

Anziani e «invecchiamento attivo» durante l'emergenza Covid-19

23/12/2020

Valeria Cappellato, Università degli Studi di Torino

Eugenia Mercuri, Università degli Studi di Torino

Cappellato V., Mercuri E. (2021), *Anziani e «invecchiamento attivo» durante l'emergenza Covid-19*, in «Cambio. Rivista sulle trasformazioni sociali», OpenLab on Covid-19. DOI: 10.13128/cambio-10180

Introduzione

Il progressivo invecchiamento della popolazione, almeno nel mondo occidentale, è il prodotto di differenti fattori quali la progressiva riduzione della fecondità e il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e del progresso scientifico-tecnologico che hanno influenzato positivamente la speranza di vita alla nascita (Eurostat 2019; Istat 2020). Il fenomeno si accompagna a una crescente preoccupazione legata all'inerzia delle istituzioni nel reagire alle trasformazioni in corso, in termini di politiche sociali e familiari (Naldini e Saraceno 2011), ma anche, ad esempio, sul piano delle politiche abitative ed urbanistiche (Lodigiani 2012). Al contrario, le politiche del lavoro sono mutate anche grazie alla diffusione del paradigma dell'invecchiamento attivo e di successo, e l'intervento dell'OMS che già a partire dal 2002 ha posto l'accento sulle politiche che consentono alle persone anziane di sfruttare al meglio il loro potenziale e ridurre la dipendenza dalla famiglia e dallo stato (WHO 2015; Zaidi et al. 2016). Sebbene l'obiettivo dell'OMS fosse prioritariamente volto a migliorare la qualità della vita e a ottimizzare le opportunità per la salute, per la partecipazione sociale e la sicurezza delle persone anziane (WHO 2002), le politiche implementate, nei diversi paesi europei, hanno sposato una prospettiva prevalentemente economica e produttiva¹

¹ L'OMS, in risposta al crescente corpo di critiche al paradigma dell'invecchiamento attivo e ai limiti che si sono meglio precisati nel tempo, ha formulato strategie di policy che tentano di superare la visione economicista e produttiva, per volgere l'attenzione sia ai contesti capacitanti (WHO, 2008), sia alle capacità funzionali, definite come l'interazione tra capacità individuali e caratteristiche ambientali rilevanti (WHO 2015; Beard et al. 2016). Cosa le persone possono essere e fare in relazione a ciò che hanno motivo di apprezzare (Beard et al. 2016) è determinato dalla combinazione di questi elementi e diventa un tema centrale anche nei più recenti discorsi dell'OMS. L'invecchiamento attivo rischia inoltre di non tenere conto della percezione delle persone rispetto a come loro si definiscono in relazione anche alle

che si è tradotta in norme volte a estendere la fase di vita lavorativa piuttosto che intervenire su altre forme di partecipazione ed esercizio di una cittadinanza attiva (Foster e Walker 2015). I discorsi che si sono costruiti negli ultimi vent'anni, anche in Italia, ruotano attorno al paradigma dell'invecchiamento attivo e al modello proposto da Rowe e Khan (1997) dell'invecchiamento di successo, connesso a stili di vita anti-invecchiamento che mette al centro le persone anziane come soggetti responsabili delle proprie condizioni. Per preservare una buona salute il modello promuove per gli anziani uno stile di vita attivo, caratterizzato da indipendenza e produttività anche in età avanzata così come di partecipazione, e possibilità di svolgere attività significative per contribuire a migliorare il proprio senso di benessere (Walker 2002). L'invecchiamento attivo e di successo rappresenta dunque un modello, o imperativo morale, che negli ultimi decenni ha sostenuto le politiche e i discorsi pubblici; promosso anche dai media (Rozanova 2010), si è imposto come il discorso dominante per parlare di senilità, in antitesi a quello del *disengagement* che descrive questa fase della vita in relazione alla perdita dei ruoli e degli impegni ricoperti in età adulta (Boudiny 2013).

L'avvento dell'emergenza sanitaria ha però messo in crisi il paradigma dell'invecchiamento attivo di successo, e ne ha messo in luce i limiti. In fase di *lockdown*, i media hanno infatti supportato e dilatato le narrative sulla epidemia e le connesse paure, spostando l'attenzione dai fattori di rischio – di cui peraltro poco si sapeva – alle conseguenze, nonché sui destinatari, cogliendo l'occasione di enfasi mediatica (Poli 2020). Così, mentre l'OMS, pur segnalando il pericolo per la popolazione più anziana, delineava anche la trasversalità del rischio a tutte le altre fasce di età (Kluge 2020), i media e diversi *opinion leader* veicolavano messaggi ambigui, celando in un primo momento che anche le fasce più giovani, seppur con minore incidenza, potevano morire per il Covid-19 (Poli 2020: 273) e al contempo descrivendo tutta la popolazione over 65 come a rischio, da tutelare e proteggere, finanche – a dire di alcuni politici e manager – non più produttiva e in quanto tale sacrificabile.

In tale quadro, questo contributo si pone un obiettivo esplorativo attorno alle rappresentazioni e alla percezione dell'invecchiamento, e ai rischi di esclusione sociale, per mettere in luce possibili esiti generati dall'emergenza sanitaria (e dalla crisi sociale, economica, culturale) che ha visto gli anziani tristemente protagonisti: nell'essere i più colpiti dall'influenza COVID-19² (Daoust 2020; Meisner *et al.* 2020; Wister e Speechley 2020); nell'essere oggetto di pericolose (e dagli esiti nefasti) sottovalutazioni dei rischi di contagio quando non autosufficienti ospiti di strutture residenziali (Werner *et al.* 2020; Gori e Trabucchi 2020); nell'essere dipinti indistintamente come soggetti fragili, vulnerabili, da proteggere (Pentaris *et al.* 2020; Previtali *et al.* 2020).

Nei paragrafi che seguono, dopo avere presentato i metodi della ricerca, discuteremo le testimonianze degli intervistati con l'obiettivo di approfondire alcune questioni emerse dall'analisi dei materiali empirici: la ridefinizione della quotidianità e delle prassi, i bisogni e le necessità emergenti, le fragilità dei servizi e delle persone in età avanzata chiamati a rispondere a una situazione del tutto imprevista. In conclusione, ci chiediamo quanto di ciò che è emerso, rispetto

differenze culturali e sociali. Infine, è da ricordare, come avverte l'Unione Europea nei documenti relativi all'anno 2012 di promozione dell'invecchiamento attivo (Decisione 2011, n. 940), che la popolazione anziana è eterogenea e la diversità delle generazioni più anziane – o della quarta età – è destinata ad aumentare: di questo fenomeno è necessario tenere conto.

² L'Istat a luglio 2020 stimava che in Italia l'eccesso di mortalità più consistente si era riscontrato per gli uomini di 70-79 e di 80-89 anni, per i quali i decessi cumulati dal primo gennaio al 30 aprile 2020 aumentano di oltre il 52% rispetto alla media del periodo 2015-2019; segue la classe di età 90 e più, con un incremento del 48%. Per gli uomini più giovani (50-59 anni) l'eccesso di mortalità è del 26%. Per le donne l'incremento è stato più contenuto in tutte le classi di età; nel periodo gennaio-aprile segna il 42% in più della media degli anni 2015-2019 per la classe di età 90 e oltre, che risulta la più colpita. Seguono la classe 80-89 anni, con un incremento del 35%, e la 70-79 (31%). Per le donne più giovani (50-59 anni) i decessi sono aumentati del 12%. Gli anziani sono stati i più colpiti dalla prima ondata di pandemia, quasi l'85% dei decessi riguarda persone over70, oltre il 56% quelle sopra agli 80. Sono dunque i più fragili anche se negli anni hanno visto migliorare sia la salute che la qualità della vita. Tra gli ultraottantenni di oggi, circa uno su quattro dichiara di stare male o molto male, a fronte di uno su tre nel 2009 e di circa il 36% nel 2000.

all'invecchiamento in una fase caratterizzata da estrema incertezza, è nuovo e quanto, invece, è un'amplificazione di dinamiche già note, che l'emergenza sanitaria ha portato alla luce o esacerbato.

Metodi

Lo studio si colloca nell'ambito di una più ampia ricerca sulla condizione degli anziani³, iniziata nell'autunno 2019 e basata su interviste discorsive a testimoni qualificati (operatori e referenti di servizi che a vario titolo si occupano di popolazione anziana) e persone anziane over 65, non più impiegate nel mercato del lavoro, autosufficienti, residenti in una città metropolitana del Nord Italia.

In questo contributo faremo riferimento a quindici interviste realizzate tra maggio e luglio 2020, nella fase immediatamente successiva al primo *lockdown*⁴. Nello scenario del fronteggiamento dell'emergenza sanitaria che si delineava fra la primavera e l'estate, abbiamo ritenuto non opportuno condurre interviste in presenza, preferendo svolgerle telefonicamente. A partire dal mese di maggio 2020, perciò, abbiamo ripreso i contatti con alcune delle persone già intervistate nella fase precedente di ricerca, anteriore al diffondersi dell'epidemia. Abbiamo così intervistato 9 testimoni qualificati (7 referenti di enti e associazioni del terzo settore, un responsabile di cooperativa, un professionista dei servizi sociali), e 6 anziani, (4 donne e 2 uomini), che facevano parte del nostro campione originario. Questa strategia ha permesso di arricchire l'analisi con prospettive che ampliano lo sguardo sulla condizione anziana a ridosso di una circostanza che l'ha proiettata al centro della scena e dei dibattiti pubblici.

Per le interviste ai testimoni qualificati, le domande si sono concentrate sui bisogni emergenti a ridosso dell'emergenza sanitaria e sulla conseguente riorganizzazione dei servizi. Per quanto riguarda la traccia di intervista per le persone anziane, la sua costruzione è stata guidata, da un punto di vista metodologico, dall'idea che l'esperienza soggettiva sia ricordata dagli individui in forme di conoscenza episodico-narrativa e semantica (Flick 2009). L'assunto di base dell'intervista episodica è che le esperienze di vita sono codificate e ricordate come conoscenza narrativa o episodica (basata cioè su situazioni di vita concrete) e conoscenza semantica (costituita di concetti astratti e le loro relazioni). La conoscenza semantica si è tradotta in immagini sull'invecchiamento durante la pandemia: il modo in cui la persona anziana pensa e si rappresenta, e le definizioni che cercano di spiegare cosa significa effettivamente invecchiamento. La conoscenza episodica, riferita a eventi e situazioni concrete (Flick et al., 2012), è stata narrata a partire dalla sollecitazione a declinare percezioni e vissuti in situazioni concrete della vita quotidiana con particolare attenzione alla rottura delle routine che il *lockdown* ha imposto.

Le 15 interviste sono state audioregistrate e trascritte integralmente⁵. I testi così prodotti sono stati analizzati sul piano dei contenuti attraverso una segmentazione e codificazione aperta, con il supporto del software di analisi qualitativa Atlas.Ti. La codificazione dei testi, operata con un approccio tematico aperto, è stata ispirata all'impostazione di analisi induttiva nota come *grounded theory* (Glaser e Strauss 2009).

³ La scelta di declinare al maschile e ricorrere quindi al termine «anziani» per riferirsi a uomini e donne non intende celare le importanti differenze di genere che attraversano anche questa fase di vita, ma piuttosto alla necessità di non appesantire la lettura.

⁴ Ci si riferisce qui al primo *lockdown* che in Italia ha avuto inizio l'11 marzo 2020 ed è terminato il 16 maggio dello stesso anno.

⁵ I nomi degli intervistati sono fittizi e assegnati dalle autrici al fine di garantire l'anonimato di chi si è reso disponibile a prendere parte al progetto di ricerca.

Bisogni condivisi, territori differenti, risposte familiari

Le testimonianze dei nostri intervistati delineano un quadro in cui le rotture nelle quotidianità e nelle prassi, sia per le persone anziane sia per i servizi, hanno generato bisogni a cui da più parti si è cercato di fare fronte mettendo in campo risorse vecchie e nuove, con esiti differenti.

Per gli anziani intervistati, l'interruzione dei contatti diretti è stata faticosa e disorientante, in particolare per chi vive solo. Il bisogno di socialità e assicurazione è stato infatti uno dei più impellenti nella loro esperienza⁶. Per questa ragione, gli anziani intervistati hanno raccontato di aver cercato di curare le relazioni sociali, hanno parlato dell'importanza di offrirsi reciproco sostegno e comprensione, seppure entro una generale atmosfera di preoccupazione per la tenuta non tanto delle proprie reti, quanto del tessuto sociale più ampio:

Non è vero, come si diceva all'inizio, che sarebbe migliorato il mondo, no, la gente è peggiorata, un po' per rabbia, un po' perché non ce la fa, per tanti motivi (Gabriella, 73 anni, luglio 2020)

In una fase ancora prossima alla fine della prima ondata di diffusione del virus, tutti hanno espresso preoccupazione per la situazione del paese dal punto di vista sanitario, ma anche confusione e incertezza, alimentata da una comunicazione spesso discordante e contraddittoria che ha contribuito a generare un senso di sconforto, impotenza e timore che rende difficile proiettarsi in avanti:

Io non lo immaginavo prima il mio futuro, figuriamoci adesso (...) forse si è accentuato quello che già provavo prima, l'amarezza di vivere in una società così, che non mi piace più, che non condivido più. (Lucia, 71 anni, giugno 2020)

Dal punto di vista delle necessità materiali, gli anziani intervistati non hanno manifestato particolari difficoltà nello svolgere le attività quotidiane, fare la spesa, andare in farmacia, pagare le bollette, per soddisfare le quali tutti hanno contato sulle reti di sostegno già esistenti, in primis le famiglie e in secondo luogo il vicinato. I testimoni, al contrario, raccontano di un'importante mobilitazione di risorse volta a rispondere al rischio di deprivazione legato all'interruzione di molte attività produttive e all'isolamento: sul territorio cittadino, i servizi sociali e le associazioni di terzo settore hanno formato – o, più spesso, consolidato – sinergie e collaborazioni nell'attivare servizi di consegna a domicilio di pasti, prodotti alimentari e medicinali, in modo il più possibile capillare e traendo vantaggio dalla presenza di numerosi nodi entro la rete (servizi sociali, Protezione Civile, enti di terzo settore, associazioni di volontariato e neo-formati gruppi di vicinato solidale), che ha permesso di organizzare risposte a segnalazioni di bisogno che arrivavano da fronti differenti. È però necessario mettere in luce alcune questioni rimaste in ombra. La parte della popolazione anziana che vive con una pensione minima, e aveva messo in atto una serie di strategie di risparmio e contenimento delle spese, con il sopraggiungere del *lockdown* si è trovata in difficoltà per diversi ordini di ragioni. Come racconta una referente di un servizio di terzo settore:

⁶ Ci sembra doveroso ricordare che nessuna delle persone anziane che compongono il nostro campione originario si trova in grave difficoltà economica o in condizioni di deprivazione materiale. Il numero ridotto di persone intervistate durante l'emergenza sanitaria, inoltre, non ci permette di fare riflessioni empiricamente fondate sulle conseguenze della pandemia dal punto di vista della situazione socioeconomica delle persone in età avanzata. Nonostante questo, va messo in evidenza che il prolungato stato di emergenza sanitaria avrà – e in parte ha già – importanti ricadute negative sul sistema economico e sociale. È presumibile che le persone anziane, specialmente in un paese come il nostro in cui il sostegno materiale fra le generazioni si muove spesso in senso discendente, saranno fortemente coinvolte dalle conseguenze della crisi e dal suo impatto sul mercato del lavoro.

I bisogni inizialmente sono stati legati al tema cibo e a quello medicine, poi certo l'aspetto economico perché alcuni dei nostri beneficiari non vivono in situazioni di agio. Non perché hanno perso la pensione ma perché l'indotto è diventato molto più caro, perché non potevano uscire. Non si sono potuti permettere la spesa (...) un po' perché non potevano farla (perché non uscivano) e un po' perché i costi diventavano insostenibili, perché le consegne si pagavano. (Testimone n.11, maggio 2020)

In altre parole, chi ancora autosufficiente, pur se in una condizione già precaria dal punto di vista finanziario, riusciva con le proprie risorse a soddisfare i bisogni primari. Le trasformazioni indotte dalle disposizioni sulla sicurezza, l'invito all'isolamento e la conseguente impossibilità di recarsi nei consueti posti per fare la spesa a basso costo, hanno modificato sostanzialmente anche la condizione di questi anziani, resi incapaci di accedere ai beni essenziali in modo autonomo. Sono così emerse, e hanno preso forma, nuove condizioni di povertà relativa che erano prima sconosciute e alcuni anziani, che con alcuni accorgimenti riuscivano a barcamenarsi con un budget limitato, si sono dovuti rivolgere ai servizi per garantirsi la sopravvivenza. Inoltre, sul territorio cittadino la consegna gratuita della spesa a domicilio non era distribuita in modo omogeneo⁷. Un'assistente sociale racconta:

Ho notato un livello di organizzazione molto buono in alcuni quartieri. Per esempio, una delle indicazioni che noi potevamo dare alle persone era il negozio più vicino a casa che consegna a domicilio. Però nella zona a Nord abbiamo trovato due negozietti... un sacco di negozi in centro e pochissimi nelle periferie. (Testimone n.8, giugno 2020)

Quanto racconta la testimone introduce un ulteriore elemento che ha prodotto diseguali opportunità per gli anziani. Se i commercianti del centro della città hanno manifestato una maggiore capacità e velocità di risposta ai nuovi vincoli, in periferia l'impoverimento del tessuto del piccolo commercio si è reso manifesto in tutta la sua problematicità per gli effetti indesiderati che ha prodotto. In generale questi elementi contribuiscono ad aumentare i rischi per la salute fisica, che secondo alcuni studiosi sono cresciuti in ragione della sedentarietà forzata e del limitato accesso ai prodotti freschi di chi ha fatto la spesa con minore frequenza o ha fatto ricorso a pacchi alimentari (Meisner *et al.* 2020).

Da parte di quasi tutti i testimoni, tuttavia, la percezione che le necessità di rassicurazione e sostegno che derivavano dall'isolamento forzato fossero più scoperte rispetto a quelle materiali è diffusa e condivisa. Lo stralcio che segue segnala proprio quest'interpretazione delle necessità degli anziani incentrata sull'importanza di rassicurare e di sostenere i legami:

(il nostro obiettivo era) non far sentire gli anziani soli e abbandonati in un periodo in cui la solitudine la faceva da padrone. (Testimone n. 2, giugno 2020)

Diversi studi sugli effetti dell'isolamento forzato hanno mostrato come l'interruzione delle interazioni sociali ha esacerbato il senso di solitudine, specialmente per chi ha limitato accesso alle piattaforme digitali di comunicazione, quindi principalmente – ma non solo – gli anziani (Pentaris *et al.* 2020; Ayalon *et al.* 2020). Tale malessere si è tradotto in un aumento di richieste di supporto psicologico da parte di persone anziane sole che esprimevano pensieri negativi e tendenze suicide

⁷ La situazione è andata progressivamente trasformandosi e nel tempo sono cresciuti i negozi che hanno offerto il servizio di consegna gratuita a domicilio. Ciononostante, è necessario ricordare che i prodotti presenti nei piccoli esercizi o nei centri commerciali hanno costi mediamente più alti rispetto a quelli venduti al mercato, tenendo anche conto che stiamo parlando di anziani soli che non fanno approvvigionamento di importanti scorte alimentari e non usufruiscono quindi di sconti riservati all'acquisto di prodotti in grandi formati.

(Pentaris *et al.* 2020; Wister e Speechley 2020; Tyrrell e Williams 2020). Ciò che è emerso, in modo inaspettato per alcuni testimoni, è come la solitudine abbia attraversato non solo chi non dispone di reti informali, ma anche soggetti che condividono la loro abitazione con congiunti e familiari mostrando, come racconta un testimone:

la fragilità generale dei rapporti ordinari (...) la necessità che i rapporti ordinari hanno di essere rafforzati in termini qualitativi, e non quantitativi. (Testimone n. 3, maggio 2020)

Le famiglie hanno però rappresentato un dispositivo fondamentale per fare fronte alle necessità di cura più impellenti. Come raccontano diversi testimoni, chi usufruiva dei servizi di assistenza domiciliare ha continuato a farlo anche durante il *lockdown* solo quando non poteva sopperire alle sue necessità in modo autonomo, vale a dire contando sulle proprie reti.

Molte famiglie ci hanno telefonato per dirci che non volevano più l'intervento a domicilio per il proprio parente perché troppo pericoloso. Perché noi abbiamo l'assistente familiare che va da una persona per 2 ore e poi 2 ore da un'altra parte, e poi prende i mezzi pubblici e, ci dicevano, ci fa paura. Per cui si trasferivano a vivere dalla mamma o dal papà ed erano più tranquilli. (Testimone n.8, giugno 2020)

Numerosi famigliari di anziani assistiti a domicilio hanno fatto richiesta di sospendere il servizio, assumendo un ruolo di primo piano come caregivers, in modo da ridurre la possibile esposizione al contagio. Questo ha però portato con sé ulteriori difficoltà: da un lato, rischiando di creare o esacerbare tensioni nei rapporti familiari, nella formazione di inedite abitudini a dare e ricevere cura; dall'altro, spingendo ancora più nella marginalità i lavoratori della cura, specialmente quando impiegati nel mercato del lavoro informale, accrescendo le loro possibilità di avviarsi verso un percorso di caduta in povertà. Un'assistente sociale ricorda il tardivo intervento dello stato per tutelare gli assistenti familiari, ovviamente se in regola e con un contratto che prevedeva un minimo di 10 ore settimanali:

Nel decreto rilancio, si parla delle assistenti familiari, si istituisce questa indennità per assistenti familiari non conviventi che hanno un contratto superiore alle 10 ore settimanali di 500 euro per i mesi di aprile e maggio. Quindi a un certo punto se ne sono resi conto. (Testimone n.8, giugno 2020)

Diversi intervistati hanno osservato un'inerzia delle istituzioni nel rispondere ai bisogni di cura e di assistenza a domicilio delle persone più fragili, acuiti ulteriormente a causa dell'emergenza sanitaria e delle misure imposte dal *lockdown*, e si siano altresì mostrate incuranti delle condizioni di chi presta la cura. Si tratta di questioni lungamente trascurate nel dibattito pubblico, che anche con l'emergenza sanitaria non sono state sufficientemente messe a tema, prediligendo i discorsi sulle criticità emerse dall'assistenza in regime di residenzialità.

Scoprirsi anziani, scoprire gli anziani

In fase di emergenza sanitaria, i discorsi sulla fragilità chiamano in causa diversi livelli di governo e assumono eterogenee forme in differenti ambiti. I rischi per la salute rappresentano solo uno dei pezzi che compongono il complesso mosaico; l'analisi delle interviste ha portato alla luce come le situazioni più gravi abbiano a che vedere con la tenuta delle istituzioni, con il valore del lavoro di cura, con il senso di sé e le rappresentazioni del proprio ruolo.

Per i testimoni qualificati, la pandemia ha messo in evidenza problemi già manifesti e precedenti l'emergenza: primo fra tutti, la frammentazione dei servizi a livello territoriale e la mancanza di un coordinamento, con l'annessa difficoltà (o semplicemente lentezza) da parte delle

istituzioni ad assumersi la responsabilità di decisioni relative al funzionamento degli stessi servizi. A questa lacuna si è fatto fronte tramite l'iniziativa autonoma dal basso, a livello dei singoli enti e associazioni, come racconta una testimone: «Continuavano a dire gli anziani sono vulnerabili, devono rimanere a casa, e nessuno ci diceva di chiudere.» (Testimone n. 6, giugno 2020).

Un'altra questione è legata al contributo dei volontari che costituisce un apporto fondamentale al sistema. Molti tra coloro che prestano servizio per gli enti coinvolti hanno più di 65 anni e rientrano nella categoria definita a rischio sulla base dell'età: questo ha comportato un'importante emorragia di persone comprensibilmente preoccupate per la loro salute, in qualche caso mettendo in sofferenza le associazioni a cui afferivano. Allo stesso tempo, per gli anziani impegnati in attività di volontariato rivolte ad altri anziani, la condivisione della medesima percezione e condizione di pericolo ha sorretto, in qualche caso, una reinterpretazione delle relazioni verso una minore asimmetria. Gli scambi intercorsi hanno permesso ai volontari di accorgersi di come «la chiacchiera con queste persone (i beneficiari) non è poi così faticosa o squalificante lavorando veramente sul tema dell'inclusione» (Testimone n. 11, maggio 2020).

Il riconoscimento dell'altro che va oltre l'opposizione *giovane-anziano-volontario attivo/vecchio-destinatario passivo* è un tema che emerge anche dalle narrazioni degli intervistati. Nel caso di Aurelia, durante il periodo di *lockdown* si è operato un ribaltamento fra la rappresentazione di sé incentrata sulla partecipazione civica e l'impegno verso la collettività, e le pressioni esterne che la relegavano nella categoria da tutelare, destinataria di attenzione e cura. Con le sue parole: «Mi sono trovata, da un giorno all'altro... ho scoperto di essere anziana ... sono invecchiata nel giro di una settimana, mi son trovata a fare la vita che fanno gli anziani.» (Aurelia, 71 anni, luglio 2020).

Chiusa in casa, impossibilitata a svolgere le consuete attività di volontariato, Aurelia racconta di essersi scoperta per la prima volta anziana. Nella ridefinizione del suo ruolo ha influito il vicinato, che compone una fitta rete di scambi e sostegno reciproco, da cui è arrivata l'offerta di occuparsi delle sue incombenze quotidiane; ma soprattutto il figlio, che attraverso un'opera di costante sorveglianza, pur animata dalle migliori intenzioni come lei la descrive, ha contribuito ad alimentare un senso di straniamento e di timore, originato dal trovarsi oggetto delle preoccupazioni altrui, e non più artefice, viceversa, del loro benessere. Al contrario, Nunzio, fortemente ancorato al suo ruolo di volontario, prende le distanze dall'altro fragile e mostra un'esacerbazione dell'opposizione noi/loro, in cui loro, gli anziani, sono i destinatari dei servizi: «Eh, che ci siamo accorti anche di loro! Forse dovevamo accorgercene prima» (Nunzio, 67 anni, luglio 2020).

In generale, l'emergenza sanitaria sembra avere messo in risalto le complessità e le tensioni già esistenti nelle rappresentazioni dell'invecchiamento, ed in particolare l'opposizione fra attivo e passivo, fra chi presta la cura e chi ne è oggetto. La resistenza a una rappresentazione imperniata sulla fragilità *tout court* degli anziani (Daoust 2020) convive con l'apprensione originata dalla comunicazione ufficiale, confusa e incerta, e dai timori in alcuni casi incalzanti dei famigliari.

Alcuni intervistati, inoltre, hanno rilevato l'incongruenza fra il discorso sugli anziani come categoria a rischio, da proteggere, e allo stesso tempo vittime tollerabili perché non più produttive. Lo stralcio che segue mette in evidenza lo sconforto e la frustrazione che scaturiscono da questa tensione fra rappresentazioni discordanti dell'invecchiamento, che sembrano segnalare, sottotraccia, la persistenza di stereotipi *ageisti* (Rahman e Yahan 2020; Ayalon *et al.* 2020):

Quella è stata una sensazione un po' sgradevole, (...) sentire che si sarebbe utilizzato all'occorrenza il protocollo di guerra, questo mi ha un po'... toccato, perché gli annetti come sai ci sono, quindi necessariamente faccio parte di quella categoria lì, degli anziani. Forse adesso ancora anziani semplici, un po' più avanti anziani-anziani! E pensare che dovendo andare in ospedale, al pronto soccorso, la situazione potrebbe essere quella che il medico, il sanitario, sia costretto a scegliere tra un giovane e un anziano, questo mi ha un po' turbato, ecco (...) mi ha dato questo senso di ansia, di turbamento, ... e quindi ho cercato di, anzi, non sono più andato in ospedale, no? (Giorgio, 77 anni, luglio 2020)

Lo stress a cui i sistemi sanitari sono stati sottoposti ha aperto una discussione sulla necessità di stabilire delle priorità nell'accesso ai trattamenti, da cui l'indicazione, anche nel nostro paese durante la fase acuta (Monahan *et al.* 2020), di privilegiare i pazienti con una più alta speranza di vita (Previtali *et al.* 2020), o con maggiore probabilità di superare la condizione critica con il supporto delle cure intensive⁸. Se l'età non è un criterio che di per sé definisce l'accesso alle cure, può esserlo indirettamente nella misura in cui è connesso all'aspettativa di vita e quindi al minor beneficio che si può trarre dalla terapia intensiva rispetto a chi è più giovane. Secondo alcuni studiosi, il rischio di esclusione da alcuni tipi di trattamento è da imputarsi a stereotipi ageisti, che considerano le persone in età più avanzata come un gruppo omogeneo, indistintamente più fragili, non più produttive e quindi esposte a fenomeni di esclusione dalla società – e, in casi estremi, vittime tollerabili della pandemia (Monahan *et al.* 2020). Si tratta, ancora una volta, dell'effetto di una rappresentazione degli anziani come costo per la collettività, in questo caso per il sistema sanitario, che si fonda su di una definizione stereotipata di senilità improntata su fragilità e dipendenza (Tyrell e Williams 2020). Tale raffigurazione non tiene conto dei contributi che le persone in età avanzata offrono alle loro comunità di riferimento, a partire dalle famiglie, nelle quali spesso assumono ruoli di cura, conservandoli in qualche caso anche durante l'emergenza sanitaria (Pentaris *et al.* 2020).

Queste retoriche possono contribuire a costruire un conflitto intergenerazionale (Wister e Speechley 2020; Previtali *et al.* 2020; Ayalon 2020) che non trova però riscontro nelle pratiche della vita quotidiana. Come rilevano Ayalon e colleghi (2020), infatti, se tale conflitto fra le generazioni è parte del discorso pubblico, osservando le interazioni a livello micro, di vicinato e familiare, la categorizzazione sociale sulla base dell'età sembra essere meno marcata, a favore dell'espressione di solidarietà e di relazioni in cui sono frequenti scambi di cura fra le generazioni che anche le interviste sembrano confermare. Con la costruzione di discorsi sulle tensioni intergenerazionali prodotte dall'emergenza sanitaria si è, piuttosto, offuscata la questione centrale relativa alla scarsità delle risorse a disposizione per proteggersi dalla diffusione del virus e curarsi. Accanto a questo tema, è emersa la necessità di ripensare le strutture residenziali che, anche dalle parole degli intervistati, in questa fase hanno messo in luce tutte le loro criticità.

Hai visto cos'è successo nelle case di riposo, (...) «ah ma tanto sono vecchi, hanno altre complicanze», (...) avranno anche avuto delle complicanze, ma se non avessero avuto anche il Coronavirus magari sarebbero ancora vivi, allora fate prima a metterci al muro, a fucilarci, e a dire «dopo una certa età non possiamo più permetterci di mantenerci». (Lucia, 71 anni, giugno 2020)

La riflessione di Lucia sposta l'attenzione su un tipo di fragilità che non coinvolge direttamente gli anziani coinvolti nel nostro studio, vale a dire la non autosufficienza e la *long term care* residenziale, al centro di attenzioni e dibattiti durante l'emergenza sanitaria, a livello nazionale e internazionale, per via della grave sottovalutazione dei rischi di contagio nelle RSA, l'incapacità di immaginare soluzioni alternative, e il conseguente alto numero di vittime fra le persone anziane residenti (Gori e Trabucchi 2020; Werner *et al.* 2020). Se per gli anziani intervistati immaginare il futuro non era facile prima che si verificasse l'emergenza sanitaria, la situazione drammatica delle case di riposo ha rappresentato un ulteriore motivo di preoccupazione per il proprio avvenire.

⁸ L'espressione si trova nel documento intitolato "Decisioni per le cure intensive in caso di sproporzione tra necessità assistenziali e risorse disponibili in corso di pandemia da covid-19", pubblicato dall'Istituto Superiore di Sanità – Sistema Nazionale Linee Guida. Link: https://snlg.iss.it/wp-content/uploads/2020/11/Documento-SIAARTI-SIMLA-18-novembre_clean.pdf

Nuovi o vecchi rischi? Solitudine, esclusione e diseguaglianze

In conclusione, ci sembra utile concentrarci su alcuni aspetti: le risorse finanziarie e materiali, le relazioni sociali e le reti di sostegno; la partecipazione civica; gli aspetti socioculturali dell'esclusione in età anziana, vale a dire l'esclusione dai discorsi, la discriminazione e l'*ageism*. Si tratta di questioni differenti che condividono tuttavia un legame con le disuguaglianze, ed è da una riflessione più generale su questo punto che intendiamo avviare le successive.

Il COVID-19 è stato inizialmente presentato nel dibattito pubblico come un virus che opera senza distinzioni, eccezion fatta per le persone in età avanzata o con multi-comorbidità, e gli uomini se comparati alle donne. Nei mesi successivi alla sua comparsa questa premessa è stata smentita da numerose ricerche che hanno al contrario mostrato l'importanza dei determinanti sociali e della classe nel delineare il rischio di contagio e di mortalità (Marmot e Allen 2020). L'Ufficio per le statistiche nazionali inglese (Statistics OFN 2020) ha, ad esempio, evidenziato una stretta relazione tra tasso di mortalità e livello di deprivazione del territorio. Le analisi mostrano inoltre l'alta mortalità di alcuni gruppi etnici – africani, pakistani e bangladesi – che vivono in aree deprivate. Ad analoghi risultati sono giunti studiosi americani (van Dorn *et al.* 2020) che nel riscontrare un più frequente contagio tra le persone di colore, attribuiscono le cause a fattori strutturali che impediscono a tali comunità di praticare il distanziamento fisico. Le minoranze etniche negli Stati Uniti sono inoltre impegnate, in modo sproporzionato, in occupazioni essenziali, come lavoratori degli alimentari al dettaglio, dipendenti del trasporto pubblico, operatori sanitari e personale di custodia e «non godono del privilegio di restare a casa» (Ivi, 1243). Questi stessi individui vivono generalmente in comunità segregate in cui il virus circola con maggiore intensità. Anche uno studio condotto in Francia ha descritto il nesso tra fattori economici e finanziari o strutturali legati all'abitazione e la più rapida diffusione del virus (Goutte *et al.* 2020). È poi condivisa da più parti l'ipotesi che titolo di studio e status socioeconomico bassi siano associati a più alti livelli di contagio e decesso (Hawkins *et al.* 2020, Watchler *et al.* 2020).

In Italia, al momento in cui scriviamo, gli studi pubblicati si concentrano principalmente sui possibili effetti che le misure assunte dal governo avranno nel medio e lungo periodo in termini di amplificazione delle diseguaglianze occupazionali, educative, di genere, di salute, urbane, economiche e sociali (Semi 2020; Leonini 2020; Ruspini 2020). Anche tra gli intervistati è diffusa l'idea che la pandemia e in particolare il *lockdown* abbia avuto, e presumibilmente avrà, effetti più significativi per una parte della popolazione anziana, quella già vulnerabile. Un'assistente sociale racconta:

Una cosa che ho notato è questa enorme povertà. I vecchi sono un po' più tutelati degli altri perché hanno le pensioni, però se hai una pensione di 500 euro e hai un affitto e magari integravi con i pacchi alimentari della parrocchia che ha chiuso la distribuzione... allora noi ricevevamo le telefonate di chi non aveva più niente da mangiare (...) Diciamo che se volevamo dei dati sulla povertà non classificata su questa città, probabilmente adesso abbiamo dei dati anche interessanti. E anche quelli che pensavamo più tutelati, come gli anziani, sono emersi. (Testimone n.8, giugno 2020)

Le misure anti-contagio hanno consentito l'emersione di una fascia grigia, precedentemente poco nota ai servizi, di anziani sulla soglia della povertà. Le condizioni in cui le persone si trovavano prima dell'emergenza sanitaria sembrano così delineare differenti e diseguali vincoli e opportunità.

Se guardiamo alle relazioni sociali e alle reti di sostegno, i discorsi dei testimoni qualificati hanno descritto il supporto per il mantenimento di contatti sociali come centrale nei loro interventi, tuttavia non si sono formate nuove reti, ma consolidate quelle esistenti, con la conseguenza che chi si trovava in posizioni marginali preesistenti difficilmente ha trovato, in questa fase, occasioni di inclusione. Questa è la percezione, ad esempio, di un'intervistata anziana: «Io non ho visto

nessuno (...) ho saputo di tanta gente che aveva bisogno ma si è arrangiata da sola (...) c'è sempre il più misero che avrebbe bisogno più degli altri che resta fuori» (Gabriella, 73 anni, luglio 2020).

Non solo: l'interruzione forzata di alcuni servizi, il repentino mutamento delle prassi operative, lo sgretolamento del sostegno offerto dai lavoratori della cura hanno esacerbato le disuguaglianze già esistenti, lasciando fuori chi non era raggiungibile a distanza, limitando la risposta a una parte delle necessità, trascurandone altre.

La partecipazione civica e la cittadinanza attiva hanno subito uno stravolgimento, segnalando la fragilità delle associazioni di volontariato che si avvalgono prevalentemente del contributo di persone in età avanzata. Inoltre, si è reso manifesto il cortocircuito dei discorsi che negli ultimi anni hanno promosso il modello dell'invecchiamento attivo attraverso la partecipazione, e che durante l'emergenza, al contrario, veicolavano messaggi talvolta paternalistici nei confronti degli anziani, raccontati ora come fragili, per cui l'isolamento si è delineato come l'unica via per proteggerli, con annessi rischi di esclusione, di infantilizzazione e di limitazione delle libertà che ne conseguono.

Questa riflessione si sovrappone in parte con quanto rileviamo dal punto di vista degli aspetti socioculturali dell'esclusione in età anziana. Collocare tutte le persone al di sopra della soglia dei 65 anni nella stessa categoria di popolazione a rischio, e quindi oggetto di speciali attenzioni, ha mostrato la miopia di una costruzione della senilità come condizione che accomuna tutti coloro che hanno superato una determinata età, senza cogliere l'eterogeneità dei processi di invecchiamento e le differenziazioni interne. Si tratta di quello che da alcuni è definito un «ageismo benevolente» (Poli 2020; Cary, Chasteen e Remedios 2017), vale a dire un'iperprotettività condizionante e restrittiva che ha amplificato un messaggio di indiscriminata sovraesposizione al rischio, non necessariamente uguale per tutta la popolazione anziana, bensì riferibile alla parte più fragile. Ciò ha inoltre portato con sé tensioni e possibili divisioni che contribuiscono ad alimentare un conflitto intergenerazionale fondato ancora una volta sulla dicotomia fra costo e risorsa, per cui chi invecchia è una «vittima tollerabile», un costo che sottrae risorse per le cure ai più giovani. In questo specifico caso, per quanto emerso dalle parole dagli intervistati, le famiglie persistono nel loro ruolo di istituzione prototipica dell'integrazione tra età diverse (Kohli 2004; Kohli *et al.* 2005) per il lavoro di cura offerto e gli scambi di aiuto e supporto emotivo; sembra però essersi incrinato qualcosa laddove i figli adulti hanno amplificato il messaggio veicolato dai media rispetto al rischio, sino a mettere in atto strategie di iper-protezione, finanche di controllo, nei confronti dei genitori.

Nella classe di età qui considerata, oltre i 65 anni, sono compresenti stati estremamente dissimili. Pur avendo scelto di limitare l'eterogeneità e di considerare solo le persone autosufficienti, ovvero in grado di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana, le condizioni sociali, culturali, economiche, di salute, finanche di età, sono purtuttavia molto diverse tra loro. Altresì i vissuti di coloro che abbiamo chiamato *anziani*, pur consapevoli dell'ambiguità di tale etichetta, sono divergenti. Inoltre, è necessario tenere a mente quanto le soggettività entrino in gioco, e dunque la rilevanza della percezione di ciascuno rispetto al sentirsi anziani sia a sua volta influenzato da fattori di contesto, culturali e sociali (Aureli e Baldazzi 2002; Bordone, Arpino e Rosina 2019). Tale questione appare centrale anche per gli anziani intervistati, che prima dell'emergenza sanitaria raccontavano di non sentirsi tali in quanto ancora autonomi, e la vecchiaia era definita a partire dal concetto di dipendenza (dallo stato, dalle famiglie, dai servizi, eccetera) e della conseguente fragilità.

Gli intervistati raccontano condizioni di vita eterogenee lasciando trasparire anche differenti possibili ambiti di esclusione. Il luogo di residenza in primis rappresenta uno spazio di opportunità o, al contrario, di disagio per chi vive in quartieri di periferia teatro di grandi trasformazioni demografiche e sociali, in cui le reti di vicinato sono sempre più rarefatte, i servizi di prossimità vengono a mancare e i collegamenti con il centro e interni al quartiere sono insufficienti. In questo quadro, a offrire sostegno sono soprattutto le reti informali, familiari e amicali, che a loro volta sono materia vivente, in continua trasformazione. Gli intervistati ci

raccontano anche di differenti rappresentazioni e idee sull'invecchiare, che hanno però dei punti in comune: il risentimento verso un'immagine diffusa degli anziani come costo per la collettività; e la concezione di anzianità legata non tanto all'età anagrafica quanto ad autonomia e dipendenza. Le esperienze di declino funzionale e corporeo delimitano un «noi» e un «loro», e a livello individuale un «io» e un «altro da me», con un potere definitorio superiore all'età cronologica.

La pandemia da COVID-19 e l'emergenza sanitaria, con il fuoco dell'attenzione pubblica spostato sulla popolazione anziana, ha fatto emergere in modo evidente alcune tensioni latenti. La retorica dell'invecchiamento attivo e di successo, nell'attribuire all'individuo la responsabilità (e dunque i meriti, ma anche le colpe) del proprio benessere, pare non avere retto l'impatto del virus e dei discorsi che sollecitavano la collettività a proteggere gli anziani indistintamente vulnerabili e a rischio. Si è così originato nei nostri intervistati «attivi», partecipi alla vita della comunità come volontari, e fortemente ancorati a questo aspetto della propria identità, un disorientamento nel senso di sé e nella capacità di pensare al futuro.

L'analisi delle interviste ci porta a concludere che questo periodo per molti versi anomalo abbia di fatto portato alla luce questioni già note: su tutte, le dissimili condizioni e le disuguaglianze, l'isolamento, la solitudine e la discriminazione ageista. Chi era già escluso prima della pandemia è rimasto ai margini anche in questa situazione, in cui difficilmente i servizi sono riusciti a valicare i confini del proprio bacino di destinatari, sebbene sia caduto il velo su alcune fasce di popolazione in difficoltà prima sconosciute; d'altra parte, i discorsi sull'invecchiamento attivo si sono inceppati, e sono emerse le contraddizioni di una costruzione dell'età anziana come univoca, incapace di coglierne le eterogeneità. La recente letteratura conferma l'ipotesi che il distanziamento sociale⁹ e/o l'isolamento avranno ricadute negative sulla salute fisica e mentale delle persone anziane incrementando i rischi di *ageism* verso chi è stato descritto come parte di una «popolazione a rischio» a causa dell'età, a partire da una soglia definita in modo eterogeneo a seconda dei contesti (Previtali *et al.* 2020).

Riferimenti bibliografici

Aureli E. e Baldazzi B (2002) Unequal perceived quality of life among elderly Italians: different satisfaction levels in selected spheres of life, in «Social Indicators Research», 60, pp. 309–334.

Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S. D., Rothermund, K., ... & Wahl, H. W. (2020). *Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity*. «The Journals of Gerontology: Series B».

Bordone V., Arpino B. e Rosina A. (2019) Forever young? An analysis of the factors influencing perceptions of ageing, in «Ageing and Society», pp. 1–25.

Boudiny, K. (2013) *'Active ageing': from empty rhetoric to effective policy tool*, in «Ageing & Society», 33, 6, 1077-1098

Cary, L. A., Chasteen, A. L. e Remedios, J. (2017) The ambivalent ageism scale: Developing and validating a scale to measure benevolent and hostile ageism, in «The Gerontologist», 57, 2, pp. e27–e36.

Daoust, J. F. (2020). *Elderly people and responses to COVID-19 in 27 Countries*. «PloS one», 15(7)

Eurostat (2019) Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU

⁹ Sebbene si ricorra alla definizione “distanziamento sociale” perché utilizzato nei discorsi pubblici e dai decisori politici, riteniamo importante sottolineare, come la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha ricordato, che il dispositivo per rallentare il diffondersi di contagi sia il “distanziamento fisico”.

- Flick, U. (2009) *An introduction to qualitative research*, London, Sage.
- Foster, L. e Walker, A. (2015) Active and successful aging: a European policy perspective, in «*Gerontologist*», 55, 1, pp. 83-90.
- Glaser, B. e Strauss, A. (2009) *La scoperta della grounded theory. Strategie per la ricerca qualitativa*, Roma, Armando (ed. or. 1967)
- Gori, C. e Trabucchi, M. (2020) *Residenze per anziani e Covid-19: come non parlarne a sproposito*, in «*I luoghi della cura*», n.2.
- Goutte, S., Porcher, T. e Péran T. (2020) Social Inequalities and Vulnerability of Population Facing the COVID-19: The Case of Seine-Saint-Denis in Ile-De-France. (May 20, 2020). SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3605881>
- Hawkins, R.B., Charles, E.J. e Mehaffey, J.H. (2020) Socio-economic status and COVID-19-related cases and fatalities, in «*Public Health*», 189, pp. 129-134.
- Istat (2020) *Invecchiamento attivo e condizioni degli anziani in Italia*
- Kluge, H.H. (2020) *Statement – Older people are at highest risk from Covid-19, but all must act to prevent community spread*, World Health Organization, Copenhagen
- Kohli, M. (2004) *Intergenerational transfers and inheritance: A comparative view, in Intergenerational relations across time and place*, a cura di M. Silverstein, pp. 266-289, New York, Springer.
- Kohli, M. e H. Künemund (2005) *The middle generation in the family: Patterns of exchange and support*, in *Middle adulthood: A lifespan perspective*, a cura di S. L. Willis e M. Martin. Thousand Oaks, Sage.
- Leonini, L. (2020) *Vite diseguali nella pandemia*, in «*Polis, Ricerche e studi su società e politica*», 2, pp. 181-190
- Lodigiani, R. (a cura di) (2012) *Milano 2012. Le generazioni che verranno sono già qui*, Milano, Franco Angeli.
- Meisner, B. A., Boscart, V., Gaudreau, P., Stolee, P., Ebert, P., Heyer, M., ... & Menec, V. (2020). *Interdisciplinary and Collaborative Approaches Needed to Determine Impact of COVID-19 on Older Adults and Aging: CAG/ACG and CJA/RCV Joint Statement*. «*Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*», 1-31, 39(3), pp. 333-343.
- Miller, E. A. (2020). *Protecting and improving the lives of older adults in the Covid-19 era*. «*Journal of Aging & Social Policy*», 32(4-5), 297-309.
- Monahan, C., Macdonald, J., Lytle, A., Apriceno, M., & Levy, S. R. (2020). *COVID-19 and ageism: How positive and negative responses impact older adults and society*. «*American Psychologist*».
- Naldini, M. e Saraceno, C. (2011) *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti fra sessi e generazioni*, Bologna, Il Mulino.
- Panagiotis, P., Willis, P., Ray, M., Deusdad, B., Lonbay, S., Niemi, M., & Donnelly, S. (2020). *Older People in the Context of COVID-19: A European Perspective*. «*Journal of Gerontological Social Work*».
- Poli, S. (2020) *Invecchiamento e Coronavirus: la costruzione sociale del rischio e la marginalizzazione degli anziani oltre il lockdown*, in «*Società Mutamento Politica*», 11, 21, pp. 271-280
- Previtali, F., Allen, L. D., & Varlamova, M. (2020). *Not Only Virus Spread: The Diffusion of Ageism during the Outbreak of COVID-19*. «*Journal of Aging & Social Policy*», 32(4-5), pp.506-514.
- Rahman, A., & Jahan, Y. (2020). *Defining a 'Risk Group' and Ageism in the Era of COVID-19*. «*Journal of Loss and Trauma*», 25(8), pp.631-634.

- Rowe, J. W. e Kahn, R. L. (1997) Successful aging, in «The Gerontologist», 37, pp. 433-440.
- Rozanova, J. (2010) Discourse of successful aging in The Globe & Mail: Insights from critical gerontology, in «Journal of aging studies», 24, 4, pp. 213-222.
- Statistics OFN (2020) Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 17 April 2020. UK.
- Tyrrell, C. J., & Williams, K. N. (2020). *The paradox of social distancing: Implications for older adults in the context of COVID-19*. «Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy», 12(S1), S214.
- van Dorn, A., Cooney, R.E. e Sabin M.L. (2020) COVID-19 exacerbating inequalities in the US, in «The Lancet», 395, 10232, pp. 1243–1244.
- Walker, A. (2002) A strategy for active ageing, in «International Social Security Review», 55, pp. 121–139.
- Werner, R. M., Hoffman, A. K., & Coe, N. B. (2020). *Long-Term Care Policy after Covid-19—Solving the Nursing Home Crisis*. «New England Journal of Medicine» 383(10), pp. 903-905.
- WHO (2002) Active ageing: A policy framework, Ginevra, World Health Organization.
- WHO (2015) World report on ageing and health, Ginevra, World Health Organization.
- Wister, A., & Speechley, M. (2020). *COVID-19: Pandemic Risk, Resilience and Possibilities for Aging Research*. «Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement», 39(3), 344-347.
- Zaidi, A. e Zolyomi, E. (2011) ‘Active Ageing’ Research Note 7/2011. Brussels: Produced by the Social Situation Observatory, for the European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion.