



FRANCO PESARESI

SOLUZIONI ABITATIVE INNOVATIVE PER ANZIANI IN ITALIA E ALL'ESTERO

03.09.2026

Articolo pubblicato su I luoghi della cura online n. 4/2026
www.luoghicura.it

Per decenni l'immagine delle strutture residenziali per anziani è stata più o meno sempre la stessa: corridoi lunghi, stanze numerate, orari fissi per il pranzo, la cena, il bagno. Un ambiente pensato per curare il corpo, spesso a scapito di tutto il resto: l'autonomia, le relazioni, il semplice piacere di scegliere cosa fare della propria giornata.

Negli ultimi vent'anni, però, qualcosa è cambiato. Ricercatori, architetti e operatori del settore hanno iniziato a chiedersi: e se invecchiare anche con bisogni di cura non significasse per forza rinunciare a una vita "normale"? Da questa domanda sono nati modelli abitativi alternativi che provano a ribaltare la logica della struttura residenziale tradizionale, puntando su ambienti familiari, piccoli gruppi di convivenza e un ruolo diverso per chi presta assistenza.

Anche altri modelli abitativi, anche gli edifici residenziali possono essere progettati e adattati per aiutare le persone anziane a mantenere l'indipendenza e a invecchiare nel proprio contesto di vita. L'idea di fondo, di nuovo, è che il modo in cui si intrecciano ambiente fisico, ambiente sociale e ambiente organizzativo sia decisivo per il benessere dei residenti - e che questi modelli possano, oltre a migliorare la qualità della vita, anche ritardare l'insorgere di bisogni di cura più gravosi, con evidenti ricadute anche sui costi dei sistemi sanitari e sociali.

Quali possibili soluzioni abitative innovative per gli anziani?

Le soluzioni abitative innovative per gli anziani sono un contenitore di esperienze diverse e flessibili che si adatta alle diverse esigenze delle persone da accogliere e del contesto territoriale. Ci sono diversi criteri per analizzare le diverse soluzioni abitative, individuarne la tipologia, mostrarne la diversità e valorizzarne il potenziale inclusivo. La tabella 1 li riassume:

Tab. 1 - Criteri per classificare le soluzioni abitative innovative per gli anziani

SOGGETTI PROMOTORI	• Enti locali • Enti del terzo settore • Società private	Le caratteristiche del progetto dipenderanno dal tipo di soggetto promotore, che può portare a logiche diverse.
TARGET (TIPOLOGIA UTENTI)	• Gli anziani (con i diversi bisogni assistenziali) • Persone con patologie specifiche (es. malattie neurodegenerative) • Persone con disabilità • Utenza mista (intergenerazionale, persone con disabilità e non)	Le soluzioni abitative devono adattarsi ai profili dei futuri abitanti, essendo sufficientemente flessibili e anticipando i loro bisogni e le difficoltà che possono incontrare.
NUMERO RESIDENTI PER NUCLEO	• 1-2 (famiglia) • + di 2 (convivenze non familiari)	Il numero dei residenti per nucleo è legato sostanzialmente a due ipotesi: la soluzione familiare (1 o 2 anziani) o il co-housing (+ di 2 persone)
FORMA ABITATIVA	• Alloggi condivisi (alloggio collettivo comprendente aree riservate e spazi comuni) • Alloggi privati (raggruppati nel medesimo edificio e con spazi comuni) • Alloggi privati (collocati in un villaggio dedicato)	La forma abitativa scelta dipende dalla definizione del progetto di vita collettiva o familiare, che può offrire più o meno autonomia a seconda delle situazioni.
GESTIONE PUBBLICA O PRIVATA	• Gruppi di alloggi gestiti da enti pubblici • Gruppi di alloggi gestiti da	La tipologia pubblica o privata della gestione determina un quadro giuridico specifico, in particolare sulle regole di

	soggetti privati	assegnazione e le norme applicabili.
SERVIZI PROPOSTI	• Tipologie di servizi: servizi sanitari domiciliari, sostegno negli atti di vita quotidiana, animazione, pasti, teleassistenza, portierato attivo, ecc. • Servizi condivisi o individualizzati • Professionisti utilizzati: équipe sanitarie pubbliche, personale inviato dall'ente locale o altri enti pubblici, volontariato, personale degli enti del terzo settore, personale del gestore degli alloggi assistiti, ecc.	La definizione dell'offerta di servizi e le condizioni di accesso ai vari servizi dipendono dal profilo dei residenti, dalla forma dell'abitazione (familiare o condivisa), dal tipo di gestione, dai finanziamenti utilizzati, dalla disciplina dei servizi, ecc.

Fonte: Aggiornamento di Pesaresi (2023).

Sulla base dei criteri classificatori di cui alla Tab. 1 e della letteratura (Brouwers et al., 2023; OECD, 2025; Pesaresi, 2023) è stato possibile pervenire alla individuazione (e classificazione) di nove tipologie di soluzioni abitative innovative per anziani fragili e/o con esigenze di cura a lungo termine (Cfr. Tab. 2).

Tab. 2 – Le soluzioni abitative innovative per anziani più diffuse nel mondo

Tipologia	Dove sono più diffuse	Numero di residenti per nucleo
Convivenza su piccola scala (<i>small-scale living</i>)	Paesi Bassi, Belgio	6–16
Modello Green House	Stati Uniti	8–12
Co-housing (Alloggi condivisi)	Germania	6–8
Fattorie sociali (<i>green care farm</i>)	Paesi Bassi	6–60
Casa-famiglia (<i>group home</i>) per persone con demenza	Giappone	5–12
Villaggio per persone con demenza	Paesi Bassi, Danimarca, Germania	52–152 (in piccoli nuclei)
Retirement village (Villaggi per pensionati)	Stati Uniti	1-2 (alloggi aggregati in un quartiere)
Assisted living (Alloggi protetti)	Stati Uniti	1-2 (più appartamenti in un edificio)
Alloggi condivisi intergenerazionali	Spagna	2-5 circa

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025; Pesaresi 2023.

Ogni modello nasce da un'idea diversa di cosa significhi "sentirsi a casa" e proprio per questo vale la pena raccontarli uno per uno.

1. La convivenza su piccola scala (*small-scale living*)

È il modello più diffuso nei Paesi Bassi e in Belgio. L'idea di fondo è semplice: invece di un grande reparto con decine di ospiti, si creano piccoli nuclei di 6-16 persone che vivono insieme come una vera famiglia allargata, in una casa che assomiglia - nell'aspetto e nella sostanza - a un'abitazione qualunque, con cucina, soggiorno e camere singole.

Qui la giornata non segue un orario ospedaliero: si cucina insieme, si stende il bucato, si chiacchiera in salotto. Il personale non si limita a "fare assistenza": lava, cucina, organizza attività ricreative, proprio come farebbe un familiare. È un cambiamento che sembra piccolo sulla carta ma che in pratica ridisegna completamente il ruolo di chi lavora in questi contesti.

Tab.3 – Le caratteristiche delle Convivenze su piccola scala

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Casa dall'aspetto domestico: cucina, soggiorno, camere singole, ingresso
Sociale	Vita quotidiana centrata sulle faccende di casa; forte coinvolgimento di familiari e personale nella normalizzazione della vita di tutti i giorni
Organizzativo	Compiti del personale integrati (cura + lavori domestici + attività); équipe fissa e stabile

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025

E in Italia?

In Italia non esiste un equivalente esatto della *small-scale living* olandese o belga, ma qualche elemento di somiglianza - e alcune differenze rivelatrici - si possono comunque rintracciare.

Il modello dimensionalmente più vicino si chiama "Comunità alloggio per anziani" oppure "Casa famiglia": strutture che in tutta Italia ospitano tipicamente tra le 7 e le 12 persone. In Lombardia, dove sono state formalizzate con il nome di C.A.S.A. - Comunità Alloggio Sociale Anziani, la forbice è 5-12 ma in alcune regioni arrivano anche a 30 posti letto (Pesaresi, 2023). Tale modello riprende l'aspetto di un normale appartamento, con soggiorno e sala da pranzo condivisi e camere personalizzate con gli oggetti dell'ospite. Il dibattito italiano sulla dimensione "giusta" di queste strutture non ha ancora trovato un punto di incontro; c'è chi propone i 20 posti per ragioni di sostenibilità economica, e chi invece sostiene che oltre le 10 persone si perda la connotazione domestica. In Lombardia, per esempio, sono presenti 156 Comunità alloggio per anziani (C.A.S.A.) per un totale di 1.936 posti letto (FNP CISL Lombardia, 2026). Quello che resta meno sviluppato, rispetto al modello olandese, è la parte più radicale dell'innovazione: la ridefinizione dei ruoli del personale, con compiti pienamente integrati tra cura, cucina e vita domestica.

2. Il modello Green House

Nato negli Stati Uniti a partire dall'esperienza dell'"Eden Alternative" del medico William Thomas, il modello Green House porta all'estremo l'idea di casa-famiglia: gruppi di 8-12 persone vivono in edifici a sé stanti, spesso costruiti accanto a una grande struttura residenziale (tradizionale) di riferimento (chiamata "legacy home").

La vera innovazione, però, non è architettonica ma organizzativa. Il modello enfatizza un ambiente familiare e ha trasformato in modo significativo i ruoli del personale di assistenza. Questo modello prevede strutture di piccole dimensioni e dall'atmosfera familiare, con un ambiente fisico che richiama quello di una casa. Vengono promosse attività quotidiane normali, come fare il bucato o cucinare, e le case con serre incoraggiano e supportano l'autonomia. Qui nascono figure professionali del tutto nuove. assistenti infermieristici certificati, chiamati "*Shahbazim*", sono al centro del modello delle "case verdi". Lavorano in team autogestiti e svolgono mansioni integrate (ad esempio, assistenza agli ospiti, lavori domestici e pianificazione del personale). Gli infermieri hanno un ruolo più clinico

e di visita. Sopra di loro non c'è un capo-reparto tradizionale, ma una *Guide*, un coach con l'ufficio fuori dalla casa, che supervisiona gli aspetti non clinici (Cfr. Tab. 4). Un'inversione di gerarchia che dice molto su come dovrebbe cambiare il lavoro di cura.

Tab.4 – Le caratteristiche del modello Green House

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Ambiente in stile familiare, piccola scala, elementi domestici
Sociale	Autonomia promossa attivamente; laundry e cucina come attività normalizzate
Organizzativo	Nuove figure professionali (Shahbazim, Guide); squadre autogestite

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025

Il modello Green House in Italia

In Italia non ci sono esperienze che replichino davvero il modello Green House. Questo perché Green House non è solo un'idea ma è anche un marchio. Negli Stati Uniti "The Green House Project®" è un modello *registrato*: le organizzazioni che vogliono aprire una Green House aderiscono a uno standard preciso, con formazione dedicata e certificazione. Per questo la sua diffusione è rimasta quasi interamente all'interno degli USA (circa 300 "case" in una ventina di stati), a differenza per esempio della *small-scale living* olandese/belga, che essendo più un approccio che un marchio si è diffusa più liberamente anche fuori dai confini nazionali. Ma è sul piano organizzativo che il modello italiano si allontana di più. L'elemento davvero distintivo della Green House - gli *Shahbazim* con compiti totalmente integrati (cura, cucina, turni) e la *Guide* che supervisiona dall'esterno - richiede una ridefinizione radicale dei ruoli professionali e dei contratti di lavoro.

3. Il Co-housing (alloggi condivisi)

Un modello diffuso in tanti paesi pensato soprattutto per anziani ancora autonomi è il co-housing. In italiano, tale esperienza può essere tradotta in "Alloggi condivisi". Qui le persone vivono in edifici residenziali con spazi comuni condivisi da tutti gli inquilini, dove vengono organizzate attività sociali per coinvolgere i residenti nella vita collettiva dell'edificio. I servizi possono includere supporto nelle faccende domestiche e occasioni di socialità - un aiuto prezioso soprattutto per chi è più esposto al rischio di solitudine.

Il Paese in cui questo modello si è sviluppato di più è la Germania dove si contano oltre 600 esperienze di co-housing. Questa tipologia rompe con l'idea stessa di "struttura residenziale": non c'è una struttura dedicata, ma un normale appartamento in un normale palazzo, in un normale quartiere di città. Questo approccio rappresenta un'alternativa alle tradizionali strutture residenziali, dove un piccolo gruppo di anziani bisognosi di cure vive insieme in una struttura di dimensioni ridotte, simile a una casa. In Germania, un piccolo gruppo di 6-8 persone con bisogni di cura vive insieme, mentre l'assistenza viene fornita da servizi di cura di comunità esterni, non da una struttura sanitaria. Il punto di forza di questo modello è il legame con il territorio: i residenti restano nel quartiere in cui vivevano prima, e la famiglia gioca un ruolo centrale. La routine quotidiana si concentra sulla "vita familiare" e sul vivere nel modo più autonomo e normale possibile, svolgendo insieme le faccende domestiche. La famiglia è coinvolta anche partecipando alla vita quotidiana negli alloggi condivisi e agendo come rappresentanti legali. Poiché gli alloggi condivisi si trovano in quartieri residenziali, i residenti sono incoraggiati a partecipare alla vita sociale della comunità.

Un altro caso interessante è quello della Danimarca, dove esistono 250 comunità di co-housing riservate esclusivamente agli anziani: la maggior parte (il 55%) è nata come edilizia sociale in affitto, in cooperazione con i Comuni, e si articola tipicamente in gruppi di circa 20 abitazioni ("cluster houses") con una cucina comune e un ambiente unico che fa da sala da pranzo e soggiorno condiviso.

Il modello esiste a livello nazionale in Francia, Paesi Bassi, Portogallo e Slovacchia, e a livello locale in Austria, Danimarca, Regno Unito (19 co-housing), Nuova Zelanda e Svezia. Nei Paesi Bassi, il Ministero delle Infrastrutture e degli Affari Abitativi ha pubblicato linee guida specifiche sull'housing per gli anziani, prevedendo una domanda crescente di alloggi per anziani e fissando l'ambizioso obiettivo di realizzarne 80.000, sostenuti da appositi finanziamenti pubblici.

A guidare questi progetti sono spesso il terzo settore e la società civile, con il sostegno di finanziamenti pubblici: in Francia, Portogallo, Slovacchia e Svezia lo Stato finanzia l'organizzazione dei servizi e delle attività sociali; in Portogallo e Slovacchia sono previsti anche contributi economici per favorire la partecipazione dei gruppi meno privilegiati.

I benefici associati al co-housing, secondo la letteratura (OECD, 2025), sono soprattutto la riduzione della solitudine e il miglioramento della salute mentale e fisica; alcuni studi trovano anche un'associazione positiva con il supporto sociale e la sicurezza emotiva ed economica dei residenti - anche se, va detto onestamente, nessuno di questi studi fornisce ancora prove di tipo causale.

Non mancano però le criticità. Vivere in co-housing richiede un certo grado di coinvolgimento di tutti i residenti nella gestione e manutenzione degli spazi comuni; possono nascere conflitti o problemi di privacy; molte decisioni richiedono il consenso di tutti, con i tempi (e le difficoltà) che questo comporta. Sul piano amministrativo, spesso mancano finanziamenti adeguati e un quadro normativo chiaro: un progetto di ricerca europeo dedicato al co-housing durante la pandemia (CO-HOPE, condotto in Austria, Francia, Spagna e Svezia) ha rilevato che, senza un adeguato sostegno politico, i gruppi che vogliono avviare una cooperativa abitativa devono investire moltissimo tempo per reperire fondi e spazi fisici, e che molti gruppi della società semplicemente non dispongono delle risorse necessarie per portare avanti questi progetti. In assenza di una definizione giuridica specifica, le cooperative non possono accedere a benefici come tassi di interesse agevolati o sussidi dedicati, in particolare per finanziare gli spazi comuni. La Francia fa parzialmente eccezione: la legge ALUR del 2014 ha creato uno status giuridico specifico per l'abitare collaborativo, e l'ente previdenziale AGIR-ARRCO può sovvenzionare gli spazi comuni destinati ai pensionati.

Tab. 5 – Le caratteristiche del co-housing

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Edificio residenziale ordinario con spazi comuni condivisi (cucina, sala pranzo/soggiorno)
Sociale	Attività sociali organizzate tra inquilini; gestione partecipata degli spazi comuni; decisioni spesso per consenso
Organizzativo	Guidato da terzo settore e società civile, con finanziamenti pubblici; assente un quadro giuridico dedicato in molti paesi

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025

Gli Alloggi condivisi (co-housing) in Italia

Su questo fronte, a differenza dei modelli precedenti, l'Italia offre un panorama più ricco di quanto ci si potrebbe aspettare - anche se ancora sperimentale e frammentato rispetto al Nord Europa. Sul co-housing per anziani il panorama italiano è vivace, pur restando ancora una nicchia. Esiste una terminologia italiana che vede queste esperienze qualificate anche come “Alloggi condivisi” che vengono intesi – questa è la definizione da letteratura – come “alloggi singoli riservati a piccoli gruppi

(max 5) di persone non legate da vincoli di parentela; potrebbero essere gruppi di anziani o di disabili, di soggetti con patologie psichiatriche o altro. I residenti mantengono uno spazio abitativo privato all'interno dell'alloggio (per esempio la camera da letto) e condividono invece l'utilizzo di alcuni spazi comuni come la cucina, la sala da pranzo, ecc." (Pesaresi, 2023).

Non esiste una ricognizione delle esperienze nazionale ma queste pur essendo quantitativamente modeste sono però diffuse in diverse regioni come dimostrato anche dalla Tab. 6 che segnala diverse esperienze, non certo esaustive, presenti in tre regioni italiane.

Tab. 6 – Esperienze di co-housing in Italia

Regione/Città	Esperienza	Note
Trentino-Alto Adige	Casa Felice (Trento); Progetto Dro (Alto Garda e Ledro)	Casa Felice (Trento): per un gruppo di donne over 50 per supportarsi a vicenda.
Roma	Casa Giada, Casa Gaia, Casa delle Viole (progetti comunali)	Piccole comunità fino a 6 persone ciascuna, con supporto diurno
Ostia e altri siti	Comunità di Sant'Egidio	Convivenza solidale per circa 30 anziani, supportati da volontari e operatori
Novara	Villaggio Dalmazia; Casa Simeone e Anna	Appartamenti riconvertiti al cohousing; ex abitazione donata alla Comunità di Sant'Egidio

4. Le fattorie sociali (*green care farm*)

Qui l'assistenza si intreccia con il lavoro agricolo. Le fattorie sociali, un modello particolarmente sviluppato in Olanda, ospitano gruppi che vanno da 6 a un massimo di 60 persone in un contesto rurale, spesso una fattoria vera e propria, a volte ancora produttiva (altre volte si occupano solo di assistenza).

Nelle fattorie assistenziali ecocompatibili, le attività agricole si combinano con le attività di assistenza per diverse categorie di persone, come ad esempio gli anziani affetti da demenza. L'assistenza viene fornita in un ambiente intimo e familiare, all'interno della proprietà agricola. Le giornate ruotano attorno alle attività tipiche della vita di campagna che gli ospiti sono incoraggiati a fare: cucinare, dar da mangiare agli animali, occuparsi dell'orto, prendere un caffè insieme. Gli spazi esterni sono sempre accessibili, senza le restrizioni tipiche di molte strutture chiuse.

Un dettaglio interessante: quando è l'agricoltore stesso a gestire la fattoria, spesso è lui a essere personalmente coinvolto nella visione di cura e nella motivazione dello staff - un mix di competenze agricole e sensibilità assistenziale piuttosto raro altrove.

Tab.7 – Le caratteristiche delle fattorie sociali

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Contesto rurale, animali e piante, spazi esterni sempre accessibili
Sociale	Attività quotidiane legate al lavoro agricolo, domestico e sociale; forte enfasi sull'autonomia
Organizzativo	Compiti del personale integrati; talvolta l'agricoltore stesso guida la visione di cura

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025

Le fattorie sociali in Italia

A differenza dei Paesi Bassi e delle Fiandre belghe - dove l'agricoltura sociale è più strettamente legata al sistema sanitario, con vere e proprie residenze - in Italia queste attività rientrano prevalentemente nel settore sociale e terapeutico-assistenziale: si tratta cioè soprattutto di attività diurne (ortoterapia, pet therapy, laboratori, centri diurni in ambiente agricolo), non di convivenza residenziale 24 ore su 24 come nel modello olandese delle Fattorie sociali.

Detto questo, qualche esperienza pienamente residenziale sta iniziando a nascere. Il caso più concreto e recente è il progetto C.A.R.E. - Comunità Agricola Residenziale, - promosso dalla cooperativa sociale "Agricoltura Nuova", prevede la realizzazione di una vera e propria residenza agricola condivisa per la terza età all'interno della fattoria di Decima Malafede, nel comune di Roma, pensata esplicitamente come alternativa alla RSA tradizionale - con gli anziani coinvolti attivamente nella vita agricola e comunitaria della fattoria, in scambio costante con le generazioni più giovani.

In sintesi: l'Italia ha l'infrastruttura (normativa, rete di fattorie, competenze) per sviluppare le fattorie sociali residenziali in stile olandese, ma finora l'ha usata soprattutto per l'inclusione diurna; i primi esperimenti di vera convivenza residenziale in fattoria per anziani — come il progetto romano C.A.R.E. — sono ancora casi pionieristici, non un modello diffuso.

5. La casa-famiglia (*group home*) per persone con demenza

Modello particolarmente diffuso in Giappone, la *Casa-famiglia* (*chiho-gata gurūpu hōmu*) riunisce piccoli gruppi di 5-12 persone con demenza in un contesto familiare, spesso inserito all'interno del tessuto urbano o di quartiere già conosciuto dai residenti.

Ciò che colpisce di più è l'attenzione quasi artigianale alle abitudini individuali: ogni persona viene conosciuta nel dettaglio, nelle sue relazioni e nel suo stile di vita pregresso. Il personale, inoltre, non "passa il turno" e se ne va: vive insieme ai residenti, con un rapporto di almeno un operatore ogni tre persone assistite, garantendo una presenza costante e non solo funzionale.

Tab.8 – Le caratteristiche della Casa-famiglia per persone con demenza

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Piccola scala, ambiente domestico in una comunità familiare
Sociale	Forte attenzione alle relazioni e alle abitudini individuali di ciascun residente
Organizzativo	Il personale convive con i residenti; rapporto minimo 1 operatore ogni 3 persone

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025

La Casa-famiglia per persone con demenza in Italia

In Italia, non risulta un vero equivalente del modello giapponese di Casa-famiglia per persone con demenza. Mancano, in particolare, strutture di questo tipo dedicate esclusivamente ad anziani con demenza dove gli operatori convivano con gli ospiti.

L'unica esperienza conosciuta che si avvicina al modello giapponese è l'esperienza "Ca' Nostra" di Modena che è un alloggio condiviso per anziani con fragilità cognitive o demenza lieve. L'alloggio è gestito direttamente dalle famiglie degli ospiti che per l'assistenza si avvalgono della presenza continua delle assistenti familiari (badanti).

6. Il villaggio per persone con demenza

Si tratta di un modello abbastanza conosciuto, grazie alla fama internazionale di Hogeweyk, il "villaggio della demenza" olandese che ha ispirato repliche in diversi paesi. L'idea è ambiziosa: costruire un vero e proprio villaggio - con tanto di piazza, negozi, viali alberati - dove le persone con demenza possano muoversi come farebbero in un normale centro abitato, pur restando all'interno di un perimetro protetto.

I residenti vengono raggruppati in piccole unità in base a interessi e background simili, così da ricreare ambienti familiari su misura. Tutto è studiato per nascondere gli aspetti "istituzionali": niente divise per il personale, niente elementi che ricordino un ambiente di cura. Il villaggio protegge, ma senza dare - almeno nell'intenzione - la sensazione di essere rinchiusi.

Tab. 9 – Le caratteristiche dei villaggi per persone con demenza

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Villaggio in miniatura: strade, piazza, negozi, giardini
Sociale	Residenti raggruppati per affinità di background; vita quotidiana normalizzata
Organizzativo	Elementi istituzionali nascosti; nessuna divisa per il personale

Fonte: ns. elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025

I villaggi per persone con demenza in Italia

In Italia esistono due veri e propri villaggi per persone con demenza, entrambi esplicitamente ispirati al modello olandese di Hogeweyk:

1. "Il Paese ritrovato" di Monza (2018). È considerato il primo villaggio Alzheimer d'Italia. Realizzato dalla cooperativa La Meridiana, con la collaborazione del Politecnico di Milano, della Fondazione Golgi Cenci e del CNR, sorge su un'area di 14.000 mq (5.350 edificati) accanto a una RSA già esistente. Ospita fino a 64 persone, distribuite in case da 8 residenti ciascuna, seguite da 55 tra medici, infermieri, OSS e animatori. All'interno: piazza, cappella, bar, minimarket, parrucchiere, sala eventi. nessuna divisa per il personale. Costo: circa 9,5-10 milioni di euro (in gran parte donazioni private). "Il Paese Ritrovato" di Monza non è una struttura tradizionalmente convenzionata o pienamente accreditata con il Servizio Sanitario di Regione Lombardia, ma la Regione riconosce una quota di contributo parziale per gli ospiti residenti sul territorio (mentre gli ospiti pagano circa 95 euro al giorno).
2. "Villaggio Emanuele" di Roma (2018). Voluto dal 2012 dal professor Emmanuele Francesco Maria Emanuele e interamente finanziato dalla Fondazione Roma (circa 19 milioni di euro), sorge nel quartiere Bufalotta e ospita fino a 100 persone con Alzheimer in fase lieve-moderata, in 14 case-famiglia da 6 persone ciascuna, ognuna arredata secondo uno stile di vita diverso (culturale, cosmopolita, creativo, tradizionale, urbano-sociale). A differenza di Monza, qui l'accoglienza è completamente gratuita. Piazza con fontana, bar, ristorante, ludoteca, parrucchiere.

Il villaggio per la demenza è forse il modello che l'Italia ha replicato più fedelmente rispetto all'originale ma la sua diffusione è estremamente limitata (solo due casi), ma entrambi molto vicini, nella filosofia e nell'architettura, al modello di Hogeweyk.

7. I "Retirement village" per anziani autonomi

Tra le soluzioni abitative innovative vi sono anche i Retirement village (letteralmente "villaggi per pensionati"), comunità pensate non per persone con bisogni sanitari complessi, ma per anziani ancora autonomi che vogliono vivere in modo indipendente pur avendo accesso a una rete di servizi e a un forte senso di comunità.

I residenti acquistano o affittano la propria abitazione privata (villetta o appartamento autonomo) mantenendo la totale gestione della propria vita, ma con il vantaggio di poter azzerare l'isolamento sociale e i compiti legati alla manutenzione domestica. Queste strutture, popolarissime in paesi come Stati Uniti, Australia, Nuova Zelanda e in forte crescita in Europa, si basano su alcuni pilastri fondamentali:

- Indipendenza abitativa: ogni persona o coppia dispone di un'unità immobiliare dotata di cucina, bagno e spazi privati.
- Servizi inclusi: la quota mensile o il contratto d'affitto include solitamente portineria/concierge, sicurezza h24, manutenzione del verde e pulizia degli spazi.
- Spazi comuni e benessere: i villaggi includono aree ricreative, palestre, biblioteche, giardini, ristoranti interni e talvolta piscine o centri benessere.
- Socialità e invecchiamento attivo: vengono organizzati quotidianamente corsi di yoga, laboratori creativi, gite e cineforum per stimolare la socializzazione.
- Assistenza medica "leggera": pur non essendo cliniche, offrono spesso presidi infermieristici per monitoraggi di routine, telemedicina o convenzioni con studi medici per visite a domicilio.

Qui non c'è un perimetro terapeutico da proteggere: si tratta piuttosto di veri e propri quartieri residenziali dedicati, con una quota di iscrizione da versare e un modello prevalentemente autofinanziato (con qualche donazione), dove i servizi sono garantiti da un mix di volontari e personale retribuito, che consente di mantenere i costi contenuti. Alcuni studi citati dall'OCSE (2025) segnalano effetti positivi sul benessere, sul senso di scopo e sulla riduzione dell'isolamento sociale.

Il primo modello di questo tipo è nato negli Stati Uniti, che restano oggi il paese con il maggior numero di Retirement village al mondo: circa 18.810 comunità, seguiti dal Regno Unito (3.366), dall'Australia (2.200) e dalla Nuova Zelanda (488). Le forme di proprietà variano molto da paese a paese: si va dall'acquisto vero e proprio (tipico dell'Australia), al "diritto di occupazione" - una sorta di licenza d'uso, diffusa in Nuova Zelanda, Australia e Regno Unito - fino al modello in affitto, più comune in Canada, Stati Uniti e Germania.

Anche qui, però, non mancano le criticità: la sostenibilità finanziaria a lungo termine di questi villaggi dipende in larga misura dalle quote associative, ed è per questo che in Australia sono state avanzate proposte per diversificare le modalità di accesso (prestiti, leasing, opzioni aziendali), migliorare gli standard costruttivi e tutelare meglio i diritti degli anziani nelle eventuali dispute con i gestori dei villaggi. In Canada, nella provincia del Québec, sono invece previsti crediti d'imposta per pagare i servizi connessi (preparazione o consegna dei pasti, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare e alla persona).

Tab.10 – Le caratteristiche dei “Retirement village”

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Quartiere residenziale dedicato, non un ambiente di cura protetto
Sociale	Destinato ad anziani ancora autonomi; forte enfasi sul senso di comunità e sui servizi condivisi
Organizzativo	Autofinanziato tramite quote associative; servizi gestiti da un mix di volontari e personale

Fonte: ns. elaborazione di OECD, 2025.

I "retirement village" per anziani autonomi in Italia

In Italia, i Retirement Village sono un fenomeno molto recente e di nicchia rispetto ai mega-numeri di Stati Uniti e Regno Unito; inoltre ha una caratteristica peculiare: in Italia il mercato è stato importato quasi esclusivamente da operatori stranieri, non è nato "in casa" come nei paesi anglosassoni. Si tratta di un segmento di mercato ancora agli inizi. Gli operatori economici più attivi sono entrambi francesi: Domitys e Korian. Domitys si presenta esplicitamente come "il primo residence per senior autosufficienti in Italia" e ha aperto il suo caso più noto, "Quarto Verde" a Bergamo: 110-140 appartamenti da monolocale a trilocale, spazi comuni ampi, oltre 50 attività al mese tra fisiche e ludiche. Korian propone un format simile ma con un legame più stretto al sistema sanitario: soggiorni anche brevi o temporanei (per esempio dopo un ricovero ospedaliero), e vicinanza fisica a una RSA per i servizi socio-sanitari - un ibrido tra retirement village e gli alloggi protetti.

Un'altra differenza rispetto ai modelli anglosassoni: in Italia non risultano forme di acquisto o "diritto di occupazione" come in Australia o Nuova Zelanda - il modello prevalente è quello dell'affitto puro (canone mensile), più simile a quanto avviene in Canada, Stati Uniti e Germania.

8. L'Assisted living (Alloggi protetti)

La soluzione abitativa innovativa per anziani più diffusa al mondo è quella che viene chiamata *assisted living*, che in Italia possiamo tradurre come alloggi protetti.

A differenza di molti modelli nati "per accumulo" di pratiche diverse, l'assisted living ha una data di nascita quasi ufficiale: il 1981, quando Keren Brown Wilson, docente di gerontologia all'Università statale di Portland (Oregon), cercò invano un luogo adatto per sua madre, reduce da un ictus, che non fosse né la propria casa (ormai inadeguata) né una casa di riposo tradizionale (troppo rigida, troppo istituzionale). Da quella ricerca fallita nacque, nel 1985, il primo progetto pilota finanziato dallo Stato dell'Oregon: venti persone con bisogni assistenziali di livello "RSA" vennero accolte in un contesto residenziale nuovo, pensato attorno alla persona più che attorno alla malattia. L'idea di fondo era semplice ma radicale per l'epoca: invecchiare non deve significare perdere il controllo sulla propria vita (Pesaresi, 2021).

La storia del modello, ben documentata dalla letteratura statunitense, racconta anche una fase più critica: tra il 1994 e il 2000, l'espansione commerciale del settore - con ingenti capitali di investimento affluiti da Wall Street - portò a una progressiva diluizione degli ideali originari, fino a quella che gli studiosi definiscono una vera "crisi di fiducia" verso il modello, con crescenti preoccupazioni sulla qualità del servizio offerto (Pesaresi, 2021). È una dinamica che, come vedremo tra poco, rappresenta una sfida aperta in molti paesi: più il settore cresce e si commercializza, più diventa difficile garantire standard di qualità omogenei.

Di cosa si tratta, in pratica. Gli alloggi protetti sono soluzioni abitative pensate per persone che hanno bisogno di un supporto nelle attività di base della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi, mangiare) e in quelle strumentali (fare la spesa, gestire i farmaci, occuparsi della casa), ma che non richiedono il livello di assistenza sanitaria intensiva offerto da una RSA. È il gradino intermedio tra il Retirement village per anziani ancora del tutto autonomi e la struttura residenziale sanitaria vera e propria: l'utente tipico è una persona con bisogni di cura moderati, che vuole mantenere il più alto grado di autonomia possibile senza rinunciare a una rete di supporto organizzata. Non a caso, un'altra innovazione linguistica del modello riguarda proprio il modo di chiamare chi vi abita: non più

"pazienti" assegnati a un "letto", ma "residenti" che occupano una propria "stanza" o un proprio "appartamento" - un dettaglio lessicale che riflette bene il cambio di paradigma.

Vale la pena notare che il termine "assisted living" è tutt'altro che universale ma viene solitamente usato per individuare una specifica tipologia di housing per anziani. Nel Regno Unito lo stesso concetto viene chiamato più spesso *extra care housing* o *sheltered housing* (strutture da 100 a 300 unità, con alloggi senza barriere architettoniche e servizi di cura disponibili in loco), mentre in molte parti del Nord America si parla anche di *retirement homes*. Negli Stati Uniti, dove il fenomeno è nato, le comunità residenziali per anziani possono raggiungere dimensioni davvero enormi al punto che alcuni osservatori le paragonano, per scala, a vere e proprie cittadine.

I servizi più diffusi nell'Assisted living sono l'aiuto nella cura della persona e nella gestione dei farmaci, il supporto all'igiene personale, la fornitura dei pasti e le attività di gruppo, presenti in circa il 66-83% delle strutture censite. Meno diffusi (sotto il 50%) sono i servizi di attività fisica e riabilitazione, il supporto alla salute mentale e l'assistenza per le pratiche amministrative e legali: un'indicazione di quanto il modello resti orientato più al sostegno quotidiano che alla presa in carico sanitaria complessa (OCSE, 2025).

Come abbiamo detto, è il modello di gran lunga più diffuso tra quelli esaminati: ben 25 paesi OCSE dichiarano di avere alloggi protetti sul proprio territorio (dato 2023), contro i 7 paesi che, per esempio, hanno esperienze di convivenza intergenerazionale (OCSE, 2025). Alcuni numeri aiutano a dare la misura del fenomeno:

- Stati Uniti: oltre 900.000 persone attualmente in *assisted living* (in crescita rispetto agli 800.000 di dieci anni fa); a seconda della fonte e della definizione usata, si contano tra le 28.000 e le 39.000 strutture attive sul territorio nazionale - un intervallo ampio che riflette proprio l'assenza, denunciata dagli stessi ricercatori americani, di una definizione uniforme del modello;
- Canada: crescita costante - solo in Ontario le strutture autorizzate sono passate da 383 nel 2012 a 768 nel 2020;
- Regno Unito: oltre 500.000 unità di *supported living*, con una domanda aggiuntiva stimata di 167.000 unità entro il 2040;
- Spagna: 70 tipologie di strutture per un totale di 3.650 posti, con un mercato in forte crescita che punta non solo alle grandi città ma anche alle zone costiere, per attrarre pensionati stranieri;
- Germania: circa 300.000 unità abitative protette.

Sul fronte dei costi, il quadro internazionale mostra un modello in gran parte a carico delle famiglie: su 24 paesi dell'OCSE considerati, 15 richiedono una spesa diretta ("out-of-pocket") ai residenti, mentre solo 12 prevedono un contributo pubblico (nazionale o locale) e appena 5 segnalano donazioni private tra le fonti di finanziamento. In Germania, per esempio, il costo medio a carico dell'utente è stimato in circa 1.368 € al mese - una cifra simile a quella di una RSA, ma nettamente superiore all'assistenza domiciliare tradizionale. La Francia rappresenta un'eccezione parziale: qui la maggioranza delle strutture ("résidences autonomie") è pubblica, e i residenti possono utilizzare un'indennità dedicata (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie) oltre a un contributo specifico per l'alloggio (OCSE, 2025).

I meccanismi di controllo della qualità variano molto da paese a paese - standard di qualità, audit esterni, sistemi di segnalazione - e in diversi contesti manca ancora un quadro normativo uniforme.

Tab.11 – Le caratteristiche dell’Assisted living (Alloggi protetti)

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Alloggi individuali o mini-appartamenti, spesso raggruppati in un unico edificio o complesso, con spazi comuni per attività e socialità
Sociale	Target: persone con bisogni di cura moderati che vogliono mantenere la massima autonomia possibile; residenti (non "pazienti") con supporto nelle attività di base e strumentali della vita quotidiana; attività di gruppo per contrastare isolamento e solitudine
Organizzativo	Offerta prevalentemente privata e a pagamento diretto (out-of-pocket) in gran parte dei paesi; contributo pubblico presente ma minoritario; meccanismi di controllo della qualità ancora disomogenei tra paesi, con crescenti preoccupazioni legate alla commercializzazione del settore

Fonti: ns. elaborazione di OECD, 2025; Wilson et al., 2007.

Gli Alloggi protetti in Italia

In Italia, l’esperienza dell’Assisted living è presente anche se non si mostra con un termine unico: vengono spesso usati termini come alloggi protetti, alloggi sociali, mini alloggi protetti, gruppi appartamento ed altri ancora. In realtà sono tutte varianti dello stesso approccio che denotano semmai, al di là delle differenze terminologiche, una interpretazione flessibile del modello nato degli Stati Uniti.

Il termine più diffuso è comunque quello degli Alloggi protetti e che è quello che utilizzeremo anche se, in assenza di un modello codificato ed in presenza di più esperienze, è necessario sinteticamente definirlo. Per Alloggi protetti intendiamo “Gruppi di piccoli appartamenti in uno stesso edificio o adiacenti riservati ad anziani fragili soli o in coppia a cui fornire servizi a domanda. L’area degli alloggi protetti dovrebbe disporre di spazi comuni per socialità e attività comuni dei residenti nell’edificio”. Gli Alloggi protetti non sono un presidio residenziale collettivo, e soprattutto si basano sulla libera scelta del cittadino, che sceglie autonomamente i servizi "a domanda" e ne sostiene i costi - un modello volutamente "slegato" da qualunque sistema di orientamento socio-sanitario imposto dall'alto (Pesaresi, 2023).

Va subito sottolineato che il modello italiano si differenzia da quello statunitense per un ampliamento della platea dei potenziali beneficiari; non solo per persone che hanno bisogno di un supporto nelle attività di base della vita quotidiana e in quelle strumentali ma anche anziani “fragili” che per esempio potrebbero aver bisogno di superare il senso di solitudine o che pur non avendo momentaneamente bisogno di formale assistenza potrebbero averne in futuro in ragione della loro condizione.

Dal punto di vista normativo non ci sono punti di riferimento nazionale precisi (Pesaresi, 2023b) mentre a livello regionale solo alcune regioni ne hanno regolamentato la realizzazione. Fra queste, la Lombardia è la regione con l'inquadramento più strutturato: gli "Alloggi Protetti Anziani" sono una vera e propria Unità d'Offerta Sociale, censita in un registro pubblico consultabile su Open Data Regione Lombardia, con tanto di elenco di strutture accreditate provincia per provincia. C’è però da dire che, stanti le caratteristiche più da abitazione privata che da struttura collettiva, la tipologia degli Alloggi protetti non andrebbe regolata con norme e requisiti stringenti ma semplicemente con linee guida che lascino i singoli territori e i residenti di quegli alloggi nella condizione di costruirsi delle soluzioni adatte alle necessità di ognuno. Rimane invece ferma la necessità di fissare i requisiti e i criteri di qualità dei servizi domiciliari che vengono erogati all’interno degli Alloggi protetti.

Dati nazionali che quantifichino in modo specifico e unitario gli "alloggi protetti" in Italia, purtroppo, non ci sono. L'unico dato reperibile è quello della regione Lombardia, che però resta un caso isolato più che una rilevazione nazionale sistematica. In Lombardia sono stati censiti 142 alloggi protetti per anziani per un totale di 2.630 posti letto, ma la dimensione media sembra far riferimento alle norme specifiche della Regione Lombardia¹. La quasi totalità degli alloggi è gestita da privati (138), soprattutto da società cooperative sociali e da fondazioni, mentre solo 4 sono gestiti da enti pubblici (FNP CISL Lombardia, 2026).

L'Italia ha dunque l'esperienza necessaria (con molte varianti locali) per lo sviluppo ulteriore degli alloggi protetti, non ha un quadro normativo ben definito (Pesaresi 2023b), ma non ha ancora, a differenza di paesi come Stati Uniti, Regno Unito o Canada, né una definizione unica né un modello condiviso né - soprattutto - un dato di diffusione nazionale affidabile.

9. Gli alloggi condivisi intergenerazionali

Gli alloggi condivisi intergenerazionali sono soluzioni residenziali pensate per ospitare persone di età diverse — tipicamente anziani e studenti — con l'obiettivo di favorire l'interazione e il sostegno reciproco tra generazioni e ridurre l'isolamento. Non esiste un solo formato: gli spazi condivisi possono limitarsi a un giardino, un garage, la sala da pranzo o la lavanderia, oppure estendersi a gran parte dell'ambiente abitativo. Anche la proprietà varia molto: alcune iniziative sono pubbliche (edilizia sociale), altre gestite da aziende private, altre ancora guidate direttamente dalla comunità o da singoli privati.

I benefici documentati sono costituiti da più contatti sociali, un più forte senso di comunità, minore solitudine e isolamento per gli anziani, che possono inoltre ricevere aiuto nelle faccende domestiche e negli spostamenti; gli studenti, dal canto loro, beneficiano di un alloggio a basso costo. Ma ci sono anche criticità reali: possibili problemi di privacy e differenze culturali tra i residenti, difficoltà di accettazione del modello da parte dell'opinione pubblica (un freno non da poco alla sua diffusione), processi decisionali complessi proprio per l'eterogeneità delle persone coinvolte e, non ultimo, il rischio che l'aggravarsi dei bisogni di salute e di cura degli anziani nel tempo (demenza, depressione grave, altre condizioni che richiedono supporto professionale intenso) finisca per gravare eccessivamente sui coinquilini più giovani, che non hanno competenze sanitarie.

Probabilmente, il Paese in cui si è sviluppata di più questa esperienza è la Spagna. Il modello di *home-sharing* intergenerazionale (uno studente che vive gratis o quasi in cambio di compagnia/aiuto a un anziano) è nato in Spagna, ed uno dei primi a Barcellona nel 1996-97, con un progetto pilota che coinvolgeva circa 20 anziani promosso dal Comune di Barcellona insieme a Obra Social de Caixa

¹ In Regione Lombardia, la normativa di riferimento per gli Alloggi Protetti per Anziani (APA) (regolamentati inizialmente dalla Delibera della Giunta Regionale n. 8/11497 del 2010 ed evoluti con le successive riforme strutturali delle unità d'offerta sociali, come la D.G.R. 7776/2018) stabilisce regole precise per la tipologia e il numero di ospiti. Gli APA sono destinati esclusivamente a persone di età superiore ai 65 anni, singoli o in coppia, che si trovano in una condizione di fragilità sociale ma mantengono un buon grado di autosufficienza complessiva. La normativa lombarda distingue l'organizzazione dei posti letto in base al modello abitativo per garantire standard di tipo domestico e familiare:

- Alloggio singolo/bilocale: Ciascun singolo appartamento protetto all'interno del complesso è progettato per ospitare 1 o massimo 2 persone.
- Capacità complessiva dell'unità d'offerta: Quando gli alloggi sono strutturati in forme aggregate di tipo comunitario, la struttura nel suo complesso deve accogliere un minimo di 5 ospiti fino a un massimo di 12 ospiti.
- I moduli con meno di 5 ospiti (da 1 a 4 persone) non sono considerati dalla Regione come unità d'offerta sociale regolamentata, ma rientrano nelle forme di libera auto-organizzazione privata o coabitazione.

Catalunya e alle Università di Barcellona, Pompeu Fabra e Ramon Llull. Da lì il programma si è consolidato a livello nazionale, arrivando oggi a operare in 27 città distribuite in 7 Comunità autonome - una diffusione territoriale che nessun altro paese europeo sembra aver replicato con la stessa ampiezza. Solo il programma madrileno "Convive" (attivo dal 1995, coordinato da Solidarios para el Desarrollo con sette università pubbliche) ha realizzato da solo circa 1.800 abbinamenti anziano-studente.

Nella Tab. 12 sono indicati altri esempi concreti raccolti dall'OCSE (2025) nei paesi membri che aiutano a dare la misura del fenomeno.

Tab.12 – Alcuni esempi degli alloggi intergenerazionali in Europa e loro caratteristiche

Paese	Esempio	Caratteristiche
Austria (Tirolo)	Progetto "Wohnen für Hilfe" (Casa in cambio di aiuto)	Alloggio condiviso, assistenza reciproca, dialogo intergenerazionale
Francia	Résidence Cayol; misura pubblica "Aide à la Vie Partagée" (dal 2021)	Edilizia sociale che unisce studenti, giovani lavoratori, famiglie e anziani; 20 milioni di euro stanziati per circa 600 progetti nella prima fase
Germania	Circa 530 "case multigenerazionali"	Finanziamento federale fino a 40.000 € l'anno (2021-2028); più che vere e proprie abitazioni, spesso funzionano come spazi comunitari per attività intergenerazionali
Paesi Bassi	Residenza Humanitas a Deventer (lo stesso caso citato dalla scoping review); progetto Beekmos	Studenti alloggiati gratis in cambio di tempo dedicato agli anziani; a Beekmos convivono anziani e giovani madri, in un edificio centrale e vicino ai servizi

Fonte: nostra elaborazione di OECD, 2025.

Giova comunque ribadire che nella maggior parte dei paesi OCSE, la convivenza intergenerazionale resta un fenomeno ancora poco strutturato e poco monitorato, per quanto promettente.

Tab.13 – Le caratteristiche degli alloggi condivisi intergenerazionali

Ambiente	Caratteristiche principali
Fisico	Molto variabile a seconda del progetto: si va da spazi condivisi minimi (un giardino, un garage, la sala da pranzo, la lavanderia) fino a soluzioni in cui la maggior parte dell'ambiente abitativo è condivisa.
Sociale	Interazione e sostegno reciproco tra generazioni; anziani meno soli e aiutati nelle faccende domestiche e negli spostamenti, studenti con alloggio a basso costo; possibili criticità legate a privacy, differenze culturali e difficoltà di accettazione sociale del modello.
Organizzativo	Proprietà e gestione eterogenee: edilizia pubblica/sociale, aziende private o iniziative guidate direttamente dalla comunità o da privati; processi decisionali spesso complessi per l'eterogeneità delle persone coinvolte; rischio che l'aggravarsi dei bisogni di cura degli anziani gravi sui coinquilini più giovani, privi di competenze sanitarie.

Fonte: ns. elaborazione di OECD, 2025

Una variante: la convivenza intergenerazionale olandese

La variante olandese del modello intergenerazionale si basa su un concetto semplice quanto potente: la reciprocità.

In cambio dell'alloggio gratuito, gli studenti — che non possono studiare medicina o infermieristica, proprio per mantenere un rapporto "naturale" e non clinico — dedicano circa 30 ore al mese ad attività

sociali con gli anziani: una chiacchierata, una passeggiata, la condivisione di esperienze di vita completamente diverse. Il rapporto è di circa uno studente ogni 25 residenti. Gli studenti si comportano come “buoni vicini”, condividendo esperienze e svolgendo attività con gli anziani. A loro volta gli anziani condividono le loro esperienze. L'intera struttura, spesso un grande edificio inserito in un punto centrale della città, è aperta anche al quartiere: chiunque abbia bisogno di un contesto di socialità è benvenuto. Non stupisce che, in questo modello, si parli esplicitamente di una "cultura del sì": ogni proposta di attività o soluzione trova spazio per essere provata.

Gli alloggi condivisi intergenerazionali in Italia

Su questo fronte l'Italia ha in realtà un'esperienza pionieristica di tutto rispetto - probabilmente tra le più "mature" tra tutte quelle viste finora, proprio perché molto vicina al modello *home-sharing*. L'esperienza probabilmente più nota si chiama "Prendi in Casa uno Studente". Nata a Milano nel 2004 su iniziativa dell'associazione MeglioMilano (con il sostegno della Fondazione Cariplo), è probabilmente l'esperienza italiana più longeva e strutturata di coabitazione intergenerazionale. Il meccanismo è quello dell'*home-sharing* puro: un anziano autosufficiente con una stanza libera in casa propria ospita uno studente fuori sede (o, dal 2021, anche giovani lavoratori, coppie o famiglie), in cambio di un piccolo contributo alle spese e di alcune ore di compagnia e piccoli aiuti domestici. I numeri sono notevoli per un progetto no-profit: oltre 630 convivenze avviate in circa 15 anni, il 97% dei partecipanti soddisfatto, una durata media della convivenza di 8-10 mesi.

Diverse altre città hanno replicato il modello. Qui si segnalano (in modo non certo esaustivo ma esemplificativo):

- Padova - "Coabitazione Intergenerazionale", promossa dall'ufficio Progetto Giovani del Comune: studenti universitari pagano un affitto calmierato (250-350 €) a over 65 con una stanza libera, in cambio di una presenza amichevole (non assistenza sanitaria).
- Torino - "AbiTO", coabitazione solidale tra universitari e anziani o famiglie in difficoltà, affiancata dall'esperienza di Cascina Roccafranca, un centro che promuove più in generale l'abitare collaborativo.
- Trento - “Casa alla Vela”, che unisce 5-7 anziani ultra-ottantenni e studenti universitari nello stesso edificio - un caso che si colloca esattamente a metà tra co-housing e convivenza intergenerazionale "collettiva".

10. Le nove tipologie a confronto: cosa li differenzia e cosa li unisce

Messi uno accanto all'altro, i nove modelli descritti condividono alcuni ingredienti di base - piccola scala, atmosfera domestica, spinta verso l'autonomia - ma ognuno porta all'estremo un elemento diverso. È proprio quell'elemento a fare la differenza come si evidenzia nella tab. 14.

Tab.14 – L'elemento caratterizzante delle diverse soluzioni abitative innovative per anziani

Tipologia	L'elemento che la rende unica
Convivenza su piccola scala	La vita quotidiana come "terapia": faccende domestiche condivise al posto della routine delle strutture residenziali tradizionali
Modello Green House	Nuove figure professionali (Shahbazim e Guide) che ribaltano la gerarchia di cura tradizionale

Cohousing/ Alloggi condivisi/	Convivenza scelta volontariamente tra pari, con gestione partecipata degli spazi comuni e cura fornita dall'esterno, su richiesta - nessun legame con una struttura sanitaria
Fattorie sociali	Il lavoro agricolo e il contatto con la natura come attività di cura quotidiana
Casa-famiglia per persone con demenza	Personale che convive stabilmente con i residenti con demenza, in un rapporto quasi familiare
Villaggio per la demenza	Una comunità in scala reale - strade, piazza, negozi - dentro un perimetro protetto
Retirement Village	Piena autonomia abitativa (proprietà o affitto) per anziani senza bisogni di cura formale, in un quartiere dedicato con servizi e socialità
Assisted living (Alloggi protetti)	Un alloggio privato (in gruppi di alloggi) con servizi assistenziali personalizzabili: il residente mantiene autonomia, privacy e capacità di scelta. Supporto professionale a domanda.
Alloggi condivisi intergenerazionali	Convivenza tra generazioni diverse - non tra pari - con formule di proprietà e gestione molto eterogenee, dallo scambio individuale (1 anziano/1 studente) ai grandi edifici collettivi.

Fonte: nostra elaborazione di Brouwers et al., 2023; OECD, 2025; Pesaresi, 2023.

Attraverso nove modelli così diversi tra loro - dalla fattoria sociale al villaggio per la demenza, dal co-housing all'assisted living - è legittimo chiedersi se esista un filo conduttore. La risposta, in gran parte, è sì: al centro di quasi tutte le scelte c'è la ricerca dell'autonomia, declinata però in modi molto diversi a seconda del modello.

Alcune soluzioni, soprattutto quelle riconducibili ad una qualche forma di co-housing condividono alcuni elementi come la promozione dell'autonomia (normalizzare la vita quotidiana, ridurre le routine rigide, coinvolgere i residenti nelle faccende di casa), un ambiente domestico di piccole dimensioni (la casa, non la struttura residenziale, come punto di riferimento), il coinvolgimento della comunità (propria o del quartiere). In altri casi si privilegia l'attenzione alla natura (nelle fattorie sociali e, in parte, nei villaggi per la demenza), l'integrazione dei compiti del personale (che rompe la separazione tra "chi cura" e "chi vive lì") e il coinvolgimento dei familiari nell'organizzazione della vita quotidiana.

Ma quando ci spostiamo verso gli ultimi tre modelli - retirement village, alloggi protetti e alloggi condivisi intergenerazionali, pensati per anziani ancora autonomi o con bisogni più lievi - la letteratura racconta una storia in parte sovrapponibile. Uno studio del 2004 (Graham e Tuffin, 2004), sintetizza bene i tre bisogni di fondo che chi si trasferisce in un retirement village cerca di soddisfare insieme: compagnia, privacy e sicurezza - tre esigenze che a casa propria, da soli, diventano sempre più difficili da conciliare con l'avanzare dell'età.

Per gli alloggi protetti/assisted living, la letteratura internazionale insiste su un concetto quasi paradossale, ma centrale: l'assistenza, se ben progettata, non è il contrario dell'autonomia, ma la sua condizione di possibilità. Chi si trasferisce non lo fa per rinunciare al controllo sulla propria vita, ma per riconquistarlo in un contesto più sicuro - mantenendo la scelta su quando alzarsi, cosa mangiare, come organizzare la giornata, sapendo però che il sostegno è disponibile quando serve. Non è un caso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel suo quadro concettuale sull'invecchiamento attivo, indichi proprio l'autonomia personale come uno dei pilastri del benessere in età avanzata.

Il filo che unisce tutti e nove i modelli, allora, non è tanto l'assenza di assistenza, quanto il modo in cui questa viene offerta: mai imposta dall'alto, sempre calibrata sul bisogno reale, e - nella maggior parte dei casi - accompagnata da un ambiente che assomiglia il più possibile a una casa vera, non a

una struttura residenziale. Cambia il "come" (una piccola cucina condivisa, un campo da coltivare, uno studente coinquilino, un operatore disponibile su chiamata), ma l'obiettivo di fondo resta lo stesso in tutti i casi: permettere alla persona di restare protagonista della propria vita quotidiana, anche quando quella vita richiede, in misura diversa, l'aiuto di qualcun altro.

11. Conclusioni, guardando all'Italia

Nove modelli, un solo filo conduttore - l'autonomia - ma un percorso a due velocità quando si guarda all'Italia.

Attraversando l'intero articolo, emerge un dato ricorrente: per quasi ognuna delle nove tipologie esiste, nel nostro paese, un corrispettivo - ma quasi mai un corrispettivo pieno. La convivenza su piccola scala trova un parziale equivalente nelle "comunità alloggio"; il co-housing per anziani è più diffuso di quanto si immagini, ma resta un arcipelago di iniziative isolate; le fattorie sociali hanno solide basi normative (la legge 141/2015) ma restano orientate più alle attività diurne che alla vera residenzialità; i villaggi per la demenza, sorprendentemente, sono il modello più fedelmente replicato - con "Il Paese Ritrovato" a Monza e "Villaggio Emanuele" a Roma - anche se restano due casi isolati; la convivenza intergenerazionale ha un pioniere di lunga data ("Prendi in Casa uno Studente", Milano, dal 2004) più maturo di molte esperienze estere; gli alloggi protetti, infine, esistono in molte regioni ma mancano di un modello di riferimento condiviso (ad esclusione della Lombardia dove sono stati regolamentati con precisione).

Quello che accomuna quasi tutte queste esperienze italiane, al di là del singolo modello, sono tre limiti strutturali che tornano continuamente in questo articolo: una frammentazione terminologica e normativa (la stessa idea prende nomi diversi da regione a regione, quando non da provincia a provincia); una scala ancora sperimentale, più che sistemica, con poche eccezioni (per esempio la Lombardia in qualche caso); e - probabilmente la lacuna più seria - l'assenza quasi totale di dati nazionali di diffusione, che rende impossibile capire, oggi, quante persone anziane vivano effettivamente in una di queste soluzioni alternative. Insomma, sappiamo descrivere bene *come sono fatte* queste case, molto meno *quanto funzionano e quanto sono diffuse*.

C'è, però, anche un segnale incoraggiante che emerge proprio dal confronto con l'estero: l'Italia non parte da zero. In alcuni ambiti - il modello lombardo degli alloggi protetti, la lunga esperienza milanese di coabitazione intergenerazionale, la doppia esperienza dei villaggi Alzheimer - il nostro paese ha già costruito pratiche solide, che aspettano più che altro di essere riconosciute, messe in rete e portate a scala nazionale, piuttosto che inventate da zero.

Il compito che resta, per la ricerca così come per chi fa policy, è quindi duplice: da un lato colmare le lacune conoscitive che la comunità scientifica internazionale segnala da anni - capire meglio *come* si costruisce concretamente l'autonomia dei residenti, non solo *che* la si voglia promuovere; dall'altro, per l'Italia in particolare, superare la frammentazione regionale con un quadro normativo (magari con linee guida nazionali piuttosto che con leggi) e statistico più chiaro, che permetta finalmente di sapere, con un minimo di certezza, quante e quali alternative alle strutture residenziali stiamo davvero offrendo ai nostri anziani. Per poi promuovere quelle soluzioni che sono maggiormente rispondenti alle aspettative e ai bisogni degli anziani.

Bibliografia

- Brouwers M, Broekharst DSE, de Boer B, Groen WG, Verbeek H. *"An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: a scoping review."* BMC Geriatrics (2023) 23:442.
- FNP CISL Lombardia, Non autosufficienza e RSA – Rapporto Lombardia, Informa n.1/2026: <https://lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2026/07/Rapporto-NON-AUTOSUFFICIENZA-E-RSA-2026-FNP-CISL-Lombardia.pdf>
- Graham, V., Tuffin, K. (2004), "Retirement villages: Companionship, privacy and security", Australasian Journal on Ageing, 23(4), pp. 184-188.
- OECD. *"The Economic Benefit of Promoting Healthy Ageing and Community Care."* OECD Publishing, 2025.
- Pesaresi F., *Gli alloggi assistiti. Un'alternativa alle strutture residenziali per anziani*, I Luoghi della cura n.2/2023: <https://www.luoghicura.it/servizi/2023/03/gli-alloggi-assistiti-unalternativa-alle-strutture-residenziali-per-anziani/>
- Pesaresi F. (b), *Gli alloggi per gli anziani: la grande confusione normativa – Parte I*, Welforum.it, 27/11/2023: <https://www.welforum.it/gli-alloggi-per-gli-anziani-la-grande-confusione-normativa-parte-i/> ; *Gli alloggi per gli anziani: la grande confusione normativa – Parte II*, Welforum.it, 4/12/2023: <https://www.welforum.it/gli-alloggi-per-anziani-la-grande-confusione-normativa-parte-ii/>
- Pesaresi F., *Alla ricerca di una alternativa alle Rsa: le residenze assistite (USA)* , Franco Pesaresi Blogspot, 15/1/2021: <https://francopesaresi.blogspot.com/2021/01/alla-ricerca-di-una-alternativa-alle.html>
- Regnier, V. (1999). *The definition and evolution of assisted living within a changing system of long-term care*. In B. Schwarz & R. Brent (Eds.), "Aging, autonomy and architecture: Advances in assisted living" (pp. 3–21). The Johns Hopkins University Press.
- Wilson, K.B. (2007), *"Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to the Present"*, *The Gerontologist*, Vol. 47, Suppl. 1, pp. 8-22, Oxford University Press. https://doi.org/10.1093/geront/47.suppl_1.8
- World Health Organization (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, Geneva: WHO