 'linked' productive activities at older ages. *Social Science Research*, 37(4), 1280–1291.
- Harlow R.E., & Cantor, N. (1996). Still participating after all these years: a study of life task participation in later life. *J Pers Soc Psychol* **71**: 1235–1249.
- Haski-Leventhal, D. (2009). Elderly Volunteering and Well-Being: A Cross-European Comparison Based on SHARE Data. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* 20 (4), 388–404.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13.
<https://doi.org/10.1093/geront/1.1.8>
- Heinz, W. R., & Krüger, H. (2001). Life course: Innovations and challenges for social research. *Current Sociology*, 49(2), 29–45.
<https://doi.org/10.1177/0011392101049002003>
- Hoffmann R. (2008), *Socioeconomic Differences in Old Age Mortality*, Springer.
- Hochschild, A. R. (1975). Disengagement theory: A critique and proposal. *American Sociological Review*, 40(5), 553–569.
- Hochschild, A. R., & Machung, A. (1989). *The second shift: Working parents and the revolution at home*. Viking.
- Hook, J. L. (2004). Reconsidering the Division of Household Labor: Incorporating Volunteer Work and Informal Support. *Journal of Marriage and Family*, 66(1), 101–117.
- D'Houtaud, A., & Field, M. G. (1984). The image of health: Variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health & Illness*, 6(1), 30–60. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10777358>
- Hoyert, D. L., & Seltzer, M. M. (1992). Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family Relations*, 41(1), 74–81.
<https://doi.org/10.2307/584863>

- Hustinx, L., Grubb, A., Rameder, P., & Shachar, I. (2022). Inequality in volunteering: Building a new research front. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 33, 1–17. <https://doi.org/10.1007/s11266-022-00455-w>
- International Labour Office (ILO). (2012). *Manuale sulla misurazione del lavoro volontario*. Roma: ILO. <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2012/480557.pdf> (pubblicazione originale 2011).
- Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche (INAPP). (2023, 7 marzo). *Occupazione: 1 donna su 5 fuori dal mercato del lavoro dopo la nascita di un figlio. Un terzo per licenziamento o mancato rinnovo del contratto* [Comunicato stampa]. <https://www.inapp.gov.it/stampa-e-media/comunicati-stampa/07-03-2023-inapp-occupazione-1-donna-su-5-fuori-dal-mercato-del-lavoro-dopo-la-nascita-di-un-figlio-un-terzo-per-licenziamento-o-mancato-rinnovo-del-contratto>
- ISTAT. 2019. *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. Anno 2019*. <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>.
- ISTAT. (2021). *Censimento permanente delle istituzioni non profit*. <https://www.istat.it/it/archivio/257920>
- ISTAT. (2021). *Gli anziani nel 2019*. Istat. <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>
- ISTAT. (2022). *Rapporto annuale 2022 – La situazione del Paese* (30^a ed.). Istat. [https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Rapporto Annuale 2022.pdf](https://www.istat.it/storage/rapporto-annuale/2022/Rapporto%20Annuale%202022.pdf)
- ISTAT. (2022). *Famiglie, reti familiari, percorsi lavorativi e di vita*. Istat. https://www.istat.it/it/files/2022/10/Ebook_Famiglie-reti-familiari-percorsi-lavorativi-e-di-vita.pdf
- ISTAT. (2023). *Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana*. <http://dati-anziani.istat.it/#>

- ISTAT. (2023, 28 luglio). *Focus Città Metropolitane: Anziani*. Roma: ISTAT. Estratto da https://www.istat.it/it/files/2023/08/Focus-Citt%C3%A0-Metropolitane_Anziani_28-07-2023.pdf
- ISTAT. (2024). *Rapporto annuale 2024 – La situazione del Paese*. Istat. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/05/Rapporto-Annuale-2024.pdf>
- ISTAT. (2025). *Rapporto annuale 2025 – La situazione del Paese*. Istat. <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/05/Rapporto-Annuale-2025-integrale.pdf>
- Jegermalm, M., & Jeppsson Grassman, E. (2009). Caregiving and Volunteering Among Older People in Sweden—Prevalence and Profiles. *Journal of Aging & Social Policy*, 21(4), 352–373. <https://doi.org/10.1080/08959420903167066>
- Jenkinson, C. E., Dickens, A. P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R. S., Rogers, M., Bambra, C. L., Lang, I., & Richards, S. H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13(1), 773.
- Jirovec, R. L. (2005). Differences in Family Functioning and Health Between Older Adult Volunteers and Non-Volunteers. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(2), 23–35.
- Kawachi, I. (2010). Social capital and health. In C. E. Bird, P. Conrad, A. M. Fremont, & S. Timmermans (Eds.), *Handbook of medical sociology* (6th ed., pp. 18–32). Vanderbilt University Press
- Kim, E. S., Whillans, A. V., Lee, M. T., Chen, Y., & VanderWeele, T. J. (2020). Volunteering and subsequent health and well-being in older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *American Journal of Preventive Medicine*, 59(2), 176–186. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2020.03.004>
- Kohlberg, L. (1981). *The Philosophy of Moral Development*, San Francisco : Harper & Row .

- Kohli, M. (2007). The institutionalization of the life course: Looking back to look ahead. *Research in Human Development*, 4(3–4), 253–271. <https://doi.org/10.1080/15427600701663122>
- Le, G. H., & Aartsen, M. (2022). Understanding volunteering intensity in older volunteers. *Ageing & Society*. <https://doi.org/10.1017/S0144686X22001106>
- Lee, S. (2022). The volunteer and charity work of European older adults: Findings from SHARE. *Journal of Aging & Social Policy*, 35(1), 98–118. <https://doi.org/10.1080/10495142.2022.2130498>
- Legge 27 dicembre 2017, n. 205, art. 1, comma 255, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di bilancio 2018)", Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 302 del 29-12-2017.
- Leone, T., & Hessel, P. (2016). The effect of social participation on the subjective and objective health status of the over-fifties: evidence from SHARE. *Ageing and Society*, 36(5), 968–987. doi:10.1017/S0144686X15000148
- López-López, R., & Sánchez, M. (2020). The Institutional Active Aging Paradigm in Europe (2002-2015). *The Gerontologist*, 60(3), 406–415. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz094>
- Lucantoni, D., Aversa, M. L., Barbabella, F., Checcucci, P., D'Agostino, L., Damiano, G., Fefè, R., Iadevaia, V., Romito, A., Socci, M., Villa, M., Zannella, M., Ferrante, A., Lamura, G., & Principi, A. (2022). *Politiche per l'invecchiamento attivo in Italia: Quali possibili obiettivi?* (Progetto "Coordinamento nazionale partecipato e multilivello delle politiche sull'invecchiamento attivo", Work Package 2 – Task 3). INRCA – Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.
- Lucantoni, D., & Principi, A. (2023). Le politiche a favore dell'invecchiamento attivo in Italia. *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 247–262. <https://doi.org/10.1447/108276>

- Macmillan, R. (2005). The structure of the life course: Classic issues and current controversies. *Advances in Life Course Research*, 9, 3–24.
[https://doi.org/10.1016/S1040-2608\(04\)09001-6](https://doi.org/10.1016/S1040-2608(04)09001-6)
- Maddox G. L., & Douglass E. B. (1974). Aging and individual differences: A longitudinal analysis of social, psychological, and physiological indicators. *Journal of Gerontology*, 29, 555–563. doi:10.1093/geronj/29.5.555
- Maddox, G. L., & Lawton, M. P. (Eds.). (1988). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Varieties of Aging* (Vol. 8). Springer-Verlag.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-38443-5>
- Maino, F. (2025, 29 marzo). *Riforma non autosufficienza: un anno dopo, l'inerzia vince sul cambiamento*. *Vita*. <https://www.vita.it/riforma-non-autosufficienza-un-anno-dopo-linerzia-vince-sul-cambiamento/>
- Matz-Costa, C., Besen, E., James, J. B., & Pitt-Catsoupes, M. (2014). Differential impact of multiple levels of productive activity engagement on psychological well-being in middle and later life. *The Gerontologist*, 54(2), 277–289.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnt006>
- McMunn, A., Nazroo, J., Wahrendorf, M., Breeze, E., & Zaninotto, P. (2009). Participation in Socially-Productive Activities, Reciprocity and Wellbeing in Later Life: Baseline Results in England. *Ageing & Society*, 29(5), 765–782
- McNamara, T. K., & Gonzales, E. (2011). Volunteer transitions among older adults: The role of human, social, and cultural capital in later life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 66(4), 490–501.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbr055>
- Meggiolaro, S., & Ongaro, F. (2015). Life satisfaction among older people in Italy in a gender approach. *Ageing and Society*, 35(7), 1481–1504.
doi:10.1017/S0144686X14000646
- Menniti, A., & Demurtas, P. (2015). La giornata degli anziani. In M. Accorinti & E. Pugliese (a cura di), *Generazioni solidali. Giovani e anziani nell'Italia della crisi*. Roma: Liberetà.

- Merton, R. K. (1988). *The Matthew effect in science, II: Cumulative advantage and the symbolism of intellectual property*. *ISIS*, 79(4), 606–623.
- Mesch, D. J., Rooney, P. M., Steinberg, K. S., & Denton, B. (2006). The Effects of Race, Gender, and Marital Status on Giving and Volunteering in Indiana. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35(4), 565–587
- Mills, C. W. (1959). *The sociological imagination*. New York: Oxford University Press.
- Missinne, S. (2015). Moving Towards a Better Understanding of Socioeconomic Inequalities in Preventive Health Care Use: A Life Course Perspective. In C. Burton-Jeangros (Eds.) et. al., *A Life Course Perspective on Health Trajectories and Transitions*. (pp. 111–131). Springer.
- Moen, P. (1996). A Life Course Perspective on Retirement, Gender, and Well-Being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 131–144.
- Moen, P., Dempster-McClain, D., & Williams, R. M. (1992). Successful Aging: A Life-Course Perspective on Women's Multiple Roles and Health. *American Journal of Sociology*, 97(6), 1612–1638.
- Moen, P., & Flood, S. (2013). Limited Engagements? Women's and Men's Work/Volunteer Time in the Encore Life Course Stage. *Social Problems*, 60(2), 206–233.
- Morrow-Howell, N., Hinterlong, J., Rozario, P. A., & Tang, F. (2003). Effects of Volunteering on the Well-Being of Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 58(3), S137–S145.
- Moulaert, T., & Léonard, D. (2015). *Visiones plurales del envejecimiento activo*. Barcelona: Hacer Editorial.
- Mukwashi, A. K., Chrobok, V., & Minani, M. (2018). 2018 State of the World's Volunteerism Report (SWVR) TEAM
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2008). *Volunteers: A social profile*. Indiana University Press

- Musick, M. A., & Herzog, A. R., House, J. S. (1999). Volunteering and Mortality Among Older Adults: Findings From a National Sample. *The Journals of Gerontology: Series B*, 54B(3), S173–S180.
- Naldini, M. (a cura di) (2016) La transizione alla genitorialità. Da coppie moderne a famiglie tradizionali, Bologna: Il Mulino
- Naldini, M., & Saraceno, C. (2011). *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*. Bologna: Il Mulino
- Narushima, M. (2005). ‘Payback time’: community volunteering among older adults as a transformative mechanism. *Ageing and Society*, 25(4), 567–584. doi:10.1017/S0144686X05003661
- Nelson, E. A., & Dannefer, D. (1992). Aged heterogeneity: fact or fiction? The fate of diversity in gerontological research. *The Gerontologist*, 32(1), 17–23. <https://doi.org/10.1093/geront/32.1.17>
- Nichols, G., & Shepard, M. (2006). Volunteering in sport: The use of ratio analysis to analyse volunteering and participation. *Managing Leisure*, 11(4), 205–216. <https://doi.org/10.1080/13606710600893684>
- Niebuur, J. (2020). Who volunteers and why? Understanding the role of resources and motivations in participation in voluntary work. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen. <https://doi.org/10.33612/diss.133869314>
- Niebuur, J., van Lente, L., Liefbroer, A. C., Steverink, N., & Smidt, N. (2018). Determinants of participation in voluntary work: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *BMC Public Health*, 18, 1213. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6077-2>
- Oman, D., Thoresen, C., & McMahon, K. (1999). Volunteerism and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Health Psychology*, 4, 301–316.
- Omoto, A. M., Snyder, M., & Martino, S. C. (2000). Volunteerism and the Life Course: Investigating Age-Related Agendas for Action. *Basic and Applied Social*

https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2203_6

- Ottaviano, C. (2012). *Ri-nascere: nonne e nonni domani. Legami intergenerazionali nella società complessa*. Napoli: Liguori Editore.
- Pace, E. (1989). Movimenti e associazioni in un sistema religioso complesso. Il caso della chiesa cattolica italiana, *Religioni e Società*, 7, 45-62.
- Paik, A., & Navarre-Jackson, L. (2011). Social Networks, Recruitment, and Volunteering: Are Social Capital Effects Conditional on Recruitment? *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 40(3), 476–496.
<https://doi.org/10.1177/0899764009354647>
- Palomba, R., & Signoretti, N. (2006). Quella certa età: l'invecchiare delle donne. *Storia delle donne*, 2, 27-43.
- Paz A., Doron I., & Tur-Sinai A. (2018), Gender, aging, and the economics of active aging: Setting a new research agenda, *Journal of Women & Aging*, 30(3), 184-203. doi:10.1080/08952841.2017.1295677
- Peine, A., Faulkner, A., Jæger, B., & Moors, E. (2015). Science, technology and the 'grand challenge' of ageing—Understanding the socio-material constitution of later life. *Technological Forecasting and Social Change*, 93, 1–9.
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.11.010>
- Pfaller, L., & Schweda, M. (2019). Excluded from the good life? An ethical approach to conceptions of active ageing. *Social Inclusion*, 7(3), 38–47.
<https://doi.org/10.17645/si.v7i3.2129>
- Pino-Domínguez, L., Navarro-Gil, P., González-Vélez, A. E., Prieto-Flores, M. E., Ayala, A., Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Martínez-Martín, P., & Forjaz, M. J. (2016). Self-perceived health status, gender, and work status. *Journal of Women & Aging*, 28(5), 386–394.
<https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1018030>

- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well being in old age: a meta-analysis. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, 4, 195–213.
- Principi, A., Di Rosa, M., Domínguez-Rodríguez, A., Varlamova, M., Barbabella, F., Lamura, G., & Socci, M. (2021). The Active Ageing Index and policy making in Italy. *Ageing & Society*, 1-26.
- Principi, A., Santini, S., Socci, M., Smeaton, D., Cahill, K.E., Vegeris, S., & Barnes, E. (2018) Retirement plans and active ageing: perspectives in three countries. *Ageing & Society* 38, 56–82.
- Principi, A., Schippers, J., Naegele, G., Di Rosa, M., & Lamura, G. (2016). Understanding the link between older volunteers' resources and motivation to volunteer. *Educational Gerontology*, 42(2), 144–158. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1083391>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche della Famiglia. (2022). *Rapporto per l'Italia sul quarto ciclo di monitoraggio e valutazione dell'attuazione del Piano di Azione Internazionale di Madrid sull'invecchiamento e la sua Strategia Regionale (MIPAA/RIS) 2018–2022*. <https://unece.org/sites/default/files/2022-02/mipaa20-report-italy-ita.pdf>
- Putnam, R.D., Leonardi, R. & Nanetti, R.Y. (1993) *Making Democracy Work*, Princeton: Princeton University Press.
- Quotidiano Sanità. (2021, ottobre 2). Festa dei nonni. Anziani in piazza a Roma la celebrano con un flash mob. *Quotidiano Sanità*. https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=98681
- Repubblica Italiana. (2023). *Legge 23 marzo 2023, n. 33. Delega al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.
- Repubblica Italiana. (2024). *Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. Disposizioni attuative della legge 23 marzo 2023, n. 33, in materia di politiche in favore delle persone anziane*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

- Riley, M. W., Johnson, M. E., & Foner, A. (1972). *Aging and society: Vol. 3. A sociology of age stratification*. Russell Sage Foundation
- Ryder, N. B. (1985). The cohort as a concept in the study of social change. In W. M. Mason & S. E. Fienberg (Eds.), *Cohort analysis in social research: Beyond the identification problem* (pp. 9–44). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-8536-3_2
- Rothstein, B. (2001). Social Capital in the Social Democratic Welfare State. *Politics & Society*, 29(2), 207–241. <https://doi.org/10.1177/0032329201029002003> (Original work published 2001)
- Rotolo, T. (2000). A Time to Join, A Time to Quit: The Influence of Life Cycle Transitions on Voluntary Association Membership*. *Social Forces*, 78(3), 1133–1161.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237(4811), 143–149. <https://doi.org/10.1126/science.3299702>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging: The MacArthur Foundation Study of Aging in America*. New York: Pantheon Books.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *The Journals of Gerontology: Series B*, 70(4), 593–596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Rozario, P. A., Morrow-Howell, N., & Hinterlong, J. E. (2004). Role Enhancement or Role Strain: Assessing the Impact of Multiple Productive Roles on Older Caregiver Well-Being. *Research on Aging*, 26(4), 413–428
- Sabatini F. (2009), Il capitale sociale nelle regioni italiane: un’analisi comparata. *Rivista di Politica Economica*, 99 (2), 167-220.
- Sánchez, M., & Diaz, P. (2018, January 28). *Active aging, what does paid work have to do with it?* @DAPT_Bulletin. Retrieved from

https://englishbulletin.adapt.it/wp-content/uploads/2018/01/sa%CC%81nchez_di%CC%81az_active_ageing.pdf

Sánchez-García, J., Gil-Lacruz, A.I. & Gil-Lacruz, M. (2022). The Influence of Gender Equality on Volunteering Among European Senior Citizens. *Voluntas*, 33, 820–832, <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00443-6>

Saraceno, C. (1986). *Età e corso della vita*. Il Mulino.

Sarason, S. B. (1977). *Work, aging, and social change: Professionals and the one life-one career imperative*. Free Press.

Sefton, T., Evandrou, M., Falkingham, J., & Vlachantoni, A. (2011). The relationship between women's work histories and incomes in later life in the UK, US and West Germany. *Journal of European Social Policy*, 21(1), 20–36. <https://doi.org/10.1177/0958928710380475>

Senior Italia FederAnziani (2021), *Campagna Festa dei Nonni 2021*, disponibile al link: <https://www.senioritalia.it/campagna-festa-dei-nonni-2021/>.

Shanahan, M. J. (2000). Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annual Review of Sociology*, 26, 667–692. <https://www.jstor.org/stable/223451>

Silverman, P., Hecht, L., McMillin, J. D. & Chang, S. P. (2008). *Social Networks of Older Adults: A Comparative Study of American and Taiwanese*. Cambria Press, New York.

Sirven, N., & Debrand, T. (2012). Social capital and health of older Europeans: Causal pathways and health inequalities. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1288–1295.

Strauss, S. (2021). Multiple Engagement: The Relationship between Informal Care-Giving and Formal Volunteering among Europe's 50+ Population. *Ageing & Society*, 41(7), 1562–1586.

Stone, M. E., Lin, J., Dannefer, D., & Kelley-Moore, J. A. (2017). The Continued Eclipse of Heterogeneity in Gerontological Research. *The journals of*

- gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 72(1), 162–167. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv068>
- Stowe, J. D., & Cooney, T. M. (2015). Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective. *The Gerontologist*, 55(1), 43–50. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu055>
- Tang, F. (2006). What resources are needed for volunteerism? A life course perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 25(5), 375–390. <https://doi.org/10.1177/0733464806292858>
- Tang, F., Morrow-Howell, N., & Choi, E. (2010). Why Do Older Adult Volunteers Stop Volunteering? *Ageing & Society*, 30(5), 859–878
- Taniguchi, H. (2006). Men's and Women's Volunteering: Gender Differences in the Effects of Employment and Family Characteristics. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 35(1), 83–101
- Tanskanen, A. O., Hämäläinen, H., Arpino, B., & Danielsbacka, M. (2022). Prosocial Activity in Later Life: Are Informal Help and Care Associated with Volunteering and Charity? *Ageing & Society*, 1–36.
- Themudo, N. S. (2009). Gender and the Nonprofit Sector. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, 38(4), 663–683
- Umberson, D., Lin, Z., & Cha, H. (2022). Gender and social isolation across the life course. *Journal of Health and Social Behavior*, 63(3), 319–335. <https://doi.org/10.1177/00221465221109634>
- United Nations. (2002). *Political declaration and Madrid international plan of action on ageing: Second World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, 8–12 April 2002*. <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-en.pdf>
- United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024: Summary of Results (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9.)

- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2018). Active Ageing Index in non-EU countries and at subnational level: Guidelines. Disponibile su <https://unece.org>
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2019). 2018 Active Ageing Index: Analytical Report. Disponibile su https://unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/Active_Ageing_Index/Stakeholder_Meeting/ACTIVE_AGEING_INDEX_TRENDS_2008-2016_web_cover_reduced.pdf
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2022). *Guidelines for mainstreaming ageing*. https://unece.org/sites/default/files/2022-11/ECE-WG.1-37_Guidelines_for-Mainstreaming_Ageing_1.pdf
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE). (2020). Active Ageing Index Database. Disponibile su <https://statswiki.unece.org/spaces/AAl/pages/76287845/III.+Do+it+yourself>
- Unione Europea. (2012). *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* (versione consolidata 2012/C 326/02). EUR-Lex. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:12012P/TXT>
- Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O., & Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people: Baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing*, 3(2), 67–73. <https://doi.org/10.1007/s10433-006-0028-y>
- Walker, A. (1992). Conceptual perspectives on gender and family caregiving. In J. Dwyer & R. Coward (Eds.), *Gender, families, and elder care* (pp. 34–46). Sage.
- Walker, A. (2002). A strategy for active aging. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139.
- Walker, A. (2015). Active ageing: Realising its potential. *Australasian Journal on Ageing*, 34(1), 2–8. <https://doi.org/10.1111/ajag.12219>

- Walker, A., & Maltby, T. (2012). Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 21(s1), S117–S130. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00871.x>
- Warburton, J., & Jeppsson Grassman, E. (2011). Variations in older people's social and productive ageing activities across different social welfare regimes. *International Journal of Social Welfare*, 20(2), 180–191. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2009.00691.x>
- Warburton, J., Terry, D. J., Rosenman, L. S., & Shapiro, M. (2001). Differences between older volunteers and nonvolunteers: Attitudinal, normative, and control beliefs. *Research on Aging*, 23(5), 586–605. <https://doi-org.biblio-proxy.uniroma3.it/10.1177/0164027501235004>
- Wemlinger, E., & Berlan, M. R. (2016). Does Gender Equality Influence Volunteerism? A Cross-National Analysis of Women's Volunteering Habits and Gender Equality. *VOLUNTAS: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 27(2), 853–873.
- Weziak-Bialowolska, D., Zalewska, A. M., Kryś, K., Case, B., Padgett, R. N., Johnson, B. R., & VanderWeele, T. J. (2025). Understanding well-being in Poland: Insights from the Global Flourishing Study. *International Journal of Wellbeing*, 15(3), 1–27. <https://doi.org/10.5502/ijw.v15i3.5175>
- Wilson, J. (2000). Volunteering. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 215–240.
- Wilson, J., & Musick, M. (1997). Who Cares? Toward an Integrated Theory of Volunteer Work. *American Sociological Review*, 62(5), 694–713
- Wit, A. de, Qu, H., & Bekkers, R. (2022). The Health Advantage of Volunteering Is Larger for Older and Less Healthy Volunteers in Europe: A Mega-Analysis. *European Journal of Ageing*, 19(4), 1189–1200
- World Health Organization. Expert Committee on Health of the Elderly & World Health Organization. (1989). *Health of the elderly: report of a WHO Expert*

- Committee* [meeting held in Geneva from 3 to 9 November 1987]. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/39521>
- World Health Organization, Regional Office for Europe. (1991). *Health for all targets: The health policy for Europe* (Updated ed.). WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341920/9789289013116-eng.pdf>
- World Health Organization (2002). *Active ageing: a policy framework*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215>
- Zaidi, A., Gasior, K., Hofmarcher, M. M., Lelkes, O., Marin, B., Rodrigues, R., Schmidt, A., Vanhuysse, P., & Zólyomi, E. (2012). *Active Ageing Index 2012. Concept, Methodology and Final Results*. Vienna: European Centre
- Zanatta, A. L. (2013). *I nuovi nonni. Una risorsa cruciale per le famiglie di oggi*. Bologna: Il Mulino.

Appendice A. Questionario Invecchiamento Benessere e Partecipazione

Messaggio: di benvenuto:

Benvenute e benvenuti, il presente questionario ha lo scopo di indagare il nesso tra **benessere e partecipazione sociale** nell'**anzianità**. I dati ricavati saranno conservati in maniera anonima e verranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy (Regolamento (UE) Trattamento dati 2016/679) ed utilizzati solo secondo le modalità consone ai progetti di ricerca universitari. L'adesione al questionario è volontaria, in ogni momento sarà possibile revocare la propria disponibilità alla compilazione semplicemente interrompendo la compilazione.

La responsabile del progetto e della conservazione dei dati è la dottoranda Camilla Caporali del dipartimento di Scienze della Formazione dell'Università degli studi di Roma Tre, che rimane disponibile a chiarimenti e informazioni anche all'indirizzo email: camilla.caporali@uniroma3.it.

Grazie per la collaborazione e buon proseguimento!

Sezione dati anagrafici

1) In quale Regione svolge la sua attività di volontario/a?

- Abruzzo
- Basilicata
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Lazio
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Molise
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Sicilia
- Toscana

- Trentino Alto Adige
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto

2) Genere:

- Uomo
- Donna
- Altro
- Preferisco non rispondere

3) Anno di nascita: ____

4) Titolo di studio

- Nessuno/licenza elementare
- Licenza scuola media inferiore/avviamento professionale
- Licenza scuola media superiore
- Laurea
- Post-laurea

5) Qual è il suo stato civile

- Celibe o nubile
- Coniugato/a o convivente coabitante col coniuge
- Coniugato/a non coabitante col coniuge o separato/a di fatto
- Separato/a legalmente o divorziato/a
- Vedovo/a
- Altro, specificare:

6) Quante persone (oltre lei) vivono con lei in casa: ____

7) Quale è attualmente la sua condizione lavorativa:

- Occupato/a
- Disoccupato/a
- Casalingo/a
- Inabile al lavoro
- Persona ritirata dal lavoro (pensionato/a)
- In altra condizione

8) Facendo riferimento alla principale attività lavorativa che attualmente svolge o che svolgeva prima del pensionamento o della perdita/abbandono del lavoro, lei svolge:

- Dirigente o Quadro
 - Impiegato/a o insegnante
 - Operaio/a
 - Lavoratrice/ore autonoma/o come imprenditrice/ore o libera/o professionista o lavoratrice/ore in proprio
 - Lavoratrice/ore nell'ambito dell'azione di un familiare
 - Lavoratrice/ore come casalinga/o
- 9) In quale settore di attività economica lavora/lavorava?
- Sanità e assistenza sociale (compresi asili nido) Istruzione e formazione
 - Pubblica amministrazione e Difesa
 - Attività professionali, scientifiche e tecniche, noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese, servizi di informazione e comunicazione
 - Servizi di alloggio e ristorazione (compresi bar, pub, gelaterie, ecc.). attività commerciali, attività finanziarie, assicurative e immobiliari
 - Agricoltura, silvicoltura, caccia e pesca, attività estrattive, fornitura di energia elettrica, gas, acqua, gestione reti fognarie e rifiuti, manutenzione e installazione di macchine e apparecchiature, ostruzioni edili, opere pubbliche e installazione di servizi in fabbricati
 - Altro settore
- 10) Che territorio di riferimento ha l'associazione di cui fa parte?
- Comuni di piccole dimensioni (meno di 5000 abitanti) Comuni di medie dimensioni (da 5000 a 10000 abitanti)) Comuni di grandi dimensioni (oltre 10000 abitanti))
 - Aree più estese (Città metropolitane)
 - Altro:

Sezione salute e benessere

- 11) Che cosa è per lei la salute? (per ciascun elemento scegliere un valore su una scala da 1 a 10)
- Assenza di malattia
 - Autonomia e autosufficienza
 - Benessere psicologico e stato d'animo positivo
 - Benessere relazionale
 - Avere uno stile di vita in linea con le mie aspettative

- Assenza di decadimento psichico e fisico

12) Considerando gli elementi che per lei definiscono il concetto di salute, come giudica in generale la sua salute? *

- Molto bene
- Bene
- Discretamente
- Male
- Molto male

13) È affetto da malattie croniche o problemi di salute di lunga durata? (Il termine “lunga durata” si riferisce a malattie o problemi di salute che durano da almeno 6 mesi o si prevede che durino per almeno 6 mesi)

- No
- Sì, una malattia cronica
- Sì, due malattie croniche
- Sì, più di due malattie croniche

14) Pensi agli ultimi 12 mesi. Lei si ritiene soddisfatto dei seguenti aspetti che hanno riguardato la sua vita? (per ciascun elemento scegliere un valore tra: molto, abbastanza, poco, per niente)

- Benessere fisico
- Benessere mentale e psicologico
- Relazioni familiari
- Relazioni con amici e conoscenti
- Tempo libero
- Soddisfazione generale per la vita che conduce

Sezione compiti di cura

15) Svolge attività gratuite a beneficio di uno o più bambine/i o ragazze/i (minori di 18 anni)

- Sì
- No

16) Che legame ha nei confronti dei minori di cui si prende cura (se hanno diversi gradi di parentela, consideri il minore di cui si prende cura con più frequenza):

- Sono le/i mie/i nipoti

- Sono le/i mie/i figlie/i
- Altro, specificare:

17) I minori nei confronti dei quali svolge le attività di cui sopra abitano (se abitano in luoghi diversi, scelga i minori di cui si prende cura con più frequenza): *

- Insieme a me (coabitanti)
- Nelle vicinanze della mia abitazione (nel raggio di 10 km)
- A più di 15 km dalla mia abitazione

Quante ore settimanali in media dedica a queste attività? Consideri la somma totale delle ore che dedica ai diversi minori di cui si prende cura:

|_|_|

18) In cosa consistono principalmente le attività che svolge? *

- Passare del tempo insieme quando i genitori sono impossibilitati
Andare a prenderli a scuola e portarli ad altre attività
- Preparare loro i pasti
- Aiutarli nello svolgere i compiti e nello studio
- Altro, specificare:

19) Svolge attività di cura per uno o più familiari adulti non autosufficienti?

- Sì
- No

20) Gli adulti di cui si prende cura abitano (se abitano in luoghi diversi, consideri l'adulto di cui si prende cura con più frequenza):

- Insieme a me (coabitanti)
- Nelle vicinanze della mia abitazione (nel raggio di 10 km)
- A più di 15 km dalla mia abitazione

21) Che legame ha nei confronti degli adulti non autosufficienti di cui si prende cura (se hanno diversi gradi di parentela, consideri l'adulto di cui si prende cura con più frequenza):

- È il mio coniuge o partner
- È un mio genitore o il genitore del mio coniuge/partner
- È mia/o figlia/o
- Altro, specificare:

22) Quante ore settimanali in media dedica a questa attività? Consideri la somma totale delle ore che dedica ai diversi adulti di cui si prende cura:

|_|_|

23) In cosa consistono principalmente le attività che svolge (Selezionare tutte quelle che corrispondono):

- Passare del tempo insieme
- Cura della persona e assistenza senza l'aiuto di personale qualificato Cura della persona e assistenza con l'aiuto di personale qualificato
- Svolgere commissioni e compere per suo conto o dare aiuto nello svolgimento di queste attività

Sezione Partecipazione civica:

24) Da quanti anni svolge attività di associazionismo e volontariato?

|_|_|

25) È iscritto a (scegliere per ciascun elemento la risposta tra: no; sì, una; sì, più di una)):

- Organizzazioni sindacali (sindacati confederali, autonomi, dei pensionati, ecc.)
- Associazioni ecologiste, per i diritti civili, per la pace
- Associazioni o gruppi di volontariato
- Associazioni culturali, ricreative o di altro tipo

26) Attraverso quali canali si è avvicinato/a o è entrato/a a far parte di questo gruppo?

- Familiari
- Partner
- Familiari
- Amiche/i Conoscenti
- Colleghi di lavoro/studio
- Iniziative di comunicazione, social, attività promozionali, siti web
- Sono tra i soci fondatori
- Altro, specificare:

27) Nell'arco di una settimana, in media, qual è la somma delle ore che dedica all'attività di questa e delle eventuali altre associazioni di cui fa parte?

Attività di gruppo (riunioni, eventi, etc.)

|_|_|

Attività individuali

|_|_|

28) È soddisfatto/a dell'impegno che dedica complessivamente alle attività di associazionismo e volontariato:

- Sì, sono pienamente soddisfatto/a
- No, vorrei poter destinare più ore alle attività di associazionismo
- No, vorrei poter destinare meno ore alle attività di associazionismo

29) Quali sono i motivi principali per cui le ore di associazionismo che svolge non corrispondono a quelle che vorrebbe fare (più risposte possibili, massimo 3):

- Mancanza di tempo libero
- Ostacoli legato allo stato di salute
- Impegni familiari e domestici
- Difficoltà logistiche (es. la sede dell'associazione è difficile da raggiungere)
- Problemi interni all'associazione (es. scarsità di risorse umane nell'associazione)
- Altro, specificare:

30) Quante ore a settimana in più vorrebbe dedicare alle attività di impegno civico se potesse scegliere liberamente? (rispondere solo se la risposta alla domanda 28 era "No, vorrei poter dedicare più ore alle attività di associazionismo/volontariato")

|_|_|

31) Quante ore a settimana in meno vorrebbe dedicare alle attività di impegno civico se potesse scegliere liberamente? (rispondere solo se la risposta alla domanda 28 era "No, vorrei poter dedicare meno ore alle attività di associazionismo/volontariato")

|_|_|

32) Su una scala da 1 a 10 (dove 1 è per nulla importante e 10 molto importante) come valuta i seguenti motivi rispetto alla scelta di partecipare alle attività di associazionismo? (per ciascun elemento scegliere un valore su una scala da 1 a 10)

- Voglia di stare con gli altri e possibilità di incontrarli
- Arricchimento personale e crescita a livello personale
- Possibilità di aiutare gli altri e rispondere ai loro bisogni sociali
- Sentirsi utile nei confronti della comunità

Messaggio conclusivo:

Grazie per la collaborazione! La somministrazione è conclusa, vi ringrazio per il tempo dedicato!

Appendice B. Scheda osservativa focus group

La traccia è stata sviluppata a partire dalla ricognizione della letteratura effettuata sul tema e sulla base dell'elaborazione dei dati raccolti nella prima fase della ricerca.

In particolare ci si è voluti concentrare soprattutto su aspetti che difficilmente avrebbero potuto essere raccolti tramite questionario e che quindi non erano stati inseriti nelle domande, oppure che pur essendo stati oggetto della prima fase della ricerca, richiedessero maggior approfondimento.

Sono stati individuati tre temi principali, a partire dai quali sono state sviluppate alcune domande:

1) Invecchiamento attivo:

- a. Cosa significa per te invecchiare attivamente e in salute?
- b. Che ruolo ha il volontariato/l'impegno associativo in questo?
- c. Cosa è per te il benessere nell'anzianità?

2) Volontariato e cura intergenerazionale:

- a. Quali stati d'animo associ all'attività di volontariato?
- b. Quali all'attività di cura nei confronti di minori o persone non autosufficienti, nel caso tu la svolga?
- c. Questi due tipi di attività hanno un effetto simile sul tuo benessere e la tua soddisfazione generale?

3) Il ruolo delle transizioni nell'attività volontaria:

- a. Hai iniziato a svolgere volontariato in età anziana o precedentemente?
- b. Hai aumentato o diminuito il tuo impegno associazionistico quando sei andato/a in pensione (o al compimento dei 65 anni)?
- c. Oppure quando ci sono stati cambiamenti nella composizione del tuo nucleo familiare (vedovanza, separazione, allontanamento dei figli dal nucleo)?

Dati socio anagrafici e informazioni richieste ai partecipanti nella fase preliminare:

- Genere,
- Età,
- In che contesto svolgi volontariato e da quanto tempo?