benessere tecnologia società

Disconnessi ed esclusi

Invecchiamento, salute e alfabetizzazione digitale attraverso le Pandemie

a cura di Maurizio Esposito e Cristina Lonardi

FrancoAngeli

collana benessere tecnologia società

Direzione scientifica: Antonio Maturo (Università di Bologna)

Lo sviluppo tecnologico appare oggi in accelerazione esponenziale, soprattutto grazie al digitale. Comunicazioni, pratiche sociali e culture si presentano come forme simboliche sempre più elusive, evanescenti e cangianti. L'ambito della salute è una delle dimensioni più investite dalle scoperte e dalle nuove applicazioni. Possiamo utilizzare lo smartphone per curarci, fare prevenzione, migliorarci. In generale, possiamo raccogliere big data su noi stessi. Ovviamente, anche le organizzazioni e le professioni si giovano delle nuove possibilità. Parallelamente, il discorso sulla salute si estende oltre la medicina e la malattia per abbracciare le dimensioni dello stare bene e della qualità della vita. In altri termini, accanto alla cura, prendono corpo interventi istituzionali, aziendali e di altre organizzazioni volti ad accrescere il benessere (well-being) delle persone e la loro felicità. Non va tuttavia dimenticato che il "soluzionismo tecnologico" non ha inciso molto sulle grandi e gravi diseguaglianze sociali e che i bramini della rete hanno spesso alimentato aspettative irrealistiche. La stratificazione sociale condiziona ancora pesantemente i destini individuali.
In questo contesto, la Collana BTS – aperta anche a tematiche relative al welfare e al benessere sociale nella sua accezione più ampia – attraverso contributi sociologici rigorosi, ma scritti con uno stile divulgativo, vuole proporre modelli teorici, ricerche empiriche e strumenti operativi per analizzare e intervenire su questa mutevole realtà sociale.

Comitato Scientifico

Kristin Barker (University of New Mexico); Andrea Bassi (Università di Bologna); Jason Beckfield (Harvard University); Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari); Giovanni Boccia Artieri (Università di Urbino); Piet Bracke (Ghent University); Mario Cardano (Università di Torino); Giuseppina Cersosimo (Università di Salerno); Federico Chicchi (Università di Bologna); Costantino Cipolla (Università di Bologna); Dalton Conley (Princeton University); Cleto Corposanto (Università Magna Graecia di Catanzaro) Paola Di Nicola (Università di Verona); Maurizio Esposito (Università di Cassino); Anna Rosa Favretto (Università del Piemonte Orientale); Luca Fazzi (Università di Trento); Raffaella Ferrero Camoletto (Università di Torino); Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro); Guendalina Graffigna (Università Cattolica di Milano); David Lindstrom (Brown University); Massimiliano Magrini (United Ventures); Luca Mori (Università di Verona); Sigrun Olafsdottir (Boston University); Anna Olofsson (Mid Sweden University); Paltrinieri Roberta (Università di Bologna); Riccardo Prandini (Università di Bologna); Claudio Riva (Università di Padova); Domenico Secondulfo (Università di Verona); Mara Tognetti (Università Bicocca Milano); Stefano Tomelleri (Università di Bergamo); Assunta Viteritti (Università La Sapienza Roma).

Redazione

Linda Lombi (coordinamento) (Università Cattolica Milano); Alberto Ardissone (Università di Macerata); Flavia Atzori (Università di Bologna); Emilio Geco (Università La Sapienza, Roma); Roberto Lusardi (Università di Bergamo); Giulia Mascagni (Università di Firenze); Veronica Moretti (Università di Bologna); Arianna Radin (Università di Bergamo); Alessandra Sannella (Università di Cassino).

I manoscritti proposti sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (http://bit.ly/francoangeli-oa).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: Pubblica con noi

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

benessere tecnologia società

Disconnessi ed esclusi

Invecchiamento, salute e alfabetizzazione digitale attraverso le Pandemie

a cura di Maurizio Esposito e Cristina Lonardi

FrancoAngeli

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Il volume è stato finanziato dall'Unione Europea - Next Generation EU, Missione 4 Componente 1 CUP. H53D23009610001.

Isbn: 9788835181248

Isbn e-book: 9788835190158

Isbn e-PUB Open Access: 9788835190165

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons*
Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale
(CC-BY-NC-ND 4.0).
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it tampa: Geca - Divisione Libri di Ciscra Spa, Via Belvedere 42, 20862 Arcore (MB).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Indice

Introduzione. Invecchiamento e società digitale: nuove forme di connessione, di *Maurizio Esposito* pag. 7

I. Fondamenti teorici e concettuali

Comprendere il contesto socio-digitale, di *Sara Petroccia* » 21

2. Cosa sappiamo: evidenze da letteratura scientifica e grigia, di *Fabiola Balestrieri, Sara Petroccia* e *Maurizio Esposito* » 50

3. Il futuro pandescente. Ripensare la popolazione anziana digitale alla luce dell'esperienza pandemica, di *Fabiola Balestrieri* » 68

4. Linguaggi, fiducia e mediazione intergenerazionale nella salute digitale degli anziani, di *Sara Petroccia* » 83

II. La ricerca sul campo

5. Il disegno della ricerca, di *Cristina Lonardi* » 103

6. Il campione, di *Maria Gabriella Landuzzi* » 119

7. Divario digitale: uso dei dispositivi, attività on line e percezione delle proprie capacità, di *Cristina Gardenghi* » 132

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

8. La capacità digitale: competenze e bisogno di supporto per l'uso dei dispositivi e delle tecnologie digitali, di *Cristina Lonardi* pag. 155

9. Alfabetizzazione sanitaria digitale: percezioni, risorse e scelte, di *Cristina Lonardi* » 170

10. Sicurezza ed esclusione sociale, di *Cristina Gardenghi* » 188

11. Competenze digitali: oggi e in prospettiva di una nuova eventuale Pandemia, di *Maria Gabriella Landuzzi* » 217

Conclusioni. Prospettive di policy e pratiche di intervento, di *Maurizio Esposito* » 229

Notizie sulle autrici » 237

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Introduzione. Invecchiamento e società digitale: nuove forme di connessione

di *Maurizio Esposito*

Questo volume raccoglie i risultati emersi nell'ambito del progetto PRIN 2022 PNRR *Ageing, health literacy and digital skills through the Pandemics* e delle relative attività di ricerca condotte tra il 2023 e il 2025 dall'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale e dall'Università degli Studi di Verona.

Il progetto prende forma nel contesto delle trasformazioni socio-tecnologiche che interessano le società contemporanee, nelle quali il progressivo invecchiamento della popolazione si intreccia con l'accelerazione dei processi di digitalizzazione, ridefinendo pratiche sociali, relazioni intergenerazionali e forme di accesso alle risorse e ai diritti (Eurostat, 2020). L'intersezione tra queste due dinamiche ha generato nuove espressioni di disuguaglianza, che non possono essere comprese se ridotte al mero accesso materiale alle tecnologie e investono la qualità delle competenze, le modalità di utilizzo degli strumenti digitali e, più in generale, le opportunità di partecipazione sociale e sanitaria.

Il punto di avvio della presente ricerca risiede nell'assunto teorico secondo cui il digital divide non possa essere ridotto a una discontinuità esclusivamente tecnica o infrastrutturale, ma debba essere compreso come una forma di disuguaglianza sociale e multilivello (van Dijk, 2005; Selwyn, 2004). Tale fenomeno si articola lungo dimensioni interdipendenti – accesso materiale, competenze digitali, motivazioni all'uso e capacità di trasformare l'uso delle tecnologie in opportunità socialmente rilevanti – che rinviano a processi più ampi di stratificazione e riproduzione sociale (Ragnedda *et al.*, 2023).

In questa prospettiva, il divario digitale si configura come un processo strettamente connesso alle traiettorie biografiche e ai percorsi di vita degli individui, riflettendo e rafforzando disuguaglianze cumulative legate allo stato di salute, al capitale culturale e alle risorse economiche disponibili. Lungi dall'essere un fenomeno neutro o meramente tecnologico, esso opera come un dispositivo che condiziona l'accesso a risorse, diritti e opportunità di partecipazione sociale, contribuendo alla riproduzione di forme di esclu-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

sione e vulnerabilità, soprattutto nelle fasce di popolazione più anziana (WHO, 2002).

Seguendo l'approccio multilivello proposto da van Dijk (2020), il divario digitale non può essere ricondotto alla sola disponibilità di tecnologie, ma va interpretato come una stratificazione di disuguaglianze che comprende l'accesso materiale alle infrastrutture digitali**,** le competenze d'uso necessarie per interagire con esse e, soprattutto, la capacità di convertire tali competenze in risorse funzionali ai propri bisogni sociali, relazionali e civici. Il digitale, in questa prospettiva, rappresenta un potenziale fattore abilitante per rafforzare l'autonomia personale**,** migliorare la qualità della vita e ampliare le opportunità di partecipazione sociale e politica**.** Tuttavia, tale potenziale si realizza solo quando le competenze acquisite vengono effettivamente trasformate in opportunità concrete e pratiche di cittadinanza attiva.

Coerentemente con questa impostazione teorica, il progetto ha posto particolare attenzione al fatto che rafforzare le competenze digitali degli anziani non significa limitarsi a trasferire abilità tecniche**,** ma promuovere capacità critiche, empowerment e autonomia operativa, sostenendo allo stesso tempo l'esercizio della cittadinanza digitale anche in ambito sanitario attraverso l'accesso consapevole ai servizi e alle informazioni di salute online (WHO Regional Office for Europe, 2023; WHO Regional Office for Europe, 2024).

La pandemia da COVID-19 ha reso tale prospettiva di analisi particolarmente cogente, evidenziando come l'assenza di competenze e alfabetizzazione digitale possa tradursi in nuove forme di vulnerabilità sociale (Paakkari, Okan, 2020). L'emergenza sanitaria ha esercitato una pressione sistemica sui servizi sanitari, imponendo una riconfigurazione emergenziale dei modelli organizzativi e delle pratiche assistenziali e imponendo una rapida riconfigurazione delle pratiche quotidiane di comunicazione, informazione e accesso ai servizi essenziali (Esposito, 2022). Essa ha funzionato da acceleratore dei processi di digitalizzazione, rendendo imprescindibile – anche per fasce di popolazione precedentemente distanti dalle tecnologie – l'utilizzo di strumenti e piattaforme digitali per mantenere relazioni sociali, reperire informazioni affidabili e accedere ai servizi sociosanitari.

In tale contesto, il digital divide si è manifestato come un fattore critico di esclusione, penalizzando in particolare i soggetti con minore dimestichezza tecnologica, limitando la loro capacità di orientarsi nei servizi e accentuando il rischio di isolamento sociale.

Il progetto ha tentato di rispondere a tali criticità attraverso un disegno metodologico articolato su ventiquattro mesi e sviluppato in tre Work Package, strutturati secondo un percorso progressivo che dalla riflessione teorica ha condotto all'indagine empirica e, successivamente, alla disseminazione dei risultati.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

La prima fase è stata dedicata alla costruzione del quadro teorico-concettuale, mediante la revisione sistematica della letteratura scientifica e grigia, la definizione delle domande di ricerca e l'analisi dei contesti territoriali di riferimento. La fase empirica è stata sviluppata successivamente attraverso un disegno *mixed-methods* di tipo *sequential exploratory*, che ha integrato tecniche qualitative e quantitative.

La componente qualitativa, realizzata tramite interviste a testimoni privilegiati, *senior learners* e *digital animators*, ha permesso di esplorare in profondità rappresentazioni, pratiche, resistenze e strategie di adattamento adottate dagli anziani nell'interazione con le tecnologie. Tale fase è stata condotta seguendo i principi della *Grounded Theory*, utilizzata non solo in funzione esplorativa, ma come dispositivo generativo per la costruzione progressiva di categorie interpretative e concetti analitici emergenti dall'esperienza degli attori sociali coinvolti.

A partire dai risultati qualitativi, è stato poi elaborato un questionario somministrato a un campione rappresentativo di 1.037 persone over 65 residenti in Lazio e Veneto, con l'obiettivo di produrre dati comparabili e generalizzabili. Infine, la fase conclusiva della ricerca è stata dedicata alla restituzione dei risultati; questo volume ne costituisce parte sostanziale.

Un elemento peculiare che caratterizza il progetto è la dimensione intergenerazionale, che si è tradotta nel coinvolgimento attivo di studenti universitari nel ruolo di *digital animators* che hanno affiancato gli anziani in percorsi formativi mirati, accompagnandoli nell'uso di strumenti digitali e nella gestione delle informazioni sanitarie online. La scelta ha inteso rafforzare le competenze digitali e sanitarie dei *senior learners* attraverso un apprendimento situato e cooperativo, e allo stesso tempo promuovere nei giovani una maggiore consapevolezza sociale e un senso di responsabilità civica. L'interazione tra generazioni ha superato la logica trasmissiva tradizionale, trasformandosi in un processo bidirezionale in cui i giovani hanno trasferito conoscenze tecnologiche e, a loro volta, hanno appreso esperienze e saperi dagli anziani. Questo modello di apprendimento reciproco ha consentito la sperimentazione di forme innovative di inclusione, di empowerment e di costruzione condivisa delle competenze, confermando l'importanza di valorizzare le relazioni intergenerazionali come risorsa per la coesione sociale.

La ricerca è stata sviluppata in due contesti territoriali – Lazio e Veneto – selezionati secondo una logica di comparazione strategica (Ragin, 2014), finalizzata a indagare come il digital divide si produca e riproduca all'incrocio tra condizioni socio-strutturali, modelli istituzionali e traiettorie locali di welfare. La scelta dei due casi non risponde a un criterio meramente organizzativo legato alla collocazione delle unità accademiche coinvolte, ma riflette una strategia metodologica intenzionale, fondata sul campiona-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

mento teorico a massima variazione (Patton, 2002), per far emergere somiglianze e differenze nelle forme di esclusione digitale.

Il Lazio rappresenta un contesto caratterizzato da forti polarizzazioni socio-spaziali**,** in cui coesistono un'area metropolitana ad alta densità di servizi e competenze e aree interne e periferiche segnate da fragilità infrastrutturali e opportunità diseguali. Qui il digital divide si intreccia con configurazioni di disuguaglianza strutturale legate al capitale economico, culturale e simbolico (Bourdieu, 1986), mostrando come l'accesso digitale rifletta e rafforzi dinamiche preesistenti di marginalità sociale.

Il Veneto, al contrario, si configura come un contesto con un modello di welfare territoriale consolidato e fortemente integrato con le reti comunitarie e familiari. In questa regione, caratterizzata da un alto indice di longevità e da una diffusa cultura produttiva locale, l'esclusione digitale non deriva tanto da carenze infrastrutturali quanto da forme più sottili di autoselezione e autoesclusione (Helsper, 2021), legate alla percezione del digitale come competenza opzionale o non necessaria, soprattutto tra le generazioni più anziane.

Il confronto tra Lazio e Veneto mostra dunque che il digital divide non è una semplice questione di dotazione tecnologica, ma un fenomeno sociale situato, prodotto da gerarchie territoriali, distribuzione diseguale delle risorse e processi di riproduzione delle disuguaglianze. In questa prospettiva, la distanza digitale va interpretata come una forma di ingiustizia sociale (Eubanks, 2025), che determina l'accesso differenziale ai diritti di cittadinanza – inclusi quelli sanitari – e rischia di amplificare condizioni di vulnerabilità nelle fasce di popolazione anziana.

I risultati della ricerca hanno così mostrato che il digital divide si manifesta come un fenomeno stratificato, radicato nelle disuguaglianze sociali e culturali. Le narrazioni raccolte nelle interviste hanno evidenziato come gli anziani attribuiscano significati molteplici e ambivalenti all'esperienza digitale: da un lato il senso di spaesamento, di sfiducia o di esclusione, dall'altro la percezione di nuove possibilità di autonomia, di socialità e di accesso ai servizi. Questi vissuti non si distribuiscono in modo uniforme, ma variano in relazione al capitale culturale, al livello di istruzione, alle condizioni di salute e al supporto relazionale disponibile. L'indagine quantitativa ha permesso di confermare e generalizzare tali osservazioni, restituendo un quadro in cui la disponibilità di strumenti tecnologici è meno problematica rispetto a un passato recente, ma in cui permane una significativa disuguaglianza nelle capacità d'uso e, soprattutto, nella possibilità di tradurre le competenze in risorse effettive per la vita quotidiana.

Un nodo analitico rilevante emerso dall'indagine è la stretta interdipendenza tra alfabetizzazione digitale e alfabetizzazione sanitaria, che costituisce oggi uno dei principali fattori di differenziazione nell'accesso ai diritti di cura. L'accesso ai servizi sanitari oggi richiede un livello minimo di

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

competenza digitale: dalla consultazione del fascicolo sanitario elettronico, alla prenotazione di visite ed esami, fino alla fruizione di servizi di telemedicina e di piattaforme informative. La *health literacy*, intesa come capacità di comprendere, valutare e utilizzare informazioni per prendere decisioni consapevoli sulla propria salute, risulta dunque condizionata dal livello di alfabetizzazione digitale (Paakkari, Okan, 2020). Ne deriva che il digital divide non produce soltanto esclusione tecnologica, ma rischia di tradursi in una vera e propria esclusione sanitaria e, di conseguenza, in una limitazione del diritto alla salute.

La pandemia ha reso tali dinamiche particolarmente evidenti. Durante i periodi di lockdown, la possibilità di mantenere relazioni sociali, accedere a informazioni affidabili e usufruire di servizi sanitari digitalizzati è dipesa in larga misura dal possesso di competenze digitali. Gli anziani, già esposti a fragilità fisiche e sanitarie, hanno mostrato una vulnerabilità accentuata, trovandosi spesso esclusi dai circuiti digitali su cui si basava la gestione dell'emergenza. La crisi pandemica ha dunque rappresentato un moltiplicatore delle disuguaglianze preesistenti, ma anche un acceleratore dei processi di trasformazione, imponendo una rapida riorganizzazione delle pratiche quotidiane e dei sistemi di welfare. Da questo punto di vista, la ricerca ha colto l'emergenza non solo come un momento di difficoltà, ma come un'occasione per riflettere in modo critico sul rapporto tra invecchiamento, digitalizzazione e diritti sociali.

Il progetto si è posto tre obiettivi fondamentali. In primo luogo, analizzare le condizioni sociali, culturali e cognitive che ostacolano o facilitano l'acquisizione di competenze digitali e sanitarie da parte delle persone anziane. In secondo luogo, indagare i fattori relazionali e istituzionali che influenzano la diffusione di pratiche digitali inclusive, osservando come reti sociali, famiglie, servizi e comunità territoriali contribuiscano a sostenere o frenare i processi di inclusione. Infine, sperimentare un percorso formativo intergenerazionale, in cui giovani studenti, formati come animatori digitali, hanno accompagnato gli anziani in attività di apprendimento orizzontale, partecipato e situato. Questa dimensione sperimentale ha consentito di integrare teoria e pratica attraverso un modello innovativo di apprendimento, incentrato sullo scambio reciproco e sulla valorizzazione delle relazioni tra generazioni.

La sperimentazione ha mostrato come l'affiancamento intergenerazionale non solo rafforzi le competenze digitali degli anziani, ma abbia anche un effetto trasformativo sui giovani coinvolti, accrescendo la loro consapevolezza sociale e la capacità di assumere responsabilità nei processi di inclusione. Tale modello si è dimostrato efficace nel superare la logica unidirezionale della trasmissione del sapere, favorendo invece la co-costruzione di competenze e significati. L'intervento formativo, organizzato attraverso cicli di incontri nelle sedi universitarie di Cassino e Verona, con un rapporto

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

di un giovane animatore ogni tre anziani, ha posto al centro l'usabilità concreta degli strumenti digitali e la loro applicazione alle pratiche sanitarie quotidiane.

Se da un lato i risultati hanno confermato il potenziale innovativo dell'approccio intergenerazionale, dall'altro hanno evidenziato anche criticità istituzionali e organizzative, legate ai tempi limitati della sperimentazione e alle differenze territoriali nella qualità dei servizi digitali disponibili. Questi elementi evidenziano non solo la necessità di definire linee guida condivise e strutturare un coordinamento stabile tra gli attori istituzionali coinvolti, ma anche l'urgenza di investire in modo continuativo sull'accessibilità e sull'usabilità delle piattaforme digitali pubbliche**,** affinché esse non riproducano ulteriori barriere nell'accesso ai servizi. Si tratta di questioni che non attengono unicamente alla sfera tecnica, ma che implicano scelte politiche e organizzative su cui torneremo nelle conclusioni del volume, alla luce delle evidenze empiriche e delle implicazioni sociologiche qui delineate.

Le implicazioni della ricerca si collocano su più piani. Sul piano sociale, il progetto contribuisce a ridurre le barriere di accesso ai servizi digitali e sanitari da parte della popolazione anziana, rafforzandone l'autonomia, la sicurezza percepita e la fiducia nell'uso del web. Sul piano scientifico, propone un avanzamento teorico e metodologico nello studio del digital divide, interpretandolo come questione di giustizia sociale e di partecipazione democratica e offrendo un modello di ricerca intergenerazionale replicabile in altri contesti. Sul piano politico-istituzionale, produce linee guida e raccomandazioni per le politiche pubbliche, in coerenza con le strategie europee per il benessere e con le indicazioni del Consiglio dell'Unione Europea in materia di invecchiamento attivo e coesione sociale (WHO, 2002; WHO Regional Office for Europe, 2023; WHO Regional Office for Europe, 2024).

In tal senso, i riferimenti alle più autorevoli carte internazionali hanno costituito il tubo cardanico da cui si sono dipanate le nostre analisi. Nello specifico, il *Madrid International Plan of Action on Ageing* (UN, 2002) propone una serie di azioni concrete che possono essere adattate ai contesti nazionali e locali. In primis, migliorare la *digital literacy*. Secondo il Piano, l'accesso alla conoscenza e alla tecnologia è fondamentale per l'inclusione sociale e l'autonomia degli anziani. In particolare, il documento sottolinea che gli anziani che affrontano i cambiamenti tecnologici senza un'adeguata formazione possono sperimentare alienazione e quindi diviene necessario adottare misure che permettano loro di accedere, partecipare e adattarsi ai cambiamenti tecnologici.

Si raccomanda di promuovere l'alfabetizzazione, le competenze numeriche e tecnologiche per le persone anziane, inclusa la formazione specifica in informatica e viene suggerito di sviluppare e diffondere informazioni ac-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

cessibili e user-friendly per aiutare gli anziani a rispondere efficacemente alle esigenze tecnologiche della vita quotidiana.

Si incoraggia inoltre l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per ridurre la marginalizzazione e promuovere la solidarietà intergenerazionale, al centro del nostro progetto di ricerca, anche tramite programmi di mentorship e scambio di competenze tra generazioni

Il Piano delle Nazioni Unite inoltre individua anche in modo operativo azioni pratiche possibili:

- Corsi di alfabetizzazione digitale dedicati agli anziani, anche a domicilio o in centri di aggregazione.
- Sviluppo di interfacce e dispositivi digitali accessibili (grandi caratteri, assistenti vocali, navigazione semplificata).
- Programmi di volontariato intergenerazionale in cui giovani supportano gli anziani nell'uso delle tecnologie digitali.
- Creazione di piattaforme pubbliche e materiali digitali con linguaggio semplice e chiaro.

Un altro punto centrale del suddetto Piano è quello relativo al rafforzamento della *health literacy*. Il Piano di Madrid dedica ampio spazio anche alla promozione della salute e all'accesso all'informazione sanitaria. Le raccomandazioni principali includono l'educazione e la responsabilizzazione degli anziani nell'uso efficace e nella scelta dei servizi sanitari e di riabilitazione, la promozione della salute lungo tutto l'arco della vita attraverso programmi di prevenzione, informazione e formazione sui corretti stili di vita, la necessità di fornire informazioni e formazione ai professionisti sanitari e sociali sui bisogni specifici delle persone anziane e migliorare la comunicazione con loro, lo sviluppo di strategie comunitarie di promozione della salute e di educazione sanitaria che includano gli anziani stessi nella pianificazione e valutazione dei programmi, l'utilizzo di tecnologie come la telemedicina e la formazione a distanza per ridurre le barriere geografiche e logistiche nell'accesso ai servizi sanitari.

Anche per questo secondo, fondamentale punto, le Nazioni Unite individuano azioni strategiche, e nella fattispecie:

- Realizzazione di programmi di educazione sanitaria digitale (uso di app sanitarie, portali medici, prenotazioni online).
- Promozione di campagne di sensibilizzazione sull'uso consapevole dei farmaci, la prevenzione delle malattie croniche e l'autogestione della salute.
- Introduzione di percorsi di formazione continua per operatori sanitari focalizzati sulla comunicazione efficace con pazienti anziani.
- Sviluppo di strumenti digitali semplici per monitorare parametri di salute (telemonitoraggio, dispositivi wearable, teleassistenza).

In sintesi, il *Madrid International Plan of Action on Ageing* promuove una visione integrata della alfabetizzazione digitale e sanitaria come stru-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

menti di empowerment, autonomia e partecipazione sociale degli anziani. Migliorare queste competenze significa non solo aumentare l'accesso alle informazioni, ma anche favorire l'inclusione, la salute e la dignità in tutte le fasi della vita, come vedremo nelle Conclusioni del presente volume.

Ad un livello più strategico-operativo, la *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing* (UNECE, 2002) propone un insieme articolato di azioni che collegano educazione permanente, inclusione sociale e promozione della salute, nucleo centrale di questo scritto. Le misure individuate mirano a sostenere l'autonomia, la partecipazione e la qualità della vita degli anziani, riconoscendo la centralità dell'accesso alla conoscenza e ai servizi.

Riguardo alla promozione della *digital literacy*, il documento sottolinea la necessità di adattare i sistemi educativi e formativi ai cambiamenti sociali e tecnologici, riconoscendo che l'apprendimento non termina con l'età lavorativa ma deve proseguire per tutto l'arco della vita *(Commitment 6: To promote life-long learning and adapt the educational system).* In particolare, si propone di facilitare e incoraggiare l'apprendimento permanente, adattando le istituzioni educative ai bisogni delle persone in pensione o prossime al pensionamento e offrendo programmi di pre-ritiro per aiutarle ad affrontare i cambiamenti di vita; sviluppare metodi di apprendimento pratico e in presenza, per insegnare alle persone anziane le competenze necessarie per usare gli strumenti tecnologici della vita quotidiana, le nuove tecnologie della comunicazione e per mantenere e allenare le capacità cognitive, fisiche e sensoriali; promuovere la formazione dei formatori che lavorano con gli anziani, sia nei contesti istituzionali che nei servizi di comunità, per favorire un approccio multidisciplinare e rispettoso dei ritmi di apprendimento in età avanzata; rafforzare il ruolo delle istituzioni educative per adulti, riconoscendole come importanti strumenti per la partecipazione e l'inclusione sociale; infine, sostenere l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) per la formazione, il lavoro e la vita quotidiana degli anziani, valorizzando l'apprendimento intergenerazionale e il volontariato come strumenti di inclusione.

In merito al rafforzamento della *health literacy* e la promozione della salute, nel *Commitment 7 – To strive to ensure quality of life at all ages and maintain independent living including health and well-being,* la Strategia regionale pone l'accento sull'importanza di promuovere la salute e il benessere lungo tutto l'arco della vita attraverso politiche integrate e partecipative. Le azioni previste includono il coinvolgimento delle persone anziane nella progettazione e valutazione dei servizi sanitari e sociali, promuovendo un approccio partecipativo e orientato all'autonomia; la prevenzione e la promozione della salute, integrando interventi su stili di vita, attività fisica, nutrizione e benessere mentale, in un'ottica di apprendimento continuo; il miglioramento nell'accesso equo e universale ai servizi sanitari e

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

sociali, riducendo le disuguaglianze di genere, reddito e territorio, con particolare attenzione alle aree rurali o isolate; l'introduzione di programmi di formazione permanente per il personale sanitario e i caregiver, formali e informali, affinché comprendano i bisogni specifici delle persone anziane e promuovano l'educazione alla salute e all'autocura; infine, l'uso di tecnologie digitali in sanità (telemedicina, dispositivi assistivi, piattaforme informative) come strumento per migliorare l'accesso e la continuità dell'assistenza. La *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing* insiste ancora sulla necessità di un approccio integrato, sottolineando che la promozione della salute, dell'apprendimento e della partecipazione non sono ambiti separati, ma dimensioni interconnesse della cittadinanza attiva in età anziana.

La piena inclusione digitale e sanitaria si ottiene combattendo la marginalizzazione e l'isolamento sociale, favorendo l'integrazione degli anziani nella comunità e il dialogo intergenerazionale *(Commitment 2: To ensure full integration and participation of older persons in society)*; promuovendo una rappresentazione positiva dell'invecchiamento, che valorizzi l'esperienza e il contributo sociale degli anziani, anche come trasmettitori di conoscenze e competenze digitali; riconoscendo l'apprendimento e la salute come diritti sociali universali, elementi indispensabili per una "società per tutte le età".

In sintesi, il miglioramento della *digital* e *health literacy* degli anziani richiede politiche pubbliche coordinate che uniscano formazione permanente, inclusione digitale, promozione della salute e partecipazione sociale. Solo integrando educazione, tecnologia e salute in un'unica strategia sarà possibile garantire agli anziani un ruolo attivo, informato e consapevole nella società digitale contemporanea.

Più di recente, la *Global Strategy on Digital Health 2020–2025* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2021) si fonda su un paradigma olistico, etico e inclusivo della trasformazione digitale in sanità. Essa riconosce che la digitalizzazione non è un fine in sé, ma uno strumento per rafforzare i sistemi sanitari, promuovere l'equità, migliorare la qualità della cura e sostenere la salute pubblica globale. Il documento adotta un approccio centrato sulla persona (*person-centered*), sottolineando che l'innovazione tecnologica deve rispondere ai bisogni dei cittadini, con particolare attenzione alle persone fragili, tra cui le persone anziane. In questa prospettiva, la *digital health* è interpretata come bene pubblico globale, capace di potenziare la resilienza dei sistemi sanitari, ridurre le disuguaglianze di accesso e favorire la partecipazione informata dei pazienti.

Tre sono i principi cardine del paradigma OMS:

- Inclusività e universalità: garantire che tutti, indipendentemente dall'età, dal livello socioeconomico o dalla localizzazione geografica, possano beneficiare delle tecnologie digitali.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

- Equità e giustizia digitale: evitare che la digitalizzazione amplifichi disuguaglianze preesistenti, promuovendo infrastrutture e alfabetizzazione accessibili a tutti.
- Governance etica e sostenibile: assicurare la protezione dei dati, la trasparenza, la responsabilità istituzionale e il rispetto dei diritti umani nell'uso delle tecnologie sanitarie digitali.

Questi paradigmi orientano la strategia verso una visione sistemica, che considera la salute digitale non soltanto come innovazione tecnologica, ma come trasformazione sociale e istituzionale volta a sostenere il benessere e l'autonomia in tutte le fasi della vita. La *Global Strategy* in tal senso articola la sua azione attorno a quattro obiettivi strategici principali, che delineano un quadro di intervento coerente con l'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile e con l'approccio "*One-Health*" dell'OMS:

1. Promuovere lo sviluppo di sistemi sanitari digitalmente maturi, attraverso politiche nazionali di governance e standard condivisi. Ciò implica la costruzione di infrastrutture digitali resilienti, sicure e integrate, capaci di sostenere la continuità delle cure e la gestione dei dati clinici anche per la popolazione anziana.
2. Sviluppare capacità umane e istituzionali, potenziando le competenze digitali di professionisti sanitari, pazienti e caregiver. Per gli anziani, ciò include programmi di formazione per migliorare la *digital health literacy* e favorire l'autonomia nell'uso di strumenti come le cartelle cliniche elettroniche, le app sanitarie o la telemedicina.
3. Promuovere l'uso etico e sostenibile delle tecnologie digitali, assicurando la protezione dei dati sensibili e la trasparenza degli algoritmi. L'etica della *digital health* implica la responsabilità nell'uso dell'intelligenza artificiale, la non discriminazione e il rispetto della privacy delle persone anziane.
4. Favorire la cooperazione internazionale, promuovendo la condivisione delle buone pratiche e il trasferimento di conoscenze tra Paesi e regioni. Questo approccio è fondamentale per garantire che gli strumenti digitali siano culturalmente e socialmente adattati ai diversi contesti di invecchiamento della popolazione.

La strategia insiste inoltre sul concetto di "*people-centred digital transformation*", per cui le tecnologie devono essere progettate in base ai bisogni concreti degli utenti, evitando modelli top-down e garantendo l'accessibilità fisica, cognitiva e linguistica, in particolare per gli anziani e le persone con limitate capacità digitali. In sintesi, essa configura un quadro di riferimento che integra innovazione tecnologica, equità sociale e diritti umani, promuovendo una sanità digitale etica, accessibile e sostenibile per tutte le età. L'approccio dell'OMS si traduce dunque in un modello di *digital health* "umanocentrico", orientato a coniugare innovazione e giustizia,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

tecnologia e prossimità, garantendo che la transizione digitale non escluda, ma rafforzi, la piena cittadinanza sanitaria delle persone anziane.

La riflessione sviluppata nel progetto e sistematizzata in questo volume intende dunque andare oltre la dimensione locale, proponendo un modello sperimentale trasferibile e adattabile ad altri contesti nazionali ed europei. Essa contribuisce ad alimentare un dibattito più ampio sulle relazioni tra invecchiamento, digitalizzazione e salute, collocando la questione del digital divide non solo all'interno delle politiche tecnologiche, ma nel cuore delle trasformazioni che investono la cittadinanza sociale.

L'invecchiamento digitale si configura come una nuova frontiera della riflessione sociologica, al crocevia tra mutamento demografico, innovazione tecnologica e diritti. Non si tratta di un fenomeno esclusivamente tecnico, ma di una forma strutturale e multidimensionale di disuguaglianza sociale e culturale, radicata nelle dinamiche relazionali, nei sistemi di riconoscimento e nelle logiche istituzionali che plasmano l'inclusione e l'esclusione (Eurostat, 2020).

Il volume si articola in due sezioni principali. La prima ricostruisce il quadro teorico e concettuale entro cui si colloca la ricerca, analizzando i tre livelli del digital divide e la loro connessione con la *health literacy* in età avanzata, con particolare attenzione al ruolo della pandemia come catalizzatore delle trasformazioni in corso. La seconda sezione restituisce invece i dati empirici, organizzati in aree tematiche che descrivono la complessità delle traiettorie digitali degli anziani, mettendo in evidenza sia le barriere e le difficoltà, sia le risorse, le strategie di adattamento e le forme di agency che emergono dal confronto con l'universo digitale.

Attraverso l'intreccio di riflessione teorica e restituzione empirica, il volume si propone come strumento utile per studiosi, operatori e decisori pubblici, rafforzando la consapevolezza che l'inclusione digitale non è un obiettivo collaterale, ma una condizione essenziale per garantire equità, benessere e cittadinanza piena alle persone anziane.

Bibliografia di riferimento

Esposito M. (2022), *Raccontare il Covid-19. Narrazioni di malattia tra paure individuali, percezione sociale e politiche sanitarie*, Carocci, Roma.

Eubanks V. (2025), *Automating inequality: How high-tech tools profile, police, and punish the poor*, Macmillan, ORM.

Eurostat (2020), *Ageing Europe - statistics on health and disability. Statistics Explained*, Eurostat.

Helsper E. (2021), *The digital disconnect. The Social Causes and Consequences of Digital Inequalities*, SAGE Publications Ltd.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Paakkari L., Okan O. (2020), COVID-19: health literacy is an underestimated problem, *The Lancet Public Health*, 5, pp. e249-e249. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
Patton M.Q. (2002), *Two decades of developments in qualitative inquiry: A personal, experiential perspective*, «Qualitative social work», 1, pp. 261-283. DOI: 10.1177/1473325002001003636.
Ragin C.C. (2014), *The comparative method: Moving beyond qualitative and quantitative strategies*, Univ of California Press.
Ragnedda M., Muschert G.W., Ruiu M.L. (2023), "Digital stratification: class, status group and party in the age of the Internet", in Housley W., Edwards A., Beneito-Montagut R., Fitzgerald R., a cura di, *The SAGE Handbook of Digital Society*, SAGE, London.
Selwyn N. (2004), *Reconsidering political and popular understandings of the digital divide*, «New media & society», 6(3), pp. 341-362. DOI: 10.1177/1461444804042.
UN (2002), *Madrid International Plan of Action on Ageing*, New York.
UNECE (2002), *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing*, Berlin.
van Dijk J.A.G.M. (2005), *The Deepening Divide: Inequality in the Information Society*, Sage, Thousand Oaks, CA.
van Dijk J.A.G.M. (2020), *The network society*, Press University of Twente, Netherlands.
WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, World Health Organization.
WHO (2021), *Global Strategy on Digital Health 2020-2025*, Geneve.
WHO Regional Office for Europe (2023), *The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe.
WHO Regional Office for Europe (2024), *Exploring the digital health landscape in the WHO European Region: digital health country profiles*, WHO Regional Office for Europe.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

I. Fondamenti teorici e concettuali

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Comprendere il contesto socio-digitale

di *Sara Petroccia*

1. Invecchiamento, pandemia e fragilità digitale: una riflessione sociologica

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle trasformazioni demografiche più rilevanti nel contesto europeo e, in particolare, italiano. Secondo i dati ISTAT 2025[1], oltre il 23% della popolazione residente in Italia ha più di 65 anni, una tendenza destinata ad accentuarsi nei prossimi decenni. Tale transizione non si limita a ridefinire i profili anagrafici del Paese, ma solleva interrogativi cruciali sulla sostenibilità dei sistemi di welfare, sull'accesso equo ai servizi e sulle forme di inclusione capaci di valorizzare la partecipazione sociale in età avanzata (Eurostat, 2020). Accanto a questa dimensione strutturale, s'impone una riflessione propriamente sociologica sul significato culturale e relazionale dell'invecchiamento nella società contemporanea: superare rappresentazioni passivizzanti e stereotipi deficitari significa riconoscere negli anziani soggetti attivi, portatori di competenze biografiche, risorse relazionali e saperi situati che possono e devono essere messi a valore nei contesti di vita e di cura.

In questo quadro, la pandemia da COVID-19 ha funzionato come evento di discontinuità e, al contempo, come acceleratore di processi già in atto producendo non solo effetti sanitari e tecnologici, ma anche nuove forme di narrazione sociale della malattia e della vulnerabilità (Esposito, 2022; Esposito, Petroccia, 2025b). L'urgenza sanitaria e le misure di contenimento hanno reso evidente quanto il mantenimento dei legami sociali, l'accesso a informazioni epistemicamente valide e socialmente legittimate e la fruizione di servizi essenziali (sanitari, amministrativi, bancari, culturali) siano oggi fortemente mediati da infrastrutture, dispositivi e piattaforme digitali. In questo scenario, la selezione e la circolazione dell'informazione non costituiscono processi neutrali, ma implicano dinamiche di attribuzione di fiducia nei sistemi sociali e tecnologici, secondo quella che Luhmann (2002)

[1] ISTAT, Rapporto Annuale 2025. Disponibile al link https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-annuale-2025-la-situazione-del-paese-il-volume/

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

definisce una *riduzione della complessità attraverso meccanismi di affidamento*. In questa prospettiva, il digital divide non può più essere interpretato unicamente come una disparità di accesso alle tecnologie, ma come una condizione situata di vulnerabilità sociale che incide sulla possibilità degli individui di esercitare la propria capacità di partecipazione all'interno dell'ecosistema digitale contemporaneo. Per coglierne la complessità, è utile introdurre la categoria di fragilità digitale, concettualmente distinta sia dalla povertà materiale sia dall'analfabetismo funzionale: essa rimanda a una forma di esposizione differenziata al rischio di esclusione nei processi di interazione mediata dalle tecnologie.

La nozione di fragilità digitale risulta euristicamente produttiva perché consente di interpretare il digitale come ambiente sociale diseguale, nel quale non tutti gli individui dispongono delle stesse risorse – cognitive, economiche, infrastrutturali e simboliche – per orientarsi, comunicare, accedere a servizi e partecipare alla vita collettiva. Tale fragilità si manifesta non solo nell'incapacità di utilizzare strumenti tecnologici, ma anche nella difficoltà di valutare l'affidabilità informativa, di negoziare relazioni asimmetriche con istituzioni digitalizzate e di esercitare controllo e agency nei confronti di sistemi automatizzati e piattaforme.

Nel caso delle persone anziane, questa fragilità assume forme specifiche che si collocano al crocevia tra biografie tecnologiche discontinue, capitale digitale ereditato debole, processi di svalutazione simbolica dell'età (ageismo digitale) e logiche di design escludenti che presuppongono utenti competenti e automi razionali. Come mostra il nostro lavoro empirico (di cui dettaglieremo nella seconda sezione), non sono gli individui ad essere inadeguati rispetto alla tecnologia, ma è spesso la tecnologia ad essere socialmente inadeguata rispetto alla pluralità dei modi di vivere e apprendere, contribuendo così alla riproduzione di nuove frontiere di disuguaglianza.

Nel presente volume, per fragilità digitale intendiamo una condizione situata che emerge dall'interazione tra individui, tecnologie e contesti sociali e istituzionali. Essa combina barriere materiali (legate alla disponibilità di infrastrutture e dispositivi), barriere cognitive e motivazionali (relative alle competenze, alla capacità di valutazione critica delle informazioni e alla fiducia nelle tecnologie) e barriere socio-organizzative (collegate all'usabilità dei servizi digitali, ai modelli istituzionali di erogazione e alla prossimità di reti di supporto umano).

Questa definizione si colloca in continuità con le prospettive che interpretano il digitale come spazio relazionale e non semplicemente tecnologico: la fragilità non risiede nell'individuo, ma nelle configurazioni sociali che limitano o ostacolano la sua possibilità di partecipare pienamente alla vita digitale. Essa è quindi il prodotto di relazioni asimmetriche di potere tra utenti, istituzioni e piattaforme, e risulta particolarmente evidente quando l'accesso a diritti fondamentali – come quelli legati alla cura e alla salute

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

– viene progressivamente delegato a sistemi digitalizzati privi di adeguati presìdi di inclusione.

In questa prospettiva, parlare di fragilità digitale significa spostare l'attenzione dal paradigma deficitario – che attribuisce alle persone anziane una presunta inadeguatezza tecnologica – a un modello critico e socio-tecnico, che riconosce come il rischio di esclusione sia generato non dall'età in sé, ma dalla distanza tra configurazioni tecnologiche standardizzate e biografie sociali plurali.

In questo senso, la nostra interpretazione si intreccia con le nuove sfide poste dall'intelligenza artificiale (Petroccia, 2024), che rischia di amplificare disuguaglianze già esistenti se non accompagnata da politiche inclusive (Esposito, Petroccia, 2025c). Fragilità digitale non equivale a mera mancanza di abilità: include anche la scarsa usabilità dei servizi, la difficoltà di orientamento tra procedure e linguaggi tecnici, l'assenza di supporti prossimi e affidabili, la debole fiducia nelle interazioni mediate (van Dijk, 2005; Warschauer, 2003). Il ricorso massivo alle tecnologie digitali durante la pandemia da COVID-19 ha investito in maniera trasversale ambiti cruciali dell'esistenza quotidiana, determinando una riconfigurazione delle pratiche sociali e delle modalità di accesso a diritti fondamentali. L'ambito lavorativo ha visto l'adozione estensiva dello smart working, che ha reso evidente tanto le potenzialità di flessibilità e continuità produttiva, quanto la dipendenza da infrastrutture digitali adeguate e da competenze tecnologiche diffuse. Analogamente, l'istruzione si è spostata verso la didattica a distanza, producendo un'esperienza educativa fortemente mediata da piattaforme digitali che ha accentuato le disuguaglianze legate a condizioni abitative, disponibilità di dispositivi e capitale digitale delle famiglie (Di Pietro *et al.*, 2020). Sul piano sanitario, la telemedicina, le prescrizioni elettroniche e l'uso crescente del Fascicolo Sanitario Elettronico hanno mostrato il potenziale del digitale come strumento di accesso rapido ed efficiente alle cure, ma hanno anche rivelato le barriere per i soggetti meno alfabetizzati dal punto di vista tecnologico, per i quali tali innovazioni rischiano di trasformarsi in ulteriori fattori di esclusione (Neter, Brainin, 2019). Le relazioni interpersonali hanno trovato nelle videochiamate e nei social network un canale alternativo alla prossimità fisica, confermando il ruolo delle tecnologie come dispositivi di resilienza sociale, ma anche producendo nuove forme comunicative e di differenziazione tra chi ha mantenuto legami attraverso il digitale e chi ne è rimasto escluso.

La fruizione culturale, attraverso lo streaming di contenuti audiovisivi e l'apertura virtuale di musei e istituzioni culturali, ha ampliato le possibilità di accesso a risorse simboliche e conoscitive, pur segnando una forte polarizzazione tra utenti abituali delle piattaforme e persone escluse o parzialmente integrate nelle pratiche digitali (Bonfadelli *et al.*, 2021). Infine, la partecipazione civica ha visto una rapida digitalizzazione dei servizi della

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Pubblica Amministrazione – dallo SPID alle piattaforme per i bonus emergenziali – trasformando la competenza digitale da risorsa opzionale a prerequisito essenziale per l'esercizio della cittadinanza attiva (van Dijk, 2020).

Nel loro insieme, queste trasformazioni hanno agito come un amplificatore delle vulnerabilità sociali preesistenti nelle società contemporanee, mettendo in luce la natura ambivalente delle tecnologie digitali: strumenti indispensabili di continuità e adattamento, ma anche moltiplicatori di fragilità laddove l'accesso, le competenze e le reti di supporto risultino insufficienti (Paakkari, Okan, 2020).

Questo mutamento non va inteso come mero trasferimento di attività dal fisico al virtuale: ha comportato una riorganizzazione profonda delle routine, il riposizionamento di ruoli e aspettative, la richiesta di nuove competenze organizzative e comunicative, nonché una rinegoziazione della fiducia nelle piattaforme e nelle fonti informative. In tale prospettiva, accesso e uso delle tecnologie diventano vere e proprie infrastrutture di cittadinanza, il cui governo – tecnico, normativo e culturale – incide in modo diretto sulle possibilità effettive di inclusione.

Se, da un lato, l'accelerazione digitale ha reso possibili forme inedite di continuità operativa dei servizi, dall'altro ha amplificato disuguaglianze preesistenti, rendendole più visibili e acute. Ben prima dell'emergenza sanitaria da COVID-19, la letteratura sociologica e sui media digitali aveva chiarito che il digital divide non coincide con la sola disponibilità di connessioni e dispositivi, ma comprende dimensioni cognitive, culturali e motivazionali che determinano la capacità di trasformare l'uso delle tecnologie in risorse effettive (van Dijk, 2005; Warschauer, 2003). La pandemia ha ulteriormente amplificato tali disuguaglianze (Beaunoyer *et al.*, 2020), colpendo in modo selettivo i gruppi sociali più esposti alla vulnerabilità digitale: persone anziane, famiglie a basso reddito, nuclei con ridotto capitale educativo e comunità collocate in territori caratterizzati da infrastrutture digitali carenti o frammentate.

Nel contesto dell'invecchiamento demografico, l'impatto assume tratti specifici. Gli over 65, già esposti a maggiori rischi sul piano sanitario, hanno fronteggiato un duplice svantaggio: l'isolamento fisico imposto dal distanziamento e l'esclusione digitale legata a competenze tecnologiche limitate o assenti. La combinazione dei due fattori ha avuto esiti tangibili: difficoltà di accesso a informazioni aggiornate e affidabili; ostacoli nella prenotazione di servizi sanitari online; minore partecipazione a reti di supporto mediate tecnologicamente; incremento di ansia e incertezza rispetto all'uso di piattaforme e procedure digitali. In assenza di adeguato accompagnamento, tali barriere – anche quando non insormontabili – si sono tradotte in forme di rinuncia o dipendenza da terzi, con implicazioni sulla qualità della vita e sul benessere psicologico.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Sotto il profilo teorico, le trasformazioni indotte dalla pandemia sollecitano una lettura sistemica dell'ecosistema digitale, nel quale le dimensioni tecnologiche, sociali e sanitarie risultano profondamente interdipendenti. In tale prospettiva, gli squilibri che emergono in una sfera – ad esempio l'accesso diseguale alle infrastrutture tecnologiche – tendono a produrre effetti cumulativi e circolari nelle altre, amplificando le vulnerabilità esistenti. Così, una carenza di competenze digitali non si limita a ostacolare l'uso delle tecnologie, ma incide sulla possibilità di usufruire di servizi sanitari online, di mantenere relazioni sociali mediate e di partecipare attivamente alla vita civica. Tale intreccio richiama l'approccio della teoria dei sistemi, secondo cui le disuguaglianze non si distribuiscono in modo isolato, ma si riproducono e si rafforzano attraverso dinamiche interconnesse, generando nuove forme di esclusione cumulativa. La pandemia da COVID-19 non ha generato fenomeni inediti, ma ha accelerato e reso visibili dinamiche già in atto, agendo come catalizzatore delle disuguaglianze digitali (van Dijk, 2020; Helsper, 2021). La crisi sanitaria ha mostrato con chiarezza come il digital divide non si configuri come un ostacolo meramente tecnico, bensì come un fenomeno multidimensionale che attraversa tre livelli strettamente interconnessi: l'accesso materiale alle tecnologie, lo sviluppo di competenze e usi significativi, e gli esiti prodotti in termini di partecipazione sociale, benessere e inclusione. Ridurre tali disuguaglianze implica una strategia complessa, capace di agire simultaneamente su più fronti. Da un lato, occorre garantire condizioni materiali adeguate – dispositivi aggiornati, connessioni stabili e spazi pubblici digitalmente attrezzati – affinché l'accesso non sia subordinato al solo reddito individuale o familiare. Dall'altro, è necessario rafforzare la dimensione formativa, intesa non solo come acquisizione di abilità operative, ma come sviluppo di competenze critiche, riflessive e di problem solving, indispensabili per orientarsi in un ecosistema informativo sempre più complesso (Carretero *et al.*, 2017). Un ulteriore livello di intervento riguarda i modelli di progettazione dei servizi digitali, che devono essere ripensati in chiave inclusiva. Usabilità, chiarezza del linguaggio, percorsi semplificati e design accessibile non rappresentano meri aspetti tecnici, ma condizioni strutturali di giustizia sociale, poiché incidono direttamente sulla possibilità per le persone anziane (e più in generale per le categorie vulnerabili) di trasformare l'uso delle tecnologie in opportunità concrete di autonomia, cura e partecipazione civica (Eubanks, 2011). In questa prospettiva, il superamento del digital divide non si limita a colmare un divario strumentale, ma si configura come una pratica di cittadinanza attiva, in grado di riconoscere gli anziani non come destinatari passivi di innovazioni imposte dall'alto, bensì come soggetti capaci di contribuire, negoziare e ridefinire il proprio rapporto con le tecnologie.

Allo stesso tempo, la prospettiva sociologica invita a leggere l'*agency* degli anziani non come dato naturale, ma come potenzialità condizionata:

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

essa si attualizza quando sono presenti contesti relazionali abilitanti, reti di prossimità e dispositivi formativi che non sostituiscano, ma forniscano uno *scaffolding* educativo per l'apprendimento e l'appropriazione degli strumenti digitali. La pandemia ha accentuato le asimmetrie di potere digitale: chi disponeva di competenze, connessioni e supporti ha ampliato il proprio orizzonte di possibilità, mentre chi ne era privo ha sperimentato la limitazione della capacità di agire e partecipare alla vita sociale in forme pienamente riconosciute. Questa constatazione rafforza la necessità di sviluppare politiche pubbliche intergenerazionali e percorsi formativi situati, capaci di tenere insieme accesso, abilità e significati d'uso, riconoscendo le biografie, i contesti di vita e i tempi dell'apprendimento in età avanzata. Contrastare la fragilità digitale richiede infatti di superare l'approccio compensativo fondato sulla semplice erogazione di competenze tecniche, per adottare un paradigma abilitante, che miri a restituire potere d'azione, autonomia e possibilità di partecipazione a chi è esposto a rischi di esclusione.

Nei capitoli che seguono, il digital divide verrà analizzato come forma di disuguaglianza sociale multilivello, interconnessa con l'accesso alla salute e con le opportunità di esercizio della cittadinanza digitale. La relazione tra *digital literacy* e *health literacy* sarà esaminata non soltanto come correlazione funzionale, ma come questione di giustizia sociale, in cui la capacità di orientarsi tra servizi digitalizzati diviene condizione per l'accesso equo ai diritti di cura. Verranno approfonditi sia i determinanti socio-strutturali e biografici (età, classe sociale, livello di istruzione, appartenenza territoriale, condizioni abitative e di welfare locale) sia i fattori relazionali e comunitari che possono abilitare pratiche di inclusione, in particolare attraverso modelli di formazione intergenerazionale e reti sociali di prossimità.

Questo volume propone dunque una lettura del digital divide che va oltre la retorica della modernizzazione tecnologica e interroga le condizioni sociali e istituzionali della pari accessibilità digitale, mostrando come la mediazione umana – e non solo tecnologica – resti decisiva per garantire forme più eque di partecipazione, inclusione e benessere nelle società ad alta connettività.

2. Digital divide e *health literacy* come disuguaglianze sociali

Il concetto di digital divide ha progressivamente ampliato il proprio significato: dalla lettura tecnico-infrastrutturale – centrata su dispositivi e connessioni – si è passati a una comprensione multidimensionale che include competenze, usi e significati attribuiti alle tecnologie. Nella letteratura si distinguono almeno tre livelli del divario (van Dijk, 2005):

- accesso materiale, che riguarda la disponibilità di dispositivi adeguati e connessioni affidabili;

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

- competenze e uso efficace, cioè l'insieme di abilità operative, critiche e di problem solving necessarie a impiegare le tecnologie in modo autonomo e sicuro;
- esiti e opportunità, ovvero i benefici sociali, economici, culturali e di salute che derivano (in modo diseguale) dall'uso.

In questo quadro, il digital divide non si esaurisce in una mancanza di abilità tecniche, ma si configura come una disuguaglianza strutturale, intrecciata con i determinanti sociali ed economici della vita quotidiana, che includono risorse materiali, capitale culturale, percorsi formativi e reti relazionali. Sul piano dell'accesso materiale, nonostante la crescita di banda larga e dispositivi mobili, persistono espressioni di esclusione dovute a ragioni economiche, geografiche e infrastrutturali. Le famiglie a basso reddito tendono a possedere un basso numero di dispositivi, poco aggiornati e tendono a condividerli tra più membri: durante i lockdown ciò ha limitato la partecipazione simultanea a scuola e lavoro a distanza. In aree rurali o periferiche la qualità della connessione resta talvolta insufficiente per attività ad alto consumo di banda (videoconferenze, telemedicina), producendo intermittenze di servizio che si traducono in barriere d'uso.

Per quanto riguarda il secondo livello, relativo alle competenze e all'uso efficace, la pandemia ha reso evidente il fabbisogno di abilità di base (navigazione, gestione e-mail, ricerca di informazioni) e avanzate (sicurezza online, autenticazione two-factor, uso di piattaforme di videoconferenza, identità digitale, accesso a servizi amministrativi e sanitari telematici). Il divario di competenze tra gli anziani interessa anche adulti con bassa scolarità o scarsa familiarità con la tecnologia. In assenza di tali competenze, l'accesso materiale non si traduce in reale inclusione: l'uso rimane frammentario o dipendente dal supporto di terzi, con esiti di vulnerabilità. A supporto di una lettura ampia delle competenze, il quadro della *digital literacy* proposto da Eshet-Alkalai (2004) evidenzia dimensioni operative, cognitive, socio-emotive ed etiche; la prospettiva della *critical/transformative digital literacy* (Livingstone, 2004; Pangrazio, 2016) richiama inoltre la capacità di valutare l'affidabilità delle fonti, comprendere logiche algoritmiche e tutelare i propri dati.

Infine, il terzo livello riguarda gli esiti. Anche quando accesso e competenze ci sono, la varietà e qualità d'uso determinano benefici differenti: soggetti con istruzione più elevata impiegano le tecnologie per attività ad alto valore (formazione continua, networking professionale, monitoraggio della salute), mentre gruppi penalizzati da disuguaglianze educative tendono a usi orientati all'intrattenimento. Durante la pandemia, questa asimmetria si è tradotta in differenze di accesso a informazioni fruibili, capacità di usufruire di telemedicina e interazione digitale con le istituzioni; ciò conferma che l'usabilità è socialmente mediata da capitale culturale, reti e aspettative, producendo esiti diseguali anche a parità di dotazioni tecniche.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

L'acuirsi di tali disuguaglianze è il risultato anche di fattori socioculturali e motivazionali che ne hanno consolidato la riproduzione nel tempo. Persone con esperienze digitali intermittenti o marginali non hanno cercato attivamente di ridurre il proprio gap per bassa utilità percepita ("non mi serve"), sfiducia nelle piattaforme – soprattutto quando implicano condivisione di dati personali – oppure timore di errore.

Queste resistenze, già presenti prima della pandemia appena trascorsa, si sono scontrate con la necessità improvvisa di digitalizzare attività essenziali, generando sentimenti di esclusione, ansia tecnologica e talvolta rassegnazione (Beaunoyer *et al.*, 2020).

Un ulteriore aspetto riguarda la sovrapposizione del divario digitale con altre disuguaglianze. Le barriere tecnologiche si intrecciano con reddito, istruzione, genere, età, condizione di salute e status territoriale, producendo esclusioni multilivello e cumulative. In questa prospettiva intersezionale, il digital divide si configura come dimensione aggiuntiva delle disuguaglianze strutturali delle società contemporanee, incidendo sull'accesso a diritti fondamentali (salute, istruzione, partecipazione civica).

Tra le aree più sensibili emerge la comunicazione digitale della salute. L'accesso a informazioni sanitarie, la gestione dei dati medici, la prenotazione di visite e la comunicazione con professionisti richiedono una combinazione di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) e alfabetizzazione digitale (*digital literacy*). La letteratura indica che bassi livelli di health literacy sono associati a peggiori esiti di salute, minore aderenza terapeutica e maggiore dipendenza da caregiver o servizi (Nutbeam, 2000). Il modello europeo integrato (Sørensen *et al.*, 2012) definisce la *health literacy* come la capacità di accedere, comprendere, valutare e utilizzare informazioni sanitarie per assumere decisioni: senza adeguate competenze digitali critiche, tali capacità non si attivano pienamente nei contesti digitali. Ne consegue che la *digital literacy* rappresenta una condizione abilitante della *health literacy* in ambiente digitale, in quanto rende possibile l'accesso ai servizi sanitari online e l'interpretazione delle informazioni mediate tecnologicamente; allo stesso tempo, la *health literacy* orienta usi socialmente significativi delle tecnologie, permettendo alle persone di esercitare forme di cittadinanza sanitaria informata e consapevole (Maturo, 2024). Ne consegue che la digitalizzazione della sanità – lungi dall'essere automaticamente inclusiva – può consolidare o amplificare le disuguaglianze se non è accompagnata da condizioni materiali adeguate (dispositivi, connettività, spazi pubblici connessi); sostegni formativi mirati (abilità operative e critiche, problem solving, tutela dei dati); progettazione inclusiva dei servizi (usabilità, linguaggio chiaro, percorsi semplificati, assistenza di prossimità). È precisamente in questa direzione che si muove il progetto PRIN PNRR oggetto di questo studio, interpretando la salute digitale come bene comune e

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

l'alfabetizzazione come processo sociale, collettivo e situato, in grado di tradurre l'accesso in autonomia e partecipazione.

In ambiente digitale, la *digital literacy* funge – infatti – da condizione abilitante della *health literacy*, orientando l'accesso, la valutazione e l'uso di informazioni sanitarie affidabili.

Delineate le dimensioni del divario digitale e chiarito il suo intreccio strutturale con la salute, il paragrafo che segue analizza i determinanti socio-strutturali di tali disuguaglianze, al fine di contestualizzare le traiettorie italiane nel quadro europeo e di individuare gli elementi che influenzano, a livello territoriale, culturale e istituzionale, la distribuzione delle opportunità digitali e sanitarie

3. Determinanti socio-strutturali del digital divide

Il digital divide non può essere interpretato come un fenomeno monodimensionale, legato esclusivamente alla disponibilità di dispositivi o connessioni. Al contrario, esso è il risultato di un intreccio di determinanti socio-strutturali che operano a più livelli e che incidono sull'adozione, l'uso e i benefici derivanti dalle tecnologie digitali. Le ricerche sia sociologiche che interdisciplinari hanno mostrato che l'accesso al digitale non è mai neutro, ma è mediato da variabili demografiche, economiche, culturali, relazionali e psicologiche che producono forme di esclusione multilivello (van Dijk, 2005; Warschauer, 2003; Helsper, 2012; DiMaggio, Hargittai, 2001).

Un primo determinante è l'età, considerata una delle dimensioni principali del divario digitale in questo progetto (Fox, Connolly, 2018). Le differenze intergenerazionali restano marcate: i soggetti cresciuti in contesti non digitalizzati, in particolare i nati prima della diffusione massiva di Internet e dei dispositivi mobili, mostrano minore familiarità con il digitale, anche laddove dispongano di strumenti e connessioni (Friemel, 2016). In età avanzata, le barriere cognitive e psicologiche si intrecciano con condizioni fisiologiche che rendono più complesso l'apprendimento di nuove pratiche tecnologiche. Ne deriva un senso diffuso di inadeguatezza e di timore di errore, che alimenta la cosiddetta *technophobia* (Nimrod, 2018).

Un secondo determinante è il capitale socioeconomico. Reddito e livello di istruzione influenzano in modo significativo non solo la possibilità di dotarsi di dispositivi aggiornati e connessioni affidabili, ma anche la varietà e la qualità degli usi che se ne fanno. Studi comparativi hanno mostrato che individui con elevato livello di istruzione utilizzano Internet per attività ad alto valore aggiunto – come la formazione continua, il networking professionale o la gestione della salute – mentre chi possiede un titolo di studio inferiore tende a un uso più ristretto, spesso limitato all'intrattenimento o alla comunicazione informale (Hargittai, Hsieh, 2013; van Deursen,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Helsper, 2015). Inoltre, condizioni economiche precarie possono indurre le famiglie a condividere un medesimo dispositivo tra più membri, riducendo di conseguenza sia la frequenza sia il grado di personalizzazione dell'utilizzo (Beaunoyer *et al.*, 2020). La condizione lavorativa rappresenta un ulteriore determinante. Le esperienze occupazionali influenzano infatti l'esposizione a pratiche digitali e la motivazione ad aggiornare le proprie competenze. Chi è inserito in percorsi lavorativi digitalizzati beneficia di maggiori opportunità di formazione continua, mentre chi è economicamente inattivo o escluso dal mercato del lavoro incontra difficoltà più consistenti nello sviluppare nuove abilità (Friemel, 2016). In questa prospettiva, la letteratura evidenzia come il genere giochi un ruolo rilevante: le donne anziane risultano spesso penalizzate, sia per una minore esposizione professionale alle tecnologie, sia per il persistere di ruoli di cura che hanno limitato l'accesso a esperienze digitali (Selwyn, 2004; Helsper, Reisdorf, 2017). Le traiettorie lavorative e i ruoli di cura, storicamente differenziati per genere, modulano l'esposizione alle pratiche digitali e spiegano parte del gap osservato nelle donne anziane sole.

Il contesto familiare e relazionale rappresenta un fattore di particolare rilievo nei processi di alfabetizzazione digitale degli anziani. La presenza di figli, nipoti o altre figure di riferimento può facilitare l'apprendimento attraverso forme di sostegno informale, costituendo una risorsa significativa per l'acquisizione delle competenze di base. Tuttavia, la natura di tale supporto è decisiva: quando l'aiuto si traduce in una sostituzione dell'anziano nelle operazioni digitali, esso tende a instaurare dipendenza e a limitare la possibilità di sviluppare autonomia operativa. Al contrario, un supporto orientato all'abilitazione, che accompagna il processo senza sostituirsi all'utente, svolge una funzione modellizzante e contribuisce a rafforzare la percezione di autoefficacia e la fiducia nell'uso delle tecnologie. Infine, un ruolo non marginale è svolto dalle dimensioni motivazionali e percettive. Segmenti sociali strutturalmente distanti dalle pratiche digitali sembrano sostenere di non utilizzare Internet per mancanza di interesse o percezione di utilità, per sfiducia nei confronti delle piattaforme digitali o per timore di commettere errori irreversibili (Selwyn, 2004; Quan-Haase *et al.*, 2018). Questi atteggiamenti non possono essere interpretati come semplici resistenze individuali al cambiamento tecnologico, ma come espressione di una distanza socio-cognitiva dal digitale, alimentata da percezioni di rischio, irrilevanza o scarsa legittimità delle tecnologie rispetto ai bisogni quotidiani. In questa prospettiva, la *digital disengagement* (Helsper, 2012) non è percepito come un fenomeno marginale né riconducibile alla sola dimensione motivazionale, ma costituisce una forma strutturata di esclusione digitale, spesso più incisiva delle barriere materiali legate a infrastrutture e dispositivi.

Considerati nel loro insieme, questi elementi evidenziano che i determinanti socio-strutturali del digital divide non operano isolatamente, ma inte-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ragiscono in modo cumulativo. Età avanzata, basso capitale educativo, reddito limitato, genere femminile, isolamento familiare e motivazione debole all'apprendimento digitale non costituiscono mere variabili di contesto, ma fattori che – combinandosi – generano circoli cumulativi di esclusione digitale, difficili da interrompere in assenza di adeguati presìdi formativi, infrastrutturali e relazionali. Non si tratta, dunque, di un problema meramente tecnico, ma dell'esito di un ecosistema sociale diseguale che riflette e amplifica fratture già presenti nelle opportunità di accesso, partecipazione e cittadinanza. Come si vedrà nel paragrafo successivo, tali determinanti assumono una configurazione particolarmente significativa quando riferiti alla popolazione anziana, per la quale il divario digitale si intreccia con percorsi di vita, identità generazionali e specifiche vulnerabilità socio-sanitarie. Per questa ragione si rendono necessarie politiche mirate di accompagnamento, formazione continua e inclusione intergenerazionale, in grado di trasformare il digitale da fattore di esclusione a leva di giustizia sociale.

4. Determinanti del digital divide in età anziana: evidenze e implicazioni

Nel caso delle persone anziane, il digital divide non può essere interpretato come una mera difficoltà tecnica, ma come l'esito di un insieme di determinanti strutturali, biografici e relazionali che ne alimentano la persistenza. Comprenderli è essenziale per progettare interventi che non si limitino a colmare lacune di abilità, ma affrontino le condizioni materiali, sociali e motivazionali che ostacolano la piena partecipazione digitale.

Un primo aspetto riguarda la distinzione proposta da van Dijk (2020) tra accesso materiale, competenze e benefici d'uso. In età avanzata il possesso di un dispositivo non si traduce automaticamente in capacità di utilizzarlo: il cosiddetto capitale digitale tende a essere più ridotto, sia per percorsi biografici e professionali poco esposti all'innovazione, sia per la mancanza di occasioni educative che integrino le tecnologie nella vita quotidiana (Friemel, 2016; Neves, Amaro, 2012). In questa prospettiva, Helsper (2021) ha mostrato come il digital divide vada interpretato in continuità con altre forme di esclusione sociale, quali la povertà, l'isolamento e il basso capitale culturale.

A questo si aggiunge che l'alfabetizzazione digitale non coincide con la sola abilità tecnica; l'OECD (2019) sottolinea l'importanza di competenze critiche e di problem solving, indispensabili per fruire dei servizi online complessi. Il modello multidimensionale di *digital literacy* proposto da Eshet-Alkalai (2004) richiama infatti non solo la dimensione operativa, ma anche quelle cognitive, socio-emotive ed etiche. Nei contesti di comunicazione digitale della salute, queste dimensioni diventano decisive: compren-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

dere un referto online o accedere al FSE richiede abilità interpretative e fiducia nella fonte (Norman, Skinner, 2006; Sørensen *et al.*, 2012).

Tra i principali determinanti strutturali poniamo età, livello di istruzione e reddito (Hargittai, Hsieh, 2013; Friemel, 2016). Il loro peso varia a seconda dei contesti e delle politiche pubbliche, ma nel complesso essi definiscono traiettorie di esclusione più marcate nelle donne anziane sole, spesso titolari di un basso capitale digitale e di minori reti di supporto.

Un altro aspetto critico riguarda la qualità degli usi. Una volta superata la barriera dell'accesso, emergono differenze significative tra usi strumentali (prenotazioni sanitarie, interazioni con la pubblica amministrazione, pagamenti online) e usi ricreativi (social network, streaming, giochi). Van Deursen e Helsper (2015) hanno definito questa differenza come *usage gap,* ovvero, anche a parità di accesso, gli anziani tendono a privilegiare usi comunicativi o ricreativi rispetto ai servizi essenziali (sanitari e amministrativi), con effetti diretti sulla qualità della vita: gli anziani tendono più spesso a un utilizzo ricreativo o comunicativo, rinunciando a sfruttare le potenzialità del digitale in termini di servizi essenziali, con conseguenze dirette sulla qualità della vita e sulla partecipazione sociale.

Le motivazioni individuali e le barriere psicologiche hanno un ruolo determinante. Studi recenti hanno documentato come atteggiamenti quali la percezione di non necessità, la sfiducia nella sicurezza online o la convinzione di non essere adatti all'uso del digitale producano forme di autoesclusione, spesso più incisive delle barriere economiche (Selwyn, 2004; Quan-Haase *et al.*, 2018). Concetti come *digital anxiety* e *technostress* descrivono la fatica e l'ansia che possono derivare dall'interazione con dispositivi percepiti come complessi o potenzialmente rischiosi (Brooks et al., 2020; Nimrod, 2018). Ne consegue che i percorsi formativi dovrebbero essere orientati non soltanto all'acquisizione di competenze tecniche, ma anche al rafforzamento della *self-efficacy* (Bandura, 1997), così da ridurre le forme di *digital anxiety* e di *technostress*.

Il ruolo delle reti sociali è altrettanto decisivo. Il supporto informale di familiari, amici e caregiver può costituire un potente fattore di inclusione, a patto che sia di tipo abilitante. Un sostegno sostitutivo, in cui le operazioni digitali vengono svolte "al posto di", rischia infatti di consolidare la dipendenza e impedire l'apprendimento autonomo. Al contrario, un accompagnamento paziente e dialogico consente la costruzione di fiducia, competenza e autonomia (Borg, Smith, 2018; Seifert, Schelling, 2018). In questa direzione, il progetto PRIN ha evidenziato il valore della figura dei giovani animatori digitali, capaci di offrire uno spazio non giudicante e di apprendimento orizzontale.

Infine, il digital divide in età anziana si intreccia con altre disuguaglianze sociali e culturali: condizioni di salute precarie, disabilità, genere, appartenenza etnica e status territoriale possono cumulativamente amplificare il

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

rischio di esclusione. L'approccio intersezionale (Crenshaw, 1991; Eubanks, 2011) consente di cogliere come tali disuguaglianze si rafforzino reciprocamente, rendendo necessaria una risposta multilivello: politiche infrastrutturali, formazione critica, servizi inclusivi e reti territoriali capaci di sostenere l'apprendimento lungo tutto l'arco della vita. Da queste criticità deriva la scelta di un approccio intergenerazionale, funzionale all'integrazione, alla fiducia e alla pratica situata

5. Approccio intergenerazionale, partecipazione attiva e rete territoriale

Il processo di digitalizzazione che caratterizza le società contemporanee, intrecciato con l'invecchiamento demografico, ha profondamente trasformato i modi di comunicare, informarsi e accedere ai servizi. Non si tratta di un mutamento meramente tecnico, ma di una trasformazione sociale che ridefinisce le forme di cittadinanza, la possibilità di esercitare diritti fondamentali e la partecipazione alla vita collettiva. In questo scenario, l'inclusione digitale non è una dimensione accessoria, ma un nodo cruciale di giustizia sociale (Mossberger *et al.*, 2008) e di coesione intergenerazionale.

La partecipazione degli anziani alla società digitalizzata è spesso compromessa da barriere multiple – materiali, cognitive e relazionali – che possono rendere complesso l'accesso e la fruizione critica delle tecnologie. In questo scenario, i modelli formativi tradizionali, basati su approcci trasmissivi e gerarchici, mostrano i propri limiti: riducendo l'apprendimento a un insieme di abilità tecniche, producendo conoscenze fragili, scarsamente trasferibili e non durature (van Dijk, 2005; Helsper, 2021). La letteratura conferma che percorsi efficaci di apprendimento digitale devono integrare dimensioni motivazionali, relazionali ed esperienziali, affinché la competenza tecnica sia accompagnata da fiducia, senso di autoefficacia e possibilità di sperimentazione (Illeris, 2007; Merriam, Bierema, 2014), sottolineando che i percorsi intergenerazionali producono benefici reciproci: riducono stereotipi, creano legami di solidarietà e attivano dinamiche educative orizzontali (Kaplan, 2002; Hatton-Yeo, 2007; Newman, Hatton-Yeo, 2008). Lo scambio tra generazioni non costituisce una relazione unidirezionale, ma un'occasione di apprendimento reciproco, in cui vengono rinegoziati i ruoli sociali.

Per gli anziani, l'esperienza digitale diventa occasione di riattivazione di competenze latenti e di costruzione di un nuovo protagonismo sociale; per i giovani, diventa un'opportunità di sviluppare competenze comunicative, empatiche e civiche (Springate *et al.*, 2008), richiamando la prospettiva delle communities of practice (Wenger, 1998) e del peer learning (Boud *et al.*, 2014), secondo cui la conoscenza è pratica sociale e negoziata, non trasmissione verticale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

L'intergenerazionalità, in questo studio, non è pensata come mero strumento didattico, ma come dispositivo sociale trasformativo.

5.1. La formazione intergenerazionale: analisi dell'esperienza

Il corso di alfabetizzazione digitale e sanitaria rivolto a persone over 65, realizzato nell'ambito del progetto *PRIN* Ageing, Health Literacy and Digital Skills through the Pandemics, ha rappresentato un'esperienza che ha coniugato innovazione educativa, radicamento territoriale e riflessione sociologica. L'iniziativa si è svolta in due contesti accademici – l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale (UNICAS) e l'Università di Verona (UNIVR) – ed è stata realizzata anche in spazi pubblici come biblioteche, centri anziani e musei civici, al fine di rendere gli incontri accessibili e riconoscibili nei luoghi della quotidianità. La scelta delle sedi non ha risposto unicamente a esigenze logistiche, ma si è configurata come un volano simbolico e operativo per favorire l'apertura delle istituzioni universitarie e culturali verso la cittadinanza anziana, riconoscendola a pieno titolo come componente della comunità di apprendimento.

Il corso si è articolato in nove incontri, svoltisi tra dicembre 2024 e maggio 2025. L'organizzazione ha previsto un rapporto medio di un giovane animatore digitale ogni tre senior, condizione che ha reso possibile una forte personalizzazione del percorso. Gli animatori digitali – studenti universitari selezionati con criteri di disponibilità, attitudine relazionale e affidabilità e formati su contenuti, privacy e didattica laboratoriale – hanno assunto il ruolo di facilitatori e accompagnatori, adottando un approccio orizzontale e dialogico. Gli anziani, reclutati tramite centri sociali e associazioni del territorio, hanno mostrato livelli fortemente differenziati di alfabetizzazione digitale: alcuni già in grado di utilizzare SPID e Fascicolo Sanitario Elettronico, altri in difficoltà nell'impiego delle funzioni più elementari dei dispositivi mobili.

La metodologia adottata è stata di tipo laboratoriale, fondata sul principio del *learning by doing* e sulla prospettiva del *situated learning* (Lave, Wenger, 1991). Ogni incontro si apriva con una breve introduzione, seguita da esercitazioni pratiche in piccoli gruppi, durante le quali anziani e giovani lavoravano fianco a fianco. Le attività non erano astratte, ma sempre collegate a esigenze concrete: accedere al FSE, prenotare visite online, utilizzare i servizi bancari digitali, gestire messaggistica e videochiamate, fare acquisti in sicurezza. In questo modo, la tecnologia è stata restituita come strumento per affrontare bisogni quotidiani e migliorare la qualità della vita, piuttosto che come ostacolo da superare.

L'approccio laboratoriale ha favorito la costruzione di un ambiente formativo protetto, in cui l'errore è stato progressivamente ridefinito come ri-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

sorsa cognitiva e momento generativo dell'apprendimento, e non come segnale di inadeguatezza o deficit individuale. Tale impostazione ha contribuito a ridurre l'ansia prestazionale che spesso accompagna l'uso delle tecnologie da parte delle persone anziane, promuovendo allo stesso tempo un incremento della fiducia nelle proprie capacità operative e una maggiore disponibilità alla sperimentazione.

Parallelamente, il coinvolgimento dei giovani ha rappresentato un esercizio di competenza comunicativa e relazionale, sollecitando capacità di mediazione, ascolto e adattamento linguistico. L'interazione intergenerazionale ha così assunto la forma di un dispositivo pedagogico e simbolico orientato alla reciprocità: da un lato, ha permesso di decostruire lo stereotipo dell'anziano come soggetto refrattario all'innovazione, dall'altro, ha contribuito a ridimensionare l'immagine dei giovani come attori digitalmente competenti ma socialmente disimpegnati. Ne è derivata una relazione educativa fondata sul riconoscimento reciproco e sulla co-costruzione di significati, nella quale le differenze di età sono state valorizzate come risorsa e non come barriera.

Per valutare l'impatto del percorso, sono state condotte 21 interviste semistrutturate, quindici con i partecipanti senior e sei con i giovani animatori. Le interviste, della durata media di circa 45 minuti, sono state svolte in presenza, registrate previo consenso informato, trascritte integralmente e anonimizzate. Il campionamento è stato intenzionale, con l'obiettivo di includere soggetti in grado di offrire contributi pertinenti e diversificati. L'analisi qualitativa si è basata sui principi della *Grounded Theory* (Glaser, Strauss, 1967) e ha previsto tre fasi di codifica – aperta, assiale e selettiva – supportate dal software MAXQDA 2024. L'elaborazione ha portato all'individuazione di 112 unità di significato, organizzate in 24 categorie descrittive e ricondotte a sei macro-ambiti tematici. Il processo di codifica è stato validato attraverso un confronto intersoggettivo tra ricercatori, garantendo coerenza e robustezza dei risultati.

Dall'analisi emergono trasformazioni significative articolabili su tre livelli interdipendenti. Sul piano individuale, gli anziani hanno sperimentato un progressivo rafforzamento dell'autoefficacia digitale, accompagnato da una riduzione dell'ansia tecnologica e dall'acquisizione di nuove forme di autonomia operativa nella gestione di pratiche sanitarie (accesso a ricette elettroniche e referti), amministrative (servizi pubblici digitali) e relazionali (comunicazione mediata via piattaforme).

Sul piano relazionale, la formazione intergenerazionale ha attivato dinamiche di riconoscimento reciproco, incrementando la fiducia tra i partecipanti, favorendo pratiche cooperative e promuovendo legami significativi fondati su scambio, supporto e reciprocità.

Sul piano comunitario, il percorso ha contribuito a mobilitare e rafforzare il capitale sociale territoriale, rendendo visibili e valorizzando risorse re-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

lazionali già presenti nelle comunità e offrendo legittimazione pubblica alla partecipazione degli anziani non come beneficiari passivi, ma come attori competenti e socialmente rilevanti. Accanto a questi esiti positivi, l'indagine ha messo in luce criticità persistenti che confermano la natura complessa e stratificata dei processi di inclusione digitale in età avanzata. Le competenze acquisite risultano spesso intermittenti e situate, strettamente legate alla possibilità di esercizio continuo e alla disponibilità di contesti di supporto praticabile: senza occasioni reiterate di utilizzo, esse tendono a disperdersi o a rimanere parziali. Le principali barriere rilevate riguardano la mancanza di tempo da dedicare alla pratica, la discontinuità dei percorsi di apprendimento, i limiti sensoriali e motori, la complessità delle interfacce digitali e il ruolo ambivalente del supporto familiare, che in molti casi si traduce in sostituzione operativa piuttosto che in accompagnamento emancipativo. Tali difficoltà non possono essere ricondotte a meri ostacoli individuali o deficit generazionali, ma rimandano alla dimensione strutturale e relazionale del *grey digital divide*, che si intreccia con storie biografiche, condizioni sociali e culture d'uso della tecnologia. Esse indicano che il problema non risiede esclusivamente nella formazione delle competenze, ma nella mancanza di ecosistemi di apprendimento continuo capaci di sostenere nel tempo le pratiche digitali degli anziani, trasformandole da abilità occasionali in capacitazioni stabili.

Un ulteriore elemento distintivo emerso dal progetto è stato il radicamento territoriale del percorso formativo, concepito non come intervento isolato ma come pratica inserita in un ecosistema comunitario ampio. In Lazio e in Veneto, il progetto ha attivato una rete interistituzionale composta da università, amministrazioni locali, istituti scolastici, musei civici, centri anziani e organizzazioni del terzo settore, generando alleanze capaci di garantire infrastrutture logistiche, continuità organizzativa e riconoscimento sociale. Queste reti hanno svolto un duplice ruolo: da un lato, hanno messo a disposizione risorse e competenze necessarie allo svolgimento delle attività; dall'altro, hanno reso visibile il valore pubblico dell'iniziativa, legittimando la partecipazione degli anziani e contribuendo a stabilizzare nel tempo le esperienze di apprendimento, oltre la dimensione episodica del progetto.

In questa prospettiva, la formazione intergenerazionale si configura non soltanto come dispositivo educativo, ma come pratica sociale che connette dinamiche micro (relazione educativa tra giovani e anziani) e macro (costruzione di reti territoriali e politiche di coesione sociale). L'alfabetizzazione digitale e sanitaria degli anziani non può essere intesa come traguardo tecnico individuale, né ridotta a esito formativo circoscritto; essa è, piuttosto, un processo situato e relazionale, che produce capacitazione e autonomia soltanto se sostenuto da ambienti favorevoli, relazioni di fiducia e politiche pubbliche orientate alla sostenibilità. In assenza di questi fattori, ogni intervento ri-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

schia di rimanere episodico, limitato nel tempo e privo di reale trasformatività sociale.

6. Il ruolo delle istituzioni, dei giovani, degli anziani

Nel processo di alfabetizzazione digitale e sanitaria delle persone anziane, la partecipazione attiva degli attori sociali coinvolti non va intesa come un elemento accessorio o decorativo, ma come una condizione strutturale per la sostenibilità e l'efficacia degli interventi. Il progetto PRIN ha evidenziato come le traiettorie di empowerment digitale non siano il semplice risultato dell'acquisizione di competenze tecniche, ma l'esito di una interazione sistemica tra istituzioni, giovani e persone anziane, ciascuno portatore di ruoli, aspettative, vincoli e risorse specifiche. Come sarà illustrato nella seconda sezione del volume, dedicata alla presentazione dei risultati empirici, questa rete di relazioni non solo sostiene i processi di apprendimento digitale, ma li orienta, rendendo possibile (o al contrario ostacolando) l'attivazione di dinamiche di inclusione. Analizzare tali ruoli significa andare oltre una descrizione statica delle relazioni esistenti e interrogarsi sulle condizioni attraverso cui queste possano essere trasformate in leve di giustizia sociale, mediazione intergenerazionale e innovazione territoriale partecipata. Il ruolo cruciale nell'intero percorso, sia sul piano logistico-organizzativo sia su quello simbolico e l'adesione al progetto ha rappresentato un elemento abilitante per il riconoscimento pubblico del valore sociale dell'iniziativa, contribuendo a legittimare la partecipazione dei cittadini anziani e a garantire una cornice istituzionale stabile e affidabile. In particolare, i comuni coinvolti hanno fornito non solo spazi e supporto logistico, ma hanno anche attivato canali di comunicazione, mediato la relazione con i servizi sociosanitari e contribuito a costruire un'immagine dell'anziano come soggetto attivo e partecipe della comunità. L'università, dal canto suo, ha agito come nodo di connessione tra sapere scientifico, progettualità formativa e ricerca valutativa, generando una sinergia virtuosa tra funzione educativa e terza missione. L'intervento ha evidenziato che, al fine di assolvere in modo pieno alla propria funzione sociale, le istituzioni sono chiamate a superare approcci verticali e paternalistici a favore di modelli collaborativi e dialogici di governance dell'innovazione. Ciò implica assumere l'ascolto dei bisogni sociali come principio regolativo e orientare i processi di progettazione verso il riadattamento contestuale degli strumenti digitali, riconoscendo che essi non sono entità neutre ma prodotti di relazioni di potere, pratiche culturali e aspettative sociali. Questa impostazione riflette una concezione relazionale dell'innovazione digitale, nella quale le tecnologie non vengono semplicemente implementate ma co-costruite insieme agli utenti, in base alle loro condizioni di vita, alle pratiche situate e

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ai significati d'uso. Ne deriva che il ruolo delle istituzioni non può limitarsi alla mera erogazione di servizi digitali: esso deve estendersi alla mediazione dei processi di accesso, alla facilitazione della comprensione, al rafforzamento dell'autonomia operativa e alla tutela della fiducia pubblica nell'ecosistema digitale. Solo entro tale cornice è possibile concepire il digitale come infrastruttura di cittadinanza e non come ulteriore vettore di stratificazione sociale. Un ruolo altrettanto centrale è stato svolto dai giovani coinvolti come animatori digitali, provenienti da scuole superiori e università. La loro presenza ha rappresentato una risorsa fondamentale sia per l'efficacia formativa, sia per il valore simbolico dell'incontro tra generazioni. I giovani sono stati protagonisti di un processo di responsabilizzazione e riconoscimento, che ha permesso di esercitare *agency educativa* e di sviluppare competenze trasversali, attraverso una direzione di una mediazione culturale, favorendo la decostruzione di barriere psicologiche e l'apertura a nuove possibilità comunicative. In tale prospettiva, la relazione intergenerazionale si configura come un dispositivo simbolico di riparazione, capace di ridurre i pregiudizi reciproci: ha infatti ridimensionato l'immagine degli anziani come soggetti passivi o refrattari all'innovazione, al contempo mettendo in discussione la rappresentazione dei giovani come individui disimpegnati o autoreferenziali. L'interazione intergenerazionale ha dato luogo alla costruzione di uno spazio sociale di mediazione, configurabile come ponte relazionale capace di attivare pratiche di reciprocità, solidarietà e cura condivisa. Tale spazio non ha svolto una funzione meramente operativa, ma ha assunto carattere pedagogico e generativo, promuovendo processi di apprendimento bidirezionale e riconoscimento mutuo.

In questa prospettiva, i giovani non hanno ricoperto un ruolo meramente strumentale di facilitazione tecnica, ma si sono configurati come coprotagonisti di un processo educativo trasformativo. Attraverso l'esperienza di accompagnamento formativo, essi hanno sviluppato competenze non solo digitali ma relazionali, comunicative e riflessive, maturando forme di responsabilità sociale e partecipazione civica che rappresentano un esito educativo di rilievo, anche in termini di crescita professionale e maturazione etica.

Infine, i partecipanti over 65, lungi dall'assumere una posizione meramente passiva, hanno mostrato disponibilità all'apprendimento, apertura alla messa in discussione delle proprie pratiche d'uso e capacità di narrazione biografica come forma di riflessività critica. La loro partecipazione ha reso visibile un desiderio spesso latente di protagonismo sociale, inteso come riappropriazione di diritti e come aspirazione a forme di inclusione non soltanto digitale, ma anche relazionale, simbolica e civica. L'esperienza formativa ha evidenziato come l'apprendimento in età avanzata non solo sia possibile, ma possa attivare energie biografiche sopite, favorire la risignificazione del sé e alimentare nuove forme di *agency*. Al tempo stesso,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

l'esperienza ha contribuito a problematizzare qualsiasi lettura omogeneizzante della condizione anziana all'interno dei processi formativi. Accanto a soggetti caratterizzati da elevata autonomia operativa e capacità propositiva, emergono partecipanti che necessitano di un accompagnamento più strutturato e continuativo, soprattutto quando la familiarità con l'ambiente digitale è ridotta o discontinua. Tuttavia, anche in questi casi, il sostegno offerto da contesti relazionali positivi si rivela decisivo nel superamento di resistenze iniziali, forme di auto-svalutazione e sentimenti di inadeguatezza.

In questa prospettiva, l'inclusione digitale non può essere ridotta a un processo di mera trasmissione di competenze tecniche, ma deve essere interpretata come un percorso di co-costruzione di significati e di emancipazione progressiva, nel quale la tecnologia assume il valore di medium per rinegoziare presenza sociale, espressività e collocazione simbolica all'interno della comunità.

In sintesi, il progetto PRIN ha evidenziato l'urgenza di ridefinire un nuovo patto intergenerazionale, fondato sull'interdipendenza tra istituzioni, giovani e anziani, intesi non come attori isolati, ma come nodi di una rete sociale capace di apprendere, adattarsi e innovare. È proprio in tale convergenza che si apre la possibilità di costruire scenari in cui il digitale si configura come infrastruttura di inclusione sociale, anziché come vettore di nuove disuguaglianze.

In questo capitolo abbiamo tracciato un quadro teorico e contestuale che restituisce la complessità del rapporto tra invecchiamento, tecnologie digitali e salute nella società contemporanea. A partire da una lettura sociologica delle trasformazioni in atto, abbiamo evidenziato come la fragilità digitale in età avanzata non possa essere interpretata esclusivamente in termini individuali o tecnologici, ma si configuri come una questione profondamente relazionale, strutturale e politica. Attraverso l'analisi del digital divide e della *health literacy* come disuguaglianze sociali, abbiamo sottolineato il rischio che i processi di digitalizzazione – se non accompagnati da strategie inclusive – rafforzino le vulnerabilità già esistenti, anziché attenuarle. Da qui l'urgenza di pensare l'alfabetizzazione digitale non solo come trasferimento di competenze, ma come pratica di cittadinanza, fondata su condizioni di accessibilità, accompagnamento e riconoscimento. L'approccio intergenerazionale adottato dal progetto PRIN ha rappresentato una risposta concreta a questa sfida, dimostrando che l'incontro tra giovani e anziani, se ben strutturato e supportato da reti territoriali solide, può generare esperienze educative trasformative. L'interazione tra i diversi attori coinvolti – istituzioni, giovani, anziani – ha mostrato che l'inclusione digitale è un processo collettivo, che richiede spazi di dialogo, mediazione e co-costruzione di significato. Tuttavia, per comprendere appieno il potenziale – e i limiti – di questi percorsi formativi, è necessario interrogarli alla luce delle conoscenze già prodotte in ambito scientifico. Quali sono le evidenze disponibili

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

sull'efficacia di simili interventi? Quali sono i modelli formativi più adottati? Che ruolo svolgono le narrazioni e le rappresentazioni sociali nella produzione della fragilità digitale?

A tali interrogativi si darà risposta nel capitolo quarto, interamente dedicato alla dimensione comunicativa. In quella sede verrà approfondito come i processi di mediazione, traduzione e accompagnamento influenzino l'esperienza degli utenti anziani negli ambienti digitali contemporanei, permettendo di individuare le principali dinamiche critiche, le aree di vulnerabilità e le tensioni discorsive che caratterizzano l'attuale dibattito sull'inclusione digitale in età avanzata

7. Invecchiamento attivo, salute digitale e giustizia sociale: prospettive europee

L'invecchiamento della popolazione rappresenta oggi una delle trasformazioni più significative delle società europee e globali. Non si tratta unicamente di un mutamento demografico di natura quantitativa, legato all'aumento dell'aspettativa di vita, ma di una trasformazione qualitativa delle cornici interpretative attraverso cui la sociologia e la sanità pubblica hanno tradizionalmente concettualizzato l'età, la malattia e la partecipazione sociale. L'estensione della longevità, risultato dei progressi scientifici in ambito medico, della diminuzione della mortalità precoce e del miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e nutrizionali, è stata a lungo celebrata come un esito positivo dello sviluppo sociale e come indicatore del grado di civiltà di una società. Tuttavia, l'ampliamento della componente anziana della popolazione solleva interrogativi cruciali non soltanto in termini di sostenibilità dei sistemi di welfare, ma anche – e soprattutto – rispetto alla qualità sociale della longevità. La questione non riguarda più semplicemente come vivere più a lungo, ma come vivere meglio più a lungo, ovvero come garantire che gli anni guadagnati siano contrassegnati da autonomia funzionale, partecipazione sociale, riconoscimento simbolico e benessere complessivo. Da questa prospettiva, l'invecchiamento non può essere affrontato come questione esclusivamente sanitaria, demografica o economica, ma va inteso come fatto sociale totale, che interroga l'organizzazione delle risorse, la giustizia distributiva, i diritti di cittadinanza e le condizioni di inclusione nella società digitale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, già nel 2002, ha introdotto l'*Active Ageing Framework*, una cornice teorico-politica che ha segnato una svolta nel modo di pensare la vecchiaia. L'invecchiamento non viene più interpretato come un destino biologico inevitabile di declino funzionale, ma come processo biografico e sociale suscettibile di essere orientato e modellato attraverso politiche e condizioni favorevoli. In questa prospettiva, la nozione di *active*

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ageing ha assunto centralità a livello internazionale (WHO, 2002; UE, 2012), proponendo una ridefinizione del rapporto tra età e partecipazione: non più mera sopravvivenza nell'età avanzata, ma prolungamento di salute, autonomia e inclusione lungo l'intero arco di vita.

Questa visione ha avuto il merito di spostare l'attenzione da una rappresentazione dell'invecchiamento come peso o costo sociale a una concezione che ne riconosce la valenza potenzialmente generativa per la società, a condizione tuttavia che esistano strutture sociali, istituzionali e culturali in grado di sostenerlo. In assenza di tali condizioni, il paradigma dell'invecchiamento attivo rischia di tradursi in retorica normativa, scaricando sulle responsabilità individuali ciò che è prodotto da disuguaglianze sistemiche.

Per comprendere la complessità dell'invecchiamento, la prospettiva del *life course* ci sembra fondamentale. Essa sottolinea la natura processuale e cumulativa delle traiettorie individuali e sociali: ciò che accade nei primi decenni di vita – accesso all'istruzione, qualità del lavoro, reti sociali – lascia tracce profonde che si sedimentano lungo tutto l'arco biografico. In tal senso, l'invecchiamento non è mai un punto di arrivo neutro, ma l'esito di un processo di stratificazione di vantaggi e svantaggi.

La teoria delle *cumulative disadvantage* (Dannefer, 2003) ha mostrato come le disuguaglianze non solo persistano lungo il corso di vita, ma tendano ad amplificarsi nel tempo, producendo divergenze sempre più marcate tra individui appartenenti alla stessa coorte anagrafica. A parità di età cronologica, le condizioni di vita risultano profondamente differenziate: coesistono, infatti, anziani dotati di elevata autonomia funzionale, inseriti in reti sociali dense e in grado di mantenere una partecipazione attiva, anche attraverso l'uso delle tecnologie, e soggetti che sperimentano condizioni di fragilità cumulativa, isolamento relazionale e dipendenza da supporto esterno.

Queste evidenze confermano che l'età anagrafica, considerata isolatamente, non costituisce un indicatore scientificamente adeguato per interpretare la condizione anziana. Risulta necessario adottare una prospettiva processuale e relazionale, attenta all'interazione tra capitale economico, culturale e sociale (Bourdieu, 1986) e alla strutturazione diseguale delle opportunità lungo il ciclo di vita. Ne deriva che l'invecchiamento è sempre l'esito di traiettorie sociali differenziate, e non può essere spiegato attraverso visioni omogeneizzanti basate esclusivamente sull'età cronologica.

Il principio di *path dependency* (Elder *et al.*, 2003) rafforza questa interpretazione: le scelte e le condizioni del passato non solo influenzano, ma vincolano le opportunità future, creando percorsi di vita difficilmente reversibili. L'invecchiamento, allora, va letto come un fenomeno intrinsecamente sociale, in cui le istituzioni, le politiche pubbliche e i contesti relazionali giocano un ruolo cruciale nella produzione e riproduzione delle disuguaglianze.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

In questa cornice si colloca il dibattito internazionale sui modelli di invecchiamento. Da un lato, il paradigma europeo dell'*active ageing* si fonda su una concezione sistemica e relazionale: la vecchiaia è il risultato di interazioni complesse tra individui, istituzioni e contesti, e richiede quindi politiche che sostengano inclusione, salute e partecipazione lungo l'intero arco biografico (Zaidi, Howse, 2017). L'accento è posto sulla prevenzione delle disuguaglianze e sulla costruzione di condizioni abilitanti, con un chiaro orientamento politico e collettivo. Dall'altro lato, il paradigma nordamericano del *successful ageing* (Rowe, Kahn, 1997; 2015) assume una prospettiva più individualizzante e normativa. Invecchiare "con successo" significa mantenere buoni livelli di funzionalità fisica e cognitiva, adottare stili di vita salutari e continuare a partecipare attivamente alla società. Questo approccio ha avuto il merito di sfidare la rappresentazione negativa della vecchiaia come fase di inevitabile declino, ma rischia di introdurre un frame meritocratico e moralizzante: il successo o il fallimento dipenderebbero dalle scelte individuali, mentre le condizioni strutturali – disuguaglianze di reddito, istruzione, genere o territorio – vengono poste in secondo piano.

La critica sociologica a questo paradigma mette in luce come il *successful ageing* si presti a essere utilizzato come dispositivo discorsivo che accentua le differenze sociali, legittimando distinzioni tra una "buona vecchiaia" e una "cattiva vecchiaia". In tal modo, rischia di colpevolizzare gli individui che non raggiungono gli standard prescritti, ignorando i vincoli istituzionali e sociali che condizionano le possibilità di scelta.

Il confronto tra i due modelli, dunque, rivela un nodo cruciale: l'*active ageing* si configura come paradigma sistemico e inclusivo, mentre il *successful ageing* tende a inscrivere la vecchiaia in una logica individualizzante. Entrambi, tuttavia, contribuiscono a superare la concezione passiva dell'invecchiamento, aprendo spazi di riflessione critica sulla dialettica tra agency individuale e vincoli strutturali.

7.1. La pandemia come dispositivo rivelatore

L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha reso empiricamente osservabili e drammaticamente visibili le dinamiche di disuguaglianza che si accumulano nel corso di vita. Le disuguaglianze stratificate non si sono tradotte unicamente in differenziali di salute individuale, ma anche in capacità diseguali di accedere a informazioni fruibili e di orientarsi tra procedure sanitarie sempre più digitalizzate. L'emergenza sanitaria ha confermato che la salute non è una condizione meramente individuale, bensì un bene collettivo: atteggiamenti negazionisti, adesione a teorie complottiste e pratiche comunicative irresponsabili hanno prodotto effetti sociali cumulativi, con

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

conseguenze più gravi proprio per i soggetti in condizioni di maggiore vulnerabilità.

In questo quadro, la *health literacy* è emersa come dimensione cruciale e come condizione abilitante della partecipazione sociale in ambito sanitario. Essa non può essere ridotta a una competenza funzionale – come la capacità di comprendere un referto o seguire una prescrizione medica – ma deve essere intesa come competenza critica e riflessiva, che consente di interpretare l'informazione sanitaria, valutarne l'attendibilità, riconoscere bias e manipolazioni, assumere decisioni informate e adottare comportamenti responsabili. L'alfabetizzazione sanitaria, in tal senso, è una competenza eminentemente sociale e civica: essa struttura il rapporto con le istituzioni sanitarie, media l'accesso ai diritti di cura e contribuisce alla tenuta democratica delle società, incidendo sulla salute non solo degli individui ma dell'intera collettività.

L'emergenza pandemica ha reso ancora più evidente la centralità della dimensione digitale. L'introduzione del *green pass*, l'utilizzo di piattaforme per la prenotazione vaccinale, la necessità di accedere da remoto a servizi sanitari e amministrativi hanno mostrato come la competenza digitale non sia più un elemento accessorio, ma un prerequisito per l'esercizio della cittadinanza sanitaria. È in questo contesto che il concetto di *eHealth literacy* (Norman, Skinner, 2006) assume particolare rilevanza: la capacità di cercare, comprendere, valutare e applicare criticamente informazioni sanitarie disponibili attraverso strumenti digitali diventa condizione di accesso ai diritti.

Milioni di cittadini, soprattutto anziani, hanno rischiato l'esclusione non solo dai servizi, ma dalla partecipazione sociale, perché privi delle competenze necessarie per usare uno smartphone, scaricare un certificato o navigare un portale regionale. La pandemia ha funzionato come un "dispositivo rivelatore": ha reso visibili le nuove linee di inclusione ed esclusione che attraversano la cittadinanza sanitaria nell'era digitale palesando una geografia diseguale della salute digitale.

I rapporti OMS del 2023 e i *Country Profiles* del 2024 permettono di osservare con maggiore dettaglio la distribuzione diseguale della digitalizzazione sanitaria in Europa (WHO Regional Office for Europe, 2023; WHO Regional Office for Europe, 2024). Le statistiche mostrano una forte diffusione di infrastrutture digitali, ma con differenze significative nella loro implementazione e, soprattutto, nel loro utilizzo.

Paesi come Estonia, Finlandia e Danimarca rappresentano modelli di avanguardia, capaci di integrare fascicolo sanitario elettronico, portali unificati e programmi nazionali di *telehealth* e *mHealth*, garantendo ampia interoperabilità e accessibilità. Qui la digitalizzazione si è tradotta in una estensione dei diritti di cittadinanza sanitaria, sostenuta da investimenti in alfabetizzazione digitale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

All'opposto, l'Italia offre un esempio paradigmatico di frammentazione: pur avendo introdotto il Fascicolo Sanitario Elettronico da oltre un decennio, la sua implementazione resta disomogenea a livello regionale, con notevoli differenze in termini di accessibilità e consapevolezza. Ancora più critici risultano i contesti dell'Europa orientale e dei Balcani, dove la digitalizzazione è confinata a progetti pilota e i portali nazionali appaiono incompleti o poco utilizzati.

Questa geografia della salute digitale riflette e amplifica linee di frattura già note: Nord-Sud, urbano-rurale, centro-periferia. Da un punto di vista sociologico, essa dimostra come la digitalizzazione non sia mai un processo neutrale, ma un campo di produzione e riproduzione delle disuguaglianze sociali.

Alla luce di queste dinamiche, la categoria di *fragilità digitale* si rivela euristica. Essa non rinvia soltanto alla mancanza di dispositivi o connessioni, ma alla precarietà con cui individui e gruppi riescono a tradurre le opportunità tecnologiche in risorse significative per la vita quotidiana (van Dijk, 2005). La fiducia nelle istituzioni, la capacità critica di distinguere informazioni affidabili da disinformazione, l'autonomia nell'uso delle piattaforme e la sicurezza psicologica nell'affrontare ambienti digitali sono dimensioni cruciali per comprendere i meccanismi di inclusione ed esclusione.

La prospettiva dell'intersezionalità consente di leggere la fragilità digitale come prodotto di stratificazioni multiple. L'età avanzata, di per sé, non implica esclusione: molti over 65 utilizzano applicazioni sanitarie con competenza. Tuttavia, quando l'età si combina con basso livello di istruzione, reddito limitato e residenza periferica, si determina una condizione di svantaggio cumulativo. In quest'ottica, il digital divide non è deficit individuale, ma questione di giustizia sociale, radicata nell'intreccio tra fattori economici, culturali e istituzionali.

Numerosi studi, introdotti nei paragrafi precedenti, hanno evidenziato che le persone anziane non costituiscono un gruppo intrinsecamente resistente all'innovazione tecnologica, ma sono in grado di negoziare attivamente il proprio rapporto con il digitale, soprattutto quando l'apprendimento avviene in contesti relazionali favorevoli e socialmente significativi In questa prospettiva, l'esperienza dei programmi di formazione intergenerazionale si rivela particolarmente rilevante: essi non si limitano a trasferire competenze tecniche, ma producono spazi sociali di fiducia e riconoscimento, all'interno dei quali la relazione formativa è co-costruita e l'apprendimento diviene pratica di empowerment.

Questi programmi mostrano che l'inclusione digitale non dipende unicamente dalla disponibilità di strumenti o dall'alfabetizzazione tecnologica di base, ma dalla capacità di attivare legami sociali, sostenere processi di reciprocità e generare appartenenza, elementi decisivi per contrastare forme di marginalità e isolamento nelle età avanzate. In tal senso, la formazione inter-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

generazionale assume il valore di dispositivo sociale di coesione, capace di restituire agli anziani un ruolo attivo nella sfera pubblica e di ridefinire il loro posizionamento simbolico all'interno delle comunità di appartenenza.

La salute digitale non può essere ridotta a un insieme di strumenti o applicazioni tecnologiche, ma deve essere compresa come un dispositivo socio-istituzionale di governo della vita (Foucault, 1976; Rose, 2007), attraverso il quale si ridefiniscono le modalità di accesso ai servizi sanitari, le forme di monitoraggio della popolazione e i criteri di legittimazione delle pratiche di cura. Essa introduce nuove logiche di sorveglianza distribuita, responsabilizzazione individuale e gestione algoritmica dei bisogni sanitari, contribuendo a riformulare il rapporto tra cittadini e istituzioni in termini di crescente condizionalità digitale.

In tale prospettiva, l'invecchiamento attivo nell'era digitale costituisce un banco di prova per la tenuta democratica dei sistemi di welfare europei: il diritto alla salute, alla cura e alla partecipazione non può essere disgiunto dalla possibilità di accedere ai servizi digitali e di esercitare agency in ambienti tecnologicamente mediati. Laddove l'accesso digitale è diseguale o insufficiente, il rischio è quello di una cittadinanza condizionata, in cui il diritto alla salute diviene subordinato alla competenza tecnologica e al possesso di capitale digitale.

In assenza di strategie di accompagnamento strutturato, alfabetizzazione critica e sostegno personalizzato, la digitalizzazione rischia di consolidarsi come nuova frontiera dell'esclusione: una infrastruttura selettiva che distingue tra soggetti digitalmente competenti, riconosciuti come pienamente abili all'esercizio della cittadinanza, e soggetti in condizione di fragilità digitale, esposti a marginalità amministrativa e sanitaria. Viceversa, se inscritta entro politiche inclusive e orientate all'empowerment, la digitalizzazione può divenire una leva di giustizia sociale, capace di trasformare la longevità in risorsa collettiva e di rafforzare la coesione tra generazioni e territori.

È su questo terreno che si misura oggi la sfida dell'Europa che invecchia: non solo prolungare la durata della vita, ma garantirne la qualità sociale, intesa come possibilità di esercitare diritti, mantenere autonomia e partecipare alla vita pubblica. In tale orizzonte, la salute digitale non rappresenta una semplice innovazione tecnica, ma il campo strategico in cui si ridefiniscono i confini della cittadinanza, delle forme della partecipazione e il futuro della giustizia sociale europea.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Bibliografia di riferimento

Ansell C., Gash A. (2008), *Collaborative governance in theory and practice*, «Journal of Public Administration Research and Theory», 18, pp. 543-571. DOI: 10.1093/jopart/mum032.

Bandura A. (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, W.H. Freeman, New York.

Beaunoyer E., Dupéré S., Guitton M.J. (2020), *Covid-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies*, «Computers in Human Behavior», 111, 106424. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106424.

Borg K., Smith L. (2018), Digital inclusion and older people: The impact of scaffolded support and intergenerational learning, *Technology in Society,* 54, pp. 124-132. DOI: 10.1016/j.techsoc.2018.03.001.

Boud D., Cohen R., Sampson J., eds. (2014), *Peer learning in higher education: Learning from and with each other*, Routledge.

Boudiny K. (2013). *Active ageing: From empty rhetoric to effective policy tool*, «Ageing & Society», 33: 1077-1098. DOI: 10.1017/S0144686X1200030X.

Brooks S., Califf C., Burson, T. (2020), *Technostress: A critical review*, «Communications of the Association for Information Systems», 47, 12. DOI: 10.17705/1CAIS.04712.

Crenshaw K. (1991), *Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color*, «Stanford Law Review», 43, pp. 1241-1299. DOI: 10.2307/1229039.

Di Pietro G., Biagi F., Costa P., Karpiński Z., Mazza J. (2020), *The likely impact of Covid-19 on education: Reflections based on the existing literature and recent international datasets*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

DiMaggio P., Hargittai E. (2001), *From the "digital divide" to "digital inequality": Studying Internet use as penetration increases*, Princeton University Center for Arts and Cultural Policy Studies, Working Paper Series, 15.

Eshet-Alkalai Y. (2004), *Digital literacy: A conceptual framework for survival skills in the digital era*, «Journal of Educational Multimedia and Hypermedia», 13, pp. 93-106.

Esposito M. (2022), *Raccontare il Covid-19. Narrazioni di malattia tra paure individuali, percezione sociale e politiche sanitarie*, Carocci, Roma.

Esposito M., Petroccia S. (2025a), *Decoding post-pandemic social interactions in Italy: insights from qualitative analysis*, «Análise Social», 5, 255. DOI: 10.31447/35363.

Esposito M., Petroccia S. (2025b), *Divario digitale e alfabetizzazione sanitaria negli anziani: pratiche, immaginari e strategie di inclusion*, «Salute e Società», 24(2), pp. 1-17. DOI: 10.3280/ses2025-oa19540.

Esposito M., Petroccia S. (2025c), *Invecchiamento, alfabetizzazione sanitaria e competenze digitali attraverso le Pandemie,* «Rivista Trimestrale di Scienza dell'amministrazione», 1. DOI: 10.32049/RTSA.2025.1.09.

Eubanks V. (2011), *Digital dead end: Fighting for social justice in the information age*, MIT Press.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

European Commission (2020), *2030 Digital Compass: The European way for the Digital Decade*, European Commission, Bruxelles.
Eurostat (2020), *Ageing Europe – statistics on health and disability. Statistics Explained*, Eurostat.
Field J. (2006), *Lifelong learning and the new educational order*, Trentham Books.
Foster L., Walker A. (2015), *Active and successful aging: A European policy perspective*, «The Gerontologist», 55, pp. 83-90. DOI: 10.1093/geront/gnu028.
Fox G., Connolly R. (2018), *Mobile health technology adoption across generations: Narrowing the digital divide*, «Information Systems Journal», 28, pp. 995-1019. DOI: 10.1111/isj.12179
Friemel T.N. (2016), The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors, *New Media & Society,* 18, pp. 313-331. DOI: 10.1177/1461444814538648.
Hargittai E., Hsieh Y.P. (2013), Digital inequality, in Dutton W.H., ed., *The Oxford handbook of Internet studies*, Oxford University Press.
Hatton-Yeo A. (2007), *Intergenerational programmes: An introduction and examples of practice*, Beth Johnson Foundation.
Helsper E.J. (2012), *A corresponding fields model for the links between social and digital exclusion*, «Communication Theory», 22, pp. 403-426. DOI: 10.1111/j.1468-2885.2012.01416.x
Helsper E.J. (2021), *The digital disconnect: The social causes and consequences of digital inequalities*, SAGE.
Helsper E.J., Reisdorf B.C. (2017), *The emergence of a "digital underclass" in Great Britain and Sweden: Changing reasons for digital exclusion*, «New Media & Society», 19, pp. 1253-1270. DOI: 10.1177/1461444816634676.
Illeris K. (2007), *How we learn: Learning and non-learning in school and beyond*, Routledge.
Illeris K. (2014), *Transformative learning and identity*, Routledge.
Jarvis P. (2001), *Learning in later life: An introduction for educators and carers*, Kogan Page.
Kaplan M. (2002), *Intergenerational programs in schools: Considerations of form and function*, «International Review of Education», 48, pp. 305-334. DOI: 10.1023/A:1021272704426.
Lave J., Wenger E. (1991), *Situated learning: Legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press.
Livingstone S. (2004). *Media literacy and the challenge of new information and communication technologies*, «The Communication Review», 7, pp. 3-14. DOI: 10.1080/10714420490280152.
Luhmann N. (2002), *Fiducia. Un meccanismo per ridurre la complessità sociale*, Il Mulino, Torino.
Maturo A. (2024), *Il primo libro di sociologia della salute*, Einaudi, Torino.
Merriam S.B., Bierema L.L. (2014), *Adult learning: Linking theory and practice*, Jossey-Bass.
Mossberger K., Tolbert C.J., McNeal R.S. (2008), *Digital citizenship: The Internet, society, and participation*, MIT Press.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Moulaert F., MacCallum D., Mehmood A., Hamdouch A. (2013) (eds.), *The international handbook on social innovation: Collective action, social learning and transdisciplinary research*, Edward Elgar.
Neter E., Brainin E. (2019), *Association between health literacy, ehealth literacy, and health outcomes among patients with long-term conditions*, «European Psychologist», 24, pp. 68-81. DOI: 10.1027/1016-9040/a000350.
Neves B.B., Amaro F. (2012), *Too old for technology? How the elderly of Lisbon use and perceive ICT*, «The Journal of Community Informatics», 8(1).
Newman S., Hatton-Yeo A. (2008), *Intergenerational learning and the contributions of older people*, Age Concern.
Nimrod G. (2018), *Technostress: Measuring a new threat to well-being in later life*, «Aging & Mental Health», 22, pp. 1080-1087. DOI: 10.1080/13607863.2017.1334037.
Norman C.D., Skinner H.A. (2006), *eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world*, «Journal of Medical Internet Research», 8, e9. DOI: 10.2196/jmir.8.2.e9
Nutbeam D. (2000), *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, «Health Promotion International», 15, pp. 259-267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259
OECD (2019), *OECD-skills outlook 2019: Thriving in a digital world*, OECD Publishing.
Paakkari L., Okan O. (2020), *COVID-19: health literacy is an underestimated problem*, «The Lancet Public Health», 5, pp. e249-e250. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
Pangrazio L. (2016), *Reconceptualising critical digital literacy*, «Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education», 37, pp. 163-174. DOI: 10.1080/01596306.2014.942836.
Petroccia S. (2024), *Intelligenza artificiale e Digital Divide. Nuove prospettive sociologiche sulle disuguaglianze*, Carocci, Roma.
Seifert A., Schelling H.R. (2018), *Seniors online: Attitudes toward the Internet and coping with everyday life*, «Journal of Applied Gerontology», 37, pp. 99-109. DOI: 10.1177/0733464816669805.
Selwyn N. (2004), *Reconsidering political and popular understandings of the digital divide*, «New Media & Society», 6, pp. 341-362. DOI: 10.1177/1461444804042519.
Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012), *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, «BMC Public Health», 12, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.
Springate I., Atkinson M., Martin K. (2008), *Intergenerational practice: A review of the literature*, Slough, NFER.
van Deursen A.J.A.M., Helsper E.J. (2015), *The third-level digital divide: Who benefits most from being online?*, «Communication and Information Technologies Annual», 10, pp. 29-52. DOI: 10.1108/S2050-206020150000010002.
van Dijk J. (2005), *The deepening divide: Inequality in the information society*, SAGE.
Warschauer M. (2003), *Technology and social inclusion: Rethinking the digital divide*, MIT Press.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Wenger E. (1998), *Communities of practice: Learning, meaning, and identity*, Cambridge University Press.
WHO Regional Office for Europe (2023), *The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe.
WHO Regional Office for Europe (2024), *Exploring the digital health landscape in the WHO European Region: digital health country profiles*, WHO Regional Office for Europe.
WHO-World Health Organization (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, World Health Organization.
Wood D., Bruner J.S., Ross G. (1976), *The role of tutoring in problem solving*, «Journal of Child Psychology and Psychiatry», 17(2): 89-100. DOI: 10.1111/j.1469-7610.1976.tb00381.x

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Cosa sappiamo: evidenze da letteratura scientifica e grigia

di *Fabiola Balestrieri, Sara Petroccia* e *Maurizio Esposito*

1. Metodologia della Systematic Literature Review e analisi della grey literature

Il crescente interesse verso i temi dell'inclusione digitale e dell'alfabetizzazione sanitaria delle persone anziane, accentuato dall'esperienza della pandemia da COVID-19, ha prodotto negli ultimi anni un insieme esteso di studi scientifici e di documenti istituzionali che si collocano tra ricerca, policy e pratiche formative.

La riflessione sviluppata in questo capitolo presenta un duplice profilo epistemico. Da un lato, si caratterizza per una marcata multidisciplinarità**,** risultante dalla convergenza di prospettive provenienti dalla sociologia, dalla sanità pubblica, dalle scienze dell'educazione e dagli studi sulle tecnologie assistive e sulla trasformazione digitale. Dall'altro, si confronta con una eterogeneità metodologica e concettuale che attraversa il campo di studio, rendendo complessa l'elaborazione di un quadro teorico unitario e la definizione di linee interpretative pienamente condivise. Tale pluralità, lungi dal rappresentare un limite, costituisce una risorsa euristica per comprendere la natura stratificata e multidimensionale del digital divide in età avanzata. Gli aspetti tecnici della procedura – dalla definizione della stringa di ricerca alla selezione delle fonti e ai criteri di inclusione/esclusione – non sono qui riproposti in modo esaustivo, poiché già oggetto di pubblicazioni precedenti (Esposito, Petroccia 2025a; 2025b). In questo capitolo se ne richiamano solo gli elementi essenziali, al fine di offrire un quadro metodologico funzionale all'analisi dei risultati e alla discussione teorica rappresentata nella sezione successiva. Da ciò discende l'esigenza di una sistematizzazione critica e rigorosa delle fonti, capace di cogliere sia i nuclei teorici ricorrenti sia le traiettorie innovative e i punti di tensione. Per questo obiettivo è stata adottata la Systematic Literature Review (SLR), funzionale all'analisi di ambiti di ricerca caratterizzati da rapida trasformazione e da una marcata eterogeneità di approcci. La SLR è stata utilizzata sia come strumento tecnico di selezione, sia come dispositivo epistemologico e so-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ciologico in grado di interrogare criticamente la produzione scientifica, rendendo visibili le strutture di potere che la attraversano e inoltre evidenziando assenze, silenzi e bias disciplinari e linguistici che orientano ciò che viene legittimato e ciò che resta marginale. Ciò ha permesso di definire quali prospettive risultano legittime nel dibattito e quali restino marginali (Gough *et al.*, 2017; Booth *et al.*, 2016; Petticrew, Roberts, 2006).

La revisione sistematica consente di garantire trasparenza, replicabilità e comparabilità dei risultati, aspetti imprescindibili in un'area di studio in cui definizioni e metriche non risultano sempre condivise. Per questo motivo, la ricerca è stata condotta secondo le linee guida PRISMA 2020 (Page *et al.*, 2021) considerate lo standard di riferimento per assicurare completezza del processo e chiarezza nell'esposizione dei risultati (Esposito, Petroccia 2025a; Booth *et al.*, 2016). L'adesione a tale protocollo ha consentito di ridurre i bias di selezione e di restituire un quadro coerente delle evidenze, mantenendo al tempo stesso un approccio critico e interpretativo (Petticrew, Roberts, 2006). Per la grey literature sono stati inclusi documenti di provenienza istituzionale (ministeri, regioni, agenzie pubbliche) o del terzo settore riconosciuto, mentre sono stati esclusi blog, articoli giornalistici e fonti prive di validazione. L'estrazione dei dati è stata condotta tramite schede standardizzate, con codifica di autore, anno, contesto, obiettivi e risultati principali. La qualità degli articoli peer-reviewed è stata valutata attraverso una griglia di criteri (chiarezza metodologica, ampiezza del campione, limiti dichiarati); per la grey literature, invece, sono stati adottati criteri di autorevolezza e istituzionalità della fonte. Il diagramma di flusso PRISMA 2020 è riportato di seguito.

Il processo di revisione si è articolato in tre fasi principali: nella prima, è stata definita una stringa di ricerca mediante combinazioni di parole chiave con operatori booleani (AND/OR), includendo termini quali *digital literacy*, *health literacy*, *older adults*, *intergenerational learning*, *digital inclusion*, *healthcare technologies*, *digital divide.* La ricerca è stata applicata a banche dati internazionali quali Scopus, Web of Science e PubMed, al fine di garantire un'ampia copertura interdisciplinare e integrare contributi provenienti da sociologia, scienze dell'educazione e medicina.

La seconda fase ha riguardato l'applicazione dei criteri di inclusione ed esclusione. Sono stati selezionati articoli pubblicati tra il 2020 e il 2024, in lingua inglese, sottoposti a peer review, disponibili ad accesso integrale e centrati su interventi, politiche o modelli rivolti a persone over 65. Sono stati esclusi, invece, i contributi esclusivamente teorici, gli studi su popolazioni differenti (es. caregiver, professionisti sanitari, giovani) o su tecnologie troppo specifiche e non direttamente collegate all'alfabetizzazione digitale e sanitaria.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Diagram n. 1 – PRISMA 2020 flow diagram for updated systematic reviews which included searches of databases

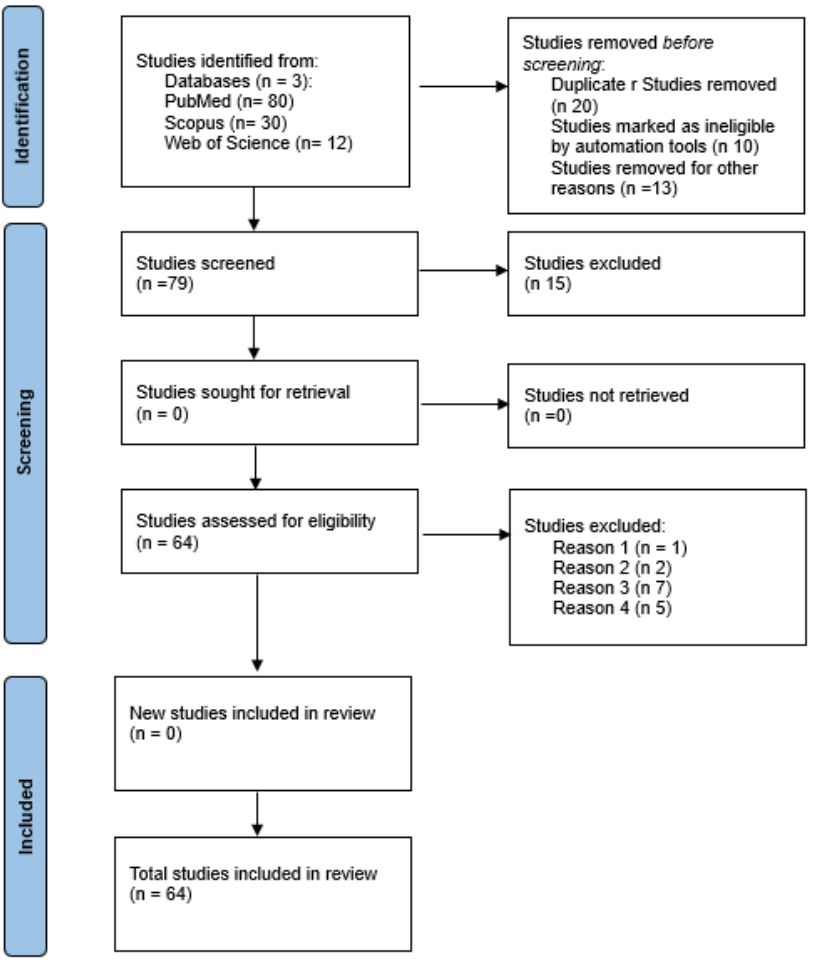


Diagramma PRISMA elaborato da Esposito M. e Petroccia S. sulla base del modello PRISMA 2020 (Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D., Shamseer L., Tetzlaff J.M., … Moher D. (2021), The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews, «BMJ», 372, 71. DOI: 10.1136/bmj.n71).

Dalla query iniziale sono emersi 122 contributi; dopo un primo screening su titoli, abstract e parole chiave, il corpus è stato ridotto a 64 articoli inclusi nell'analisi completa. La distribuzione geografica degli studi restituisce un panorama internazionale eterogeneo: forte concentrazione in Europa (in particolare Regno Unito, Germania e Paesi nordici), presenza si-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

gnificativa in Nord America, contributi rilevanti dall'Australia e, in misura minore, dall'Asia orientale. Tale varietà riflette la diversa attenzione che i sistemi di welfare e i contesti culturali riservano al tema dell'inclusione digitale degli anziani, confermando come il digital divide si configuri non solo come una questione individuale, ma anche come un prodotto di assetti istituzionali e disuguaglianze socioculturali (Friemel, 2016; Selwyn, 2004; Warschauer, 2004; Hargittai, 2002; van Deursen, Helsper, 2015).

La fase di analisi del contenuto è stata condotta secondo un approccio di *thematic analysis* (Braun, Clarke 2006; 2019), finalizzato a individuare ricorrenze, divergenze e linee interpretative trasversali. Tale metodologia si è rivelata particolarmente adatta a cogliere non solo le evidenze empiriche, ma anche i significati simbolici e le cornici culturali entro cui si collocano gli interventi.

Dall'analisi sono emersi cinque nuclei tematici principali: 1) barriere all'inclusione digitale e sanitaria, riconducibili sia a fattori individuali (età, livello di istruzione, reddito, competenze pregresse) sia a variabili sistemiche, quali qualità dei servizi, accessibilità delle piattaforme e linguaggi tecnici (Hargittai, 2002; van Deursen, Helsper, 2015; Helsper, Reisdorf, 2017); 2) modelli formativi e strategie didattiche, con particolare rilievo per gli approcci intergenerazionali e partecipativi; 3) ruolo delle tecnologie nei processi di cura e nel supporto alla salute; 4) implicazioni per le politiche pubbliche e di welfare; 5) partecipazione, motivazione e agency degli anziani, intese come capacità di agire attivamente e appropriarsi delle competenze digitali.

L'analisi ha inoltre evidenziato alcune zone d'ombra, come la limitata attenzione agli aspetti relazionali e simbolici, le difficoltà di valutare gli esiti nel medio-lungo periodo e la scarsa problematizzazione delle differenze territoriali e culturali. Per colmare tali lacune si è scelto di integrare la SLR con l'analisi della grey literature, intesa come quell'insieme di documenti non sottoposti a peer review ma prodotti da attori istituzionali e sociali direttamente impegnati nella promozione della digitalizzazione.

La grey literature si configura come uno spazio di produzione di sapere "altro", meno vincolato alle regole accademiche ma fondamentale per comprendere i processi reali di implementazione delle politiche e le rappresentazioni sociali che le accompagnano (Esposito, Petroccia, 2025a). L'analisi è stata condotta attraverso quattro canali principali: 1) siti istituzionali di regioni italiane, 2) report e dossier di agenzie pubbliche quali Istat, AgID e Agenas, 3) documentazione tecnica relativa a programmi nazionali e al PNRR, 4) pubblicazioni e buone pratiche di enti del terzo settore e reti associative.

La selezione ha portato alla suddivisione in due cluster: da un lato le fonti di tipo programmatico/politico (piani regionali, policy papers, linee guida), dall'altro quelle di tipo operativo/descrittivo (relazioni tecniche, re-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

soconti progettuali, materiali formativi). Oltre alle istituzioni pubbliche, un contributo significativo proviene dal terzo settore e dalle reti associative, che hanno prodotto numerosi dossier, rapporti e linee guida sull'inclusione digitale degli anziani. Organizzazioni come Auser o i sindacati dei pensionati (SPI-CGIL, FNP-CISL, UILP-UIL) documentano pratiche di alfabetizzazione digitale radicate nelle comunità locali, spesso realizzate attraverso laboratori intergenerazionali, attività di prossimità e servizi gratuiti per i soci. Questi materiali, pur non sottoposti a peer review, offrono una prospettiva unica sulla quotidianità dei percorsi formativi, mettendo in luce dimensioni relazionali e simboliche difficilmente rintracciabili nei documenti istituzionali. Includerli nell'analisi consente quindi di restituire un quadro più equilibrato, nel quale le politiche *top-down* dialogano con le iniziative *bottom-up* che emergono dalle comunità.

L'analisi qualitativa di tali fonti ha permesso di identificare tre elementi centrali: 1) le rappresentazioni dell'invecchiamento e della digitalizzazione, oscillanti tra una visione problematizzante degli anziani come soggetti fragili e una prospettiva di empowerment; 2) le strategie adottate per promuovere l'inclusione digitale, spesso basate su percorsi formativi brevi e iniziative intergenerazionali; 3) le cornici discorsive che legittimano o marginalizzano determinate pratiche e approcci formativi (Esposito, Petroccia 2025a).

L'integrazione tra letteratura scientifica e grigia ha consentito di costruire una visione multilivello del fenomeno: da un lato la dimensione epistemologica, legata alla produzione accademica e alla validazione empirica dei modelli di alfabetizzazione; dall'altro la dimensione operativa, connessa alle pratiche territoriali, alle politiche pubbliche e ai dispositivi istituzionali effettivamente tradotti in pratiche sociali. Questa doppia prospettiva permette non solo di leggere le evidenze, ma anche di comprendere le tensioni discorsive che attraversano il campo, mostrando come la definizione stessa di inclusione digitale vari in funzione delle agende politiche, delle risorse disponibili e delle narrazioni culturali prevalenti.

In conclusione, la metodologia adottata non si è limitata a mappare la produzione scientifica e istituzionale, ma ha evidenziato le relazioni tra piani differenti – accademico, politico, operativo – mostrando come il digital divide in età avanzata non possa essere interpretato unicamente come un problema tecnico, ma debba essere compreso come fenomeno sociale complesso, intrecciato a dinamiche di potere, disuguaglianze culturali e processi di riconoscimento intergenerazionale (van Dijk, 2005; van Dijk, 2020; DiMaggio, Hargittai, 2001; Selwyn, 2004; Warschauer, 2004; Castells, 1996; Bourdieu, 1990; Habermas, 1987; Luhmann, 1998).

L'inclusione della letteratura grigia non rappresenta soltanto un ampliamento tecnico delle fonti, ma una scelta epistemologica necessaria per cogliere l'intreccio tra politiche, pratiche e ricerca. La pandemia da COVID-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

19 e, successivamente, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) hanno prodotto un'enorme mole di documentazione extra-accademica che orienta le azioni concrete di inclusione digitale. Ignorare questa produzione significherebbe perdere di vista non solo l'implementazione pratica delle strategie, ma anche le dinamiche di governance multilivello che legano ministeri, regioni, enti locali e terzo settore. Dunque, l'analisi della grey literature si configura come indispensabile per ricostruire i processi reali di traduzione delle linee di policy in interventi operativi e, di conseguenza, per comprendere l'effettiva portata delle azioni sul territorio.

2. Evidenze emerse dalla letteratura scientifica

L'analisi della letteratura scientifica ha restituito un quadro complesso e multilivello, nel quale l'alfabetizzazione digitale e sanitaria delle persone anziane emerge come un campo di ricerca e di intervento fortemente interdisciplinare, segnato da approcci metodologici eterogenei e da interpretazioni teoriche che ne rivelano la natura sociale, culturale e relazionale. Ci troviamo di fronte a un dominio tutt'altro che unitario e lineare, un mosaico di studi che, pur con obiettivi e cornici concettuali differenti, convergono nel sottolineare la centralità del divario digitale come problema non esclusivamente tecnico, ma strutturale e simbolico, radicato nelle condizioni di vita, nei modelli relazionali e negli immaginari sociali che accompagnano l'invecchiamento. Questo corpus di lavori dimostra come l'accesso e l'uso delle tecnologie digitali non possano essere interpretati soltanto nei termini di una competenza individuale, ma richiedano una prospettiva sociologica capace di includere le variabili culturali, le risorse economiche, la disponibilità di reti di supporto e la fiducia nelle istituzioni (Esposito, Petroccia, 2025b).

Un primo elemento emerso riguarda la natura multidimensionale delle barriere all'inclusione digitale. Gran parte degli studi rileva come le difficoltà degli anziani non si riducano alla mancanza di alfabetizzazione tecnica, ma vadano ricondotte all'intreccio di ostacoli materiali, cognitivi e simbolici. La scarsità di dispositivi adeguati, la connessione a Internet instabile o assente, il costo degli abbonamenti, rappresentano vincoli materiali che si sommano a un basso livello di istruzione formale e a un capitale culturale limitato, incidendo sull'abilità di comprendere i linguaggi digitali. Tuttavia, non meno rilevante è la dimensione simbolica: l'età avanzata diventa spesso un pregiudizio volto all'esclusione, associata a rappresentazioni stereotipiche di passività, resistenza al cambiamento e incapacità di apprendimento. Questo stigma, interiorizzato, produce forme di autoesclusione che si manifestano come rassegnazione o sfiducia nelle possibilità di acquisire nuove competenze. In tal senso, l'età non è soltanto una variabile demografica, ma

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

una costruzione sociale che determina aspettative, opportunità e limiti percepiti, in grado di influenzare profondamente le traiettorie di apprendimento.

Accanto a queste barriere si colloca il tema della fiducia, che la letteratura mostra essere un elemento centrale nella costruzione di percorsi di alfabetizzazione digitale. La fiducia si declina in due direzioni complementari: da un lato verso la tecnologia stessa, percepita come sicura, utile, accessibile o al contrario minacciosa e incomprensibile; dall'altro verso le istituzioni e i contesti che la propongono. Studi recenti evidenziano come gli anziani siano disposti ad apprendere e a confrontarsi con strumenti digitali quando essi sono presentati in modo chiaro, in contesti di prossimità, e soprattutto quando la loro utilità è direttamente percepibile nella vita quotidiana (Quan-Haase *et al.*, 2016; Peacock, Künemund, 2007). In tal senso, la motivazione da attributo individuale diviene processo situato e relazionale, sostenuto laddove i corsi di formazione riescono a mostrare come la tecnologia possa migliorare la qualità della vita, favorire l'autonomia, sostenere la socialità e garantire un accesso più agevole ai servizi, in particolare a quelli sanitari (Esposito, Petroccia, 2025b; Seifert *et al.*, 2021). Al contrario, laddove la proposta formativa appare astratta, imposta o distante dalle necessità concrete, prevalgono resistenze e disinteresse (Nimrod, 2018).

A tal proposito, nella letteratura analizzata il ruolo dei modelli formativi è definito particolarmente essenziale in termini di efficacia quando basati su intergenerazionalità, prossimità e partecipazione. Numerosi studi hanno documentato i benefici di percorsi nei quali i giovani – studenti, volontari o tirocinanti – assumono la funzione di facilitatori digitali per gli anziani. L'efficacia di tali approcci non risiede soltanto nel trasferimento di competenze tecniche, ma soprattutto nella creazione di ambienti di apprendimento accoglienti e non giudicanti, capaci di valorizzare la relazione e favorire un clima di sicurezza e fiducia. La dimensione intergenerazionale si configura quindi non solo come una strategia didattica, ma anche come un dispositivo simbolico di riparazione: da un lato supera l'immagine degli anziani come irrimediabilmente esclusi, dall'altro mette in discussione lo stereotipo dei giovani come disinteressati o autoreferenziali, aprendo la strada a nuove forme di riconoscimento reciproco. Allo stesso tempo, la prossimità territoriale gioca un ruolo determinante, poiché i corsi svolti in contesti familiari – biblioteche, centri anziani, scuole di quartiere – risultano molto più efficaci di quelli proposti in ambienti istituzionali o esclusivamente online, poiché rafforzano il senso di appartenenza e la fiducia nel processo formativo.

Un ulteriore nucleo di evidenze riguarda il campo della salute digitale. Applicazioni di telemedicina, portali per le prenotazioni, fascicoli sanitari elettronici, strumenti di monitoraggio remoto e chatbot informativi sono tra le innovazioni più discusse nella letteratura scientifica. Esse si configurano come opportunità straordinarie per migliorare l'accesso alle cure, ridurre i tempi di attesa, semplificare la comunicazione medico-paziente e garantire

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

una gestione più autonoma delle patologie croniche. Tuttavia, la stessa letteratura segnala come tali strumenti possano diventare generatori di nuove disuguaglianze se non adeguatamente accompagnati da percorsi di alfabetizzazione inclusiva. L'innovazione digitale, se proposta senza un adeguato sostegno, rischia infatti di trasformarsi in un ulteriore fattore di esclusione, creando un divario tra chi è in grado di utilizzare queste risorse e chi, per limiti di competenza o di fiducia, ne resta escluso. La *health literacy digitale* emerge dunque come competenza imprescindibile per l'accesso ai servizi e per l'esercizio di una piena cittadinanza sanitaria, in grado di garantire consapevolezza critica e autodeterminazione nei processi di cura (Norman, Skinner, 2006; Charness, Boot, 2016; WHO, 2021).

Infine, un aspetto che la letteratura recente valorizza con crescente attenzione è quello dell'*agency* e della cittadinanza digitale. L'inclusione tecnologica non è interpretata soltanto come un obiettivo in sé – cioè l'acquisizione di competenze tecniche di base – ma come processo di rafforzamento delle capacità individuali e collettive di azione. Così inteso, l'apprendimento digitale diventa uno strumento per ampliare le possibilità di scelta, partecipare alla vita pubblica, rivendicare diritti e rafforzare l'autonomia. Studi qualitativi mostrano come il coinvolgimento in percorsi formativi digitali possa modificare la percezione che gli anziani hanno di sé stessi, restituendo loro un senso di autoefficacia e di partecipazione attiva alla società. Ciò comporta un ripensamento delle politiche pubbliche, che non possono più essere concepite soltanto come dispositivi compensativi delle carenze, ma devono configurarsi come strumenti abilitanti, capaci di valorizzare le soggettività anziane, le risorse relazionali e le esperienze biografiche.

Complessivamente, le evidenze emerse dalla letteratura scientifica confermano che il divario digitale in età avanzata non è una condizione statica né riducibile a una carenza individuale, ma un fenomeno dinamico e stratificato, che interseca dimensioni materiali, culturali, relazionali e simboliche. Al tempo stesso, esse mostrano come i percorsi di alfabetizzazione possano rappresentare non solo opportunità di acquisizione tecnica, ma anche esperienze trasformative di cittadinanza e partecipazione. Restano tuttavia alcune criticità irrisolte: la frammentazione degli studi, la scarsità di analisi longitudinali in grado di misurare la sostenibilità nel tempo degli apprendimenti, la mancanza di ricerche comparative su scala europea, la difficoltà di connettere i modelli micro di formazione ai quadri macro delle politiche pubbliche. Sono proprio queste zone d'ombra a suggerire la necessità di una prospettiva critica e integrata, che ponga in dialogo i dati empirici con le cornici teoriche e le narrazioni istituzionali, in modo da restituire la complessità del fenomeno e orientare lo sviluppo di pratiche formative realmente inclusive e sostenibili.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

3. Esperienze e modelli formativi. Lezioni dalla letteratura grigia

La consultazione della letteratura grigia ha rappresentato un passaggio essenziale per l'ampliamento dello sguardo critico sugli interventi formativi in materia di alfabetizzazione digitale e sanitaria per over 65. Se la letteratura scientifica tende a focalizzarsi sulla validazione empirica di progetti circoscritti, la letteratura grigia consente di esplorare la dimensione programmatica, operativa e retorica delle politiche e delle iniziative attuate a livello territoriale, istituzionale e associativo. Essa restituisce la concretezza delle esperienze maturate sul campo, le cornici discorsive entro cui esse si articolano, nonché le rappresentazioni implicite dell'invecchiamento e dell'innovazione digitale che ne guidano la progettazione.

Il corpus esaminato, costituito da 120 documenti selezionati tra piani regionali, materiali didattici, bandi, report valutativi e risorse divulgative, consente di individuare alcune configurazioni ricorrenti nel modo in cui viene pensata e attuata la formazione digitale rivolta agli anziani. Tali configurazioni non solo delineano modelli operativi, ma rivelano anche concezioni ideologiche circa il ruolo degli anziani nella società digitale e il tipo di cittadinanza a cui sono chiamati a partecipare.

Una prima configurazione dominante rinvenibile nella documentazione grigia è quella che interpreta la formazione digitale come un intervento tecnico-compensativo, finalizzato a colmare un gap di competenze percepito come deficitario. Questo approccio si ritrova in molti bandi e materiali progettuali che propongono percorsi di alfabetizzazione di base (es. uso dello SPID, prenotazione online di visite mediche, navigazione di siti istituzionali) strutturati su moduli standardizzati, spesso con scarsa attenzione al contesto biografico, relazionale e motivazionale degli utenti.

Tale visione implica una concezione funzionalista e prestazionale dell'inclusione digitale, che tende a misurare il successo degli interventi sulla base dell'efficienza e della rapidità con cui gli utenti apprendono ad usare strumenti definiti a priori come necessari. In una cornice di questo tipo, l'anziano è considerato un soggetto da aggiornare tecnologicamente, attraverso un'azione *top-down*, e le differenze generazionali vengono tematizzate soprattutto in termini di ritardo da colmare.

Accanto a questo modello più tradizionale, si registra un interesse crescente per proposte formative ispirate a un approccio intergenerazionale. Numerosi progetti regionali e locali documentati nella letteratura grigia prevedono il coinvolgimento attivo di giovani volontari, studenti o operatori digitali come tutor per gli anziani. L'intergenerazionalità è qui interpretata non solo come strategia didattica, ma anche come strumento di coesione sociale, capace di generare scambi reciproci di conoscenze e riconoscimento.

Le esperienze più efficaci in questo ambito sono caratterizzate da: 1) strutturazione flessibile dei contenuti formativi, adattati ai bisogni degli an-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ziani; 2) attenzione alle dinamiche relazionali tra giovani e over 65; 3) valorizzazione dei luoghi della prossimità (scuole, biblioteche, centri anziani); 4) co-costruzione dei saperi. In questi modelli, il focus si sposta dalla mera trasmissione tecnica alla mediazione affettiva, empatica e situata, capace di attivare fiducia e motivazione. Tuttavia, anche all'interno di questi progetti si rileva talvolta una rappresentazione implicita degli anziani come destinatari passivi e bisognosi e dei giovani come esperti risolutori. Solo in pochi casi si valorizza realmente la dimensione bidirezionale dello scambio, ovvero la possibilità che anche i giovani apprendano dalle esperienze degli anziani, in un'ottica di mutuo riconoscimento.

Una componente centrale emersa dall'analisi della letteratura grigia riguarda le narrazioni istituzionali che accompagnano gli interventi di alfabetizzazione. I documenti regionali, ministeriali o prodotti da agenzie pubbliche presentano frequentemente l'inclusione digitale come una forma di modernizzazione, in linea con gli obiettivi del PNRR e delle agende europee. L'anziano che apprende a utilizzare lo SPID, la telemedicina o il FSE viene rappresentato come il simbolo di una cittadinanza che si adegua, finalmente, ai nuovi standard dell'amministrazione digitale non è soltanto un utente che acquisisce competenze tecniche, ma viene narrato come il simbolo di una cittadinanza virtuosa, capace di conformarsi ai nuovi standard imposti dall'amministrazione digitale.

Queste narrazioni, pur promuovendo l'accesso ai servizi, contribuiscono a consolidare una visione normativa della digitalizzazione, in cui l'uso delle tecnologie non è soltanto auspicato, ma progressivamente configurato come dovere civico. Quindi il soggetto anziano che non aderisce ai modelli prescritti non viene considerato un attore da sostenere lungo traiettorie di apprendimento differenziate, bensì un elemento disfunzionale, un ostacolo alla razionalizzazione dei processi amministrativi e sanitari. L'impostazione di matrice tecnocratica si inscrive in ciò che Foucault definirebbe una razionalità governamentale (Foucault, 1991), in cui l'inclusione digitale diventa strumento di disciplina più che di emancipazione. Ne deriva una tendenza a silenziare i vissuti soggettivi, i dubbi e le resistenze, trattandoli non come risorse interpretative per ripensare le politiche, ma come deviazioni da normalizzare. Tale logica riduzionista, che privilegia l'efficienza sistemica rispetto alla pluralità delle esperienze, rischia così di occultare il carattere situato e relazionale dell'apprendimento digitale in età avanzata, riducendo la complessità sociale a meri indicatori di adozione tecnologica. Nonostante la predominanza di modelli centrati sulla strumentalità o sull'efficienza, la letteratura grigia documenta anche numerose esperienze locali innovative, nate dal basso o costruite tramite alleanze tra istituzioni, terzo settore e comunità locali. Tuttavia, emergono elementi di discontinuità con le retoriche dominanti: attenzione ai ritmi lenti dell'apprendimento,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

valorizzazione del sapere esperienziale degli anziani, costruzione di gruppi di pari, riconoscimento delle barriere sociali e culturali alla digitalizzazione.

In particolare, alcuni progetti di alfabetizzazione realizzati in contesti marginali (aree rurali, piccoli comuni, quartieri periferici) mostrano come l'inclusione digitale possa divenire anche uno spazio di riattivazione del legame sociale, di contrasto alla solitudine, di ricostruzione del senso di appartenenza. Nelle suddette iniziative l'alfabetizzazione digitale è parte di un progetto più ampio di cura comunitaria e di cittadinanza attiva.

Tuttavia, anche le esperienze più avanzate si scontrano con limiti strutturali e tensioni discorsive: scarsità di risorse, discontinuità delle progettualità, difficoltà nella valutazione dell'impatto reale, sovrapposizione di logiche assistenziali e abilitative. La fragilità degli interventi è spesso accentuata da una mancanza di visione sistemica e di connessione tra livelli decisionali, operativi e valutativi.

3.1. Dal livello nazionale al livello regionale: i casi di Lazio e Veneto

Un'area particolarmente significativa della letteratura grigia è rappresentata dalle iniziative regionali, che consentono di osservare come le politiche nazionali vengano declinate a livello territoriale. Le esperienze di Lazio e Veneto offrono due esempi di applicazione e sviluppo di strategie per l'alfabetizzazione digitale e sanitaria delle persone anziane.

Il Veneto ha sviluppato una produzione documentale fortemente centrata sull'ambito sanitario e assistenziale, nella quale la digitalizzazione viene principalmente inquadrata come strumento tecnico di efficientamento dei servizi. Infatti, report e linee di indirizzo regionali valorizzano il Fascicolo Sanitario Elettronico, la digitalizzazione del sistema di prenotazioni e i progetti di telemedicina e telesoccorso, con l'obiettivo di garantire continuità assistenziale e ridurre gli spostamenti per le persone anziane e fragili. L'impostazione della presente documentazione sembra riflettere una visione tecnocratica dell'inclusione digitale la quale diviene, quindi, funzionale alla modernizzazione del welfare sanitario. Seppur presente, viene segnalata una minor concentrazione di linee guida, politiche e percorsi educativi volti a rafforzare l'empowerment degli anziani nella gestione della salute in maniera autonoma. Gli anziani vengono rappresentati principalmente come destinatari di servizi da rendere più accessibili, piuttosto che come soggetti attivi nella costruzione di percorsi di consapevolezza e competenza.

Dall'analisi della letteratura grigia relativa alla regione Lazio è emerso un approccio più civico-educativo, in cui l'alfabetizzazione digitale è interpretata come diritto di cittadinanza e leva per la partecipazione sociale. Nei documenti regionali si insiste sull'importanza di percorsi di formazione diffusa, campagne informative e iniziative di sensibilizzazione pubblica –

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

spesso in collaborazione con reti del terzo settore e media – finalizzate non solo a trasferire competenze tecniche (SPID, servizi online sanitari e amministrativi, banking digitale), ma anche a sviluppare consapevolezza critica sui rischi connessi alla sicurezza informatica e alla gestione dei dati personali. Particolarmente significativa è la scelta di declinare i percorsi formativi in chiave territoriale, attraverso workshop, stand informativi e momenti di socializzazione che collocano l'anziano all'interno di reti comunitarie.

Si delineano dunque due modelli discorsivi regionali divergenti e complementari: da un lato un modello sanitario-tecnocratico, che lega la digitalizzazione a obiettivi di efficienza e razionalizzazione dei sistemi di welfare; dall'altro un modello civico-educativo, che interpreta la *digital health literacy* come parte integrante della cittadinanza attiva.

L'analisi dei due approcci regionali complementari rivela un punto centrale del discorso sulla salute digitale degli anziani: l'inclusione digitale delle persone anziane non può prescindere dalla loro inclusione sociale, e viceversa. L'accesso agli strumenti digitali e alle competenze tecnologiche da solo non garantisce un'effettiva partecipazione né un reale beneficio in termini di salute e benessere; l'inclusione digitale diventa significativa solo se è inserita in un contesto di relazioni sociali e di interazione con la comunità, dove l'anziano può confrontarsi, ricevere supporto e sperimentare le proprie competenze, come accade nelle occasioni di formazione. Allo stesso modo, la piena partecipazione sociale e attiva richiede strumenti digitali adeguati, conoscenze e fiducia nell'uso della tecnologia, che permettono di mantenere legami sociali, accedere a informazioni sanitarie, servizi e opportunità culturali.

Diversamente, il rischio è quello di una "inclusione parziale" in cui si amplia l'accesso agli strumenti digitali ma restano invisibili le disuguaglianze culturali, simboliche e relazionali che ne condizionano l'effettivo utilizzo, oppure in cui si accompagna l'anziano in un percorso di empowerment digitale e sanitario ma senza fornire strumentazioni digitali utili al miglioramento delle proprie condizioni di salute.

In sostanza, l'alfabetizzazione digitale e sanitaria in età anziana non può essere interpretata soltanto come questione tecnica o formativa, bensì come processo sociale e politico, segnato da differenti visioni del ruolo dell'anziano nella società contemporanea.

L'analisi dei casi di Lazio e Veneto, scelti come focus specifico del progetto, permette di cogliere il ruolo del livello regionale come livello meso tra le strategie nazionali e le pratiche locali. Le due regioni mostrano come obiettivi comuni – rafforzare le competenze digitali e promuovere l'accesso ai servizi sanitari e amministrativi online – vengano declinati attraverso strumenti e priorità differenti, ma comunque convergenti verso una finalità condivisa di inclusione.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

4. Sintesi critica e prospettive di sviluppo

L'analisi congiunta della letteratura scientifica e della grey literature permette di cogliere, in modo più ampio e sfaccettato, la complessità che caratterizza i processi di alfabetizzazione digitale e sanitaria in età avanzata. Lungi dal restituire un panorama lineare, i materiali presi in esame rivelano un terreno disseminato di tensioni, contraddizioni e visioni parzialmente confliggenti. Tale pluralità non costituisce una debolezza epistemologica, bensì un indicatore del carattere profondamente sociale, relazionale e politico del fenomeno in questione (Esposito, Petroccia, 2025a). L'inclusione digitale degli anziani non può essere ridotta a una questione di mera competenza tecnica o di disponibilità infrastrutturale, in quanto rimanda a processi più ampi di costruzione della cittadinanza, di negoziazione simbolica dell'identità e di ridefinizione delle relazioni intergenerazionali.

La letteratura scientifica ha contribuito in modo rilevante a decostruire le narrazioni dominanti che interpretano il digital divide esclusivamente come carenza di abilità individuali. Ridurre l'esclusione digitale degli anziani alla sola dimensione tecnica significa dunque occultare le forme strutturali di disuguaglianza che determinano le condizioni stesse di accesso. Non a caso, molti studi hanno sottolineato come la traiettoria di inclusione dipenda da un intreccio di fattori biografici, relazionali e simbolici, che definiscono opportunità e vincoli in maniera situata. In questa prospettiva, l'anziano non appare come un soggetto deficitario o incapace, ma come portatore di risorse latenti, la cui espressione dipende dal riconoscimento sociale e dal supporto relazionale ricevuto. L'età, lungi dall'essere una semplice variabile anagrafica, si delinea come categoria sociale che produce aspettative e rappresentazioni, alimentando pregiudizi interiorizzati e forme di autoesclusione (Bourdieu, 1990).

Un nodo critico riguarda infatti il peso delle rappresentazioni simboliche della vecchiaia: gli anziani vengono spesso descritti come passivi, restii all'innovazione, tecnologicamente incapaci. Tali stereotipi, lungi dall'essere innocui, producono effetti concreti sulle possibilità di apprendimento, poiché incidono sulla fiducia in sé e sulla motivazione ad intraprendere percorsi di formazione. La violenza simbolica esercitata da tali immagini si traduce in un abbassamento dell'auto-efficacia percepita, con conseguente autoesclusione da contesti di apprendimento.

È qui che si colloca la sfida centrale: non solo insegnare l'uso di dispositivi e applicazioni, ma trasformare l'immaginario collettivo sulla vecchiaia e sulla tecnologia, rendendo possibile una riappropriazione attiva e critica delle competenze digitali.

La letteratura grigia offre dunque un contributo insostituibile, restituendo il quadro dei dispositivi istituzionali e progettuali entro i quali si giocano le politiche di inclusione. Da un lato emergono approcci fortemente tecnocratici, cen-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

trati sulla standardizzazione delle competenze e sull'adeguamento degli anziani agli imperativi della digitalizzazione amministrativa e sanitaria. La conseguenza è che l'inclusione viene ridotta a conformità poiché l'anziano pienamente incluso è colui che riesce a utilizzare i portali sanitari, a scaricare certificati, a prenotare visite online. In aggiunta, l'accento posto su efficienza e dematerializzazione dei servizi rischia di produrre una marginalizzazione ulteriore di chi non possiede gli strumenti per accedervi. Come evidenziato da diversi rapporti istituzionali (AgID, 2021), la digitalizzazione della pubblica amministrazione, se non accompagnata da percorsi di formazione inclusiva e strategie di mediazione sociale, rischia di tradursi in una vera e propria esclusione di ritorno, penalizzando in particolare i cittadini con minore familiarità digitale o in condizioni di vulnerabilità socioculturale.

Dall'altro lato, la letteratura grigia documenta esperienze innovative e comunitarie, radicate nei territori e fondate su logiche di prossimità e intergenerazionalità (Esposito, Petroccia, 2025a; 2025b). In tali contesti, l'apprendimento non è ridotto a trasmissione unidirezionale di saperi tecnici, ma diventa occasione per costruire legami sociali, rafforzare la fiducia, ridurre i pregiudizi reciproci tra generazioni. Il coinvolgimento di giovani facilitatori, studenti o volontari, si rivela non solo efficace dal punto di vista sociologico, ma anche trasformativo sotto il profilo relazionale e simbolico. L'anziano non è più percepito come utente passivo, bensì come coprotagonista di un processo formativo orizzontale, in cui la conoscenza si costruisce nella relazione.

Questo duplice registro, tecnocratico e comunitario, mette in evidenza un paradosso di fondo: mentre le tecnologie digitali vengono presentate come strumenti di semplificazione e accessibilità, la loro implementazione rischia di accentuare la marginalità di chi non possiede gli strumenti per un accesso funzionale. Si configura così una nuova forma di disuguaglianza digitale in ambito sanitario, che non è solo tecnica ma simbolica, e che coinvolge in maniera selettiva proprio le fasce più vulnerabili della popolazione, ossia coloro che la digitalizzazione dei servizi dichiara di voler tutelare (Beaunoyer *et al.*, 2021). L'analisi critica discorsiva permette di interpretare questa contraddizione, mostrando come le narrazioni istituzionali tendano a occultare i rapporti di potere impliciti nella transizione digitale, rappresentando l'esclusione come deficit individuale piuttosto che come prodotto di dinamiche strutturali.

Sul piano teorico, la proposta di superare una visione binaria del digital divide – inclusi vs. esclusi – appare sempre più necessaria. L'alfabetizzazione digitale va interpretata come un processo dinamico, situato e non lineare, caratterizzato da tratti di discontinuità e fragilità. Le competenze acquisite non costituiscono un patrimonio stabile e definitivamente consolidato, ma assumono piuttosto la forma di risorse latenti, suscettibili di attivazione solo in pre-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

senza di condizioni relazionali, temporali e contestuali favorevoli. In assenza di tali condizioni, esse rischiano di rimanere inattive o di dissolversi progressivamente, evidenziando la necessità di pratiche di apprendimento reiterate, di ambienti inclusivi e di sostegni che ne consentano la sedimentazione. Questa immagine consente di problematizzare l'idea di un superamento definitivo del divario, restituendo centralità alla dimensione processuale e relazionale dell'apprendimento in età avanzata. L'inclusione digitale, in questa prospettiva, non è un punto di arrivo, ma un equilibrio sempre instabile tra risorse disponibili, supporto relazionale e riconoscimento sociale.

Un ulteriore elemento emerso dalla letteratura riguarda il legame strutturale tra alfabetizzazione digitale e cittadinanza, che può essere interpretato nei termini di una nuova forma di capitale culturale (Bourdieu, 1990). La padronanza delle tecnologie digitali, lungi dall'essere un mero strumento tecnico, diviene infatti risorsa simbolica e relazionale, capace di generare riconoscimento e legittimazione all'interno dei campi sociali. In questo senso, l'accesso critico e riflessivo al digitale non si limita a facilitare l'interazione con i servizi sanitari o amministrativi, ma incide direttamente sulla possibilità di esercitare i diritti di cittadinanza e di partecipare alla vita politica e sociale. Essere esclusi dal digitale equivale, dunque, a una deprivazione di capitale culturale e, conseguentemente, a una riduzione della capacità di agire nello spazio pubblico. Non sorprende, pertanto, che la letteratura più recente insista sulla necessità di considerare l'inclusione digitale come diritto sociale, al pari dell'istruzione e della salute, poiché essa rappresenta oggi una condizione di accesso non solo ai servizi, ma anche a forme di appartenenza e riconoscimento collettivo. Nel complesso, l'integrazione tra fonti scientifiche e fonti di grey literature consente di restituire un quadro multilivello e multidimensionale dell'alfabetizzazione digitale e sanitaria nella popolazione anziana. La letteratura scientifica offre rigore teorico, comparabilità metodologica e capacità di generalizzazione, mentre la grey literature consente di documentare la traduzione operativa delle politiche, la variabilità dei contesti territoriali e la concretezza delle pratiche di intervento. Considerate congiuntamente, queste fonti permettono di evitare, da un lato, l'eccesso di astrazione che talvolta caratterizza la ricerca accademica e, dall'altro, la frammentarietà descrittiva tipica dei documenti istituzionali e dei report di progetto. Il loro impiego integrato fornisce pertanto una visione più completa e situata dei processi di digitalizzazione, capace di valorizzare tanto le evidenze empiriche quanto le dinamiche sociali e culturali che strutturano le esperienze di inclusione e di esclusione digitale.

Le prospettive di policy che si aprono a partire da questo quadro richiedono un cambio radicale di paradigma. Occorre passare dalla digitalizzazione come obbligo burocratico all'inclusione come diritto di cittadinanza;

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

dalla formazione come adeguamento all'apprendimento come valorizzazione; dalla centralità della performance alla centralità della relazione.

Anche i programmi europei e nazionali – dal PNRR ai piani regionali di innovazione digitale – devono essere ripensati alla luce di una prospettiva sociologica che interroghi le implicazioni etiche e sociali della transizione in corso. L'adozione di indicatori esclusivamente quantitativi, centrati sul numero di utenti abilitati ai servizi digitali o sulle percentuali di accesso alle piattaforme, rischia di occultare le disuguaglianze qualitative che permangono nei processi di apprendimento e di utilizzo delle tecnologie. Tali indicatori, infatti, non consentono di cogliere differenze significative in termini di autonomia operativa, continuità d'uso, capacità critica e significati sociali attribuiti alla pratica digitale**,** elementi decisivi per valutare la reale inclusione e non la sola abilitazione tecnica.

Infine, la transizione verso la parte empirica del volume trova in questa analisi il suo fondamento epistemologico. Se la letteratura scientifica e grigia ha messo in luce la natura stratificata e contraddittoria dell'inclusione digitale in età avanzata, le voci dei partecipanti, dei formatori e degli attori istituzionali consentiranno di incarnare e problematizzare ulteriormente tali processi. L'indagine qualitativa, come verrà mostrato nei capitoli successivi, non ha inteso verificare modelli teorici predefiniti, ma ascoltare e interpretare traiettorie soggettive, immaginari, barriere percepite e pratiche emergenti. Attraverso questo passaggio dalla teoria all'empiria, il volume mira a tenere insieme astrazione concettuale e osservazione situata, costruendo un sapere sociologico capace non solo di descrivere, ma di orientare le trasformazioni in corso verso modelli di inclusione digitale più giusti, equi e partecipativi.

Bibliografia di riferimento

AgID (2021), *Rapporto annuale sull'innovazione digitale nella Pubblica Amministrazione***,** Agenzia per l'Italia Digitale, Roma.

Beaunoyer E., Dupéré S., Guitton M.J. (2021), *Covid-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies*, «Computers in Human Behavior», 111, 106424. DOI: 10.1016/j.chb.2020.106424.

Booth A., Sutton A., Papaioannou D. (2016), *Systematic approaches to a successful literature review*, Sage, London.

Bourdieu P. (1990), *The Logic of Practice*, Stanford University Press, Stanford.

Braun V., Clarke V. (2006), *Using thematic analysis in psychology*, «Qualitative Research in Psychology», 3, pp. 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.

Braun V., Clarke V. (2019), *Reflecting on reflexive thematic analysis*, «Qualitative Research in Sport, Exercise and Health», 11, pp. 589-597. DOI: 10.1080/2159676X.2019.1628806.

Castells M. (1996), *The Rise of the Network Society*, Blackwell, Oxford.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Charness N., Boot W.R. (2016), "Technology, gaming, and social networking", in Schaie K.W., Willis S.L. (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, Academic Press, San Diego.
DiMaggio P., Hargittai E. (2001), *From the 'digital divide' to 'digital inequality': Studying Internet use as penetration increases*, Princeton Center for Arts and Cultural Policy Studies, Working Paper Series 15.
Esposito M., Petroccia S. (2025a), *La Grey Literature come spazio semi-fringe: una riflessione sul divario digitale tra anziani nel Lazio e nel Veneto*, «STUDI DI SOCIOLOGIA», X. DOI: 10.26350/000309_000228.
Esposito M., Petroccia S. (2025b), *Divario digitale e alfabetizzazione sanitaria negli anziani: pratiche, immaginari e strategie di inclusion*, «Salute e Società», 24, pp. 1-17. DOI: 10.3280/ses2025-oa19540.
Esposito M., Petroccia S. (2025c), *Invecchiamento, alfabetizzazione sanitaria e competenze digitali attraverso le Pandemie*, «Rivista Trimestrale di Scienza dell'amministrazione», 1. DOI: 10.32049/RTSA.2025.1.09.
Esposito M., Petroccia S. (2025d), *Decoding post-pandemic social interactions in Italy: insights from qualitative analysis*, «Análise Social», 60, 255. DOI: 10.31447/35363.
Foucault M. (1991), "Governmentality", in Burchell G., Gordon C., Miller P. (eds.), *The Foucault Effects: Studies in Governmentality*, Harvester Wheatsheaf, London.
Friemel T.N. (2016), *The digital divide has grown old: Determinants of a digital divide among seniors*, «New Media & Society», 18, pp. 313-331. DOI: 10.1177/1461444814538648
Gough D., Oliver S., Thomas J. (2017), *An Introduction to Systematic Reviews*, Sage, London.
Habermas J. (1987), *Teoria dell'agire comunicativo*, il Mulino, Bologna.
Hargittai E. (2002), *Second-level digital divide: Differences in people's online skills*, «First Monday», 7(4). DOI: 10.5210/fm.v7i4.942.
Luhmann N. (1998), *Observations on modernity*, Stanford University Press.
Nimrod G. (2018), *Technostress: measuring a new threat to well-being in later life*, «Aging & Mental Health», 22, pp. 1080-1087. DOI: 10.1080/13607863.2017.1334037.
Norman C.D., Skinner H.A. (2006), *eHealth literacy: Essential skills for consumer health in a networked world*, «Journal of Medical Internet Research», 8, e9. DOI: 10.2196/jmir.8.2.e9.
Page M.J., McKenzie J.E., Bossuyt P.M., Boutron I., Hoffmann T.C., Mulrow C.D., Moher D. (2021), *The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews*, «BMJ», 372. DOI: 10.1136/bmj.n71
Peacock S.E., Künemund H. (2007), *Senior citizens and Internet technology: Reasons and correlates of access versus non-access in a European comparative perspective*, «European Journal of Ageing», 4, pp. 191-200. DOI: 10.1007/s10433-007-0067-z.
Petticrew M., Roberts H. (2006), *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*, Blackwell, Oxford.
Quan-Haase A., Martin K., Schreurs K. (2016). *Interviews with digital seniors: ICT use in the context of everyday life*, «Information, Communication & Society», 19, pp. 691-707. DOI: 10.1080/1369118X.2016.1140217.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Seifert A., Cotten S.R., Xie B. (2021), *A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of Covid-19*, «Journals of Gerontology: Series B», 76, pp. e99-e103. DOI: 10.1093/geronb/gbaa098.
Selwyn N. (2004), *Reconsidering political and popular understandings of the digital divide*, «New Media & Society», 6, pp. 341-362. DOI: 10.1177/1461444804042519.
van Deursen A.J.A.M., Helsper E.J. (2015), *The third-level digital divide: Who benefits most from being online?*, «Communication and Information Technologies Annual», 29, pp. 29-52. DOI: 10.1108/S2050-206020150000010002.
van Dijk J.A.G.M. (2005), *The deepening divide: Inequality in the information society*, Sage, Thousand Oaks.
van Dijk J.A.G.M. (2020), *The digital divide*, Polity Press, Cambridge.
Warschauer M. (2004), *Technology and Social Inclusion: Rethinking the Digital Divide*, MA: MIT Press, Cambridge.
WHO (2021), *Global report on ageism*, World Health Organization, Geneva.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Il futuro pandescente. Ripensare la popolazione anziana digitale alla luce dell'esperienza pandemica

di *Fabiola Balestrieri*

1. Precarious ageing: rischi e vulnerabilità delle persone anziane durante la pandemia

Il contesto epidemiologico attuale delle persone anziane è il riflesso di una profonda e apparentemente inarrestabile transizione demografica che, partita dai Paesi ad alto reddito, sta ora interessando l'intero pianeta. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2025) stima che entro il 2030, una persona su sei nel mondo avrà 60 anni o più ed entro il 2050, la popolazione over 60 raddoppierà, raggiungendo 2,1 miliardi di individui. Tale cambiamento è accompagnato da uno spostamento del carico epidemiologico dalle malattie infettive alle malattie croniche non trasmissibili, come le patologie cardiovascolari, il cancro, il diabete e le demenze. Il quadro epidemiologico delineato vede la prevalenza della multimorbilità come sfida a livello mondiale, ovvero la coesistenza di più condizioni croniche nella stessa persona che aumenta significativamente con l'età.

Nel quadro europeo, l'aspettativa di vita sana alla nascita nel 2023 si attesta a 63,3 anni per le donne e 62,8 anni per gli uomini, rappresentando circa tre quarti della vita totale, ma con un marcato declino nelle capacità funzionali oltre i 65 anni, dove le malattie croniche non trasmissibili (NCD) emergono come principale causa di morbilità, disabilità e mortalità (Eurostat, 2020; WHO, 2002). Circa il 75% degli ultra-85enni nell'Unione Europea nel 2018 riferiva affezioni croniche di lunga durata, mentre il 23,9% della popolazione over-16 segnalava limitazioni significative nelle attività quotidiane dovute a problemi di salute, con un 46,6% degli anziani bisognosi di assistenza personale o domestica che lamentava carenze in tale supporto nel 2019 (Eurostat, 2020). L'obiettivo a lungo termine, quindi, è di colmare il divario tra l'aspettativa di vita e l'aspettativa di vita in buona salute, anche attraverso la promozione di un invecchiamento sano, definito come lo sviluppo e il mantenimento dell'abilità funzionale che consente il benessere in età avanzata (WHO, 2002).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tuttavia, le suddette vulnerabilità di salute che caratterizzano la vita degli anziani si acuiscono in scenari epidemiologici emergenziali, come è accaduto durante la pandemia da COVID-19, alterando temporaneamente questo quadro epidemiologico. La pandemia, infatti, ha generato gravi conseguenze sanitarie, economiche e sociali, sovraccaricando i sistemi sanitari e imponendo misure drastiche di contenimento che hanno profondamente alterato le modalità di vita e interazione della popolazione (Van Jaarsveld, 2020; Milan *et al.*, 2025; Arpino *et al.*, 2021). Le persone anziane sono state colpite in modo sproporzionato, sia fisicamente sia psicologicamente, durante la pandemia. È stato, infatti, appurato che le misure di confinamento hanno alimentato sentimenti accentuati di solitudine e disagio psicologico, aggravando ulteriormente una condizione già precaria (Galkin, 2021), un'esclusione sociale che a sua volta può generare ulteriori vulnerabilità, tra cui una riduzione della mobilità e dell'accesso ai servizi essenziali, con impatti rilevanti sulla salute e sulla partecipazione sociale (Pickering *et al.*, 2023). Tutti questi esiti hanno dato luogo a ciò che numerosi studiosi definiscono *precarious aging*, cioè l'insieme dei rischi e delle vulnerabilità a cui gli anziani sono stati esposti, amplificati dall'isolamento sociale e dalle categorizzazioni basate sull'età imposte nel corso della crisi sanitaria (Gallistl *et al.*, 2022; Grigorieva, Chubarova, 2022). Difatti, la stessa nozione di invecchiamento è stata oggetto di una riconsiderazione critica nel contesto pandemico, mettendo in discussione le tradizionali rappresentazioni dell'età come sinonimo esclusivo di vulnerabilità. Inoltre, il periodo di emergenza sanitaria dettato dalla pandemia da COVID-19 ha messo in luce il ruolo dirimente dell'alfabetizzazione sanitaria – spesso sottovalutata – quale determinante pubblico-sanitario, a cui si è aggiunta l'infodemia che ha amplificato disuguaglianze tra popolazioni vulnerabili, limitando la capacità di acquisire, comprendere e applicare informazioni sanitarie affidabili (Paakkari, Okan, 2020).

Nel periodo immediatamente successivo all'emergenza sanitaria pandemica, la transizione digitale ha rivelato persistenti divari digitali che aggravano vulnerabilità di salute e salute digitale degli anziani (Esposito, Petroccia, 2025c). Infatti, se da un lato i progressi in governance digitale, cartelle elettroniche e portali pazienti hanno ridisegnato i sistemi sanitari, dall'altro lato il limitato accesso a tali sistemi digitali per gli anziani – dovuto a barriere di *digital health literacy* – mina la preparazione a future crisi emergenziali, richiedendo politiche inclusive per mitigare il *digital divide* e rafforzare resilienza epidemiologica (WHO Regional Office for Europe, 2023; 2024).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

2. Sociologia del futuro: la preparedness come forma di anticipazione e vincolo del presente pandemico

La riflessione sociologica sul futuro nasce dall'esigenza di pensare il tempo come dimensione lineare e costruzione sociale che organizza l'esperienza collettiva. Niklas Luhmann (1976; 1995) ha introdotto una distinzione fondamentale tra *present future* e *future present*: da un lato, il futuro proiettato dal punto di vista del presente, attraverso aspettative, previsioni e strategie; dall'altro, il futuro che ritorna sul presente come vincolo e orientamento, condizionando già ora le possibilità di azione. La duplice articolazione permette di comprendere come il futuro, pur essendo "assente", si manifesti costantemente come presenza, agendo come una cornice invisibile che guida decisioni politiche, pratiche istituzionali e traiettorie biografiche. Ben lontano dall'essere un vissuto ancora da scrivere, il futuro appare una temporalità concreta poiché già inscritta nei processi decisionali e relazionali del presente.

La sociologia del rischio, sviluppata soprattutto da Beck (1992) e Giddens (1999), ha fatto proprio questo approccio e ha mostrato come la modernità sia caratterizzata da un regime anticipatorio, in cui i rischi futuri – dalle catastrofi ambientali alle pandemie – diventano il motore della governance contemporanea. Le società avanzate vivono così permanentemente proiettate su scenari di possibilità: ciò che potrebbe accadere plasma ciò che accade. Pertanto, il futuro non è un orizzonte remoto, ma una costruzione quotidiana che struttura paure collettive, politiche di prevenzione e strategie individuali di adattamento.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha agito da acceleratore di processi già in atto, come digitalizzazione e automazione e intermediazione tecnologica delle relazioni, che continueranno a modellare le traiettorie dell'invecchiamento nei prossimi decenni (Piccolo *et al.*, 2024; Poli, 2021). Per gli anziani, la pandemia ha rappresentato uno spartiacque: se prima del 2020 la digitalizzazione era percepita come un processo graduale e opzionale, con l'emergenza è diventata una condizione essenziale per l'accesso ai diritti fondamentali, quali cure, informazioni e relazioni. La rete è divenuta uno dei pochi spazi per comunicare, curarsi e apprendere, amplificando fragilità preesistenti e rivelando come le disuguaglianze tecnologiche possano combinarsi con disuguaglianze di salute (Shi *et al.*, 2024; Xie *et al.*, 2022; Kalediene *et al.*, 2024).

Molti anziani hanno sperimentato una doppia esclusione – sanitaria e digitale – aggravata dall'infodemia, ovvero dall'eccesso di informazioni spesso contraddittorie, che ha reso cruciale la capacità di orientarsi tra fonti attendibili e strumenti come la telemedicina (Choukou *et al.*, 2022; Hwang *et al.*, 2020). L'alfabetizzazione sanitaria e digitale emerge così come determinante sociale della salute: una competenza che, se carente, genera

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

nuove vulnerabilità, limitando l'autonomia e accentuando solitudine e isolamento sociale (Zhao *et al.*, 2025; Valla *et al.*, 2025; Esposito, Petroccia, 2025a). La pandemia ha reso evidente che il futuro non può più essere concepito come un orizzonte distante e incerto, ma come una dimensione già attiva nelle pratiche del presente. Un approccio che trova applicazioni decisive nel concetto di *preparedness* – la preparazione a possibili crisi – che illustra come la dimensione futura sia operativa nel qui e ora (Poli, 2021; Xu *et al.*, 2025). La crisi globale ha trasformato aspettative e paure collettive in condizioni che hanno ridefinito la vita quotidiana, le istituzioni e le relazioni sociali. Per gli anziani, ciò implica la necessità di percorsi formativi continui, accessibili e contestualizzati, che integrino educazione sanitaria, alfabetizzazione digitale e socialità. La competenza digitale, infatti, non è isolata, ma una forma di *literacy* situata, che si sviluppa in reti di fiducia e spazi di prossimità.

Le istituzioni sanitarie hanno risposto non solo all'emergenza immediata, ma modellando comportamenti, tecnologie e infrastrutture in vista di scenari futuri: esempi concreti includono la telemedicina, l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico e le campagne di vaccinazione gestite digitalmente (Cascini *et al.*, 2024). Parlare oggi di futuro in sociologia della salute significa interrogarsi su come i sistemi sociali traducano l'assenza del futuro in forme di presenza tangibile – protocolli, piattaforme, linguaggi, ansie e aspettative. L'esperienza pandemica ha insegnato che la vulnerabilità sanitaria non è solo biologica, ma anche temporale: l'incapacità di proiettarsi in un futuro digitale, per mancanza di competenze, accesso o fiducia, ha escluso milioni di anziani dall'esercizio dei diritti fondamentali (Seifert *et al.*, 2021; Hwang *et al.*, 2020). In tale scenario sistemico, la progressiva digitalizzazione dei servizi sociosanitari – dalle prenotazioni online al Fascicolo Sanitario Elettronico – richiede una riconfigurazione delle competenze quotidiane, spesso non ancora consolidate. L'esclusione digitale agisce così come amplificatore strutturale delle disuguaglianze, funzionando da barriera selettiva all'accesso alle cure, all'informazione, alla prevenzione e, più in generale, alla piena cittadinanza sanitaria. La *digital literacy* si configura oggi come un «super-determinante» della salute, poiché condiziona trasversalmente l'efficacia di altri fattori sociali, primo fra tutti il capitale relazionale (Sieck *et al.*, 2021; van Kessel *et al.*, 2022).

3. Capitale sociale e relazionale nel rapporto tra anziani e tecnologie digitali durante la pandemia

Nell'ambito del progetto *Ageing, Health Literacy and Digital Skills through the Pandemics*, il disegno di ricerca adottato è *mixed method* di tipo esplorativo sequenziale (Niero, 2009), articolato in una fase qualitativa e

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

in una successiva fase quantitativa. La prima fase qualitativa ha compreso l'analisi di letteratura scientifica e letteratura grigia inerente ai temi oggetto di ricerca, e la conduzione di 21 interviste semistrutturate con un approccio qualitativo induttivo, radicato nella Grounded Theory (Glaser, Strauss, 1967), per generare teoria a partire dai dati senza imporre framework preconfezionati, esplorando le complessità dell'alfabetizzazione digitale e sanitaria tra gli anziani. Le interviste sono state somministrate al termine di un corso di alfabetizzazione digitale e sanitaria rivolto a persone over 65, composto da nove moduli e tenutosi tra dicembre 2024 e maggio 2025: durante il percorso di alfabetizzazione i *senior* (S) hanno assunto il ruolo di discenti e di facilitatori tra pari; invece, gli studenti universitari – precedentemente formati alla mediazione intergenerazionale – hanno assunto il ruolo *digital animators* (DA). Inoltre, prima e dopo il corso sono stati somministrati 30 questionari rivolti ai partecipanti senior. In questo capitolo verranno presentate le evidenze del succitato materiale empirico.

Le condizioni di isolamento e di vulnerabilità acuite durante la pandemia hanno messo in evidenza quanto la qualità e l'estensione delle reti sociali rappresentino un presupposto fondamentale per il benessere delle persone anziane (Esposito, Petroccia, 2025b). Tuttavia, nel contesto della sociologia della salute, è opportuno distinguere le reti sociali – intese come strutture relazionali concrete che connettono individui attraverso interazioni quotidiane – dal concetto più ampio di capitale sociale, che rappresenta il valore incorporato in tali reti, derivante da risorse accessibili come fiducia, norme reciproche e supporto (Maturo, 2024). Quest'ultimo si articola in tre dimensioni distinte: il *bonding capital*, che rafforza legami interni a gruppi omogenei (ad esempio, familiari o comunità ristrette, favorendo coesione emotiva); il *bridging capital*, che collega gruppi eterogenei attraverso relazioni orizzontali deboli, promuovendo scambi di informazioni e opportunità; e il *linking capital*, che stabilisce connessioni verticali con istituzioni e autorità, facilitando l'accesso a risorse formali e potere.

Quando i legami quotidiani si riducono o si fanno incerti, non aumentano soltanto i rischi psicologici e materiali, ma si indeboliscono anche quelle risorse relazionali che sostengono l'accesso ai servizi, la capacità di orientarsi nelle trasformazioni digitali e la possibilità stessa di partecipare alla vita collettiva. In tale contesto, il capitale sociale – e in particolare quello che si struttura nella sfera familiare – emerge come un determinante essenziale, capace di mitigare l'esclusione e di fornire agli anziani un ancoraggio emotivo, cognitivo e digitale. Dalla ricerca è infatti emerso che nel periodo pandemico le reti sociali degli anziani hanno spesso operato prevalentemente attraverso *bonding capital* per mitigare l'esclusione digitale, mentre carenze dello stesso abbiano amplificato vulnerabilità sanitarie.

Molti *senior* intervistati hanno raccontato di essersi sentiti isolati e impotenti durante la pandemia, perché non erano in grado di svolgere azioni

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ritenute essenziali nella vita quotidiana e relative allo stato di emergenza sanitaria, specialmente se geograficamente o momentaneamente distanti dai familiari. Il vissuto pandemico, pertanto, è stato un momento in cui gli anziani si sono scontrati con la difficoltà di svolgere attività fondamentali per vivere la nuova quotidianità dettata dall'emergenza sanitaria, come prenotare il tampone rapido online o cercare dei medici online per prenotare le medicine durante la quarantena. La percezione di solitudine e isolamento si è acuita maggiormente nei senior sprovvisti di smartphone o di connessione Internet, situazione che ha generato una particolare sofferenza di allontanamento dal mondo.

Il senso di disconnessione dall'ambiente circostante in un momento storico così singolare ha generato una crescente consapevolezza sull'importanza di acquisire competenze digitali, quella che può essere definita *preparedness tecnologica*. In tal modo la tecnologia digitale, in particolare lo smartphone, ha trasformato il rapporto dell'anziano con i dispositivi digitali, diventando un mezzo essenziale e meno ostile rispetto a prima. Attraverso lo smartphone alcuni senior sono rimasti in contatto con i familiari (nipoti e figli) e con il proprio medico di medicina generale, soluzione salvavita per i senior con patologie importanti. Ad esempio, l'uso di WhatsApp è stato ritenuto molto utile sia dal punto di vista sanitario, per avere contatti, sia dal punto di vista sociale, per comunicare con la famiglia.

D'altro canto, le vulnerabilità emerse durante la pandemia risultano essere legate alla necessità di un aiuto esterno – familiari, amici, vicini – per l'utilizzo dei dispositivi digitali. Molti anziani hanno dovuto affidarsi ai figli o ad altri familiari per la prenotazione delle visite, dei vaccini, o per ritirare le ricette e le analisi:

> per qualsiasi cosa dovevo chiamare i miei figli, farmi prenotare le visite, come prenotare qualsiasi cosa, la farmacia, le ricette, qualsiasi cosa mi dovevo affidare ai figli (S_08)

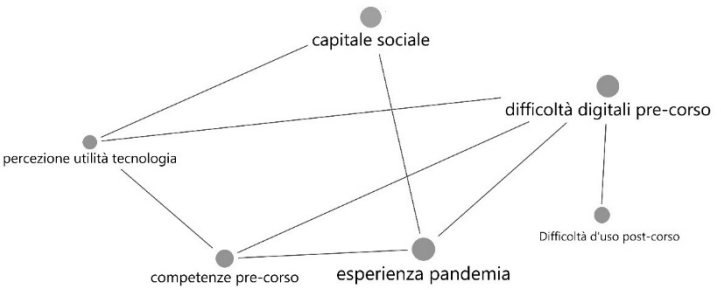
> Da uno dei miei figli, ho quattro figli tra parentesi, quindi uno dei miei figli. Ho chiesto perché sentivo questo bisogno di riallacciare i rapporti con delle persone che avevo conosciuto tanti anni prima e volevo ritrovarle proprio. Quindi ho sentito la necessità di avere anche io quest'altra opportunità. Visto che la tecnologia me la offriva, quindi ho fatto mettere tecnologia e ho ritrovato in effetti tante persone, anche i miei ex alunni, colleghi, persone che avevo conosciuto in gioventù e che poi non avevo avuto più occasione di incontrare di nuovo. E sono stata contenta di questa cosa. Poi al di fuori di questo, tramite mio figlio, io ho un figlio in casa che non si è sposato quindi spesso. Quindi ricorro sempre a lui quando ho delle difficoltà. (S_09)

Il capitale sociale, in particolare quello familiare e di prossimità, risulta strettamente connesso sia alle difficoltà digitali pregresse sia alla percezio-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ne dell'utilità della tecnologia. Ne conviene che per molti anziani l'apprendimento non procede attraverso un rapporto diretto con la tecnologia, ma si costruisce attraverso la presenza di figure più giovani appartenenti al proprio capitale sociale – quindi persone fidate – che guidano, traducono e verificano.
Ciononostante, il periodo pandemico e le restrizioni sociali hanno alimentato le disuguaglianze digitali di salute anche all'interno della popolazione anziana stessa. I dati mostrano che i senior che disponevano di legami solidi – figli, nipoti, vicini, reti comunitarie – hanno potuto contare su un supporto stabile per la gestione delle tecnologie sanitarie (prenotazioni, comunicazione con il medico, uso dello smartphone), riducendo lo scarto tra bisogni quotidiani ed effettive competenze disponibili. Gli anziani con una scarsa alfabetizzazione digitale e senza la possibilità di avere accanto una persona più giovane e competente per il supporto digitale hanno avuto minor accesso alle piattaforme digitali. Questa barriera socio-relazionale si è aggiunta e stratificata alle altre barriere di tipo fisico e digitale, minacciando l'inclusione di una parte della popolazione anziana in un sistema sanitario sempre più basato sulle tecnologie digitali.

Fig. 1 – Interdipendenze tra capitale sociale, competenze digitali e vissuto pandemico negli anziani



Fonte: Elaborazione con MAXQDA, 2024

La fig. 1 rappresenta una mappa concettuale che sintetizza alcuni dei nodi emersi dall'analisi qualitativa e il modo in cui esse si intrecciano nel vissuto digitale degli anziani. Al centro della rete si collocano tre nuclei tematici: capitale sociale, esperienza pandemica e difficoltà digitali pre-corso. Gli elementi emersi formano un sistema interdipendente che modella l'accesso e l'uso delle tecnologie in età avanzata e l'esperienza pandemica rappresenta il punto di raccordo tra queste dimensioni. La pandemia ha infatti amplificato la percezione dell'importanza della tecnologia e ha esposto con maggiore forza le difficoltà digitali pregresse, spingendo molti anziani verso forme di *preparedness tecnologica* motivate da necessità concrete:

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

accedere alle cure, mantenere i contatti familiari, orientarsi nel sistema sociosanitario digitalizzato.

4. "Se solo ci fosse stato prima": l'utilità percepita del corso di alfabetizzazione digitale e sanitaria

Durante la pandemia e il periodo di restrizioni sociali, la mancanza di competenze digitali ha reso difficile la gestione e l'auto-gestione della salute degli anziani, l'accesso a servizi essenziali come l'app Immuni tramite identità digitale, mantenere i contatti sociali con amici e parenti. Tutte le necessità descritte sono state dibattute e affrontate durante il corso di alfabetizzazione sanitaria e digitale tramite il dialogo intergenerazionale, grazie al quale è stato possibile colmare – in parte – il divario digitale consolidando o acquisendo le *digital skill* utili in contesti emergenziali e nella quotidianità (Esposito, Petroccia, 2025a).

> In uno stato di emergenza come la pandemia purtroppo chi non era provvisto di smartphone con Internet si può dire completamente isolato insomma. Quindi magari molti senior hanno imparato ad utilizzare lo smartphone magari per fare la videochiamata con i nipoti, con i figli. (DA_02)

I senior hanno espresso quanto i corsi di alfabetizzazione sarebbero stati molto più utili se fossero stati disponibili durante il periodo della pandemia, specialmente con gli uffici chiusi, permettendo di focalizzarsi su salute, sullo SPID, sul FSE. In generale, è emerso dalla percezione dei partecipanti che, se la popolazione avesse avuto una maggiore padronanza di queste tecnologie, tali periodi sarebbero stati più facili da superare.

> Quindi sì, diciamo, le cose hanno risentito della mancanza di conoscenza della tecnologia in quel periodo. Infatti molti mi hanno detto che è stato il periodo click che ha scatenato e l'ho detto non possiamo più scappare da questa cosa, dobbiamo imparare a usare i devices perché altrimenti siamo fuori. (DA_06)

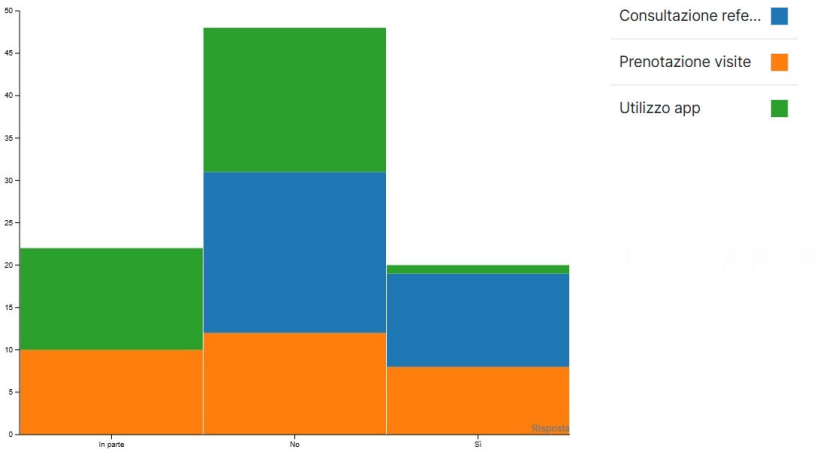
5. La preparedness tecnologica in vista di pandemie future

Il questionario pre-corso somministrato ai 30 partecipanti senior al corso di alfabetizzazione sanitaria e digitale ha rilevato che il 73,3% di loro non aveva mai preso parte a percorsi di formazione digitale strutturati. Questa assenza di occasioni educative precedenti conferma che l'alfabetizzazione digitale per anziani non è stata considerata priorità istituzionale fino all'esplosione della pandemia; solo l'urgenza della crisi ha reso visibile un

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

problema latente, trasformando la competenza digitale da opzione individuale a questione di salute pubblica. Un animatore digitale, infatti, ha definito questo snodo come un "periodo click" che ha sedimentato negli anziani – oltre alla necessità funzionale di acquisire competenze digitali e gestionali per l'accesso autonomo ai servizi sanitari (telemedicina, prenotazione online, monitoraggio domiciliare) – il desiderio di imparare ad essere più autonomi.

Fig. 2 – Distribuzione pre-corso delle pratiche digitali sanitarie tra senior partecipanti (n=30): prenotazione visite mediche (Q6), consultazione referti (Q7) e utilizzo app sanitarie (Q8)



Fonte: elaborazione con RAWGraphs 2.0 (Mauri et al., 2017)

La fig. 2 approfondisce la sezione del questionario dedicata alle competenze sanitarie digitali, illustrando il livello di familiarità pre-corso dei partecipanti con i servizi sanitari online mediante un grafico a barre impilate. Le barre aggregano le risposte relative alla capacità di prenotare visite mediche online (Q6, rappresentata in arancione), consultare i propri referti sanitari elettronici (Q7, in blu) e utilizzare applicazioni mobili per la salute (Q8, in verde), distribuite lungo le categorie di risposta (In parte, No, Si). I dati indicano una distribuzione frammentata delle competenze, con una prevalenza di risposte negative o parziali trasversale alle tre pratiche indagate, riflettendo pattern di esclusione digitale che si intersecano con le vulnerabilità epidemiologiche e sociali descritte nel contesto del *precarious ageing*. Specificamente, per la prenotazione online delle visite mediche (Q6) le risposte si distribuiscono in modo approssimativamente equilibrato, con circa un terzo dei partecipanti che indica una competenza parziale, un terzo

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

che nega la capacità, e meno di un terzo che afferma autonomia completa. Per la consultazione dei referti sanitari elettronici (Q7) emerge una polarizzazione marcata, con la quasi totalità dei partecipanti che segnala incapacità e una minoranza che indica familiarità, mentre la categoria intermedia risulta assente, suggerendo una percezione binaria della pratica come accessibile o inaccessibile. Per l'uso di applicazioni sanitarie mobili (Q8), i dati mostrano una predominanza di risposte negative, seguite da competenze parziali e minime affermazioni di utilizzo autonomo. Nel complesso, questa configurazione empirica sottolinea come le carenze in alfabetizzazione sanitaria digitale, amplificate dall'esperienza pandemica, dipendano dal capitale sociale e relazionale per la loro mitigazione, motivando interventi formativi volti a rafforzare la *preparedness tecnologica*.

Dunque, dati quantitativi e qualitativi convergono nel delineare una popolazione anziana che, prima del corso, si trovava in condizione di esclusione funzionale rispetto ai sistemi di cura digitalizzati, confermando come il futuro pandemico si sia manifestato come *future present* (Luhmann, 1995), ovvero come condizione già operativa che ha riorganizzato l'accesso alla salute senza che i soggetti più vulnerabili fossero preparati ad abitarlo.

L'ormai consolidata consapevolezza di un rischio pandemico non eliminabile ha generato una motivazione intrinseca all'autonomia e all'apprendimento permanente che rappresenta un *driver adattativo* per la progettazione di interventi di *digital* e *health literacy* mirati alla popolazione geriatrica in contesti sanitari emergenziali (Shi *et al.*, 2024). E preludio all'acquisizione di tale autonomia è proprio la *preparedness tecnologica*, intesa come capacità preventiva di riconoscere, accedere e utilizzare strumenti digitali in scenari di crisi.

Ne conviene che la *preparedness tecnologica* si configura come costrutto bidimensionale: da un lato, competenza strumentale (saper prenotare una televisita o consultare il FSE); dall'altro, riduzione dell'ansia anticipatoria e consolidamento della fiducia operativa. Infatti, alla fine del corso i senior hanno espresso la volontà di estendere le competenze acquisite oltre il contesto sanitario, applicandole a emergenze non pandemiche – ad esempio, alluvioni o blackout. Per riassumere, l'approccio alla *preparedness* per i senior, come riflette il materiale empirico raccolto, si basa sulla trasformazione della diffidenza (spesso causata dalla paura di truffe o errori) in fiducia e autonomia digitale attraverso l'istruzione pratica e la conoscenza degli strumenti digitali vitali in situazioni di crisi e restrizioni sociali.

6. Verso un futuro pandescente

L'esperienza pandemica ha inevitabilmente imposto una analisi sui modi in cui la società, di fronte alla fragilità rivelata dal COVID-19, abbia inte-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

riorizzato la crisi come orizzonte strutturale, trasformando la cura non solo in gestione dell'oggi, ma in architettura di futuri possibili.

In questa sede viene proposto il neologismo *futuro pandescente* – fusione dei termini *pandemia* e *senescente* – per designare una temporalità sociale in cui l'invecchiamento demografico si sviluppa entro un regime di crisi sanitarie ricorrenti e normalizzate. Il concetto designa sì un "post-pandemia", ma principalmente una forma di temporalità permanente in cui le società imparano a vivere dentro una cornice di crisi ricorrente, caratterizzata dall'intreccio tra vulnerabilità e innovazione.

Il futuro pandescente evoca una struttura temporale ibrida, dove passato, presente e futuro si intrecciano in un continuum di *preparedness*; dunque, non considera una chiusura lineare dell'evento. Una prospettiva che si radica nella teoria luhmanniana del tempo sociale, per cui il futuro non è un vuoto da riempire, ma una dimensione già operativa nel presente come vincolo e orientamento (Luhmann, 1995; Poli, 2021).

La pandemia da COVID-19 ha funzionato da catalizzatore per questa temporalità, accelerando processi preesistenti come la digitalizzazione dei servizi sociosanitari. L'adozione massiccia di piattaforme per telemedicina, prenotazioni online e tracciamento vaccinale ha reso evidente come l'esclusione tecnologica si traduca in esclusione sanitaria, particolarmente per le popolazioni anziane. Senza queste abilità, l'accesso a cure mediche, informazioni affidabili e persino interazioni sociali di base è stato compromesso, portando a un aumento documentato di isolamento e vulnerabilità psicosociale (Xie *et al.*, 2020).

Pertanto, il futuro pandescente si discosta radicalmente sia dalla temporalità lineare e progressiva della modernità industriale, che presupponeva un avanzamento ininterrotto verso il benessere, sia dal carattere anticipatorio del rischio delineato dalla sociologia contemporanea (Beck, 1992; Giddens, 1999). In quest'ultimo, il futuro è proiettato come un insieme di scenari negativi da mitigare attraverso governance preventive, invece nel futuro pandescente la crisi non è più un rischio esterno da anticipare, ma una componente intrinseca e normalizzata della vita sociale, che richiede un adattamento sistemico. La *preparedness tecnologica*, in questa ottica, cessa di essere orientata a eventi contingenti e isolati per configurarsi come infrastruttura cognitiva e relazionale permanente, incorporata nei sistemi sanitari e educativi.

I risultati emersi dallo studio confermano come i senior abbiano vissuto la crisi con una duplice esclusione – sanitaria e digitale – aggravata dall'infodemia, dalla solitudine e dall'assenza di competenze minime per orientarsi tra SPID, Fascicolo Sanitario Elettronico, piattaforme vaccinali e sistemi di prenotazione telematica. L'insieme di pratiche digitali essenziali nella gestione della salute in epoca pandemica risultava marginale, episodico o esternalizzato al capitale sociale e relazionale. Tali evidenze empiriche

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

mostrano come l'esclusione digitale funzioni da amplificatore delle disuguaglianze sanitarie (Shi *et al.*, 2024; Seifert *et al.*, 2021), confermando che la fragilità tecnologica si traduce direttamente in fragilità sanitaria. Il corso di alfabetizzazione digitale e sanitaria ha in parte colmato i vuoti informativi sulla salute e le competenze digitali degli anziani partecipanti, evitando di porsi come intervento correttivo e assumendo forma di *preparedness* per anticipare a livello sistemico gli esiti e il *coping* di crisi future ricorrenti.

Tale prospettiva implica alcune trasformazioni istituzionali prioritarie, da integrare nelle politiche pubbliche per mitigare rischi futuri, tra cui l'istituzionalizzazione di percorsi di alfabetizzazione digitale e sanitaria continuativa. Percorsi che siano integrati nei sistemi sociosanitari nazionali, senza limitarsi a soli interventi emergenziali, come già sperimentato in modelli scandinavi di *lifelong learning* per anziani (UNECE, European Commission, 2021; Nordic Council of Ministers, 2021).

In tal modo, viene ridefinito l'immaginario della crisi la cui narrazione assume si allontana da una connotazione negativa – non più minaccia, ma risorsa generativa – e il futuro diviene progetto collettivo non più temuto.

Il futuro pandescente, dunque, è un futuro già incarnato nel presente e progetto collettivo in quanto la pandemia, lungi dall'essere un evento confinato nel passato, ha sedimentato pratiche, dispositivi e linguaggi che continuano a orientare le traiettorie di salute, cittadinanza e partecipazione.

Bibliografia di riferimento

Arpino B., Pasqualini M., Bordone V., Solé-Auró A. (2021), *Older people's non-physical contacts and depression during the COVID-19 lockdown*, «The Gerontologist», 61, pp. 176-186. DOI: 10.1093/geront/gnaa144.

Beck U. (1992), *Risk society: Towards a new modernity*, Sage (Trad. it.: *La società del rischio: verso una seconda modernità*, Carocci, Roma.

Cascini F., Causio F.A., Melnyk A. (2024), *Monitoring the digital healthcare transition in Italy: Initiatives, metrics and feedback from Primary Care Physicians*, «Eur J Public Health», 28, ckae144.074. DOI: 10.1093/eurpub/ckae144.074.

Choukou M.A., Sanchez-Ramirez D.C., Pol M., Uddin M., Monnin C., Syed-Abdul S. (2022), *COVID-19 infodemic and digital health literacy in vulnerable populations: A scoping review*, «Digit Health», 8, 20552076221076927. DOI: 10.1177/20552076221076927.

Esposito M., Petroccia S. (2025a), *Decoding post-pandemic social interactions in Italy: insights from qualitative analysis*, «Análise Social», V, 60: 255. DOI: 10.31447/35363.

Esposito M., Petroccia S. (2025b), *Divario digitale e alfabetizzazione sanitaria negli anziani: pratiche, immaginari e strategie di inclusion*, «Salute e Società», 24, pp. 1-17. DOI: 10.3280/ses2025-oa19540.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Esposito M., Petroccia S. (2025c), *Invecchiamento, alfabetizzazione sanitaria e competenze digitali attraverso le Pandemie*, «Rivista Trimestrale di Scienza dell'amministrazione», 1. DOI: 10.32049/RTSA.2025.1.09.
Galkin K.A. (2021), *Social exclusion of older people in rural areas during the COVID-19 pandemic in the Republic of Karelia*, «Vestnik Instituta Sotziologii», 12, pp. 193-210. DOI: 10.19181/vis.2021.12.4.760.
Gallistl V., Richter L., Heidinger T., Schütz T., Rohner R., Hengl L., Kolland F. (2022), *Precarious ageing in a global pandemic – older adults' experiences of being at risk due to covid-19*, «Ageing and Society», 44, pp. 991-1009. DOI: 10.1017/s0144686x22000381.
Giddens A. (1999), *Runaway world: How globalization is reshaping our lives*, Profile Books, London.
Glaser B., Strauss A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Sociology Press, Mill Valley, CA.
Grigorieva N.S. Chubarova T. (2022), *Impact of restrictive policies on lives of the elderly: lessons of the covid-19 pandemic*, «Population and Economics», 6, pp. 146-161. DOI: 10.3897/popecon.6.e90298.
Hwang T.J., Rabheru K., Peisah C., Reichman W., Ikeda M. (2020), *Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic*, «Int Psychogeriatr.», 10: pp. 1217-1220. DOI: 10.1017/S1041610220000988.
Kalediene R., Kaseliene S., Sauliune S., Mesceriakova O., Zutautiene R., Kalibatas V. (2024), *Inequalities in access to healthcare for older adults during COVID-19 pandemics in Lithuania*, «Eur J Public Healt», 34, 144.1240. DOI: 10.1093/eurpub/ckae144.1240.
Luhmann N. (1976), *The future cannot begin: Temporal structures in modern society*, «Social Research», 43(1): 130-152.
Luhmann N. (1995), *Social systems*, Stanford University Press (Trad. it.: *Sistemi sociali: fondamenti di una teoria generale*, il Mulino, 1990).
Maturo A. (2024), *Il primo libro di sociologia della salute*, Einaudi, Torino.
Mauri M., Elli T., Caviglia G., Uboldi G., Azzi M. (2017), *RAWGraphs: A visualisation platform to create open outputs*, «Proceedings of the 12th Biannual Conference on Italian SIGCHI Chapter (CHItaly '17)», ACM Press, New York. DOI: 10.1145/3125571.3125585
Milan R.A., Sagehorn M.A.P., Perera R., Bowman G.I., Finlay J. (2025), *"It just isn't the same": altered routines among older Americans three years after the COVID-19 pandemic onset*, «Front. Public Health», 13, 1573302. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1573302.
Niero M. (2009), *Il mix tra qualità e quantità nella ricerca sociale. Lo studio dei casi e altre proposte applicative*, QuiEdit, Verona.
Nordic Council of Ministers (2021), *Nordic welfare states and lifelong learning: A comparative perspective*, Nordic Council of Ministers.
Paakkari L., Okan O. (2020), *COVID-19: health literacy is an underestimated problem*, «The Lancet Public Health», 5, pp. e249-e250. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
Piccolo C., Setti I., Argentero P. (2024), *Pandemia e invecchiamento: trasformazioni digitali e disuguaglianze nella terza età,* «Psicologia della Salute», 1, pp. 23-41. DOI: 10.3280/PDS2024-001002.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Pickering J., O'Dea E., Wister A., Chaudhury H. (2023), *Social isolation and loneliness among older adults living in rural areas during the COVID-19 pandemic: a scoping review*, «BMC Geriatrics», 23, 511. DOI: 10.1186/s12877-023-04196-3.
Poli S. (2021), *Anziani in lockdown: tra fragilità, vulnerabilità e resilienza*, «Societàmutamentopolitica», 12, pp. 163-180. DOI: 10.36253/smp-13234.
Seifert A., Cotten S.R., Xie B. (2021), *A Double Burden of Exclusion? Digital and Social Exclusion of Older Adults in Times of COVID-19*, «J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.», 76, pp. e99-e103. DOI: 10.1093/geronb/gbaa098.
Shi Z., Du X., Li J., Hou R., Sun J., Marohabutr T. (2024), *Factors influencing digital health literacy among older adults: A scoping review*, «Frontiers in Public Health», 12, 1447747. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1447747.
Sieck C.J., Sheon A., Ancker J.S., Castek J., Callahan B., Siefer A. (2021), *Digital inclusion as a social determinant of health*, «NPJ Digital Medicine», 4, 52. DOI: 10.1038/s41746-021-00413-8.
United Nations Economic Commission for Europe (UNECE), European Commission. (2021), *Active Ageing Index 2020: Analytical Report*, UNECE.
Valla L., Rossi M., Gaia A., Guaita A., Rolandi E. (2025), *The Impact of the COVID-19 Pandemic on Oldest-Old Social Capital and Health and the Role of Digital Inequalities: Longitudinal Cohort Study*, «J Med Internet Res», 27, e62824. DOI: 10.2196/62824.
Van Jaarsveld M.G. (2020), *The effects of COVID-19 among the elderly population: A case for closing the digital divide*, «Frontiers in Public Health», 8, 577427. DOI: 10.3389/fpubh.2020.577427
van Kessel R., Wong B.L.H., Clemens T., Brand H. (2022), *Digital health literacy as a super determinant of health: more than simply the sum of its parts*, « Internet Interventions», 27, 100500. DOI: 10.1016/j.invent.2022.100500.
VERBI Software (2024), MAXQDA (Versione 24) https://www.maxqda.com
WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, World Health Organization, Geneva.
WHO (2025), *Ageing and health*, World Health Organization, Ginevra.
WHO Regional Office for Europe (2023), *The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
WHO Regional Office for Europe (2024), *Exploring the digital health landscape in the WHO European Region: digital health country profiles*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
Xie B., Charness N., Fingerman K., Kaye J., Kim M.T., Khurshid A. (2020), *When going digital becomes a necessity: Ensuring older adults are ready for telehealth and e-health services during the COVID-19 pandemic*, «Journal of Aging & Social Policy», 32, pp. 460-470. DOI: 10.1080/08959420.2020.1780062
Xie L., Zhang S., Xin M., Zhu M., Lu W., Mo P.K. (2022), *Electronic health literacy and health-related outcomes among older adults: A systematic review*, «Prev Med.», 157,106997. DOI: 10.1016/j.ypmed.2022.106997.
Xu W., Li Q., Ma J., Wang J., Xu Q., Wu X., Dong Y., Zhang M., Mao F. (2025), *Health emergency preparedness behavior and its influencing factors among el-*

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

derly people in the community of Qiqihar, «Geriatric Nursing», 61, pp. 203-209. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2024.10.057.
Zhao Y., Sánchez-Gómez M.C., Pinto-Llorente A.M., Sánchez Prieto R. (2025), *Adapting to crisis and unveiling the digital shift: a systematic literature review of digital competence in education related to COVID-19*, «Front. Educ.», 10, 1541475. DOI: 10.3389/feduc.2025.1541475.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Linguaggi, fiducia e mediazione intergenerazionale nella salute digitale degli anziani

di *Sara Petroccia*

Nella configurazione che abbiamo definito *pandescente*[1], la crisi cessa di essere un'anomalia da contenere e si configura come una dimensione strutturale e ricorrente dell'esperienza sociale. La società contemporanea, come mostrano Beck (1992) e Giddens (1999), è attraversata da una dinamica permanente di negoziazione tra rischio e fiducia, in cui l'incertezza generata dai sistemi complessi convive con la necessità di costruire orizzonti di prevedibilità e significato condiviso. In questa cornice teorica, la crisi pandemica diventa un dispositivo analitico rivelatore della tenuta, dei limiti e delle trasformazioni delle infrastrutture comunicative proprie della società del rischio (Beck, 1992). Essa ha reso evidente come la mediazione simbolica non sia un elemento accessorio dei processi sociali, ma costituisca una componente essenziale della coesione, dell'azione coordinata e della capacità collettiva di attribuire senso a scenari caratterizzati da volatilità e instabilità. La comunicazione non è solo un canale, ma una pratica di costruzione del reale (Esposito, 2022): traduce la contingenza in ordine narrativo e consente al sistema di mantenere continuità simbolica nel mutamento. Come sostiene Habermas (1981), la razionalità comunicativa è ciò che preserva il mondo della vita dall'invasione sistemica della tecnica, mentre per Luhmann (1995) la comunicazione è il medium attraverso cui il sistema sociale si autopoietizza, rigenerando i propri confini semantici.

In linea con i rapporti recenti sull'evoluzione della salute digitale nella Regione Europea dell'OMS – che evidenziano la transizione verso sistemi sanitari sempre più digitalizzati, con sfide persistenti in termini di accesso e inclusione per le popolazioni vulnerabili come gli over 65 (WHO Regional Office for Europe, 2023; 2024) – questa riflessione è sostenuta da un impianto di ricerca che ha indagato l'interazione tra alfabetizzazione sanitaria e competenze digitali nella fase successiva alla pandemia. Considerando i dati europei sull'invecchiamento e le statistiche su salute e disabilità (Euro-

[1] Cfr. cap. 3.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

stat, 2020), nonché il quadro globale sull'invecchiamento attivo proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2002), la ricerca ha combinato un'indagine quantitativa su 1.040 over 65 residenti in Lazio e Veneto con un corpus qualitativo di 32 interviste in profondità e nove laboratori intergenerazionali. Tale disegno metodologico, di natura qualitativo-quantitativa, consente di esplorare la relazione tra pratiche comunicative, fiducia e salute digitale, collocandola entro la cornice della modernità riflessiva (Beck, 1992; Giddens, 1990) e della teoria dei sistemi sociali (Luhmann, 1995). In questa prospettiva, la fiducia non è un tratto psicologico, ma un *meccanismo sistemico di riduzione della complessità* (Luhmann, 1976), una risorsa cognitiva che consente di agire in ambienti incerti. La pandemia, accelerando la digitalizzazione dei servizi, ha reso visibile quanto la comprensibilità linguistica sia condizione della fiducia. La robustezza tecnica, se non accompagnata da traduzioni accessibili, non genera adesione, ma distanza (Paakkari, Okan, 2020).

In tal senso, la fiducia diviene una forma di mediazione comunicativa che istituisce il legame tra sistemi esperti e mondo della vita (Giddens, 1990). Essa non si limita a garantire l'affidabilità degli attori, ma costituisce una *tecnologia relazionale* che consente di agire in condizioni di incertezza. La letteratura sulla *mediated trust* (Silverstone, 1999; Lovari, 2023; Ducci *et al.*, 2023) mostra come la fiducia nelle istituzioni digitali si fondi sulla comprensibilità linguistica e sulla prevedibilità dell'interazione: non basta l'efficienza tecnica, occorre una grammatica condivisa del senso. La pandemia da Covid-19 ha accelerato questa consapevolezza, mostrando come la robustezza tecnica delle infrastrutture digitali non basti a garantirne l'efficacia sociale (Esposito, 2022).

Laddove le interfacce, i messaggi e le istruzioni non riescono a tradurre le procedure in linguaggi accessibili, la distanza tra istituzioni e cittadini si allarga, generando nuove forme di esclusione. Seguendo la prospettiva sistemica di Luhmann (1995), si può affermare che la comunicazione funge da meccanismo di riduzione della complessità: essa trasforma l'improbabile in possibile, l'incerto in prevedibile. Tuttavia, quando i codici comunicativi non coincidono con quelli del mondo della vita (Habermas,1981), il sistema si chiude in sé stesso, diventando autoreferenziale e opaco.

Nel caso dei servizi digitali pubblici, e in particolare di quelli sanitari, questa chiusura si manifesta nell'impossibilità per molti cittadini di interpretare il linguaggio delle piattaforme. Come emerso dalle interviste condotte nel quadro del progetto PRIN PNRR *Ageing, Health Literacy and Di-*

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

gital Skills through the Pandemics[2], gli anziani non incontrano soltanto ostacoli tecnici, ma soprattutto barriere semantiche.

> Durante il periodo del lockdown molti di loro vivevano un senso di isolamento e impotenza perché non riuscivano a fare cose che prima erano routine: prenotare una visita, contattare il medico, parlare con i familiari. Il problema non era l'età, ma il fatto di non sapere da dove cominciare. (DA_01)

Questa testimonianza evidenzia come l'esperienza del fallimento comunicativo non sia individuale, ma sistemica: la complessità non viene mediata e la persona sperimenta la propria difficoltà come colpa personale. Un partecipante sintetizza bene il vissuto: «L'applicazione ti diceva solo errore. Ma quale errore? Così chiudevo tutto e chiamavo mio figlio» (S_08). In questo caso la comunicazione non assolve la funzione luhmanniana di riduzione dell'incertezza, ma la amplifica, redistribuendo i costi cognitivi in modo diseguale.

I dati quantitativi confermano tale evidenza. Nell'*Indagine quantitativa* condotta su 1.040 over 65 in Lazio e Veneto (primavera 2025), il 71% del campione ha dichiarato di aver bisogno di supporto in almeno una delle tredici attività digitali esplorate, e nel 72% dei casi tale aiuto proviene dai familiari (Cfr. *Indagine quantitativa*, tabb. 4-5). L'autovalutazione media delle competenze digitali si attesta a 4,9/10, con una differenza di genere significativa (4,6 donne; 5,3 uomini). L'età, da sola, non spiega la disuguaglianza, che si manifesta piuttosto come prodotto dell'interazione fra capitale culturale, fiducia e accessibilità semantica.

Nel linguaggio degli intervistati, la barriera non è la macchina, ma la mancanza di orientamento. «Io leggo, ma non capisco dove devo cliccare. Le parole sono strane, come se non fossero per me» (S_05). La *competenza digitale*, dunque, non è una proprietà individuale, ma il risultato di un contesto che rende i gesti intelligibili. Qui si comprende la portata della definizione di "alfabetizzazione sanitaria e digitale" proposta da Nutbeam (2000),

[2] Dal punto di vista metodologico, il progetto PRIN ha adottato un disegno misto articolato in una fase quantitativa e una qualitativa, integrate attraverso un approccio sequenziale esplicativo. L'indagine quantitativa, condotta tramite metodologia CATI/CAWI su un campione rappresentativo di 1.040 over 65 residenti in Lazio e Veneto, ha permesso di mappare le pratiche digitali, le competenze percepite e le strategie di accesso ai servizi sociosanitari. Alla componente quantitativa si è affiancato un corpus qualitativo composto da 32 interviste in profondità, selezionate secondo criteri di eterogeneità socio-biografica e finalizzate a esplorare vissuti, ostacoli e opportunità nei percorsi di alfabetizzazione digitale. Un ulteriore elemento del disegno di ricerca è stato il coinvolgimento di *senior* (S) e *digital animators* (DA): i primi, anziani partecipanti che hanno svolto funzioni di facilitazione tra pari; i secondi, studenti universitari formati alla mediazione intergenerazionale. Tale dispositivo formativo ha consentito di osservare dinamiche di apprendimento distribuito, reciprocità e costruzione di fiducia come condizioni abilitanti dell'accesso digitale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

secondo cui la *literacy* non consiste nella mera acquisizione di abilità, ma nella capacità di negoziare significati, partecipare e prendere decisioni informate.

L'esperienza pandemica ha trasformato lo smartphone in oggetto di frontiera, uno spazio in cui si intrecciano domini eterogenei: cura, relazione, amministrazione. «Il mondo era letteralmente chiuso», ricorda un'animatrice, «e molti anziani si sono trovati a dover convivere con un nuovo strumento per tutto: dal medico alle spese, dai vaccini alle chiamate» (DA_04). Ma l'adozione non coincide con l'appropriazione: il dispositivo diventa strumento di inclusione solo se accompagnato da una narrazione d'uso capace di collegare la funzione a un fine esistenziale.

Un'anziana racconta: «Ho voluto imparare perché volevo riallacciare i rapporti con alcune persone del passato, amici d'infanzia… con la tecnologia si può fare, ma devi capirla un po'» (S_09). La motivazione biografica – come osservano Lovari (2023) e Righetti (2021) nei loro studi sulla comunicazione della salute – costituisce la leva principale dell'apprendimento in età avanzata: si impara ciò che entra in risonanza con un bisogno di relazione, sicurezza o cura (Locatelli *et al.*, 2024).

La mancanza di linguaggi accessibili trasforma l'errore in stigma. «L'app Immuni l'ho installata, ma non è mai stata usata. Eppure poteva essere utile» (S_01). L'assenza di una cornice esplicativa – tempi, limiti, procedure, canali d'aiuto – rende l'artefatto muto, e la *muteness* dell'interfaccia produce dipendenza: «Per qualsiasi cosa dovevo chiamare i miei figli» (S_08).

Seguendo la prospettiva di Silverstone (1999), si può dire che la tecnologia, quando fallisce nel mediare i significati, infrange l'economia morale della fiducia: il sistema smette di rispondere e l'utente smette di aver fiducia.

1. Ecologie d'uso e motivazioni biografiche

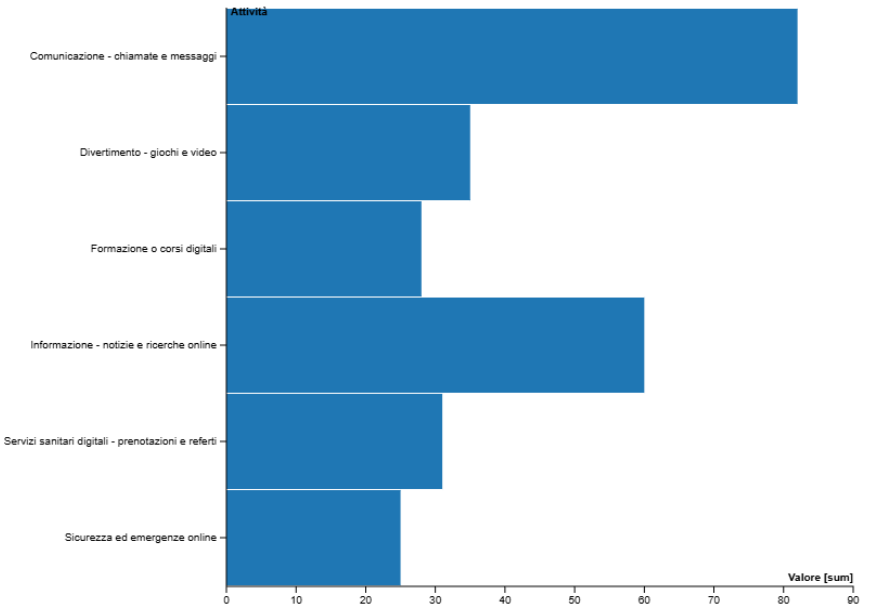
L'analisi dei questionari restituisce un quadro complesso delle pratiche digitali degli anziani, configurando una vera e propria *ecologia d'uso* in cui dimensioni affettive, relazionali e cognitive si intrecciano nella costruzione di significati condivisi. Come mostra la fig. 1, la distribuzione delle attività digitali dichiarate dagli over 65 rivela una gerarchia di funzioni che non può essere interpretata in termini meramente quantitativi, ma come riflesso della struttura simbolica attraverso cui la tecnologia viene incorporata nella vita quotidiana.

La comunicazione interpersonale – telefonate, messaggi e videochiamate – risulta nettamente prevalente, con una diffusione prossima all'universalità (oltre l'80% del campione). Seguono l'informazione online (circa il 60%), le attività di intrattenimento e svago (40%), la formazione

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

digitale e i servizi sanitari (entrambe intorno al 30%), mentre l'area della sicurezza e delle emergenze online appare residuale (meno del 25%).

Fig. 1 – Distribuzione delle attività digitali dichiarate dagli over 65



Fonte: elaborazione propria su dati dell'indagine qualitativa, visualizzazione realizzata con MAXQDA (Versione 24).

Le differenze nella distribuzione delle attività digitali si articolano ulteriormente secondo genere, età e titolo di studio. Le donne mostrano un orientamento più relazionale e riflessivo, radicato nella sfera della cura e del mantenimento dei legami familiari, mentre gli uomini tendono a un approccio più strumentale e informativo. Tali differenze, già documentate da Lovari e Ducci (2022) e Shade (2018), non riflettono una gerarchia di competenze, ma diverse economie simboliche della fiducia.

L'età interviene come moderatore più che come causa: i soggetti 65-70 anni dichiarano un'autovalutazione media di competenza digitale di 5,2/10, contro 4,4 tra gli over 75; ma la distanza si riduce in presenza di reti relazionali dense, confermando il peso della *social embeddedness* nell'apprendimento tecnologico. Anche il capitale culturale mostra un effetto significativo: tra i possessori di titolo alto, l'autoefficacia media raggiunge 5,8/10, contro 4,5 tra i titoli bassi (cfr. Indagine quantitativa, tabb. 6-7). Questi dati suggeriscono che la *literacy digitale* è un prodotto relazionale della comunicazione più che una compe-

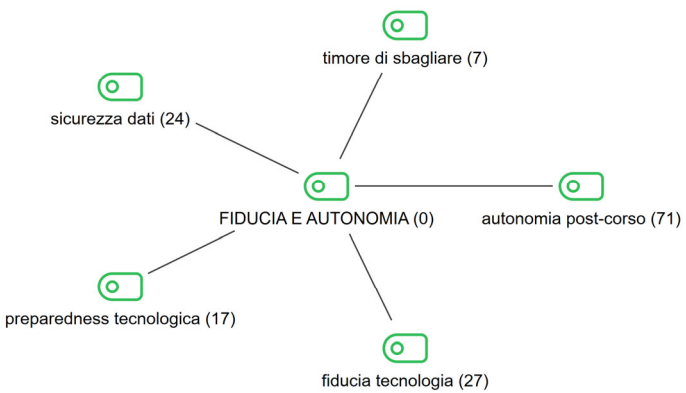
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

tenza individuale. La tecnologia diventa accessibile solo entro ambienti in cui i linguaggi istituzionali vengono tradotti in grammatiche ordinarie.

Questa graduatoria non segnala soltanto differenze di abilità, ma la topografia di un rapporto fiduciario. Laddove la tecnologia si lega a spazi di reciprocità – l'ambito familiare e affettivo – essa diviene accessibile; laddove si traduce in linguaggi istituzionali, burocratici o impersonali, tende a generare distanza e disorientamento. Come afferma una partecipante: «ho imparato a usare il telefono per sentire i miei figli, non per diventare brava con il telefono» (S_07). La relazione precede la competenza, e l'apprendimento tecnologico si costruisce come estensione dell'interazione umana.

Sul versante qualitativo, il nodo dell'apprendimento motivato emerge con chiarezza. La codifica ha isolato un'area tematica *Apprendimento e motivazione* articolata in subcodici che rinviano al desiderio di imparare, all'interesse per la tecnologia, alla volontà di approfondire e alla difficoltà di memorizzare le procedure (fig. 2).

Fig. 2 – Modello codice-subcodici "Apprendimento e motivazione". Rete gerarchica dei subcodici emersi dall'analisi qualitativa (imparare, interesse per la tecnologia, approfondire, memorizzare)



Fonte: elaborazione propria su dati dell'indagine qualitativa, visualizzazione realizzata con MAXQDA (Versione 24)

In questa prospettiva, l'uso comunicativo della tecnologia può essere letto come manifestazione di quella razionalità comunicativa che, seguendo Habermas (1981), fonda la possibilità di comprensione reciproca all'interno del mondo della vita. Gli anziani non adottano il digitale per sostituire la relazione, ma per mantenerla in un nuovo regime mediale, in cui la prossimità

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

si fa mediata ma non per questo meno significativa. La tecnologia diventa, per riprendere la nozione di Silverstone (1999), un dispositivo *domesticated*: integrato nella sfera familiare, addomesticato attraverso la pratica, e reso "abitabile" grazie alla continuità semantica con l'esperienza ordinaria.

Tale processo non è omogeneo. Le differenze di genere e di capitale culturale operano come dispositivi di mediazione dell'accesso. Le donne tendono a collocare l'uso tecnologico all'interno della sfera relazionale e di cura, sviluppando competenze tacite legate alla gestione affettiva della comunicazione; gli uomini mostrano una propensione maggiore verso funzioni strumentali e informative. Questa distinzione, già rilevata da Lovari (2023) nei contesti di comunicazione sanitaria, non traduce una gerarchia di abilità, ma una diversa economia simbolica della fiducia. Analogamente, la densità delle reti di sostegno – familiari, associative, territoriali – costituisce una risorsa cognitiva: la competenza digitale emerge laddove la relazione si fa ambiente di traduzione.

La prevalenza di usi comunicativi segnala dunque un orientamento pragmatico alla fiducia, più che alla performance. Come già osservato da Giddens (1990), la fiducia nella modernità riflessiva si sostituisce alla conoscenza diretta: è un atto cognitivo e affettivo che consente di agire in contesti complessi. Nel digitale, la fiducia non riguarda solo la sicurezza tecnica, ma la prevedibilità dei linguaggi. La comprensibilità del messaggio, la coerenza tra comando e risultato, la possibilità di errore riparabile – tutti questi elementi contribuiscono alla stabilità della relazione con il mezzo.

Al contrario, nei domini in cui la mediazione relazionale è assente – come i portali sanitari o i sistemi amministrativi – si registra una netta contrazione dell'uso. Soltanto un terzo del campione dichiara di accedere autonomamente ai servizi sanitari online, e la maggior parte lo fa con l'aiuto di figli o nipoti. In questi casi, l'ostacolo non è di natura tecnica, ma semantica: il linguaggio istituzionale dei portali (sigle, codici, procedure) si presenta come codice estraneo, fonte di ansia e di auto-svalutazione. L'assenza di mediazioni linguistiche e di narrazioni d'uso condivise produce una forma di esclusione simbolica, in linea con quanto Bourdieu (1982) definisce *violenza simbolica*: la subordinazione di chi non possiede i codici legittimi della comunicazione.

Analogo fenomeno si osserva nell'area della sicurezza informativa, dove la fiducia cognitiva si ritrae verso le reti primarie e la mediazione interpersonale torna a prevalere. Le fonti credibili restano prevalentemente interpersonali (familiari, medici, televisioni generaliste), mentre i canali digitali istituzionali appaiono distanti o impersonali. Tale asimmetria suggerisce che la *health literacy* (Nutbeam, 2000) non consiste soltanto nella capacità di reperire informazioni, ma nel poter attribuire loro un significato attendibile entro un quadro di fiducia.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

I dati quantitativi evidenziano inoltre la natura eminentemente relazionale della competenza: la percezione di autoefficacia cresce in modo proporzionale all'esposizione a contesti di apprendimento intergenerazionale, nei quali la comunicazione opera come dispositivo comunicativo orientato alla co-elaborazione dei saperi, in linea con una concezione luhmanniana della comunicazione come processo autopoietico di costruzione del senso. In tali interazioni, infatti, non è il trasferimento lineare dell'informazione a generare apprendimento, bensì la capacità dei sistemi di produrre selezioni condivise che riducono complessità e rendono trattabili le difficoltà operative. Come mostrano le testimonianze, la disponibilità di un supporto paziente e non giudicante ("rifacciamolo insieme") trasforma l'errore da fallimento a passaggio cognitivo. In tali contesti si attiva quella che il progetto ha definito *spora digitale*[3]: una memoria situata dell'azione che si riattiva attraverso routine minime e successi progressivi.

La lettura congiunta dei dati quantitativi e qualitativi consente dunque di interpretare la transizione digitale non come un processo di apprendimento lineare, ma come un processo di traduzione sociale (Esposito, 2022). Gli anziani selezionano, all'interno dell'offerta tecnologica, ciò che può essere ricondotto ai propri repertori simbolici; adottano solo le funzioni che riescono a collocare entro schemi di senso stabili. L'uso non è mai neutro, ma sempre orientato da una negoziazione fra codici individuali e istituzionali.

Da questa prospettiva, la tecnologia appare come un campo comunicativo in cui si intrecciano fiducia, linguaggio e biografia. Ogni atto d'uso costituisce un esercizio di cittadinanza comunicativa: scrivere un messaggio, condividere una foto, prenotare una visita, significano attraversare un confine simbolico e riappropriarsi di una quota di autonomia. La frequenza con cui tali gesti vengono ripetuti misura, più che la competenza tecnica, la profondità del legame fiduciario tra soggetto e sistema.

È su questo terreno di fiducia linguistica e relazionale che, come vedremo, la *spora digitale* trova le condizioni per germinare e consolidarsi.

La fig. 1 rende visibile questa dinamica, disegnando un paesaggio di pratiche in cui la comunicazione costituisce il nucleo generativo dell'intero ecosistema digitale. Laddove il linguaggio è accessibile e la procedura pre-

[3] Il concetto di *spora digitale*, elaborato dall'autrice insieme a Esposito e Balestrieri e sviluppato più compiutamente nell'articolo *Comunicazione generativa e alfabetizzazione digitale in età avanzata. Percorsi intergenerazionali di apprendimento, agency e inclusione oltre il grey digital divide*, attualmente in corso di pubblicazione, descrive una forma di competenza tecnologica latente e intermittente tipica dell'alfabetizzazione digitale in età avanzata. La metafora rimanda a competenze che non si manifestano in modo stabile, ma che possono "germinare" solo in presenza di condizioni abilitanti favorevoli – ambienti accessibili, supporto relazionale, continuità di pratica e riconoscimento sociale. Essa consente di superare la lettura binaria inclusi/esclusi, interpretando l'inclusione digitale come processo situato, soggetto a riattivazioni, regressioni e dipendenze contestuali.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

vedibile, la tecnologia diventa abitabile; laddove la traduzione fallisce, si produce chiusura e dipendenza. In questo senso, la distribuzione delle attività digitali rappresenta una mappa dell'*equità comunicativa*: misura la capacità delle istituzioni di trasformare l'innovazione tecnologica in bene condiviso.

2. Fiducia, riparabilità e "spora digitale"

La fiducia costituisce la condizione emotiva e cognitiva dell'azione in contesti di rischio. Nella modernità riflessiva la fiducia sostituisce la conoscenza diretta con la previsione dell'affidabilità dei sistemi. In ambito digitale, la fiducia non è un tratto psicologico, ma una funzione strutturale della comunicazione: emerge quando il cittadino può anticipare cosa accadrà, quanto dovrà attendere, a chi potrà rivolgersi.

Una senior spiega: «Affronterei una nuova emergenza con più tranquillità, non perché sono diventata brava, ma perché ora so a chi potermi rivolgere e come» (S_04). L'oggetto della fiducia non è sé stessi, ma l'istituzione che risponde. Quando i tempi e i canali dell'aiuto sono visibili, la fiducia cresce; quando sono opachi, si ritrae.

Nella prospettiva sistemica luhmanniana (1995), la fiducia non è una qualità morale ma una riduzione operativa della complessità: essa permette di agire senza conoscere ogni dettaglio del sistema. Quando questa riduzione viene meno – come accade nei servizi digitali che mutano improvvisamente linguaggio o interfaccia – la spora digitale si inaridisce. Alcuni partecipanti descrivono questo sentimento di regressione e la fiducia, in tal senso, è reversibile: si accumula attraverso successi minimi, ma si dissolve al primo fallimento interpretativo.

Nei laboratori intergenerazionali la fiducia è stata costruita attraverso una pedagogia della riparabilità. «Non mi facevano sentire sbagliata, mi dicevano: "ok, rifacciamolo insieme"» (S_03). L'errore, così gestito, diventa momento cognitivo e non fallimento. È questo contesto che ha permesso l'attivazione di ciò che il progetto definisce spora digitale: una disposizione latente all'uso consapevole, che germina quando incontra un ambiente relazionale e comunicativo favorevole.

La spora digitale non è conoscenza memorizzata, ma memoria situata: un sapere d'azione che si riattiva grazie a routine minime e successi progressivi. «Prima scrivevo tutto su un quaderno, poi mi hanno insegnato a usare la nota vocale. Ora la uso anche per ricordarmi le medicine» (S_04). L'apprendimento si consolida perché è ancorato a un obiettivo significativo.

Nei laboratori più riusciti, la spora germina grazie a micro-successi ripetuti, che generano fiducia e autostima. Un animatore digitale racconta: «Quando riescono a inviare una foto o a condividere la posizione, cambia

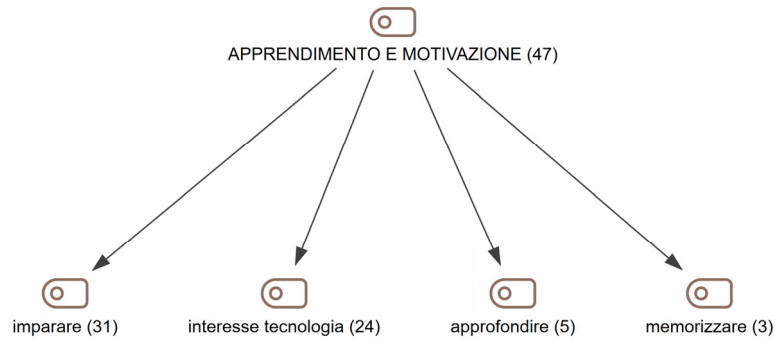
Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

tutto: li vedi che sorridono, come se avessero superato un confine» (DA_03). L'azione minima – la foto, il messaggio vocale – riorganizza l'intero rapporto con la tecnologia.

Sul piano quantitativo, la fiducia appare come variabile cruciale. I partecipanti con esperienza di supporto relazionale mostrano un'autovalutazione digitale superiore di 1,5 punti rispetto a chi opera in solitudine (cfr. *Indagine quantitativa*, tab. 5). La *preparedness* – la prontezza percepita ad affrontare nuove crisi – si attesta al 33% complessivo, ma cresce al 46% tra coloro che hanno partecipato a percorsi formativi (cfr. *Indagine quantitativa*, tabb. 9-11). Il dato conferma che la preparazione non è un attributo individuale, ma un effetto relazionale.

L'analisi qualitativa conferma questa centralità della fiducia, mostrando come essa si configuri in stretta connessione con l'autonomia post-corso, la sicurezza percepita nella gestione dei dati e il timore di sbagliare. Il modello codice-teoria *Fiducia e autonomia* sintetizza tali relazioni, evidenziando la natura sistemica di questo nucleo tematico (fig. 3).

Fig. 3 – Modello codice-teoria "Fiducia e autonomia". Connessioni tra fiducia tecnologica, sicurezza dei dati, preparedness tecnologica, timore di sbagliare e autonomia post-corso



Fonte: elaborazione propria su dati dell'indagine qualitativa, visualizzazione realizzata con MAXQDA (Versione 24)

Tuttavia, la spora digitale è fragile. «Avevo imparato a prenotare, poi hanno cambiato tutto e non sapevo più dove cliccare» (S_10). Gli aggiornamenti improvvisi e le modifiche di interfaccia cancellano il capitale fiduciario accumulato. La fiducia è reversibile: cresce lentamente, ma crolla rapidamente. Da qui la necessità di considerare la manutenzione semantica – la cura dei linguaggi e delle transizioni – come parte integrante della governance pubblica.

Comunicare gli aggiornamenti, esplicitare le ragioni dei cambiamenti, accompagnare la transizione con rappresentazioni visive del "prima e do-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

po" e garantire per un periodo definito la coesistenza tra versioni precedenti e versioni aggiornate non costituiscono semplici misure di efficienza tecnica, ma pratiche riconducibili a una più ampia equità, ma anche responsabilità comunicativa**.** Tali pratiche, infatti, tutelano la trasparenza dei processi, riducono l'asimmetria informativa e sostengono la capacità degli individui di orientarsi in ambienti digitali in trasformazione. In un ambiente caratterizzato da incertezza ordinaria, la riparabilità linguistica non è un lusso, ma un diritto. Tale principio di riparabilità richiama anche la dimensione temporale della fiducia. Come osserva Rosa (2010), la società contemporanea è segnata da una *accelerazione permanente* che riduce gli spazi di riflessione e comprensione. Nel dominio digitale, la frequenza degli aggiornamenti, la volatilità delle interfacce e la mutazione costante dei codici minano la stabilità semantica, generando una sensazione di precarietà cognitiva. La fiducia, in questo scenario, non è soltanto una forma di anticipazione (Beck, 1992), ma una competenza temporale: la capacità di rallentare, di abitare la transizione. Ogni aggiornamento rappresenta, per gli utenti meno esperti, una "prova di giustificazione" (Boltanski, Thévenot, 1991), in cui devono ridefinire il proprio rapporto con il sistema.

Da qui l'importanza di concepire la governance digitale come una *politica del ritmo* (Rosa, 2010): un equilibrio tra innovazione e stabilità che restituisca prevedibilità ai linguaggi. La manutenzione semantica, in tal senso, è anche manutenzione temporale: un modo per rendere la tecnologia socialmente abitabile.

3. Ecologie dell'accesso: dal gergo tecnico alla grammatica pubblica dei servizi

Le disuguaglianze digitali non dipendono esclusivamente dalla disponibilità di dispositivi, ma si radicano nell'asimmetria semantica che intercorre tra i linguaggi istituzionali e le competenze degli utenti. L'impiego di sigle, sinonimi non coerenti, messaggi d'errore opachi e tempi operativi non esplicitati produce processi di disorientamento e graduale disimpegno dagli ambienti digitali, secondo dinamiche ampiamente descritte dagli studi sull'usabilità e sul design centrato sull'utente (Norman, 2002; Suchman, 1987). In tali condizioni, l'interazione non fallisce per mancanza di capacità individuali, ma per l'assenza di *affordance* chiare, percorsi interpretativi trasparenti e criteri di funzionamento comprensibili, che costituiscono prerequisiti essenziali per un uso significativo e continuativo delle tecnologie. Come afferma una senior: «Ti chiede di inserire un codice ma non dice dove prenderlo. Ho rifatto tre volte la stessa cosa pensando di essere io il problema» (S_02).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Secondo Bourdieu (1982), la violenza simbolica opera proprio quando il linguaggio istituzionale diventa incomprensibile per chi non ne possiede i codici. L'accesso digitale si trasforma così in una prova di appartenenza culturale. I dati confermano questa gerarchia: tra i possessori di titolo alto solo il 14% non accede ai servizi sanitari online, contro il 58% tra i titoli bassi e il 31% tra i diplomati; tra gli over 75 quasi uno su due (48%) non utilizza servizi digitali (cfr. *Indagine quantitativa*, tab. 8).

L'equità comunicativa richiede, pertanto, una progettazione dei servizi capace di rendere gli ambienti digitali riparabili, prevedibili e coerenti nelle loro logiche di funzionamento. Come osserva Habermas (1981), la democrazia si fonda sulla reciprocità comunicativa: un cittadino che non comprende non è messo nelle condizioni di deliberare. In questa prospettiva, la semplificazione non va intesa come riduzione o banalizzazione del contenuto, bensì come una forma di rispetto epistemico, orientata a garantire l'accessibilità cognitiva dei processi decisionali e informativi. Gli estratti qualitativi mostrano che l'abbandono digitale non è riconducibile a una scarsa motivazione individuale, ma all'eccesso di ambiguità che caratterizza molti ambienti e processi digitali. Per contrastare tale forma di disuguaglianza è necessario concepire l'accesso come una vera e propria ecologia dei media, in cui la co-presenza di canali differenti – digitale, telefonico, cartaceo e territoriale – non rappresenta un segnale di inefficienza, bensì una strategia di prudenza organizzativa volta a garantire ridondanza, continuità d'uso e inclusione degli utenti con competenze eterogenee. Le *guide stampabili* non sono residui nostalgici, ma ponti cognitivi tra l'esperienza di laboratorio e la pratica domestica.

Analogamente, la presenza di numeri umani accanto ai bot o di punti di assistenza fisici (farmacie, biblioteche, sportelli comunali) rappresenta una garanzia semantica contro il fallimento dell'automazione. La ridondanza, lungi dall'essere spreco, costituisce un principio di sicurezza linguistica. Le interviste raccolte mostrano che l'abbandono digitale non è un atto di rifiuto, ma una forma di autoconservazione simbolica. Molti anziani scelgono di "ritirarsi" dai servizi online per non esporsi al rischio dell'errore. Tuttavia, tale rinuncia è spesso temporanea e viene compensata da strategie di mediazione territoriale: farmacie, biblioteche, sportelli comunali e punti di facilitazione digitale si configurano come spazi di "interfaccia umana". Qui la fiducia non viene delegata alla tecnologia, ma si ricostruisce attraverso la presenza fisica e la spiegazione personalizzata. Tali presidi rappresentano un laboratorio di *equità comunicativa*, in cui la lentezza e la ridondanza si trasformano in risorse di accessibilità. Servizi di facilitazione digitale attivati in biblioteche e farmacie, come mostrato da numerose iniziative europee (Mattern *et al.*, 2022; Pharmaceutical Group of the European Union, 2019), hanno trasformato questi luoghi in presidi relazionali dove la fiducia

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

si costruisce attraverso la presenza fisica e la ripetizione condivisa del gesto tecnico.

La dimensione territoriale appare quindi decisiva: farmacie, biblioteche e sportelli comunali operano come "traduttori umani" tra linguaggi istituzionali e linguaggi di vita quotidiana. La loro efficacia non dipende dal livello di digitalizzazione, ma dalla capacità di fornire un contesto di *mediazione narrativa*. Questi luoghi si configurano come laboratori orientati all'equità comunicativa**,** nei quali la tecnologia è integrata da pratiche di accompagnamento, spiegazione e temporalità distesa, condizioni necessarie affinché i processi di comprensione possano effettivamente realizzarsi.

Il modello intergenerazionale offre, in questo senso, una rilevante lezione metodologica. L'animatore digitale non si limita a trasferire nozioni, ma contribuisce a costruire un contesto di senso entro cui l'apprendimento può svilupparsi. Ciò avviene perché, nei processi formativi in età avanzata, la comprensione delle logiche sottese alle pratiche digitali precede e rende possibile l'esecuzione tecnica, configurandosi come condizione preliminare per l'acquisizione di autonomia e padronanza operativa. L'azione comunicativa si configura quindi come atto di cura: legittima la lentezza, anticipa l'incertezza, rende la procedura trasparente. Come suggerisce Esposito (2022), la tecnologia diventa civile solo quando è capace di ospitare la differenza senza neutralizzarla.

4. Comunicazione come pratica cura: mediazione, reciprocità e legittimazione democratica

Se si guarda oltre la contingenza pandemica, la comunicazione emerge come pratica di cura e fondamento della democrazia tecnologica. Essa non serve a persuadere, ma a rendere abitabile l'innovazione. In un tempo in cui la crisi è condizione ordinaria, la cura dei linguaggi, dei luoghi e dei tempi è ciò che permette di mantenere la coesione sociale.

L'anziano che dichiara di sentirsi «più tranquillo» nell'affrontare una nuova emergenza perché «ora sa a chi rivolgersi e come» (S_04) ha interiorizzato una forma di fiducia istituzionale: la consapevolezza che l'aiuto esiste e che l'errore non è colpa. L'apprendimento intergenerazionale diventa allora laboratorio di cittadinanza: «Non eravamo insegnanti, ma accompagnatori», spiega un'animatrice (DA_02).

La comunicazione, in questa prospettiva, è cura dei linguaggi (manutenzione semantica) e cura dei luoghi (presidi territoriali). Dichiarare i tempi, proteggere la stabilità lessicale, predisporre guide visuali, garantire orari di risposta noti: tutto ciò costituisce una forma di *infrastruttura morale*. Le farmacie, le biblioteche, gli sportelli comunali diventano estensioni fisiche dell'infrastruttura digitale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

La *preparedness* – intesa come capacità di convivere con l'incertezza – dipende da questa ecologia comunicativa dove la lentezza comunicativa non è inefficienza ma forma di cura istituzionale. Dichiarare i tempi, garantire risposte graduali e mantenere coesistenza fra canali diversi costituisce un atto politico: riconoscere che la fiducia richiede tempo. Come osserva Beck (1992), le società del rischio vivono di anticipazioni; ma senza spazi di decantazione linguistica, l'anticipazione degenera in ansia. La lentezza, allora, si configura come principio di giustizia, un ritmo che permette la comprensione reciproca e l'inclusione semantica. La comunicazione, da funzione accessoria, diventa così una forma di welfare relazionale – una politica della presenza, prima ancora che dell'informazione. In questa prospettiva, la comunicazione può essere intesa come una forma di *welfare cognitivo* (Miconi, 2022): un'infrastruttura di senso che garantisce continuità simbolica tra cittadini e istituzioni. La cura linguistica, la stabilità dei codici e la prevedibilità delle procedure costituiscono elementi essenziali della fiducia pubblica, al pari delle infrastrutture materiali. Come evidenzia Fricker (2007), riconoscere il diritto alla comprensione significa contrastare le forme di ingiustizia epistemica, vale a dire le disuguaglianze che limitano l'accesso al sapere legittimato e alle condizioni per la sua appropriazione. In questa prospettiva, la democrazia digitale non richiede soltanto infrastrutture tecnologiche aperte, ma anche linguaggi ospitali, capaci di ridurre l'opacità semantica e di sostenere la partecipazione informata degli utenti. Un ecosistema comunicativo inclusivo è tale nella misura in cui riconosce la vulnerabilità come componente strutturale dell'interazione e la traduce in competenza situata, attraverso pratiche di accompagnamento, trasparenza e riconoscibilità dei percorsi di azione. Laddove le forme di supporto sono esplicite e accessibili, cresce la fiducia nelle tecnologie e nelle istituzioni; al contrario, quando tali forme risultano invisibili o implicite, si amplificano l'incertezza e l'ansia operativa. In questo senso, concepire la comunicazione come pratica di cura consente di trasformare la paura in capacità di previsione e la vulnerabilità in risorsa cognitiva, favorendo processi di apprendimento che si radicano nelle esperienze concrete degli utenti e nelle condizioni reali della loro agency digitale.

Sul piano simbolico, è necessario superare la retorica della "prontezza individuale". La colpevolizzazione dell'utente ritenuto inadeguato – attraverso formule quali "mettersi al passo" o "aggiornarsi" – produce processi di svalutazione personale e progressivo disimpegno. Una narrazione alternativa, che assuma l'accessibilità come diritto e la semplicità come standard progettuale, contribuisce invece a generare climi morali favorevoli all'apprendimento e alla partecipazione. In tali contesti, la lentezza si configura come una forma di rispetto cognitivo e relazionale, mentre la ripetizione diventa un vero e proprio atto di cura, poiché consente di consolidare

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

le competenze e di sostenere la fiducia degli utenti nei loro percorsi di familiarizzazione con l'ambiente digitale.

Come osserva un'animatrice: «Non possiamo più scappare da questa cosa. La tecnologia deve imparare a parlare la lingua delle persone, non il contrario» (DA_06). Nella configurazione pandescente**,** la qualità democratica delle istituzioni si misura nella cura con cui esse esercitano la funzione traduttiva: la lingua è infrastruttura, e l'infrastruttura è lingua. Tale intreccio rende evidente come la comunicazione non sia un elemento accessorio dell'azione pubblica, ma una componente strutturale della sua legittimità. Riformare l'ordine comunicativo non è un semplice intervento tecnico, ma una scelta istituzionale strategica che incide sulle condizioni di accesso al senso e sulla possibilità stessa di partecipazione sociale. Significa ridefinire le interfacce tra sistemi sociali e sistemi tecnologici, riconoscendo che la comunicazione non svolge un ruolo ancillare, bensì costituisce un bene comune attraverso cui si articolano fiducia, comprensione e orientamento. In tale prospettiva, la comunicazione assume la funzione di grammatica attraverso cui si configura la partecipazione nelle società digitalizzate, ovvero il dispositivo semantico che rende condivisibile e narrabile il futuro.

L'esperienza pandemica ha reso evidente che la digitalizzazione non è un processo neutro, ma un fenomeno relazionale complesso, che dipende dalla capacità delle istituzioni di tradurre, accompagnare e rendere prevedibili i propri linguaggi. Il riferimento a Luhmann è qui particolarmente utile: la comunicazione opera come meccanismo di riduzione della complessità, producente selezioni di senso che permettono agli individui di orientarsi; allo stesso tempo, le semantiche sociali definiscono i repertori interpretativi attraverso cui gli utenti comprendono (o non comprendono) le infrastrutture digitali e i loro funzionamenti.

Sulla base di questa cornice teorica e dei risultati empirici, si delineano tre ambiti analitici avanzati. Il primo riguarda la governance linguistica dei servizi pubblici digitali, intesa come manutenzione continuativa delle semantiche operative, al fine di evitare opacità, ridondanze improprie e incoerenze interpretative. Il secondo concerne il ruolo dei presidi territoriali come infrastrutture cognitive di prossimità, capaci di sostenere l'orientamento e di attivare processi di comprensione situata. Il terzo invita a esplorare la dimensione temporale della fiducia, interrogando come la velocità dei processi tecnologici plasmi la coesione sociale, le aspettative degli utenti e la loro capacità di produrre senso in contesti a elevata variabilità. Nella configurazione che Beck (1992) definisce "società del rischio", l'equità comunicativa diventa un criterio di legittimazione istituzionale: è la misura della capacità delle istituzioni di rendere la propria azione intelligibile, coerente e interpretabile, trasformando la vulnerabilità in possibilità di orientamento.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Bibliografia di riferimento

Beck U. (1992), *Risk society: Towards a new modernity*. Sage. (Trad. it.: *La società del rischio: verso una seconda modernità*, Carocci, Roma.

Boltanski L., Thévenot L. (1991), *De la justification: les économies de la grandeur*, Gallimard, Parigi.

Bourdieu P. (1982), *Ce que parler veut dire. L'économie des échanges linguistiques*, Fayard, Paris.

Ducci G., Boccia Artieri G., Corsi M., Folena C. (2022), *Information sources, trust and public health sector communication on the Covid-19 pandemic: a study on the Italian citizens' perception*, «REVISTA ESPAÑOLA DE COMUNICACIÓN EN SALUD», 13, pp. 182-199. DOI: 10.20318/recs.2022.7039.

Esposito M. (2022), *Raccontare il Covid-19. Narrazioni di malattia tra paure individuali, percezione sociale e politiche sanitarie*, Carocci, Roma.

Eurostat (2020), *Ageing Europe - statistics on health and disability. Statistics Explained*, Eurostat.

Fricker M. (2007), *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*, University Press, Oxford.

Giddens A. (1990), *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Cambridge.

Giddens A. (1999), *Runaway world: How globalization is reshaping our lives*, Profile Books.

Habermas J. (1981), *Theorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt.

Locatelli E., Lovari A., Righetti N. (2024), *When public health communication intertwines with social media logic: A focus on the early phase of COVID-19 pandemic in Italy*, «Comunicazioni Sociali», 1, pp. 21-36. DOI: 10.26350/001200_000198.

Lovari A. (2023), *Comunicazione pubblica e fiducia digitale. Le istituzioni di fronte alla disinformazione*, il Mulino, Bologna.

Lovari A., Ducci G. (2022), *Comunicazione pubblica. Istituzioni, pratiche, piattaforme*, Mondadori Università, Milano.

Luhmann N. (1976), *The future cannot begin: Temporal structures in modern society*, «Social Research», 43, pp. 130-152.

Luhmann N. (1995), *Social systems*, Stanford University Press (Trad. it.: *Sistemi sociali: fondamenti di una teoria generale*, il Mulino, Bologna).

Mattern E., Pelechrinis K., Xiao F. (2022), *Strengthening broadband through library engagement: Libraries as critical infrastructure intermediaries*. Proceedings of the ALISE Annual Conference 2022, ALISE Headquarters, Westford.

Miconi A. (2022), La velleità di sapere: Sull'epidemiologia scientifica e i media, in Lottieri C., a cura di, *Leviatano sanitario e crisi del diritto. Cultura, società e istituzioni al tempo del Covid-19*, Giometti & Antonello, Macerata.

Norman D.A. (2002), *The design of everyday things*, Basic Books, New York.

Nutbeam D. (2000), *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, «Health Promotion International», 15, pp. 259-267. DOI: 10.1093/heapro/15.3.259.

Paakkari L., Okan O. (2020), *COVID-19: health literacy is an underestimated problem*, «The Lancet Public Health», 5, pp. e249-e250. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Pharmaceutical Group of the European Union (2019), *PGEU Position Paper on Digital Health*, Pharmaceutical Group of the European Union.
Righetti N. (2021), *Comunicazione della salute e invecchiamento attivo*, Carocci, Roma.
Rosa H. (2010), *Accélération. Une critique sociale du temps*, La Découverte, Paris.
Shade L.R. (2018), *Feminizing the Digital: The Internet and Women's Lives*, Routledge.
Silverstone R. (1999), *Why Study the Media?*, Sage, London.
Suchman L.A. (1987), *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication*, Cambridge University Press, Cambridge.
VERBI Software (2024), *MAXQDA (Versione 24)* https://www.maxqda.com
WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, World Health Organization, Geneva.
WHO Regional Office for Europe (2023), *The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
WHO Regional Office for Europe (2024), *Exploring the digital health landscape in the WHO European Region: digital health country profiles*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

II. La ricerca sul campo

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Il disegno della ricerca

di *Cristina Lonardi*

1. Il progetto e gli obiettivi generali

Invecchiamento, *health literacy* e competenze digitali nelle Pandemie è un Progetto di ricerca di Rilevante Interesse Nazionale (PRIN) realizzato e finanziato entro il Programma di ricerca finanziato nell'ambito dei fondi dell'Unione Europea – Next Generation EU, componente M4C2, investimento 1.1, progetto PRIN PNRR 2022, codice progetto P20224FZYF, codice CUP B53D23029720001 e CUP H53D23009610001[1].

Il progetto si concentra sulle seguenti domande di ricerca:

- a quale tipo di disuguaglianza si riferisce il concetto di divario digitale?
- Il divario digitale genera nuovi tipi di disuguaglianze sanitarie?
- La ricerca ha inteso indagare, poi:
  - quali sono gli effetti dell'uso differenziale del digitale in termini di inclusione e esclusione sociale;
  - quali sono le conseguenze della mancanza di accesso al digitale;
  - quali tipi di partecipazione culturale mancano o stanno diminuendo tra le persone anziane[2] che non dispongono di un computer o di una connessione Internet.

[1] Il progetto e la sua realizzazione sono frutto della collaborazione tra due gruppi di ricerca di sociologi e sociologhe del Dipartimento di Scienze umane e sociali dell'Università di Cassino e del Lazio meridionale (Principal Investigator Maurizio Esposito, componenti del gruppo locale: Lucio Meglio, Sara Petroccia, Fabiola Balestrieri) e del Dipartimento di Scienze umane dell'Università di Verona (Cristina Lonardi, responsabile di unità locale, Maria Gabriella Landuzzi, Cristina Gardenghi, Gian Paolo Lazzer).

[2] Per definire "persona anziana", anche ai fini di un uso statistico dell'informazione, si è fatto riferimento alle ricerche Istat, in cui, tradizionalmente, «Gli anziani si identificano generalmente con la popolazione di 65 anni e più» (Istat, 2025). Precisiamo già qui che in Italia al 1° gennaio 2025 le persone anziane rappresentano quasi un quarto degli abitanti. Quest soglia anagrafica è stabilita per convenzione ed è utile a fini statistici. Ma in questa fascia di popolazione sono presenti profili molto diversi fra loro e rispetto al passato: negli stili di vita, nell'autonomia, nella salute e nel grado di partecipazione alla società (Istat, 2025). Istat (2025),

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

- L'esclusione digitale porta necessariamente all'esclusione sociale e alla povertà sanitaria nelle persone anziane?
- Ciò presuppone, tra le altre cose, che le persone anziane non siano più in grado di partecipare alla società contemporanea come cittadini, studenti, consumatori, clienti, pazienti o produttori di una particolare cultura?
- Quali bisogni indicano le persone anziane rispetto ad una potenziale nuova pandemia?

Le risposte a queste domande compaiono, in buona parte (Esposito, Romualdi, 2022; Petroccia ,2024) e già da tempo, nella letteratura scientifica di riferimento, anche in quella sociologica. Quello che, nonostante ampie difficoltà, è riuscita a fare questa ricerca è stato, con un approccio alla realtà di tipo comprendente, trovare risposte, sia parziali sia complete, a queste domande a partire da chi vive più di altri il divario digitale nella propria quotidianità, a partire da chi strategicamente ha risolto il problema affidandosi a chi quel divario lo sa gestire (dai farmacisti ai figli/alle figlie o ai/alle nipoti delle persone target), a partire da chi si pone oggi come intermediario generazionale, i più giovani, tra chi è e chi non è nativo/a digitale. La ricomposizione dello scenario del divario digitale che riguarda, in Italia, ma anche altrove, le persone con una età superiore ai 65 anni, coloro, cioè, che, spesso, in modo onnicomprensivo definiamo anziani/e secondo punti di vista e prospettive dissimili, ha condotto poi ad avere gli strumenti e le conoscenze per approfondire la questione spostando il focus da punti di osservazione micro sociali verso una dimensione macro, che ha riguardato la volontà di interpellare un ampio numero di persone target, per poter descrivere la loro posizione e la loro percezione rispetto al divario digitale, ad alcuni loro comportamenti, ad alcune loro pratiche, a elementi di preoccupazione, a bisogni di conoscenza sui temi indagati.

Questo progetto ha realizzato sul campo alcune attività, che, nello specifico di ciascuna, hanno permesso di rispondere alle domande di ricerca. Tali attività sono state:

- costruzione di una rete di competenze e cooperazione interdisciplinare indirizzata a un progetto di alfabetizzazione informatica/digitale (*digital literacy*) e alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) espressamente dedicata alle persone over 65;
- organizzazione, realizzazione e valutazione di tale progetto, concretizzato in un percorso formativo dedicato a persone over 65 sui temi oggetto del progetto;

Invecchiamo bene?, documento News dati alla mano, ID 92037, https://www.istat.it/news-dati-alla-mano/invecchiamo-bene/

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

– promozione di percorsi di informazione partecipativa e responsabile coinvolgendo giovani (studenti/studentesse universitari, dottorandi/e) nel ruolo di animatori digitali e persone over 65 nel ruolo di interlocutori/discenti, in un rapporto intergenerazionale di condivisione di esperienze sui temi del progetto stesso.

Il progetto di ricerca è stato costruito attraverso un disegno *mixed method* di tipo esplorativo sequenziale (Niero, 2009), si è, cioè, trattato di un disegno che ha previsto una prima parte di ricerca qualitativa ed una seconda parte, correlata e derivata dalla prima, quantitativa. Tra le due parti si è inserita una concreta azione sul campo di tipo formativo, orientata verso la cosiddetta terza missione accademica. Si è, cioè, trattato di collaborare con un ampio gruppo di persone over 65 per proporre loro attività conoscitive, formative e pratiche sull'ampia questione del divario digitale e dell'uso, corretto, dei dispositivi abili alla navigazione nel web. In cambio, il gruppo di ricerca ha potuto osservare da vicino e raccogliere "dal vivo" impressioni, esperienze, bisogni del target oggetto di studio sull'oggetto di studio.

La ricerca qualitativa, costituita da analisi della letteratura, interviste libere a testimoni privilegiati e interviste semistrutturate a persone di età superiore a 65 anni (che avevano partecipato alle attività formative proposte dal gruppo di ricerca), è stata progettata con un duplice scopo:

– il primo è di tipo conoscitivo rispetto al tema del progetto, in quanto gli strumenti di indagine qualitativa permetteranno di esplorare la questione *digital devide* e *health literacy* entro un paradigma comprendente, che, tipicamente, permette di arrivare alla comprensione del fenomeno, a partire dalle esperienze di chi quel fenomeno esperisce. In tal senso, procedendo secondo la *Grounded Theory*, l'obiettivo è stato la comprensione del significato e del senso che tali persone, target del progetto generale, attribuiscono alla loro conoscenza cognitiva, emotiva e tecnica del mondo web, declinato in particolare sulle questioni sanitarie e di salute;
– il secondo scopo, metodologicamente coerente alla dichiarazione dell'utilizzo di un disegno misto esplorativo sequenziale, a partire dagli esiti della ricerca qualitativa, è stato quello di costruire di uno strumento di analisi quantitativa, ossia un questionario dedicato allo studio della conoscenza e utilizzo dei media informatici e del web, sia come funzione generica, sia come supporto per il monitoraggio e il sostegno del proprio stato di salute, sia come fonte di *health literacy* tra persone over 65.

Ciò che, in linea generale, ha guidato la progettazione, somministrazione e realizzazione di entrambe le parti della ricerca è che la *digital literacy* e la *health literacy* contribuiscono effettivamente alla prevenzione dei rischi che si sono evidenziati nel periodo pandemico tra gli anziani non alfa-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

betizzati su questi temi, questione ampiamente sostenuta da una proficua letteratura scientifica sul tema (Petroccia, 2024).

2. Dall'analisi di sfondo alla ricerca qualitativa sui bisogni del target

Nelle prime fasi iniziali della realizzazione della ricerca, è stata condotta una analisi documentale su fonti istituzionali e basi di dati e sulla letteratura scientifica e grigia, per conoscere con maggior dettaglio il contesto della regione Lazio e della Regione Veneto, al fine di rilevare e comprendere alcune delle variabili sociali e politiche, che influenzano la qualità della vita degli anziani in generale e del rapporto che le persone over 65 intrattengono con le nuove tecnologie in particolare. Le informazioni co-costruite in questa primissima fase hanno permesso di conoscere le caratteristiche territoriali e comunitarie in cui si muovono gli anziani e di rilevare, anche se in modo generale, difficoltà, risorse, strategie di elusione del digital divide e il livello di alfabetizzazione digitale tra gli anziani. Tale analisi ha concorso a implementare una prima cornice di riferimento e di senso anche per le successive analisi dei materiali prodotti in fase di ricerca sul campo.

Il gruppo di ricerca ha scelto di indagare i temi oggetto del progetto e il target di interesse in una prima fase espressamente qualitativa attraverso la somministrazione di interviste libere a testimoni privilegiati. Sono state somministrate, quindi, 28 interviste a persone che per la loro professione o posizione nel contesto di interesse sono in contatto con persone target, anche in situazioni di necessario utilizzo di strumenti digitali (smartphone, tablet, computer).

I criteri di reclutamento per i testimoni privilegiati sono stati essenziali e di ampia portata:

- persone che per la professione svolta entrano in contatto con le persone target del progetto e che affrontano questioni o usano strumenti legati al web, alla *digital literacy*, alla *health literacy*:
- disponibilità a rispondere all'intervista;
- disponibilità alla video/audio registrazione dell'intervista e alla sottoscrizione del consenso informato.

Attraverso la rete delle conoscenze professionali dell'intero gruppo di ricerca, si è arrivati a intervistare 28[3] testimoni privilegiati/e, tra cui medici di medicina generale, assistenti sociali, medici geriatri, fisioterapisti, farmacisti.

Le interviste sono state somministrate sia in presenza, sia da remoto, per una durata media di 30 minuti. I materiali audio/video sono stati sottoposti

[3] Nei limiti delle disponibilità delle persone invitate a rispondere, le 28 interviste hanno approssimato in modo sufficiente per questa parte della ricerca e per gli obiettivi conoscitivi la saturazione delle informazioni (Glaser, Strauss, 1967; Beratux, 1981).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

a trascrizione automatica, poi rivista e corretta dagli intervistatori/intervistatrici. I materiali sono stati oggetto di analisi qualitativa e quantitativa del contenuto (Ibidem), attraverso procedure che hanno utilizzato software dedicati (NVivo, MAXQDA 2024) e procedure carta/matita dove necessario. L'analisi è stata condivisa da più componenti del gruppo di ricerca coinvolti/e nel progetto al fine di limitare la soggettività nelle procedure di codifica, interpretazione e restituzione dei risultati (Denzin, 1978; Patton, 2003).

Gli esiti di tale analisi hanno permesso ai ricercatori e alle ricercatrici di avviare la fase successiva della ricerca, ossia la progettazione dei percorsi formativi per persone over 65 per l'alfabetizzazione digitale, la *digital literacy* e la *health literacy* e la formazione degli animatori/delle animatrici digitali.

Grazie alle esperienze e conoscenze condivise dai testimoni privilegiati e alla analisi della letteratura scientifica e grigia, è stato possibile approntare un protocollo di attività formative da utilizzare nelle due Regioni interessate ad uso degli animatori digitali, per avere una base omogenea rispetto alle attività da proporre, lasciando spazio comunque alla personalizzazione delle attività in funzione del livello di alfabetizzazione digitale di ciascuna persona over 65 partecipante. Si è proceduto, quindi, alla concreta realizzazione nelle due Regioni dell'attività di informazione e formazione degli animatori e animatrici digitali sui contenuti della formazione da erogare, con una particolare attenzione alla loro formazione sulla figura della persona anziana oggi, da un punto di vista sociale e relazionale. Oltre a ciò, sono stati definiti i contenuti dell'attività formativa, attraverso un protocollo di attività da utilizzare nelle due Regioni interessate ad uso degli animatori digitali che, in una fase successiva alla loro stessa formazione, hanno proposto quanto appreso a persone anziane over 65 e che si sono resi disponibili e interessati a seguire una serie di incontri dedicati alla alfabetizzazione digitale e sanitaria.

Il corso, erogato dagli animatori/dalle animatrici digitali precedentemente formati/e, ha offerto informazioni e competenze per una prima alfabetizzazione digitale alle persone target. Nello specifico tale alfabetizzazione ha riguardato questioni legate alla salute promuovendo la *health literacy*, alla sicurezza di navigazione in Internet, l'acquisizione delle competenze necessarie per saper utilizzare applicazioni generiche o specifiche in ambiente web, con attenzione alla tutela della sicurezza dei dati.

Quelli che seguono sono stati gli obiettivi specifici del percorso formativo:

- uso di hardware e competenze digitali, per fornire le informazioni e le competenze pratiche per utilizzare in autonomia dispositivi digitali come smartphone e tablet, risolvendo le semplici difficoltà tecniche quotidiane;
- relazioni e pratiche digitali, per potenziare la capacità di mantenere relazioni sociali e familiari attraverso strumenti digitali, come video-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

chiamate, social media e applicazioni di messaggistica. Sono state fornite anche informazioni finalizzate a riconoscere l'attendibilità delle fonti delle informazioni presenti nel web anche al fine di poter accedere in modo opportuno ai siti (generici e specifici) che permettono acquisti on line;
- accesso e utilizzo dei servizi digitali sanitari e pubblici – *health literacy*, per facilitare l'uso della tecnologia per gestire la propria salute e le informazioni ad essa connesse, favorendo l'accesso ai servizi sanitari online, come la prenotazione di visite mediche e la consultazione di referti. Sono state fornite anche conoscenze sui diversi servizi sanitari/ospedalieri oltre che sui servizi regionali correlati alla salute (es. Cartella sanitaria elettronica/Fascicolo sanitario elettronico);
- sicurezza e protezione dei dati personali online, per informare i/le partecipanti su come proteggere i propri dati personali, come archiviarli e come gestire la propria privacy in ambiente web, oltre che fornire indicazioni su come riconoscere phishing e frodi;
- autonomia nella risoluzione dei problemi tecnologici, per incoraggiare i/le partecipanti a risolvere autonomamente semplici problemi tecnici.

Gli obiettivi sono declinati in un percorso di informazione e formazione costruito su 4 moduli, ciascuno dedicato a uno o più obiettivi, svolti come segue (tab. 1).

In merito alle persone over 65, si è cercato di reclutare partecipanti che potessero restituire una certa varietà di caratteristiche. Attraverso un campionamento qualitativo Maximun Variation (Niero, 2009) – si è deciso di ingaggiare 30 persone residenti nella Regione Lazio e 30 nella Regione Veneto. Si è valutato che 30, rispetto al singolo territorio, fosse un numero di partecipanti che potesse portare poi ad un numero di interviste di valutazione delle attività, che, tendenzialmente, permettesse di avvicinare almeno il criterio della saturazione delle informazioni (Glaser, Strauss, 1967; Beratux, 1981). I criteri di inclusione utilizzati per il reclutamento dei/delle discenti sono stati:
- disponibilità alla attività formativa nella sua interezza;
- disponibilità alla sottoscrizione del consenso informato alla intervista cui rispondere alla fine delle attività formative;
- possesso di device con collegamento Internet (smartphone);
- capacità minima di gestione manuale di un device;
- capacità di sostenere un colloquio nella lingua italiana.

I criteri di esclusione, di conseguenza, sono stati:
- rifiuto alla sottoscrizione del consenso informato alla intervista cui rispondere alla fine delle attività formative;
- possesso di device privi di collegamento Internet;
- limitazioni alla gestione manuale di un device;
- evidenti difficoltà nel sostenere un colloquio in lingua italiana.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 1 – Moduli, loro descrizione e contenuti del percorso formativo offerto alla popolazione target nelle due Regioni in collaborazione con animatori/animatrici digitali

Modulo	*Descrizione*	*Contenuti proposti*
Uso degli hardware e competenze digitali	Introduzione alle funzioni fondamentali legate all'uso di hardware come smartphone e/o tablet al fine di gestire la tecnologia utilizzata nella vita quotidiana, superando gradualmente le prime difficoltà e aumentando la fiducia nell'uso degli strumenti digitali.	Il linguaggio della tecnologia e del digitale: quali significati? Configurare e gestire una casella di posta elettronica, inviare e-mail e allegare file. Attivare e gestire applicazioni per la privacy (Spid e simili). Impostare promemoria semplici come una sveglia o un appuntamento tramite un'applicazione di gestione del tempo.
Autonomia tecnologica e risoluzione di problemi specifici	Sviluppo di autonomia digitale. Informazioni per configurare nuovi dispositivi, gestire aggiornamenti software e risolvere problemi tecnici in modo indipendente, sviluppando padronanza della tecnologia.	Installare applicazioni per monitorare notizie o altri contenuti di interesse. Aggiornare il sistema operativo di un dispositivo e configurare nuove applicazioni in autonomia. Configurare un dispositivo da zero, trasferendo dati da uno vecchio a uno nuovo.
Relazioni e pratiche digitali	Le applicazioni e i modi per intrattenere relazioni a distanza con familiari e amici, per gestire in modo adeguato la partecipazione a social media (FB e Instagram), per partecipare a gruppi di conversazione (forum) on line in modo sicuro. Conoscenze per agire in sicurezza rispetto all'intrattenere comunicazioni con altri e alla navigazione su siti di acquisto	Organizzare incontri virtuali di gruppo attraverso piattaforme dedicate (Via Skype, Meet, Teams, WhatsApp) e gestire inviti e promemoria tramite e-mail o applicazioni di messaggistica. Condividere materiali nei social media o altri canali con attenzione alla privacy e alla tutela della stessa. Simulare una richiesta di assistenza tramite chat (chat bot) per risolvere un problema tecnico. Risolvere problemi di accesso, come il recupero di password o il ripristino delle impostazioni di sistema. Utilizzare una piattaforma di acquisti (shopping generico, alimenti, farmaci) online sapendo anche confrontare i prezzi ed evitare truffe.
Servizi digitali per la salute	Salute e protezione dei dati, per migliorare la consapevolezza del proprio stato di salute. Informazioni per saper utilizzare portali sanitari e applicazioni per la gestione della salute, la protezione dei dati personali sanitari in ambiente digitale, e per riconoscere tentativi di phishing e prevenire truffe digitali.	Accedere/navigare nei servizi/nelle piattaforme on line di tipo sanitario e ospedaliero del proprio territorio di residenza/domicilio. Accedere e navigare nella propria cartella sanitaria on line. Prenotare visite mediche online e consultare referti tramite un portale di e-health. Conoscere i servizi del proprio territorio di residenza/domicilio che offrono supporto alle prenotazioni on line e consultazioni dei referti sanitari da remoto. Scegliere e configurare applicazioni per il monitoraggio della salute. Riconoscere tentativi di phishing.

La formazione è stata erogata sotto la supervisione del gruppo di ricerca, in modalità sincrona in presenza, con incontri di durata e frequenza variabi-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

li tra le due Regioni, per essere quanto più flessibili secondo le richieste e le necessità delle persone partecipanti in qualità di discenti. Il rapporto tra animatori/animatrici e persone over 65 è stato di uno a tre, in modo da garantire un'adeguata attenzione a tutte le possibili necessità dei/delle discenti. Il gruppo di ricerca dell'Università di Cassino ha organizzato quattro incontri per 30[4] anziani/e partecipanti, mentre il gruppo dell'Università di Verona ha diviso i 30 anziani/e in piccoli gruppi ai quali ha offerto i quattro incontri sia presso le strutture dell'ateneo scaligero, sia presso i Centri di Comunità della città di Verona, in accordo con i Servizi sociali del Comune di Verona, ente gestore dei Centri, presenti in tutti i quartieri cittadini.

Al termine ultimo di tutti gli incontri, sono state somministrate ai/alle partecipanti interviste qualitative semistrutturate con l'obiettivo di raccogliere informazioni su quanto segue:

- espressione di emozioni positive nei confronti della tecnologia digitale;
- eventuali differenze nell'adozione della tecnologia digitale a causa dei diversi ambienti digitali;
- come le competenze acquisite influenzano l'adozione delle abilità digitali necessarie per gestire l'uso dei servizi digitali con un dispositivo mobile;
- come ha influito l'esperienza di gioco sull'efficacia dell'uso dello smartphone.

Per raccogliere le informazioni appena indicate, il gruppo di ricerca ha costruito la traccia per l'intervista semistrutturata orientata a far emergere i quanto di seguito in elenco:

- valutazione del percorso di formazione al quale ha partecipato il/la rispondente (contenuti, modalità di offerta dei contenuti);
- soddisfazione percepita rispetto alle attività svolte;
- percezione della diminuzione del digital divide;
- percezione di un diverso uso dei dispositivi e della navigazione in Internet: eventuali cambiamenti percepiti dopo il percorso;
- sensazioni di maggior sicurezza negli accessi alle PA/enti e ai loro servizi online, in particolare quelli legati alla salute: eventuali cambiamenti percepiti dopo il percorso;
- emozioni e stati d'animo legati all'uso dei dispositivi e all'accesso all'ambiente web: eventuali cambiamenti percepiti dopo il percorso;
- percezione di minore solitudine e ansia nel rapporto con la tecnologia: eventuali cambiamenti percepiti dopo il percorso;
- percezione di maggiore fiducia in sé stessi e negli strumenti: eventuali cambiamenti percepiti dopo il percorso.

[4] Da progetto, si è previsto di offrire il percorso di conoscenza e formazione a 30 persone over 65 che fossero interessate e disponibili, cercando di tenere quanto più possibile in considerazione i criteri di reclutamento indicati.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

I materiali audio/video sono stati sottoposti a trascrizione automatica, poi rivista e corretta dagli intervistatori/intervistatrici. I materiali sono stati oggetto di analisi qualitativa e quantitativa del contenuto, attraverso procedure che hanno utilizzato software dedicati e procedure carta/matita dove necessario. Anche in questa fase, l'analisi è stata condivisa da più componenti delle equipe di ricerca coinvolte nel progetto al fine di limitare la soggettività nelle procedure di codifica, interpretazione e restituzione dei risultati (Denzin, 1978; Patton, 2003).

Gli esiti di questa analisi, quelli dell'analisi delle interviste ai testimoni privilegiati e le interlocuzioni con gli animatori/le animatrici digitali hanno costituito il materiale dal quale trarre indicatori e variabili per la costruzione della seconda ed ultima parte del progetto generale, ossia una survey per indagare se la *digital literacy* e la *health literacy* contribuiscono effettivamente alla prevenzione dei rischi che si sono evidenziati nel periodo pandemico tra gli anziani non digitalmente alfabetizzati.

3. Il divario digitale tra le persone over 65 anni: l'indagine quantitativa

L'indagine quantitativa è stata rivolta a un campione di popolazione anziana residente nella Regione Lazione e nella Regione Veneto e la raccolta dei dati è stata condotta dalla società di ricerca BVA Doxa S.p.a. di Milano, a partire dal questionario fornito dall'équipe di ricerca, su soggetti che Doxa ha identificato sulla base di caratteristiche concordate, ossia persone dai 65 anni in avanti, che abbiano utilizzato Internet almeno una volta nell'ultimo anno (riferimento: data dell'intervista), disponibili a rispondere alle domande e ad accettare il consenso al trattamento dei dati.

Secondo l'ultimo aggiornamento Istat disponibile, il numero delle persone con una età da 65 anni in avanti ammonta in Veneto a 1.186.632 individui e a 1.337.357 nel Lazio (popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2024). Sono state realizzate, quindi, 520 interviste complete in ciascuna Regione, per un totale di 1040 (errore campionario: ± 4,3). Il campione è stato stratificato per le seguenti variabili sociodemografiche:

- genere;
- età in classi (65-69 anni, 70-74 anni, 75+ anni);
- Provincia di residenza (Rovigo, Treviso, Verona, Padova, Belluno, Vicenza, Venezia, Frosinone, Latina, Rieti, Roma, Viterbo);
- ampiezza demografica dei centri (fino a 5.000 abitanti; da 5.001 a 10.000 abitanti; da 10.001 a 30.000 abitanti; da 30.001 a 100.000 abitanti; da 100.001 a 250.000 abitanti; oltre 250.000 abitanti).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Quelle che seguono sono le tabelle di campionamento per le due Regioni coinvolte e, per una più efficace copertura del campione si sono incrociate il genere con l'età.

Tab. 2 – Campionamento sulla distribuzione della popolazione over 65 nella Regione Veneto distinta per sesso

Veneto	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*	*Totale*
Maschi	64	55	112	231
Femmine	68	61	160	289
Totale	132	116	272	520

Tab. 3 – Campionamento sulla distribuzione della popolazione over 65 nella Regione Veneto distinta per provincia di residenza

Veneto	*Venezia*	*Verona*	*Vicenza*	*Belluno*	*Treviso*	*Padova*	*Rovigo*	*Totale*
Totale	95	94	88	24	92	99	28	520

Tab. 4 – Campionamento sulla distribuzione della popolazione over 65 nella Regione Veneto distinta per ampiezza dei comuni di residenza

Veneto	*Totale*
Fino a 5000 abitanti	79
Da 5001 a 10000 abitanti	99
Da 10001 a 30000 abitanti	188
Da 30001 a 100000 abitanti	58
Da 100001 a 250000 abitanti	36
Oltre 250000 abitanti	60
Totale	520

Tab. 5 – Campionamento sulla distribuzione della popolazione over 65 nella Regione Lazio distinta per sesso

Lazio	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*	*Totale*
Maschi	63	54	109	226
Femmine	72	63	159	294
Totale	135	117	268	520

Tab. 6 – Campionamento sulla distribuzione della popolazione over 65 nella Regione Lazio distinta per provincia di residenza

Lazio	*Roma*	*Frosinone*	*Viterbo*	*Latina*	*Rieti*	*Totale*
Totale	377	46	31	50	16	520

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 7 – Campionamento sulla distribuzione della popolazione over 65 nella Regione Lazio distinta per ampiezza dei comuni di residenza

Veneto	*Totale*
Fino a 5000 abitanti	45
Da 5001 a 10000 abitanti	30
Da 10001 a 30000 abitanti	73
Da 30001 a 100000 abitanti	106
Da 100001 a 250000 abitanti	11
Oltre 250000 abitanti	255
Totale	520

Per la realizzazione delle interviste[5], è stata adottata la tecnica Computer-Assisted Telephone Interviewing – CATI, adatta, anche visti i risultati ottenuti, a raggiungere il target in questione, in tempi piuttosto contenuti. Considerato anche l'argomento dell'indagine, la tecnica CATI ha permesso di rilevare opinioni e comportamenti nei confronti di Internet e delle tecnologie digitali senza le distorsioni (come l'autoselezione del campione) che si sarebbero potute avere ricorrendo ad esempio alla tecnica Computer Assisted Web Interviewing CAWI. Inoltre, le interviste telefoniche hanno permesso una maggiore distribuzione a livello territoriale e la copertura delle celle campionarie in tempi brevi.

Le interviste sono state somministrate sia ai possessori di linea fissa sia ai possessori esclusivi di telefono cellulare[6]. Nel caso delle indagini telefoniche,

[5] Nell'ambito del proprio modello organizzativo privacy Doxa ha progettato e implementato misure tecniche e organizzative necessarie all'erogazione del servizio conformi ai principi di privacy by design e privacy by default dettati dal Regolamento UE n. 6/9/2016 (GDPR), nonché nel rispetto delle procedure di qualità, certificate ISO 9001:2015 e Assirm e in linea con i requisiti ISO 27001. In particolare, il sistema proposto prevede per maggiore sicurezza che le anagrafiche delle interviste siano separate in modo nativo dalle risposte. Infatti, il processo di pseudonimizzazione è attuato attraverso la generazione automatica di due file separati di anagrafiche e dati di risposta. Le anagrafiche sono archiviate in area riservata della rete, protette da password, per un periodo di 12 mesi e sono sempre gestite nel rispetto dei codici deontologici Esomar e Assirm. Inoltre, il sistema CATI proposto da Doxa è compliant alle richieste del GDPR ed è inoltre certificato secondo gli standard ISO 27001 e PCI-DSS, e soggetto ad audit secondo lo standard AICPA SOC 2 TYPE II. Doxa ha definito e applica un modello organizzativo per la protezione dei dati personali (data privacy) conforme con il Regolamento UE n. 679/2016 GDPR (General Data Protection Regulation) che definisce le misure e i controlli ritenuti adeguati dal titolare ai fini del rispetto della privacy, e con le Regole deontologiche per trattamenti a fini statistici o di ricerca scientifica emanate dall'Autorità Garante per la Privacy il 19 dicembre 2018 (e successivamente modificate il 9 maggio 2024).

[6] Per l'indagine in oggetto, i numeri di telefonia fissa sono stati estratti casualmente dagli elenchi di telefonia fissa. I numeri di telefono cellulare delle regioni Lazio e Veneto sono estratti casualmente da liste acquistate da fornitori specializzati con cui Doxa collabora e che assicurano il pieno rispetto della normativa sulla privacy. Infine, tutti i numeri – prima di essere contattati – sono stati passati al Registro delle Opposizioni.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

l'ormai consistente numero di individui che non possiede la linea telefonica fissa in casa ma esclusivamente il telefono cellulare può creare problemi di copertura della popolazione di riferimento qualora quest'aspetto non venga tenuto in debita considerazione nel campione. Pertanto, al fine di superare potenziali problemi di selezione del campione e per poter, quindi, garantire una corretta copertura/rappresentatività della popolazione oggetto di indagine, sono stati inclusi nel campione anche i possessori esclusivi di telefono cellulare. Tale accorgimento consente di includere sia coloro che non possiedono il telefono fisso sia coloro che non compaiono sugli elenchi telefonici.

Alla fine della rilevazione, è stata condotta una procedura di post-stratificazione (ponderazione) per ottenere il bilanciamento del campione rispetto ai reali parametri dell'universo di riferimento. La post-stratificazione ha consentito di ottenere un campione esattamente riproporzionato, cioè dotato delle giuste proporzioni esistenti nella popolazione universo, secondo i principali caratteri geografici e sociodemografici. Queste proporzioni vanno ripristinate nel campione a causa della possibile distorsione derivante dalla non completa copertura delle quote stabilite ex ante nel piano di campionamento teorico.

La raccolta dei dati si è svolta nella primavera inoltrata del 2025, per la durata di circa un mese.

4. Il questionario: obiettivi e struttura

Il gruppo di ricerca ha costruito il questionario per la parte di indagine quantitativa, lavorando sulla semantica del divario digitale, dell'alfabetizzazione digitale e degli elementi di fiducia e sfiducia ad essi correlati. L'esito è stato uno strumento suddiviso in più aree tematiche di approfondimento:

- divario digitale;
- capacità digitale;
- sicurezza/rischi percepiti e fiducia nel digitale e in Internet;
- esclusione sociale percepita a causa della mancanza di competenze digitali;
- esigenze di conoscenza per l'accesso a dati corretti e rilevanti per prendere decisioni sulla propria salute;
- livello di fiducia nelle informazioni sanitarie reperite nel web;
- accesso e accesso digitale alle istituzioni che offrono servizi sanitari;
- uso della tecnologia nel periodo pandemico e attuali necessità informative in previsione di una nuova pandemia.

A seguire si dà conto dei contenuti di massima di ciascuna area.

Come illustrato in precedenza nella parte iniziale di questo volume, il divario digitale si riferisce all'insieme delle disuguaglianze nell'accesso, nell'uso e nei benefici delle tecnologie dell'informazione e della comunica-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

zione. Non si limita alla sola disponibilità fisica di connessione o dispositivi, ma comprende anche differenze nelle competenze digitali, nella qualità/affidabilità della connessione, nel costo e nelle opportunità reali di sfruttare le risorse digitali a fini educativi, lavorativi e di partecipazione civica (Petroccia, 2024; van Dijik, 2005). Le sue dimensioni fanno riferimento a presenza/assenza di connessione di rete (banda larga fissa o mobile) e disponibilità di dispositivi adeguati, abilità tecniche, alfabetizzazione digitale e capacità critiche per usare servizi online in modo efficace (Selwyn, 2004), differenze nei tipi di utilizzi (sola navigazione o formazione o lavoro,…) (van Dijk, 2005) e costo di connessione e/o dei dispositivi (OECD, 2021) oltre a fattori strutturali (reddito, istruzione, territorio, età, genere, disabilità) che mediano l'esclusione digitale.

Per il divario digitale sono stati indagati alcuni aspetti come il possesso, l'utilizzo e la relativa frequenza d'uso di dispositivi come computer, tablet, smartphone, smart tv e telefono cellulare senza accesso a Internet. Oltre a ciò, si è rilevato se i rispondenti avessero utilizzato Internet almeno una volta nell'ultimo anno[7] e si è indagata l'autovalutazione sulle competenze nell'uso di dispositivi che permettono la navigazione nel web. Sono stati proposti alcuni motivi che, in modo generale e diffuso, portano all'utilizzo di tali dispositivi e se ne è rilevata la frequenza di utilizzo. Nello specifico, i motivi sottoposti all'attenzione dei rispondenti sono stati: comunicare con familiari e amici, inviare/ricevere e-mail, effettuare acquisti di qualunque genere, effettuare pagamenti, leggere notizie di attualità, leggere riviste e libri on line, guardare film e serial, guardare video, usare social network, ricercare informazioni mediche per fare diagnosi sulla propria salute, ricercare informazioni su vari argomenti di interesse personale, effettuare prenotazioni on line per viaggi/turismo/concerti/eventi. Si è ritenuto utile indagare conoscenza ed utilizzo di una numerosa serie di servizi accessibili tutti attraverso Internet: acquisti generici (Amazon, EBay, Zalando, Subito.it, etc.), lettura (Amazon Kindle, Kobo Books, Google Play Libri, etc.), notizie (Rainews.it, Ansa, Skysport, La Gazzetta dello Sport, Repubblica, Corriere della Sera e simili), servizi a domicilio (Deliveroo, Just Eat, Glovo, Despar Tribù, etc.), orientamento - navigazione satellitare - gps per muoversi in auto, a piedi, con i mezzi pubblici di trasporto (Google Maps, Mappe virtuali, etc.), meteorologia (Meteo.it, IlMeteo.it, 3BMeteo, etc.), motori di ricerca (Google, Safari, Mozilla Firefox, etc.), social media (Facebook, Instagram, X, TikTok, Pinterest, etc.), video (Youtube, etc.), film (Prime Video, Netflix, Disney, etc.), applicazioni bancarie e per pagamenti on line (Intesa San Paolo, Poste Italiane, PayPal, etc.), posta elettronica - e

[7] Questa è stata la domanda filtro concordata dal gruppo di ricerca per selezionare coloro che avrebbero potuto rispondere alle domande che prevedevano l'uso di Internet e la navigazione del web.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

mail (Virgilio.it, Outlook, Libero, Hotmail, Gmail, etc.), messaggistica (WhatsApp, Kik, Signal, Viber, etc.), salute: controllo pressione sanguigna e condizioni cardiache, controllo delle calorie giornaliere consumate, dieta, organizzazione dei pasti, organizzazione dell'agenda dei farmaci, attività fisica: conta passi, ritmo cardiaco, calorie consumate. Da ultimi, sempre in relazione al divario digitale si è rilevato quali fossero i tre principali social media più utilizzati. La seconda macroarea indagata è stata quella della capacità digitale[8], ossia quell'insieme di conoscenze, abilità, atteggiamenti e strategie che permettono a una persona di usare in modo efficace le tecnologie digitali per accedere, valutare, creare e comunicare informazioni, partecipare alla vita sociale e lavorativa, risolvere problemi e apprendere lungo tutto l'arco della vita (Vuorikari *et al.*, 2022; Tinmaz *et al.*, 2022; Pangrazio *et al.*, 2020).

Sappiamo che tra i determinanti delle capacità digitali possiamo annoverare età, istruzione, contesto lavorativo e dimensioni socioeconomiche che, spesso invariabilmente, sono i forti predittori del livello di capacità digitale. A ciò occorre aggiungere che il contesto formativo (per esempio la capacità degli insegnanti) influenza pesantemente le competenze dei/delle discenti (van Laar *et al.*, 2020). Inoltre, la capacità digitale è correlata con migliori esiti formativi, maggiore partecipazione al mercato del lavoro e nella salute, la *digital health literacy* è riconosciuta come determinante essenziale per l'accesso equo ai servizi (van Kessel *et al.*, 2022).

La capacità digitale, quindi, è stata indagata rilevando per cosa le persone anziane avessero bisogno di aiuto per l'utilizzo dei vari device (smartphone, computer, tablet…) e per quali attività in particolare avessero necessità di essere assistiti. Le attività indagate sono state: accensione, spegnimento del dispositivo o controllo della connessione a Internet, creazione di un profilo o account personale per la posta elettronica, protezione dei propri account: nomi utenti, password e codici di accesso, creazione di un profilo personale o account personale per siti della pubblica amministrazione (Sistema pubblico di identità digitale – Spid, Fascicolo sanitario elettronico (Lazio)/SanitàKmzero (Veneto), posizione Inps, etc.), accesso al proprio profilo account istituzionale (banca, posta, Spid, Inps, Azienda sanitaria ASL (Lazio)/ULSS (Veneto), Distretto sanitario, etc.), inviare e leggere email, effettuare ricerche online, scaricare documenti da Internet e salvarli sul PC, inviare o inoltrare documenti via email, inviare o inoltrare documenti o foto via WhatsApp (o altre Applicazioni di messaggistica), stampare quanto si è salvato o scaricato da Internet, utilizzare una chiavetta USB o

[8] Va precisato che in letteratura si distingue spesso tra *digital literacy* (accento su capacità critiche e informative), *digital competence* (modello più strutturato e orientato a politiche/standard) e termini affini come *digital fluency/dexterity* (livelli più alti di padronanza) (Pangrazio *et al.*, 2020).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

simili, salvare documenti in memorie online. Sempre in questo stesso ambito, si è rilevato a chi le persone si rivolgessero in caso di difficoltà e con quale frequenza.

La terza macroarea indagata è stata quella sulla sicurezza e sui rischi percepiti e sulla fiducia nel digitale e in Internet in generale.

I/le rispondenti sono stati invitati ad autovalutare la loro conoscenza in merito a sicurezza digitale, clonazione delle carte di credito e fake news, la loro fiducia nelle proprie capacità di cercare e valutare le informazioni nel web, la loro capacità di utilizzo di Internet nel trovare attività, notizie e elementi di intrattenimento, la loro capacità di identificare minacce e rischi negli ambienti digitali. Si è ritenuto di indagare anche le modalità di accesso digitale ai servizi della pubblica amministrazione (per chi lo fa) come, per esempio, accesso al fascicolo sanitario elettronico, alla applicazione IO, alla agenzia delle entrate, alla posizione INPS. Per i modi di accesso, sono stati presi in considerazione: carta di identità elettronica, Sistema pubblico di identità digitale – SPID, carta nazionale dei servizi.

L'esclusione sociale potenzialmente o concretamente causata dal divario digitale e dalla mancanza di competenze digitali, la quarta macroarea, è stata oggetto della richiesta di espressione di accordo o di disaccordo rispetto a affermazioni sui temi dell'autonomia nell'uso della tecnologia, sulla possibilità che la tecnologia permetta ai/alle rispondenti di mantenere i contatti con familiari, amici, medico/a di famiglia, su quali siano le persone cui fare riferimento in caso di necessità nell'uso e gestione delle tecnologie generalmente intese, su eventuali stress causati dalla tecnologia, su eventuali preoccupazioni legate alla tutela della propria privacy.

La quinta macroarea si è occupata dell'alfabetizzazione sanitaria, attraverso una autovalutazione della stessa da parte dei/delle rispondenti, la rilevazione della frequenza di accesso al sito web dell'azienda sanitaria di riferimento, i motivi di tali accessi, come le persone anziane contattano il proprio medico/a di famiglia (di persona o con strumenti tecnologici) e il motivo per cui utilizzano proprio quella modalità di interlocuzione, l'uso del fascicolo sanitario elettronico e cosa, nel fascicolo, consultano.

Da ultimo si è voluta indagare la fiducia che le persone anziane hanno delle informazioni sanitarie reperite nel web, a partire dalle fonti da loro utilizzate per cercare tali informazioni sulla propria salute (dai blog dedicati ai siti di pubblicazioni di ricerche scientifiche). Dopo aver evocato una serie dettagliata ed intensa di argomenti, il questionario si chiude con la richiesta di quali sono, ad oggi, le maggiori necessità di informazioni (su un'ampia gamma di temi) in caso di nuova pandemia. La raccolta delle informazioni socio-demografiche è stata posta sia all'inizio del questionario, sia alla fine, per evitare un eventuale sovraccarico di intrusività. Va precisato, inoltre, che nella parte iniziale dell'intervista telefonica si è accertato se la Pandemia da Covid-19, tra gennaio 2020 e maggio 2023, con le restri-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

zioni alla circolazione e la chiusura temporanea dei negozi fisici, abbia modificato il rapporto con la tecnologia.

Bibliografia di riferimento

Bertaux D. (1981), *Biography and Society: The Life History Approach in the Social Sciences*, Sage, London.

Denzin N.K. (1978), *Sociological Methods: A Source Book (2nd ed)*, Mcgraw-Hill, New York.

Esposito M., Romualdi I. (2022), *Technological Acceleration, Ageing Process and COVID-19. The Role of Scientific Information Between Opportunities and Limits. Results of an Empirical Research in Central Italy*, «Italian Sociological Review», 12, pp. 41-64.

Glaser B., Strauss A. (1967), *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, Sociology Press*, Mill Valley.

Istat (2025), Invecchiamo bene?, documento News dati alla mano, ID 92037, https://www.istat.it/news-dati-alla-mano/invecchiamo-bene/

Niero M. (2009), *Il mix tra qualità e quantità nella ricerca sociale. Lo studio dei casi e altre proposte applicative*, QuiEdit, Verona.

OECD (2021), *Bridging digital divides in G20 countries*, OECD Publishing, Paris.

Pangrazio L., Godhe A.-L., Ledesma A.G.L. (2020), *What is digital literacy? A comparative review of publications across three language contexts*, «E-Learning and Digital Media», 17, pp. 442-459. DOI: 10.1177/2042753020946291.

Patton M.Q. (2003), *Qualitative Research and Evaluation Methods*, Sage Publications, Thousand Oaks.

Petroccia S. (2024), *Intelligenza artificiale e Digital Divide. Nuove prospettive sociologiche sulle disuguaglianze*, Carocci, Roma.

Selwyn N. (2004), *Reconsidering Political and Popular Understandings of the Digital Divide*, «New Media & Society», 6, pp. 341-362. DOI: 10.1177/1461444804042519.

Tinmaz H., Lee Y.T., Fanea-Ivanovici M., Baber H. (2022), *A systematic review on digital literacy*, «Smart Learn Environ.», 9(1):21. DOI: 10.1186/s40561-022-00204-y.

van Dijk J.A. (2005), *The deepening divide: Inequality in the information society*, SAGE Publications, Inc.

van Kessel R., Wong B.L.H., Clemens T., Brand H. (2022), *Digital health literacy as a super determinant of health: More than simply the sum of its parts*, «Internet Interv.», 27:100500. DOI: 10.1016/j.invent.2022.100500.

van Laar E., van Deursen J., van Dijk J., de Haan J. (2020), *Measuring the levels of 21st-century digital skills among professionals working within the creative industries: A performance-based approach*, «Poetics», 81: 101434. DOI: 10.1016/j.poetic.2020.101434.

Vuorikari R., Kluzer S., Punie Y., DigComp 2.2: *The Digital Competence Framework for Citizens – With new examples of knowledge, skills and attitudes, EUR 31006 EN*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Il campione

di *Maria Gabriella Landuzzi*

1. Le caratteristiche del campione

Nel nostro Paese gli over 65 rappresentano attualmente quasi un quarto della popolazione[1].

La fase della vita definita anziana nel tempo ha cambiato le sue caratteristiche in relazione al miglioramento di alcuni aspetti della vita e dello stato di salute. Ciò ha determinato condizioni favorevoli che rendono la tradizionale soglia dei 65 anni quasi anacronistica[2]. Tuttavia, in relazione agli obiettivi conoscitivi della ricerca, si è scelto di utilizzare tale soglia come indicativa dell'ingresso nella fase anziana, differenziando tale popolazione al suo interno attraverso tre sottogruppi per fasce di età

- 65-69 anni
- 70-74 anni
- 75 anni e oltre,

definendoli come *youngest-old* (65-69 anni), *middle-old* (70-74 anni) e *oldest-old* (oltre 75 anni) adattando la nota terminologia già usata per caratterizzali (Lee *et al.*, 2018).

La ricerca si è quindi concentrata sulla popolazione over 65 di Lazio e Veneto, intervistando un campione di cittadini italiani composto complessivamente da 1040 persone con un'età superiore ai 65 anni, distribuite equamente tra le due diverse regioni.

Come accade nella popolazione italiana, il campione si caratterizza per una prevalenza di donne (56% del campione) rispetto ai partecipanti di genere maschile (44%) (tab. 1).

[1] https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/03/Indicatori_demografici_2024.pdf

[2] ISTAT, Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia, Roma 2020; SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, Quando si diventa "anziani"?, Firenze 7/12/2018.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 1 – Genere

	n	*%*
Femmina	583	56%
Maschio	457	44%
Totale	1.040	100%

Relativamente alla distribuzione in termini di fasce di età, si osserva che:
- coloro che hanno tra i 65e i 69 anni, rappresentano il 26% delle persone intervistate;
- tra i 70 e i 74 anni sono il 22%;
- coloro che hanno 75 anni e oltre caratterizzano il 52% del campione (tab. 2).

Tab. 2 – Età

	n	*%*
65-69 anni	267	26%
70-74 anni	233	22%
75+ anni	540	52%
Totale	1.040	100%

Nello specifico delle regioni si può osservare come la distribuzione del campione sia maggiormente polarizzata nella regione Lazio (tab. 3, che si caratterizza per la compresenza di un'area metropolitana e di aree interne e periferiche.

In particolare, sia per fasce di età sia per appartenenza di genere, emerge per il Lazio una maggiore concentrazione del campione sulla provincia di Roma (73% del campione) rispetto alle altre province, seguita da Latina (10%), Frosinone (9%), Viterbo (6%) e Rieti (3%). Il Veneto presenta una maggiore omogeneità nella distribuzione del campione tra le province di Padova (19%), Venezia, Treviso e Verona (18%) e Vicenza (17%). Risultano meno rappresentate le province di Belluno e Rovigo (5%) (tab. 4).

Tab. 3 – Province Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
VITERBO	6%	7%	5%	5%	5%	7%
RIETI	3%	3%	3%	4%	2%	3%
ROMA	73%	70%	75%	70%	74%	73%
LATINA	10%	8%	12%	14%	8%	8%
FROSINONE	9%	12%	5%	7%	11%	9%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 4 – Province Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
VERONA	18%	17%	19%	20%	19%	17%
VICENZA	17%	18%	16%	16%	13%	19%
BELLUNO	5%	5%	4%	5%	6%	4%
TREVISO	18%	16%	19%	14%	24%	17%
VENEZIA	18%	17%	20%	14%	18%	20%
PADOVA	19%	20%	17%	27%	14%	17%
ROVIGO	5%	6%	4%	4%	6%	6%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Risulta interessante osservare che il titolo di studio che maggiormente caratterizza le persone coinvolte è quello della scuola dell'obbligo (tab. 5).

Tab. 5 – Titolo di studio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Nessun titolo di studio	1%	1%	0%	1%	1%	1%
Licenza Elementare/ Scuola media	45%	52%	38%	25%	35%	60%
Qualifica professionale	11%	8%	16%	13%	13%	10%
Diploma di maturità	31%	30%	33%	44%	39%	22%
Laurea (quadriennale, triennale, magistrale)	10%	9%	12%	16%	12%	6%
Post laurea (Master, Dottorato, Specializzazione)	1%	0%	1%	1%	0%	1%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Il 45% delle persone intervistate possiede la licenza elementare o la licenza media; il 31% il diploma di maturità; l'11% possiede una qualifica di tipo professionale così come un 11% possiede una laurea e un diploma post laurea (quest'ultimo caratterizzante solo l'1% delle persone rispondenti). In generale si osserva che al crescere dell'età il livello di istruzione si abbassa e si concentra (60% dei casi) sulle licenze fornite dalla scuola dell'obbligo, quindi la fascia degli *youngest-old* risulta quella maggiormente caratterizzata dalla presenza di diplomati (44%) e laureati (16%).

Per il Veneto risulta interessante il dato che evidenzia come sia leggermente superiore la percentuale di coloro che possiedono la licenza della scuola dell'obbligo rispetto a chi possiede il diploma di maturità (48% per il Veneto vs 45% generale) (tab. 6). In particolare, sono soprattutto le donne (56% rispetto al dato generale) appartenenti alla fascia d'età over 75 (66% rispetto al 60% del generale).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Da rilevare è la presenza di persone che non possiedono alcun titolo di studio: esse rappresentano solo l'1% del campione (complessivamente si tratta di 10 persone, 2 uomini e 8 donne, 6 delle quali risiedono nel Lazio).

Tab. 6 – Titolo di studio regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Nessun titolo di studio	1%	1%	0%	1%	1%	1%
Licenza Elementare/Scuola media	48%	56%	39%	25%	35%	66%
Qualifica professionale	10%	7%	14%	10%	15%	9%
Diploma di maturità	29%	27%	32%	44%	39%	18%
Laurea (quadriennale, triennale, magistrale)	10%	8%	14%	19%	10%	6%
Post laurea (Master, Dottorato, Specializzazione)	1%	0%	1%	1%	0%	1%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

La maggior parte delle persone intervistate (63%) risulta coniugata (tab. 7) e tale percentuale risulta decrescere con l'aumentare degli anni (è il 52% delle persone over 75 ad essere ancora coniugata). Il 26% del campione risulta invece essere composto da vedove (32%) e vedovi (18%) in linea con le aspettative di vita che in Italia risultano maggiori per le donne rispetto agli uomini (Istat, 2025). Anche in questo caso, la vedovanza risulta positivamente correlata con l'aumentare dell'età e caratterizza il 39% degli intervistati over 75 rispetto all'8% di chi ha meno di 69 anni.

Tab. 7 – Stato civile

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Celibe/nubile	6%	6%	7%	10%	6%	5%
Coniugato/a	63%	57%	71%	75%	74%	52%
Separato/a	2%	1%	2%	2%	1%	1%
Divorziato/a	3%	4%	2%	5%	3%	2%
Vedovo/a	26%	32%	18%	8%	15%	39%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In relazione a ciò, osservando i dati (tab. 8) e attingendo anche dall'ormai noto concetto di ciclo di vita familiare (Walsh *et al.*, 2003; Malagoli Togliatti, Lubrano Lavadera, 2002), il campione risulta composto in prevalenza da famiglie di coppia anziana (54%) caratterizzate dalla sola presenza di coniuge/partner, da famiglie unipersonali (29%) e da famiglie di coppia con figli (9%).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 8 – Tipologie di famiglie

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Da solo/a/single/vedovo/a	29%	35%	22%	17%	20%	39%
Vivo solo/a con figli	4%	4%	4%	3%	4%	5%
Convivente con famiglia di origine (genitori, fratelli, ecc.)	2%	2%	2%	4%	1%	1%
Convivente con il coniuge/partner (senza figli)	54%	48%	60%	57%	61%	49%
Convivente con il coniuge/partner e figli	9%	8%	11%	18%	13%	4%
Convivente con il coniuge/partner e figli e altri parenti	1%	1%	0%	1%	1%	0%
Con amici, coinquilini con o senza figli suoi	1%	1%	0%	1%	0%	1%
Altro (ad es. vive in comunità)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Totale	100 %	100%	100%	100%	100%	100%

Se vivere da soli caratterizza la vita degli *oldest-old* rispetto alle altre fasce di età (39% degli over 75 vs 17% di chi ha meno di 70 anni) sono invece gli *youngest-old* (18%) a caratterizzare quelle famiglie di coppia che ancora coabitano con i figli.

Fatta eccezione per le persone che vivono da sole (35% delle donne vs il 22% degli uomini), sono soprattutto gli uomini (60% contro il 48% delle donne) a vivere con la coniuge o partner oppure insieme con i figli (11% degli uomini contro l'8% delle donne).

Tab. 9 – Condizione lavorativa

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Casalingo/a	15%	26%	1%	15%	15%	14%
Inabile al lavoro/disabile/invalido	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Lavoratore/trice dipendente nel settore privato	3%	3%	3%	10%	2%	0%
Lavoratore/trice dipendente nel settore pubblico	1%	2%	1%	5%	1%	0%
Lavoratore/trice in proprio	4%	2%	5%	10%	1%	2%
Lavoratore/trice atipico/a (collaborazione occasionale, lavoro senza / contratto o non regolamentato, etc,)	0%	1%	0%	1%	0%	0%
Pensionato/a o ritirato/a dal Lavoro	77%	67%	89%	59%	81%	84%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

L'appartenenza a fasce di età caratterizza anche la corrispondenza con la condizione lavorativa attuale di coloro che hanno risposto (tab. 9): in gene-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

rale, al momento della rilevazione, il 77% del campione risulta uscito o ritirato dal mercato del lavoro, con una discreta prevalenza degli uomini (89%) rispetto alle donne (67%) e con una precisa corrispondenza tra l'aumentare dell'età e l'aumentare della quota di pensionati/e (59% per chi ha meno di 70 anni vs 84% degli over 75).

Ciò risulta perfettamente corrispondente al trend che vede la relazione inversa tra coloro che invece risultano in attività (8% del campione) e la loro quasi totale concentrazione nella fascia d'età più giovane.

Tab. 10 – Condizione lavorativa regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Casalingo/a	13%	22%	0%	9%	14%	14%
Inabile al lavoro/disabile/invalido	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Lavoratore/trice dipendente nel settore privato	2%	2%	3%	9%	1%	0%
Lavoratore/trice dipendente nel settore pubblico	1%	1%	1%	5%	0%	0%
Lavoratore/trice in proprio	3%	2%	4%	11%	1%	0%
Lavoratore/trice atipico/a (collaborazione occasionale, lavoro senza / contratto o non regolamentato, etc,)	0%	1%	0%	2%	0%	0%
Pensionato/a o ritirato/a dal Lavoro	80%	71%	92%	65%	84%	86%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tab. 11 – Condizione lavorativa regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Casalingo/a	17%	29%	1%	20%	16%	15%
Inabile al lavoro/disabile/invalido	1%	0%	1%	1%	0%	1%
Lavoratore/trice dipendente nel settore privato	4%	3%	4%	12%	3%	0%
Lavoratore/trice dipendente nel settore pubblico	2%	2%	1%	5%	2%	0%
Lavoratore/trice in proprio	4%	2%	7%	9%	1%	3%
Lavoratore/trice atipico/a (collaborazione occasionale, lavoro senza / contratto o non regolamentato, etc,)	0%	0%	0%	1%	0%	0%
Pensionato/a o ritirato/a dal Lavoro	73%	63%	87%	52%	79%	81%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In relazione alla condizione lavorativa, il Veneto si caratterizza per differenze minime che però vedono una minore presenza di casalinghe (13% rispetto al 15% del dato generale) (tab. 10) e che, diversamente, nel Lazio

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

(tab. 11) risultano invece in percentuale maggiore (17% rispetto al 15% del dato generale e al 13% del Veneto). È poi interessante osservare che rispetto al dato generale, il Veneto si caratterizza per una maggiore percentuale di over 65 in pensione o comunque fuori dal mercato del lavoro rispetto al Lazio dove tale percentuale risulta inferiore al dato generale (73% in pensione nel Lazio rispetto all'80% del Veneto) (tab. 11).

In ogni caso, a prescindere dalla professione svolta attualmente o prima del pensionamento, un elemento su cui puntare l'attenzione, è dato dal 64% di coloro che affermano di non avere mai fatto uso professionale di computer o altri strumenti tecnologici, rispetto al 36% che invece dichiara di averne fatto uso (tab. 12).

Tab. 12 – Utilizzo computer in ambito lavorativo

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì	36%	29%	45%	58%	46%	21%
No	64%	71%	55%	42%	54%	79%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Anche in questo caso, una differenza minima si osserva per il Lazio che rileva con un solo punto percentuale in più rispetto al dato generale nell'uso della tecnologia in ambito lavorativo (37% del Lazio rispetto al 36% del generale) (tab. 13). Il Lazio e la concentrazione del campione sulla provincia di Roma, mostra anche in questo caso, seppure con percentuali minime, un maggiore orientamento e consuetudine all'uso della tecnologia digitale dentro e fuori l'ambito lavorativo.

Tab. 13 – Utilizzo computer in ambito lavorativo regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì	37%	31%	45%	58%	44%	23%
No	63%	69%	55%	42%	56%	77%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

2. Anziani e pandemia

Le ricerche rilevano che durante la pandemia da Covid 19, le persone hanno ampliato le attività legate alla tecnologia (Drazich *et al.*, 2023) velocizzando in qualche modo alcune trasformazioni che erano già in atto, come emerso dallo studio dell'Università del Sacro Cuore nel 2024[3]. A questo

[3] Università Cattolica del Sacro Cuore (2024), *Behavioural Change: la trasformazione digitale e ambientale degli italiani dopo il Covid-19*, Milano.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

proposito, un dato di rilievo è offerto dal 56% delle persone over 65 intervistate, per le quali la pandemia non ha prodotto alcun cambiamento nel loro utilizzo della tecnologia e di Internet (tab. 14).

Tab. 14 – Rapporto con la tecnologia post pandemia

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, la utilizzo molto più di prima	12%	11%	14%	18%	19%	6%
Sì, ho imparato ad impiegarla meglio	23%	21%	26%	34%	33%	13%
Sì, la situazione è peggiorata da allora	6%	6%	6%	5%	6%	7%
No, non è cambiato nulla dalla pandemia ad oggi	56%	60%	51%	40%	41%	70%
Non so	2%	2%	2%	2%	1%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

In contrapposizione, il 12% del campione dichiara di utilizzarla "molto più di prima" e a questo proposito i dati del Lazio, seppure in linea con quanto evidenziato finora, salgono al 14% e in coerenza con questo dato, le persone sottolineano nel 53% dei casi che non è cambiato nulla (tab. 15). Il Veneto per questo aspetto (tab. 16) presenta una percentuale minore tra coloro che hanno aumentato l'uso della tecnologia molto di più dopo il Covid19 (10% del Veneto rispetto al 14% del Lazio) sottolineando nel 59% dei casi (soprattutto per le donne) che la pandemia non ha influito su tale utilizzo.

In generale, il 23% del campione dichiara che ha "imparato ad impiegarla meglio" (in entrambi i casi, soprattutto gli uomini tra i 65 e i 74 anni) e solo il 6% del campione (con percentuali in crescita con l'aumentare dell'età ma senza alcuna differenza di genere) sottolinea quanto la situazione sia peggiorata (tab. 14).

Tab. 15 – Rapporto con la tecnologia post pandemia regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, la utilizzo molto più di prima	14%	14%	16%	21%	20%	9%
Sì, ho imparato ad impiegarla meglio	24%	23%	25%	35%	34%	13%
Sì, la situazione è peggiorata da allora	6%	7%	5%	4%	8%	6%
No, non è cambiato nulla dalla pandemia ad oggi	53%	54%	52%	37%	38%	68%
Non so	3%	3%	2%	2%	1%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 16 – Rapporto con la tecnologia post pandemia regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, la utilizzo molto più di prima	10%	8%	12%	15%	19%	4%
Sì, ho imparato ad impiegarla meglio	23%	18%	28%	34%	31%	14%
Sì, la situazione è peggiorata da allora	6%	5%	8%	6%	5%	7%
No, non è cambiato nulla dalla pandemia ad oggi	59%	66%	50%	43%	44%	73%
Non so	2%	2%	2%	2%	1%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Questo dato appare coerente con quanto dichiarato dalle persone intervistate relativamente alla frequenza con la quale oggi, rispetto a prima della pandemia da COVID-19, esse comunicano online o tramite dispositivi mobili con i familiari più stretti. In generale il 60% del campione risponde che tale comportamento è sostanzialmente lo stesso quindi la tecnologia rimane uno strumento utile per le relazioni anche quelle più strette e in particolare, ciò è vero soprattutto per le persone over 75 (nel 68% dei casi, rispetto al 53% di *youngest-old* e al 50% di *middle-old*) (tab. 17).

Tab. 17 – Uso digitale per comunicazione con familiari post pandemia

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Molto più spesso di prima	6%	5%	8%	9%	8%	4%
Un po' più spesso di prima	23%	22%	26%	30%	35%	15%
Circa come prima	60%	63%	56%	53%	50%	68%
Un po' meno spesso di prima	5%	5%	5%	4%	3%	7%
Molto meno spesso di prima	5%	5%	5%	4%	4%	6%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

L'uso un po' più frequente del mezzo digitale rispetto al periodo pandemico dichiarato dal 23% delle persone intervistate risulta un comportamento adottato dal 35% di *middle-old* (70-74 anni) e dal 30% di *youngest-old*; questa due fasce di età, seppure in bassa percentuale, sono quelle che utilizzano maggiormente la tecnologia come strumento di comunicazione extra lavoro (rispettivamente 8% e 9%) rispetto agli over 75 che complessivamente per il 13% oggi usano la tecnologia meno o molto meno rispetto al momento pandemico (tab. 17). Pare utile rilevare che (tab. 18) che le donne in Veneto hanno utilizzato un po' più spesso la tecnologia per comunicare con i familiari rispetto al dato generale (66% delle donne venete rispetto al 63% del dato generale).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 18 – Uso digitale per comunicazione con familiari post pandemia regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Molto più spesso di prima	6%	4%	9%	9%	4%	5%
Un po' più spesso di prima	24%	22%	26%	29%	35%	16%
Circa come prima	61%	66%	56%	53%	55%	68%
Un po' meno spesso di prima	5%	4%	5%	5%	3%	5%
Molto meno spesso di prima	5%	5%	4%	4%	3%	6%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

L'uso della tecnologia per comunicare non solo con i familiari ma anche con il proprio medico e/o con altri specialisti risulta sempre una strategia adottata soprattutto (70%) da coloro che hanno meno di 70 anni (79%) e risulta un comportamento sempre meno adottato al crescere dell'età e coerente con una maggiore propensione delle persone over 75 che rispetto alle altre fasce di età preferiscono il contatto personale a quello a distanza (33% vs 20% dichiarato dai 65-69enni) (tab. 19).

Tab. 19 – Interazione a distanza con figure medico sanitarie

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Ha interagito a distanza (almeno 1 sì)	70%	67%	73%	79%	70%	65%
No, preferisco andare di persona	28%	30%	24%	20%	24%	33%
No, il/la medico non lo ha consentito	3%	3%	3%	2%	6%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

A questo proposito risulta interessante osservare che ancora una volta, rispetto al campione generale, chi risiede nel Lazio presenta percentuali maggiori, anche se di poco, rispetto al dato generale.

Tab. 20 – Interazione a distanza con figure medico sanitarie regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Ha interagito a distanza (almeno 1 sì)	72%	69%	76%	82%	70%	67%
No, preferisco andare di persona	25%	29%	20%	16%	23%	31%
No, il/la medico non lo ha consentito	3%	2%	4%	1%	7%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Infatti (tab. 20), è il 72% dei laziali ad avere interagito a distanza con il medico o con altri specialisti e coerentemente, diminuisce rispetto al dato generale, la percentuale di coloro che dichiarano di preferire il contatto diretto e personale con i professionisti della salute (25% dei laziali rispetto al

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

28% del generale). Sono soprattutto gli *youngest-old* rispetto alle altre fasce di età, ad avere utilizzato diversamente dal dato generale, la messaggistica (74% dei laziali vs 70% del generale) (tab. 21).

Tab. 21 – Tipologia interazione a distanza con figure medico sanitarie regione Lazio

Tra chi ha interagito (% sul tot)	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, al telefono	78%	75%	82%	71%	78%	83%
Sì, via messaggi (WhatsApp, Sms, Email)	53%	58%	48%	74%	60%	37%
Sì, in videochiamata	4%	2%	7%	6%	2%	3%

Rispetto a questa tematica, anche in Veneto si evidenzia un comportamento leggermente diverso rispetto al dato generale (tab. 22): un leggero calo tra coloro che hanno interagito con figure in ambito medico-sanitario (67% del Veneto rispetto al 70% del dato generale) ribadendo la preferenza verso il rapporto personale (30% vs 28% del dato generale), un dato che si riconferma anche nella modalità preferita rispetto all'uso della comunicazione tecnologica (tab. 23): l'83% di chi ha usato la tecnologia e risiede in Veneto, preferisce usare il telefono piuttosto che la messaggistica (43% rispetto al 48% del dato generale).

Tab. 22 – Interazione a distanza con figure medico sanitarie regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Ha interagito a distanza (almeno 1 sì)	67%	65%	71%	75%	69%	63%
No, preferisco andare di persona	30%	32%	28%	24%	25%	35%
No, il/la medico non lo ha consentito	3%	4%	1%	2%	6%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tab. 23 – Tipologia interazione a distanza con figure medico sanitarie regione Veneto

Tra chi ha interagito (% sul tot)	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, al telefono	83%	84%	83%	69%	84%	91%
Sì, via messaggi (WhatsApp, Sms, Email)	43%	38%	49%	66%	54%	25%
Sì, in videochiamata	4%	4%	5%	8%	5%	2%

Risulta interessante osservare come le interazioni a distanza privilegino nell'81% dei casi la chiamata telefonica rispetto alla messaggistica (48%) che invece risulta efficace per il 70% dei 65-69enni (tab. 24). In ambito sanitario, il contatto diretto appare quindi preferibile soprattutto per i più anziani (87% rispetto all'81% dei *middle-old* e al 70% dei 65-69enni) diver-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

samente dalla videochiamata che non incontra interesse da parte del campione (4%).

Tab. 24 – Tipologia interazione a distanza con figure medico sanitarie

Tra chi ha interagito (% sul tot)	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, al telefono	81%	79%	82%	70%	81%	87%
Sì, via messaggi (WhatsApp, Sms, Email)	48%	48%	48%	70%	57%	32%
Sì, in videochiamata	4%	3%	6%	7%	4%	3%

Ciò può essere anche messo in relazione alla buona condizione di salute del campione stesso che complessivamente nell'86% dei casi, senza particolari differenze tra i generi, dichiara di stare da molto a discretamente bene (tab. 25).

Tab. 25 – Percezione stato di salute

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Molto bene	6%	6%	7%	10%	10%	3%
Bene	34%	32%	35%	50%	34%	25%
Discretamente	46%	48%	44%	35%	44%	53%
Male	10%	10%	10%	4%	8%	13%
Molto male	2%	2%	2%	2%	2%	2%
Preferisco non rispondere	2%	3%	2%	1%	2%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Seppure i dati per il Lazio risultino simili, si osserva rispetto al dato generale, una maggiore concentrazione di rispondenti della fascia over 75 che si sentono di vivere cattive condizioni di salute (rispettivamente 16% vs 13%) (tab. 26) sottolineando quindi condizioni di salute leggermente peggiori per gli over 75 in Lazio.

Tab. 26 – Percezione stato di salute rispondenti regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Molto bene	7%	6%	8%	7%	12%	4%
Bene	33%	33%	34%	48%	36%	25%
Discretamente	46%	47%	43%	38%	43%	51%
Male	11%	10%	12%	4%	6%	16%
Molto male	1%	1%	2%	1%	1%	2%
Preferisco non rispondere	2%	3%	1%	1%	3%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 27 – Percezione stato di salute rispondenti regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Molto bene	6%	6%	7%	12%	8%	3%
Bene	34%	31%	37%	51%	32%	26%
Discretamente	47%	49%	44%	31%	45%	55%
Male	9%	10%	8%	3%	11%	11%
Molto male	2%	3%	2%	2%	3%	2%
Preferisco non rispondere	2%	2%	2%	1%	1%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Per quanto riguarda il Veneto, la similitudine dei dati vede una minima differenza per quanto riguarda la percezione dello stato di salute (tab. 27) che risulta di un punto percentuale superiore al dato generale (complessivamente – con opzioni molto bene, bene e discretamente – l'87% delle persone si sente bene vs 86% del dato generale).

Bibliografia di riferimento

Drazich B.F., Li Q., Perrin N.A., Szanton S.L., Lee J.W., Huang C.M., Carlson M.C., Samuel L.J., Regier N.G., Rebok G.W., Taylor J.L. (2023), *The relationship between older adults' technology use, in-person engagement, and pandemic-related mental health*, «Aging & mental health», 27, pp. 156-165. DOI: 10.1080/13607863.2022.2046695.

Istat (2025), *Rapporto SDGs. Informazioni statistiche per l'agenda 2030 in Italia*, Istat, Roma.

Istat (2020), *Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia*, Roma.

Lee S.B., Oh J.H., Park J.H., Choi S.P., Wee J.H. (2018), *Differences in youngest-old, middle-old, and oldest-old patients who visit the emergency department*, «Clinical and experimental emergency medicine», 5, pp. 249-255. DOI: 10.15441/ceem.17.261.

Malagoli Togliatti M., Lubrano Lavadera A. (2002), *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*, il Mulino, Bologna.

Università Cattolica del Sacro Cuore (2024), *Behavioural Change: la trasformazione digitale e ambientale degli italiani dopo il Covid-19*, Milano.

Walsh F. (a cura di) (2003), *Normal family processes: growing diversity and complexity*, The Guilford Press, NY.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Divario digitale: uso dei dispositivi, attività on line e percezione delle proprie capacità

di *Cristina Gardenghi*

Per quanto riguarda il divario digitale, sono stati indagati tutti e tre i livelli (Van Dijk, 2005; cfr. p. 10), ovvero quello relativo all'accesso a Internet, il secondo relativo alle capacità di impiegare Internet e il terzo relativo ai benefici. Quest'ultimo livello è fondamentale nella ricerca proprio perché si indaga la relazione tra il livello di alfabetizzazione digitale del campione e la capacità di impiegare Internet per monitorare, curare e gestire la propria salute. In quest'ottica il terzo livello di divario digitale risulta fondamentale per capire la connessione tra digital divide e conseguenti difficoltà nell'accedere a cure e servizi sanitari. La questione diventa fondamentale in un campione in età avanzata, proprio perché la fragilità dovuta al digital divide si unisce alla fragilità dello stato di salute, rischiando di creare impedimenti nell'accesso a diritti costituzionali quali quello alle cure (Cappellato *et al*., 2021).

Il fenomeno del divario digitale viene analizzato nel questionario a partire dalla domanda 12 e fino alla domanda 18 compresa, subito dopo la sezione anagrafica composta di domande volte alla descrizione del campione. Dei 7 quesiti, 4 risultano composti da 10 sotto-quesiti, per un totale complessivo di 46 domande. Le domande esplorano: il possesso e l'impiego di vari dispositivi digitali; la frequenza d'uso degli stessi dispositivi; le principali attività svolte online; i servizi conosciuti e impiegati (dalle App per il meteo a quelle per il monitoraggio dell'assunzione di farmaci) e infine i *Social Network* più impiegati.

Vi sono poi domande sulle capacità digitali del campione, su come gli intervistati percepiscono le proprie abilità nell'impiegare dispositivi e servizi di vario tipo, e sulle loro reti di supporto in caso di difficoltà (con domande che indagano se chiedono aiuto nell'uso di questi dispositivi, quanto e a chi).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

1. Il divario digitale: possesso, uso e frequenza d'uso dei dispositivi digitali

Dopo questa preliminare esplorazione delle capacità medie di impiegare dispositivi connessi a Internet, la domanda successiva (13) entra nel merito del singolo dispositivo considerato. Per ogni dispositivo indagato si è chiesto all'intervistato se lo possiede e se lo usa. La struttura della domanda è, infatti, Quali dei seguenti dispositivi tecnologici possiede e utilizza?, e le risposte possibili e previste sono lo possiedo e lo utilizzo, lo possiedo ma non lo utilizzo, non lo possiedo. Questa domanda mira ad esplorare sia il panorama di dispositivi genericamente conosciuti, ma non per forza impiegati, sia, più specificatamente, i dispositivi che il singolo individuo possiede e utilizza. Si è così in grado di mappare non solo quali dispositivi sono più conosciuti tra le diverse fasce d'età, ma anche quali di questi siano effettivamente oggetti d'uso abituale.

In questo senso, i dispositivi indagati sono:

- computer,
- smartphone,
- tablet,
- smartwatch,
- smart Tv,
- cellulare senza Internet.

Sebbene la domanda fosse incentrata sulla capacità di utilizzare dispositivi connessi a Internet, si è scelto di includere, tra le opzioni dei dispositivi tecnologici posseduti e utilizzati, anche il cellulare non connesso alla rete, considerando la specificità del campione analizzato, ossia la popolazione over 65.

Per lo stesso motivo, nella domanda successiva (14) si è indagata la frequenza d'uso degli stessi dispositivi, compreso quindi anche il cellulare senza Internet. In particolare, i rispondenti alla domanda 14 sono solo coloro che, alla domanda 13, hanno selezionato l'opzione Lo possiedo e lo utilizzo per il medesimo item. Ad esempio, se alla domanda 13 si è risposto Lo possiedo e lo utilizzo per l'item cellulare senza Internet, alla domanda 14 viene chiesto Con quale frequenza utilizza il dispositivo?, con le seguenti possibili risposte: Sempre, Spesso, A volte, Raramente. L'opzione Mai è stata volutamente esclusa, poiché la domanda 14 è rivolta unicamente a chi ha già dichiarato di utilizzare il dispositivo nella domanda precedente.

Partendo proprio da questo item particolare per l'assenza di Internet, l'analisi dei dati risultanti dimostra che l'ipotesi secondo cui questa risposta rappresentasse un possibile oggetto d'uso comune è stata verificata: infatti, si constata che il 29% del totale, dunque quasi un terzo del campione, possiede e utilizza il cellulare senza Internet. Peraltro, di coloro i quali posseggono e usano il cellulare senza Internet, il 45% lo usa sempre (dunque come dispositivo principale e abituale), e il 27% spesso (quasi un terzo di co-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

loro i quali lo posseggono e usano). È, inoltre, interessante notare come la percentuale maggiore di utilizzatori che rispondono sempre si dà nella fascia d'età inferiore, ovvero 65-69 anni (56%), seguiti dalla fascia d'età 75+ (con un 45%). Il dato conferma numerosi studi (Fox e Connolly, 2018): gli anziani sono una delle fasce di popolazione maggiormente colpita dal divario digitale, e ciò emerge anche dal primo livello di questo divario. Più nello specifico, il dato qui visto consente di interpretare il divario digitale come un fenomeno anche legato alla mancata accettazione da parte della popolazione delle nuove tecnologie così come della cultura digitale in generale (Hong *et al*. 2017). Questa reticenza può essere a sua volta dovuta alla velocità del cambiamento sociotecnico, e alla conseguente richiesta (ormai non più solo possibile ma obbligatoria) di adattamento per non rimanere esclusi dalla nuova società in formazione. In generale, il dispositivo più posseduto e usato è lo smartphone: il 68% del campione totale lo possiede e utilizza, e di questi, il 60% dichiara di impiegarlo sempre, mentre solo il 2% raramente. Si nota, infatti, che lo smartphone è l'item che, nella categoria di risposta Raramente per quanto riguarda la frequenza d'uso, registra i valori più bassi (tab. 1), indice del fatto che tra gli item è quello che, se posseduto, è impiegato maggiormente. La frequenza d'uso appare inoltre correlata all'età: al crescere dell'età decresce la frequenza di uso dello smartphone. Infatti, il 92% del totale della fascia d'età 65-69 possiede e usa lo smartphone, e di questi il 69% lo impiega sempre; nella fascia d'età 70-74 lo smartphone è posseduto e usato dall'85%. In questa età il 65% lo impiega sempre, mentre tra gli over-75 solo il 49% possiede e usa lo smartphone, e solo il 47% lo impiega sempre.

Tab. 1 – Frequenza di utilizzo dello Smartphone al variare dell'età

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sempre	60%	69%	65%	47%
Spesso	30%	25%	28%	35%
A volte	9%	5%	5%	15%
Raramente	2%	0%	1%	4%
Totale	100%	100%	100%	100%

La minor frequenza d'uso è dunque associata al crescere dell'età: le risposte sempre decrescono al crescere dell'età e, viceversa, un uso più saltuario è più votato dalle fasce d'età più anziane.

Il secondo dispositivo più posseduto e impiegato è la Smart Tv, posseduto e utilizzato dal 37% del totale del campione. Va tuttavia ricordato che, come si afferma nel le Smart TV sono ormai da vari anni più diffuse delle TV tradizionali, anche per via di politiche di adeguamento al DVB – T2, lo

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

standard di seconda generazione per la TV digitale terrestre. Inoltre, si nota che non sono presenti grosse differenze nella frequenza d'uso di questo dispositivo: coloro i quali lo impiegano sempre sono il 57% nella prima fascia d'età, il 49% nella seconda e nella terza fascia d'età considerate. Anche nelle altre risposte (Spesso; A volte; Raramente; Mai), i valori cambiano di pochi centesimi tra una fascia d'età e l'altra.

Infine, il computer è ancora tra i dispositivi più posseduti e impiegati dalla popolazione indagata, perlomeno in queste fasce d'età: è infatti il terzo item più posseduto, con il 35% del totale che lo possiede e utilizza. È inoltre l'item il cui possesso e uso varia maggiormente al variare del genere: infatti, tra i possessori e utilizzatori, si nota che delle donne è solo il 29,5% a possederlo e usarlo, mentre sul totale degli uomini la percentuale sale al 42%.

La stessa discrepanza si nota relativamente alla frequenza d'uso: a dichiarare di impiegare sempre il computer è il 25% delle donne (sul totale donne) contro il 38% degli uomini (sul totale uomini). Si nota, inoltre, (tab. 2), che l'impiego continuativo del computer (Sempre) decresce al crescere dell'età (37% degli youngest old, 26% dei middle old e 29% degli oldest old). Così, un impiego più saltuario (A volte e Raramente) cresce con l'età, insieme ad un uso Raro, la cui percentuale va dal 7% tra i 65 e 69 anni, all'11% tra i 70 e i 74 e al 12% sopra ai 75 anni.

Tab. 2 – Dispositivi posseduti e utilizzati al variare dell'età

	65-69 anni	*70-74 anni*	*75+ anni*
Computer	59%	42%	21%
Smartphone	92%	85%	49%
Tablet	32%	23%	9%
Smartwatch	13%	7%	3%
Smart Tv	57%	48%	23%
Cellulare senza Internet	10%	15%	45%

Un item particolare è lo Smartwatch: questo è il meno posseduto e utilizzato. Infatti, solo il 7% del totale dichiara di possederlo e usarlo, e un 3% lo possiede ma non lo usa, permettendo di dire che 9 persone su 10, in media, non possiedono lo Smartwatch. Nonostante sia poco posseduto, lo Smartwatch è, come frequenza d'uso e tra chi lo possiede, secondo solo allo Smartphone: infatti, tra coloro i quali dichiarano di possederlo e impiegarlo, il 59% dichiara di impiegarlo sempre. Anche in questo caso, la frequenza assidua cala al crescere dell'età: il 70% di chi ha tra i 65 e i 69 anni, il 57% di chi ha tra i 70 e i 74 anni e solo il 35% degli over 75.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Un'altra variabile correlata al possesso e all'uso dei dispositivi digitali è il titolo di studio (tab. 3).

Tab. 3 – Possesso e uso di dispositivi al variare del titolo di studio

	Titolo di studio basso	*Titolo di studio medio*	*Titolo di studio alto*
Computer	12%	51%	75%
Smartphone	68%	48%	85%
Tablet	18%	8%	23%
Smartwatch	7%	2%	9%
Smart Tv	37%	22%	51%
Cellulare senza Internet	29%	46%	15%

Si nota, infatti, che il computer è posseduto e utilizzato dal 75% di coloro i quali hanno un titolo di studio alto (laurea o post-laurea), e viceversa non è posseduto dall'80% del campione con titolo di studio basso (licenza media). Il dato è rilevante in quanto il computer consente, come strumento tecnologico, di effettuare operazioni più complesse e tuttavia oggigiorno sempre più necessarie e diffuse, e che lo smartphone fatica a supportare. Anche lo smartphone, nonostante sia posseduto e usato dal 68% del totale, e nonostante sia il dispositivo digitale più diffuso, appare ancora legato al titolo di studio. Infatti, di coloro i quali hanno la licenza media come titolo di studio, solo il 48% lo possiede e impiega, e il 49% non lo possiede. Viceversa, di coloro i quali hanno titoli di studio alti, il 90% possiede e impiega lo smartphone, e solo il 10% non lo possiede. Allo stesso modo gli altri item, tra cui figurano tablet, Smartwatch e Smart Tv, sono posseduti e impiegati in misura molto maggiore dalla categoria con titolo di studio alto rispetto a quella con titolo di studio basso. In particolare, si sottolinea che il tablet è posseduto e impiegato solo dall'8% degli intervistati con titolo di studio basso, contro un 43% di intervistati con titolo di studio alto. Situazione inversa si presenta nel caso dell'unico item sprovvisto di Internet, ovvero il cellulare senza Internet: il 46% degli intervistati con titolo di studio basso lo possiede e utilizza, contro un 14% di coloro che hanno titolo di studio alto e un 15% della fascia intermedia. In generale, in tutti gli item tranne che in quest'ultimo si apprezza un incremento sensibile di possessione e utilizzo al salire del titolo di studio, il che indica una correlazione tra livelli di alfabetizzazione e di alfabetizzazione digitale. Questo dato conferma la letteratura che sostiene che la digital health literacy sia correlata a fattori sociodemografici tra cui il livello del titolo di studio, così come l'età minore che, come fattore, è associata tendenzialmente a un maggior quantitativo di tempo trascorso online e di conseguenza a una maggiore capacità di muoversi in ambienti digitali (Shi Z., et al., 2024).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 4 – Possesso e utilizzo dei principali item digitali. Confronto tra regioni sul totale del campione

	Totale Veneto	*Totale Lazio*
Computer		
Lo possiedo e lo utilizzo	34%	36%
Lo possiedo ma non lo utilizzo	9%	9%
Non lo possiedo	57%	55%
Smartphone		
Lo possiedo e lo utilizzo	66%	70%
Lo possiedo ma non lo utilizzo	3%	0%
Non lo possiedo	31%	29%
Tablet		
Lo possiedo e lo utilizzo	19%	17%
Lo possiedo ma non lo utilizzo	6%	6%
Non lo possiedo	75%	77%
Smartwatch		
Lo possiedo e lo utilizzo	7%	6%
Lo possiedo ma non lo utilizzo	3%	4%
Non lo possiedo	91%	90%
Smart tv		
Lo possiedo e lo utilizzo	38%	36%
Lo possiedo ma non lo utilizzo	9%	10%
Non lo possiedo	52%	54%
Cellulare senza Internet		
Lo possiedo e lo utilizzo	30%	28%
Lo possiedo ma non lo utilizzo	4%	7%
Non lo possiedo	66%	65%

Il dato conferma inoltre che, nonostante le competenze digitali siano fondamentali per essere realmente inclusi in un mondo sociale digitale, la digital literacy è ancora fortemente legata al livello d'istruzione scolastica, come dimostrato anche dallo studio Eurostat (2024) sull'andamento dei paesi europei relativamente all'impatto sulla digital literacy di età e titolo di

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

studio[1]. Il gap tra le skills digitali di coloro che hanno titoli di studio elevati e quelli con educazione formale di base è, nell'UE nell'anno 2023, di 46 punti percentuali. Per quanto riguarda le differenze tra regioni (tab. 4), a livello di possesso e uso dei dispositivi digitali non vi sono grandi differenze da rimarcare. Si nota tuttavia che in Lazio è più impiegato e posseduto lo smartphone e, per contro, in Veneto è leggermente più diffuso il cellulare senza Internet.

1.2. I solitari digitali: il profilo degli over-65 che vivono soli

In questo paragrafo si è deciso di dare uno sguardo più approfondito al ruolo svolto, in Italia, dalle reti familiari e sociali, a sostegno di una adeguata socializzazione all'uso del digitale. Il quadro che emerge è chiaro: le reti familiari svolgono un ruolo nel favorire il possesso e l'uso di item digitali. Chi vive solo predilige il cellullare senza Internet e, di questi, la metà non impiega Internet in generale (il 49%). Solo uno su dieci si dichiara completamente in grado di proteggere privacy e dati online, e sempre uno su dieci (il 10%) è completamente d'accordo nell'affermare che i servizi digitali istituzionali ostacolano la comunicazione e l'interazione tra cittadino e istituzione sanitaria. È interessante notare come il profilo degli intervistati che vivono soli (o vedovi o single) è quello di persone che presenta valori inferiori agli altri per tutti gli item posseduti e impiegati, tranne cellulare senza Internet. Solo il 26% della categoria, infatti, possiede e utilizza il computer (item 1) e il 56% impiega e utilizza lo smartphone (item 2), ovvero poco più della metà. Infine, solo il 5% utilizza lo Smartwatch, il 15% il tablet e il 26% la Smart Tv. Un campione in cui solo la metà utilizza Internet è un dato da sottolineare, soprattutto se confrontato con i valori delle altre categorie: del gruppo di intervistati che convive con il coniuge, il 72% ha Internet, mentre solo il 28% ne è sprovvisto (tab. 5). Inoltre, si sono indagate anche situazioni abitative diverse (accorpate in altro per motivi di analisi dati, altrimenti troppo ridotti), tra cui:

- vivo solo/a con figli,
- convivente con famiglia di origine (genitori, fratelli, ecc.)
- convivente con il coniuge/partner e figli,
- convivente con il coniuge/partner e figli e altri parenti,
- con amici, coinquilini con o senza figli suoi,
- altro (ad es. vive in comunità).

Tutti questi sottogruppi formano un totale di cui il 68% ha la connessione Internet: indipendentemente dalla natura del rapporto sociale o familiare

[1] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Skills_for_the_digital_age

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

tra i conviventi, è ancora evidente come la numerosità del gruppo sembri favorire una maggiore connessione con il mondo digitale.

Tab. 5 – Possesso e uso di dispositivi al variare del numero dei conviventi

	Vive solo	*2 conviventi*	*3+ conviventi*
Computer	26%	36%	54%
Smartphone	56%	72%	82%
Tablet	15%	18%	29%
Smartwatch	5%	6%	15%
Smart Tv	26%	41%	44%
Cellulare senza Internet	36%	28%	17%

Coloro che impiegano Internet, peraltro, si limitano a task da livelli di alfabetizzazione digitale bassi. Il gruppo considerato, infatti, impiega Internet specialmente per comunicare con familiari e amici, leggere notizie di attualità o interesse personale e inviare/ricevere e-mail. La metà di loro non lo impiega mai per usare social network, né per effettuare pagamenti (51%) o acquisti di qualsiasi genere (53%). Allo stesso modo il 55% dichiara di non impiegare mai Internet per guardare film e telefilm, e il 70% di non leggere libri e riviste digitali. Le applicazioni più usate in assoluto sono quelle di messaggistica (come WhatsApp), i motori di ricerca, e infine le app di posta elettronica e quelle di meteorologia (con solo 1 punto percentuale in meno rispetto alle applicazioni di posta elettronica). La relazione tra stato abitativo e alfabetizzazione digitale è evidente anche dall'analisi delle forme abitative poste in relazione al possesso e uso degli item digitali, nonché di quella tra quest'ultima e lo stato coniugale. La stessa evidenza emerge anche dal confronto tra lo stesso possesso e uso degli item digitali con il dato sul numero componenti del nucleo familiare (tab. 6). Da queste domande si evince chiaramente che, al salire della numerosità del nucleo familiare, si posseggono e usano più dispositivi. Fa eccezione, ancora una volta, il caso dell'item cellullare senza Internet il quale riprova, ulteriormente, la minor tendenza alla digitalizzazione di chi vive solo. Così, chi vive con il coniuge/partner (senza figli) ha e impiega più dispositivi *digitali*, rispetto a chi vive solo (di nuovo, il cellulare senza Internet è l'unico item il cui possesso e uso aumenta tra chi vive da solo).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 6 – Possesso e uso di dispositivi digitali al variare della situazione abitativa

	Convivente con il coniuge/partner (senza figli)	*Da solo/a/single/vedovo/a*
Computer	38%	26%
Smartphone	74%	56%
Tablet	19%	15%
Smartwatch	6%	5%
Smart Tv	43%	26%
Cellulare senza Internet	26%	36%

Ancora, chi è sposato impiega, e possiede, in media, più dispositivi rispetto a chi non è coniugato, tranne il cellullare senza Internet. Trasversalmente ai gruppi, lo Smartwatch resta l'item meno impiegato e posseduto (tab. 7).

Tab. 7 – Possesso e uso di dispositivi digitali al variare dello stato coniugale

	Coniugato/a	*Non Coniugato/a*
Computer	40%	28%
Smartphone	75%	57%
Tablet	20%	15%
Smartwatch	8%	5%
Smart Tv	44%	26%
Cellulare senza Internet	26%	35%

Per concludere, la condizione abitativa emerge ancora come un fattore chiave: gli anziani che vivono soli mostrano un uso più limitato dei dispositivi digitali e livelli più bassi di alfabetizzazione digitale. Questo porta a confermare la tesi già riportata nell'analisi dei dati qualitativi (pp. 74-75) e secondo la quale la presenza di figli o nipoti può fornire sostegno, favorendo l'autonomia (Neves e Amaro, 2012) e la riduzione di forme di esclusione digitale e sociale. Questo evidenzia come la dimensione domestica e relazionale sia una vera e propria risorsa per ridurre il rischio di esclusione digitale e sociale tra gli over-65, nonché una possibile fonte di capacitazione digitale dell'anziano, con importanti risvolti sociali.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

2. Analisi delle attività online e dei servizi digitali più impiegati

Per quanto riguarda le attività e i servizi digitali, si sono indagati, nel campione, vari tipi di uso di Internet. La domanda (16) chiede all'intervistato di indicare la frequenza con cui impiega dispositivi connessi a Internet per svolgere una serie di attività; la scala di risposta è molto, abbastanza, poco, per nulla. Le attività indagate si distinguono in quattro dimensioni principali, correlate anche al livello di difficoltà delle azioni da compiere digitalmente: la dimensione della comunicazione-informazione, la dimensione delle attività di intrattenimento e di svago personale, la dimensione del portafoglio digitale che comprende varie attività economiche, transazioni e pagamenti online, e la dimensione delle ricerche su salute e malattie. Quest'ultima è stata isolata dalle altre a fini di interesse teorico e non per evidenti differenze a livello di difficoltà tecnica.

2.1. Le dimensioni delle attività online: la comunicazione-informazione, l'intrattenimento personale e il portafoglio digitale

La prima dimensione è quella della comunicazione-informazione, e qui l'uso di Internet richiede capacità di livello relativamente basso, in quanto comprende pratiche molto diffuse e che non richiedono capacità aggiuntive quali ad esempio la creazione di un profilo, l'uso di dati personali sensibili o l'impostazione di password sicure e complesse. Si tratta delle seguenti attività:

- comunicare con familiari e amici; valore media ponderata: 3,06;
- ricercare informazioni su argomenti di interesse personale; valore media ponderata: 2,43,
- leggere notizie di attualità: valore media ponderata: 2,38,
- inviare/ricevere email: valore media ponderata: 2,03,

Queste costituiscono le sole domande la cui media ponderata delle risposte dà un valore superiore a 2, ovvero superiore alla media aritmetica tra i valori delle risposte possibili. Per questo risultato è stata applicata una formattazione condizionale alle medie ponderate complessive per ciascuna attività, al fine di evidenziare quali presentassero valori superiori o inferiori alla media aritmetica e di rappresentare le aree di utilizzo digitale più o meno diffuse tra gli over 65. È importante sottolineare che la media complessiva è una media aritmetica di indicatori eterogenei e deve quindi essere interpretata esclusivamente come riferimento descrittivo e comparativo. Tuttavia, questa analisi consente perlomeno di inquadrare tendenze: infatti, dato che le risposte corrispondono a valori dallo 0 al 4, ci si può aspettare che valori inferiori al 2 rappresentino tendenze all'uso poco o per nulla, a se-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

conda del valore (se più vicino al 2 o più vicino allo 0). Allo stesso modo, un valore superiore al 2 indicherà una tendenza all'uso abbastanza o molto.

Il campione mostra (tab. 8), a livello di media ponderata, di impiegare Internet soprattutto per comunicare (via WhatsApp o email) e informarsi sia sull'attualità che sui propri argomenti di interesse. Il fatto che la media di inviare e ricevere email sia inferiore può dipendere dalla maggiore difficoltà richiesta da questa azione. Essa, infatti, coinvolge skills aggiuntive rispetto alle altre qui riportate. Tra queste capacità, in più, vi sono la creazione di un profilo con username e password, l'eventuale collegamento di diversi dispositivi al medesimo account e-mail, la capacità di gestire una maggiore esposizione al rischio di truffe e furti online, nonché la gestione del rischio di fughe di dati sensibili.

Tab. 8 – Media ponderata sul totale del campione e riferita all'impiego dei dispositivi digitali per lo svolgimento dell'attività indicata

Attività	*Media ponderata totale*
Leggere riviste e libri online	0,58
Effettuare prenotazioni online per viaggi / turismo/ concerti/eventi/etc.	0,86
Effettuare acquisti di qualsiasi genere	0,97
Guardare film e telefilm	1,05
Ricercare informazioni mediche per fare diagnosi sulla mia salute	1,1
Effettuare pagamenti (bollette, tasse etc.) e operazioni bancarie online	1,27
Ricercare informazioni su sanità, salute e malattie	1,34
Usare social network (es. Facebook, Instagram, TikTok, etc.)	1,39
Guardare video (compreso YouTube)	1,43

Al di sotto di tale media si attesta l'impiego di dispositivi digitali per tutte le altre attività indagate.

Anche l'utilizzo medio delle applicazioni conferma che queste sono le attività più frequenti. Le app più conosciute e usate sono infatti quelle di messaggistica, i motori di ricerca, le app di posta elettronica e quelle di meteorologia. Solo queste presentano percentuali di utilizzo che superano il 70% del totale (si sottolinea che le app per email sono impiegate dal 73%, quelle per il meteo dal 72%).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Il secondo gruppo di attività, distinto sulla base del contenuto dell'attività indagata (e non sulla base dei valori della media ponderata), attività di intrattenimento personale, comprende:

- guardare video,
- guardare Film e Telefilm,
- usare social network,
- leggere riviste e libri online.

In tutte queste pratiche, infatti, l'utente è fruitore di contenuti digitali (dai libri sulle piattaforme di lettura ai post sui social network) e dimostra di saper impiegare siti e dispositivi a fini ricreativi. La conoscenza del digitale richiesta da questo tipo di operazioni è tuttavia limitata e infatti, come già visto nell'analisi della letteratura (p.33), è associata a un titolo di studio inferiore (Hargittai e Hsieh, 2013; Van Deursen e Helsper, 2015).

A conferma di ciò, si registra un valore inferiore nella lettura online, ma si ipotizza che non sia dovuto a un diverso livello di difficoltà di questa attività, bensì a una minore fruizione di libri e riviste online rispetto al livello medio di fruizione di video e immagini. Questa ipotesi sembra confermata dal fatto che leggere è l'attività meno praticata in assoluto, anche in confronto ad attività complesse e associate a un rischio maggiore, quali quelle economiche. È inoltre importante ricordare che il 56% del campione non possiede il computer e il 76% non possiede né impiega un tablet. La scelta dei dispositivi da usare e avere in casa è rivelatrice anche delle azioni che più probabilmente si svolgeranno con quegli strumenti: ad esempio questi item, ovvero tablet e computer, tra i dispositivi connessi a Internet qui indagati, sono quelli tecnicamente più complessi e più compatibili a un uso del digitale non limitato alla fruizione di contenuti o addirittura al livello della sola comunicazione informale, anche solo per via delle dimensioni dello schermo. Il terzo gruppo di attività indagate è relativo al portafoglio digitale e coinvolge: pagamenti e operazioni bancarie online, acquisti e prenotazioni viaggi/eventi. Questi item appaiono caratterizzati da maggiore complessità e rischio, in quanto sono tutte azioni che coinvolgono altri fattori oltre alla competenza tecnica, tra cui la fiducia nelle operazioni online e nella protezione dai furti e dalle truffe, nonché la fiducia nelle proprie capacità di proteggersi da tali rischi senza rinunciare a compiere operazioni complesse. La media ponderata del totale di queste operazioni è infatti: 1,27 per i pagamenti e le operazioni bancarie online; 0,97 per gli acquisti online; 0,86 per la prenotazione di viaggi, turismo ed eventi vari. Per quanto riguarda le diversità tra regioni, il Veneto sembra leggermente più alfabetizzato per quanto riguarda la capacità di effettuare acquisti online di qualsiasi genere, per cui presenta una media ponderata di 1,00 contro 0,94 del Lazio. Allo stesso modo, in Veneto si impiega Internet in misura leggermente maggiore per effettuare pagamenti (bollette etc.) e operazioni bancarie, con una media ponderata di 1,33 contro il valore di 1,21 del La-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

zio. Anche nell'effettuare prenotazioni online, la popolazione veneta sembra più abituata al digitale: la media è di 0,97 ponderata, contro uno 0,75 del Lazio. In generale, sono i più giovani ad essere più digitalizzati: essi hanno medie più alte in quasi tutte le categorie di attività, con un picco nella comunicazione (3,15), nelle pratiche di informazione (2,57) e nell'uso dei social (1,67). La terza fascia di età presenta mediamente punteggi inferiori di 0,5 o anche di 1 punto rispetto ai 65-69enni, segno di una minore alfabetizzazione digitale e di un minor uso del digitale. Questo dato può tuttavia dipendere non solo da minori competenze, ma anche da un calo di interesse nei confronti di Internet tra la popolazione più anziana. Ancor più contenuto è l'impiego di Internet per operazioni economiche, qui considerate complesse in quanto legate a rischi maggiori, fiducia nelle proprie competenze maggiore e, ovviamente, capacità tecniche più eterogenee. Nonostante ciò, tra le app conosciute e impiegate quelle dedicate al pagamento online (così come le app bancarie, nella stessa categoria) sono usate e conosciute da quasi la metà del campione (il 47%), anche se con una preponderanza maschile (il 54% contro il 40%), e anche se l'uso cala al salire dell'età. Infatti, il 61% dei 65-69enni le impiega, contro solo il 33% degli over75. Risulta tuttavia contenuto l'impiego di app per acquisti e shopping (il 36% del totale) e ancor di più quello di app per le consegne a domicilio (il 12% le impiega). Questo fa supporre che l'impiego delle app per operazioni economiche online sia più che altro relativo a operazioni bancarie. Queste applicazioni sono, in ogni caso, certamente più diffuse, conosciute e usate rispetto ad altre, quali quelle per la lettura (solo il 12% ne fa uso) o quelle per monitorare il proprio stato di salute e la propria attività fisica (dal 9 al 19% del totale le impiega). È interessante notare come l'attività online aumenti all'aumentare del titolo di studio, per ogni attività indagata. In sintesi, a conferma della letteratura che associa il digital divide ad altre forme pregresse di esclusione sociale (Helsper 2021), si nota qui che l'uso sociale è il più diffuso, e anche il più semplice, ed è quello che registra dati maggiori; l'uso di livello intermedio, anche chiamato l'uso di intrattenimento, che coinvolge la visione di video, film e telefilm e l'impiego di email resta contenuto, e caratterizza principalmente la fascia di età minore, indice del fatto che queste pratiche non sono ancora generalizzate alla popolazione indistintamente, ma restano legate all'età, a sua volta indice di esperienza nell'uso del digitale, di alfabetizzazione digitale legata a esperienze lavorative e di studio. Questo paragrafo dedicato ai dati sull'utilizzo del digitale conferma quanto emerso nella disamina della letteratura presentata nella prima parte teorica del manuale, e in particolare la proposta di Van Deursen e Helsper (2015) in merito allo usage gap (cfr. cap. 1, p.33). Infatti, i dati mostrano che le persone anziane tendono a limitare l'impiego delle tecnologie a forme di comunicazione informale e di intrattenimento personale, tralasciando invece gli usi più funzionali o strumentali, come quelli legati ai

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

servizi sanitari digitali o alle interazioni con la pubblica amministrazione. È un elemento particolarmente rilevante poiché tali attività ricreative richiedono un livello di competenza tecnologica di base, ma non le digital skills più avanzate necessarie per una piena inclusione nei sistemi di sanità e welfare digitali.

2.2. La dimensione dei social network

Per quanto riguarda il caso dei social network (tab. 9), si nota che il 10% del totale ha dichiarato di non impiegarne nessuno. Su questo, non sono presenti grosse differenze tra i generi, mentre sembra sia l'età il fattore in grado di determinarne un impiego maggiore, minore o nullo.

Tab. 9 – Utilizzo in percentuale di social network. Monovariata per età e per genere

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Non utilizzo nessun Social Media	10 %	10%	9%	8%	4%	17 %
Utilizzo 1 Social media	46 %	48%	44%	41%	47%	50 %
Utilizzo 2 Social media	25 %	23%	27%	25%	30%	22 %
Utilizzo 3 Social media	19 %	19%	19%	26%	19%	12 %

In particolare, si nota come la percentuale di coloro i quali dichiarano di non impiegare nessun Social Network aumenta all'aumentare dell'età. Infatti, se nel gruppo corrispondente alla prima fascia d'età indagata la percentuale di coloro i quali non impiegano Social Network è solo all'8%, nella terza fascia di età indagata la percentuale degli intervistati senza Social Network sale al 17%, più del doppio. Anche tra coloro i quali li impiegano, si nota come il numero di Social impiegati tenda a diminuire con l'età, così come il numero di coloro che ne impiegano più d'uno. La percentuale di coloro che impiegano 2 o 3 social network, infatti, cala progressivamente all'aumentare dell'età, così come invece aumenta la percentuale di coloro che ne impiegano 1 o non ne impiegano affatto, all'aumentare dell'età. In questo senso, il divario digitale è ancora legato all'età, dal momento che la popolazione della fascia 65-69 anni si dimostra più partecipe di questo tipo di attività. Una precisazione metodologica è rilevante nella considerazione dell'impiego dei social network: nella lista di questi ultimi è stato compreso

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

WhatsApp, perché da definizione ne fa parte. Tuttavia, si nota che proprio WhatsApp è l'item più votato e impiegato, e questo permette di affermare che gli over-65 impiegano gli altri social setwork (quali Facebook e Instagram) in maniera molto limitata, privilegiando il solo (tra questi) che consente maggiormente uno scambio comunicativo e una comunicazione privata con conoscenti e amici, piuttosto che piattaforme più votate all'esposizione del sé e dei propri contenuti. Questo conferma quanto detto da alcuni studi: tra gli anziani, l'impiego dei social network è più legato all'informazione e al network consentito dai social nelle vesti di facilitatore sociale, volto a ridurre la solitudine percepita (Di Bernardo *et al*., 2022; Otten, 2021). Quest'uso peraltro potrebbe avere radici nell'epoca di pandemia da Covid-19 (Courtet *et al*., 2020; Cugmas, 2021), in cui l'uso di social network ha consentito a numerosi anziani in condizioni di isolamento fisico di ridurre la percezione e il peso dell'isolamento sociale. Le percentuali di possesso e uso di varie applicazioni confermano che le app di social media non sono tra le più popolari nel campione, anzi: solo il 51% del totale conosce e impiega social media di vario tipo (Facebook, Instagram e simili) e anche in questo caso la percentuale di impiego scende con l'avanzare dell'età. Infatti, nel gruppo di 65-69enni queste app sono impiegate dal 58%, che scende al 56% nella fascia d'età intermedia (70-75 anni) e al 41% per gli over-75.

Tab. 10 – Social Network più impiegati da chi ne impiega almeno uno; valori percentuali correlati al variare dell'età

	65-69 anni	*70-74 anni*	*75+ anni*
Facebook	50%	53%	42%
Instagram	26%	16%	14%
X (ex, Twitter)	4%	3%	3%
TikTok	6%	4%	2%
Linkedin	5%	2%	1%
Pinterest	1%	1%	0%
WhatsApp	86%	88%	91%
Snapchat	1%	1%	0%
Telegram	4%	3%	1%

Per quanto riguarda le diversità tra regioni, il Lazio e il Veneto sembrano impiegare allo stesso modo i Social Network, dato che il totale di coloro che ne impiega almeno uno è il 90% del campione in Lazio, e il 91% in Veneto. Si nota tuttavia che il Veneto ha percentuali più basse nei social network diversi da Whatsapp, item in cui in entrambe le regioni l'88% del

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

campione dichiara di usarlo. In Lazio è più usato facebook (50% contro un 47% del Veneto), Instagram (20% contro un 18% in Veneto) e Telegram (4% contro un 3% in Veneto). Il Veneto ha percentuale superiore invece nell'uso di TikTok (5% contro 3% in Lazio). Nonostante la parità media, il Lazio sembra trascorrere più tempo sui social network: alla domanda Per ciascuno dei motivi/attività che ora le leggerò, mi potrebbe indicare con che frequenza utilizza un qualsiasi dispositivo connesso a Internet? Nel rispondere utilizzi la scala: molto, abbastanza, poco, per nulla. (domanda 16, riga 9), il Veneto presenta una media ponderata sul totale di 1,33 contro 1,46 del Lazio. Inoltre, in Veneto lo stato di salute incide in maniera diversa rispetto al Lazio: in Veneto chi tende a un uso maggiore è chi sta male e chi sta bene, con valori di medie ponderate di 1,53 e 1,50 rispettivamente, e che scendono a 1,12 per chi sta discretamente. Viceversa, in Lazio, chi sta male consulta poco i social, con una media ponderata di 1,07 e il valore sale per chi sta discretamente e chi sta bene ma, in questo caso, l'impiego maggiore è da parte di chi sta discretamente (1,56 di media contro 1,44 di chi sta bene).

2.3. La salute online: il caso delle ricerche su salute, malattia e diagnosi

Come evidenziato nella letteratura, bassi livelli di health literacy sono correlati a esiti di salute peggiori, a una minore aderenza ai trattamenti e a una maggiore dipendenza da caregiver o servizi (Nutbeam, 2000). Il modello europeo integrato (Sørensen *et al*., 2012) definisce la health literacy come la capacità di reperire, comprendere, valutare e utilizzare le informazioni sanitarie per prendere decisioni consapevoli: senza competenze digitali adeguate, queste abilità non si attivano pienamente nei contesti online. Alla luce di quanto emerso nella parte teorica (cfr. cap. 1, § 1.7.1, pp. 44-47), il presente paragrafo si concentra sull'analisi dei dati relativi all'uso di Internet per la ricerca di informazioni sanitarie e l'auto-diagnosi (tab. 11) tra gli over-65. L'indagine di questi comportamenti assume particolare rilevanza, poiché permette di verificare quanto le competenze digitali e la health literacy influenzino la capacità degli anziani di orientarsi autonomamente nel complesso ecosistema informativo online, evidenziando eventuali gap nell'uso di strumenti che potrebbero favorire una gestione più consapevole della propria salute. I risultati, tuttavia, per quanto riguarda il comportamento digitale finalizzato alla ricerca di informazioni sul tema salute, sia per conoscenza che a scopo di auto-diagnosi, indicano che entrambi gli item sono abbastanza limitati, ovvero non vi è evidenza di un grande uso di Internet dedicato a questa finalità. Le percentuali di coloro i quali impiegano Internet per cercare informazioni su salute e malattie sono infatti più elevate nel rispondere per nulla, in tutte e tre le fasce di età. Sempre per tutte e tre le età la seconda risposta più votata è abbastanza, seguita da poco e

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

infine molto. Solo pochi, infatti, scelgono quest'ultima opzione: l'8% degli over-75, il 4% di coloro compresi tra i 70 e i 74, e il 5% della fascia 65-69enni. Si nota inoltre che gli over-75 sono in maggioranza nel non ricercare nessuna informazione di questo tipo, ma anche nel cercarne molto. Da ciò si può dedurre che, sebbene il divario digitale caratterizzi di più gli over-75, questo gruppo è anche quello che, se impiega Internet per ricercare informazioni sul proprio stato di salute, tende a farne un uso maggiore. Gli oldest old costituiscono, in altri termini, il gruppo più polarizzato, quello all'interno del quale è maggiore sia la percentuale di coloro i quali non ricercano per nulla questo tipo di informazioni, sia la percentuale di coloro i quali ricercano molto questo genere di informazioni. Tuttavia, il gruppo degli over-75 non è quello che in media effettua più ricerche di tipo sanitario; infatti, se la media per questa fascia di età è 1,29 su 4, dunque con una chiara tendenza a ricercare poco, la media ponderata del gruppo dei 65-69enni è di 1,43, leggermente più elevata.

Tab. 11 – Percentuale della quantità di utilizzo di Internet per ricercare informazioni su sanità, salute e malattie e media ponderata, per genere e per età

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Per nulla (0)	42%	43%	40%	35%	43%	47%
Poco (1)	23%	24%	22%	26%	23%	19%
Non so (2)	2%	1%	2%	3%	1%	0%
Abbastanza (3)	28%	26%	31%	30%	29%	25%
Molto (4)	6%	6%	6%	5%	4%	8%
Media ponderata	1,34	1,28	1,41	1,43	1,28	1,29

Simili considerazioni si possono fare per la ricerca di informazioni volte alla diagnosi. Anche in questo caso sembra che all'aumentare dell'età le ricerche siano effettuate meno, con un picco del 60% degli over-75 che dichiara di non effettuarne per nulla, mentre solo il 5% dichiara di effettuarne molto. Attraverso l'analisi multivariata si può inoltre constatare come coloro i quali impiegano mediamente maggiormente Internet per fare ricerche sulla salute e sulla sanità in generale (dunque che rispondono si alla domanda 35), siano tendenzialmente e mediamente più attivi nelle seguenti attività online (domanda 16): comunicare con familiari e amici, leggere e ricevere e-mail e ricercare informazioni di attualità e su vari argomenti di interesse personale. Infatti, in questi casi la media dei valori dà come risultato una media superiore a 3 e compresa tra 3 e 4, quindi tra abbastanza e

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

molto, o appena sotto la soglia del 3, con valori quali 2,97 (per l'opzione Leggere notizie di attualità) e 2,99 (per l'opzione ricercare informazioni su vari argomenti di interesse personale (cucina, politica, sport, turismo, etc.).

Mediamente, sul totale di tutti gli intervistati, le applicazioni dedicate al monitoraggio e alla gestione della propria salute sono tra le meno usate insieme a quelle dei servizi a domicilio e a quelle che supportano la lettura. Le percentuali di impiego di queste applicazioni sono attorno al 10%: una persona su 10, in media, le utilizza. Più nello specifico, i dati di impiego delle applicazioni esaminate (percentuali sul totale) sono: 13% per le applicazioni per il controllo della pressione e delle pulsazioni cardiache, 10% per il controllo delle calorie e della dieta e 9% per organizzare l'agenda per l'assunzione di farmaci.

Per quanto riguarda un confronto tra le regioni, si evince che, sul totale, non compaiono quasi differenze, se non per pochi centesimi di punto: la popolazione in Veneto tende ad affidarsi meno a Internet per fare autodiagnosi, mentre lo consulta leggermente di più per ricercare informazioni su sanità, salute e malattie sia. Il Lazio infatti presenta una media ponderata, sul primo item suddetto, di 1,14 contro 1,06 di media ponderata del Veneto; per le ricerche su salute e malattie invece il Lazio presenta una media ponderata dal valore 1,32 contro un 1,36 del Veneto.

3. Internet nella popolazione over 65: differenze di genere

In questo paragrafo si esplorano eventuali gender gap all'interno del divario digitale degli anziani (tab. 12), per quanto riguarda la sezione relativa alle capacità, al possesso e all'uso di Internet.

Per quanto riguarda la propriocezione delle proprie abilità digitali, il genere sembra incidere moderatamente: se in quello femminile la media pesata è 4,6 su 10, nel maschile è 5,3, dunque con una differenza (media) presente ma non eccessiva. Sul totale del genere femminile, il 44% si autovaluta con punteggi dal 6 al 10, mentre sul totale maschile è il 54% ad autovalutarsi con punteggi dal 6 al 10. Dunque, in media, e indipendentemente dall'età, a considerarsi da sufficientemente a pienamente abile è poco più della metà del campione maschile, e poco meno della metà nel campione femminile. La disparità è più evidente nel possesso, l'uso e la frequenza d'uso dei dispositivi digitali: la prevalenza di possesso e uso è da parte del genere maschile in 5 dispositivi su 6. Le differenze più marcate si riscontrano nel caso di possesso e uso di computer (42% uomini contro 29.5% donne), Smartwatch (10% maschi, 4% femmine) e Smart TV (43% maschi contro 32% femmine).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 12 – Autovalutazione delle proprie capacità digitali, in una scala da 1 (minimo) a 10 (massimo). Differenze di genere

	Totale	*Femmine*	*Maschi*
1	15%	19%	11%
2	7%	8%	5%
3	8%	8%	7%
4	10%	11%	10%
5	12%	11%	13%
6	22%	21%	23%
7	12%	11%	13%
8	9%	8%	9%
9	4%	1%	6%
10	2%	2%	3%
Media ponderata	4,9	4,6	5,3

Tab. 13 – Dispositivi impiegati e posseduti. Differenze di genere

	Femmine	*Maschi*
Computer	29,5%	42%
Smartphone	63%	74%
Tablet	16%	21%
Smartwatch	4%	10%
Smart tv	32%	43%
Cellulare senza Internet	31%	27%

Mentre gli uomini mostrano una maggiore propensione all'adozione di tecnologie digitali, le donne tendono a impiegare dispositivi più tradizionali. Infatti, solo i cellulari senza Internet permettono di osservare una leggera prevalenza femminile (31% contro il 27% maschile): questo dato potrebbe, ancora una volta, rappresentare un'indicazione di un minore livello di alfabetizzazione digitale nelle donne over-65. Questo purtroppo conferma i dati Eurostat (2024) sulla minor alfabetizzazione digitale delle donne, al crescere dell'età, in Europa[2]. Tale differenza può essere letta come un effetto del divario digitale di genere, spesso associato a differenti percorsi professionali e esperienze di socializzazione con le tecnologie. A riprova di questo, si

[2] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-xplained/index.php?title=Skills_for_the_digital_age

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

nota che nell'intero campione (tab. 14) solo il 36% ha usato il computer o simili sul posto del lavoro. In particolare, il 45% degli uomini lo ha impiegato, mentre tra le donne solo il 29%.

Tab. 14 – Relazione tra genere e impiego del computer per motivi di lavoro

	Totale	*Femmine*	*Maschi*
Ha usato il PC per motivi di lavoro	36%	29%	45%
Non ha usato il PC per motivi di lavoro	64%	71%	55%

Nel complesso, i dati evidenziano un gap di genere ancora presente in questo campione, come si evince dall'uso maschile maggiore dei dispositivi digitali, specialmente di quelli più complessi o specializzati dal punto di vista tecnico-digitale, come il computer e lo smartwatch. Dall'altro lato si nota infatti che la differenza di genere si riduce nell'impiego e nel possesso degli item con interfacce più intuitive e più diffusi, come Smartphone e Tablet. Questi risultati confermano quanto emerso nella analisi della letteratura (cfr. p. 29): il divario digitale si somma a barriere preesistenti, quali, in questo caso, il genere, determinando così un acuirsi di disparità già presenti, e che qui si rivelano nel diverso accesso e uso delle tecnologie. Le donne, come già detto, risultano spesso penalizzate non solo per via di ruoli professionali meno legati all'uso di tecnologie, ma anche per il persistere di ruoli di cura che, in queste decadi di espansione degli ambiti di applicazione ed uso del digitale, hanno tuttavia limitato la loro possibilità di accedere a esperienze digitali (Selwyn, 2004; Helsper e Reisdorf, 2017).

4. Le capacità di utilizzare Internet negli over-65: una panoramica della percezione delle proprie skills digitali

La prima domanda relativa alle capacità e alla fiducia nelle proprie capacità di impiegare i dispositivi digitali (domanda 12) è di tipo esplorativo. Si chiede all'intervistato un'auto-valutazione delle proprie capacità nell'uso di dispositivi connessi ad Internet, impiegando una scala da 1 a 10, dove 1 indica la valutazione peggiore e 10 la valutazione migliore (tab. 15). Dalle risposte al quesito si evince che l'autovalutazione media (media ponderata) è di 4,9 punti su 10, da cui deduciamo che in media il campione dichiara di non avere competenze sufficienti nell'uso di dispositivi connessi ad Internet. Il punteggio scende con l'età: il campione tra i 65 e i 69 anni ha infatti valutato le proprie capacità (in media) 6,3/10, mentre i rispondenti con età tra i 70 e i 74 hanno valutato le proprie capacità mediamente con un punteggio di 5,8/10, scendendo così sotto la soglia della sufficienza (6/10).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Dall'autovalutazione dei rispondenti con età 65-69 si nota inoltre che il 77% si auto valuta con punteggi da 6 a 10, quindi da sufficientemente abile a molto abile, mentre il 23% con punteggi da 1 a 5. Inoltre, solo il 5% si è auto valutato 10/10, percentuale che scende, tra i 70 e i 74 al 3%. In questa seconda fascia d'età i rispondenti che si auto valutano con punteggi da 6 a 10 calano inoltre al 63%: in questo gruppo, quindi, a considerarsi in grado di impiegare tali dispositivi in maniera soddisfacente, o sufficiente, sono in poco più della metà.

Infine, gli intervistati nella fascia d'età 75+ anni rivelano una insicurezza maggiore nella capacità di impiegare questi dispositivi: in media, questo gruppo auto-valuta le proprie capacità con un voto di soli 3,9 punti su 10.

Tab. 15 – Autovalutazione delle proprie capacità digitali. Differenze per fasce d'età

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
1	15%	4%	5%	25%
2	7%	2%	5%	10%
3	8%	5%	6%	10%
4	10%	3%	6%	16%
5	12%	9%	14%	12%
6	22%	31%	29%	14%
7	12%	22%	12%	7%
8	9%	14%	13%	4%
9	4%	5%	5%	2%
10	2%	5%	3%	1%
Media ponderata	4,9	6,3	5,8	3,9

A conferma di ciò, si attesta che il 25% degli over-75 auto valuta le proprie capacità con un voto di 1 su 10, il minimo. Ciò significa che in media, 1 over-75 su 4 non si sente competente nell'impiego dei dispositivi digitali. La percentuale di coloro i quali si auto valutano con punteggi tra il 6 e il 10 scende ulteriormente al salire dell'età: solo il 28%, dunque neanche un terzo, degli over-75 si ritiene in grado di impiegare sufficientemente bene dispositivi connessi ad Internet.

Si sottolinea inoltre che l'autovalutazione appare correlata anche al titolo di studio dell'intervistato: categorizzati in fasce, i dati sulle risposte incrociati con quelli sui titoli rivelano che l'autovalutazione sale al salire del titolo. Più precisamente, chi ha un titolo di studio inferiore o uguale alla licenza media tende a auto valutarsi con punteggi inferiori al 6. Viceversa, le percentuali sono maggiori nei punteggi tra il 6 (18%) e l'8/10 (23%), e discretamente elevate anche nei punteggi massimi, ovvero 9 e 10/10 (rispetti-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

vamente il 13% e il 9%), tra coloro i quali hanno titoli di laurea o post-laurea. Ciò si evince anche dalle medie ponderate dei punteggi: 7,0 per gli intervistati con titolo di studio alto, 5,8 per la fascia intermedia e 3,6 per gli intervistati con un basso titolo.

Un'altra variabile che consente di definire uno spartiacque è quella dell'utilizzo del computer per motivi professionali e lavorativi. La media ponderata dei voti di coloro che lo hanno impiegato è 6,8, mentre quella di coloro i quali non lo hanno impiegato è 3,9, al di sotto della sufficienza (6/10). Si nota, inoltre, che tra chi ha lavorato nel settore privato, nel pubblico o con contratti e tipologie di lavoro atipici, la percezione di una maggior dimestichezza con le tecnologie è di chi ha lavorato nel settore pubblico, con una media ponderata di 5,9. Seppur sotto la sufficienza, è maggiore delle medie ponderate delle altre due categorie (entrambe 4,6/10). Il numero di figli e l'ampiezza del nucleo familiare non sembrano incidere.

Per quanto riguarda le differenze tra regioni, anche se la media ponderata è praticamente uguale (5,00 in Lazio, 4,8 in Veneto) si nota che in Lazio la percentuale di coloro i quali si auto valutano 1/10 è molto inferiore: 11%, contro un 19% in Veneto. Similmente, si auto valutano sufficienti (6/10) più persone in Lazio, il 25%, ovvero un quarto del campione, rispetto al Veneto, il 19%, neanche un quinto del totale.

Bibliografia di riferimento

Auditel & Censis (14 Novembre 2023), *Sesto rapporto Auditel-Censis. La nuova Italia televisiva*, https://www.censis.it/sites/default/files/downloads/6%20Rapporto%20Auditel%20Censis_def.pdf

Cappellato, V., Gardella Tedeschi, B., Mercuri, E. (2021), *Anziani. Diritti, bisogni, prospettive : un'indagine sociologica e giuridica*, il Mulino. Bologna.

Courtet P., Olie E., Debien C. Vaiva G. (2020), *Keep Socially (But Not Physically) Connected And Carry On: Preventing Suicide In The Age Of Covid-19*, «Journal Of Clinical Psychiatry», Vol. 81, N. 3, 20com13370. DOI: 10.4088/JCP.20com13370.

Cugmas M., Ferligoj A., Kogovšek T., Batagelj Z. (2021), *The social support networks of elderly people in Slovenia during the Covid-19 pandemic*, «PloS One», vol. 16, n. 3, pp. 1-16, DOI: 10.1371/journal.pone.0247993.

Di Bernardo I., Ruggiero A., Mele C. (2022), *Social Network Sites and ageing: Roles of Facebook to enhance seniors'well-being*, «Sinergie – Italian Journal of Management», 40(3), pp. 83-103, DOI: 10.7433/s119.2022.04.

Eurostat (2024), *Skills for the digital age*. Statistics explained. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Skills_for_the_digital_age

Fox G., Connolly R. (2018), *Mobile health technology adoption across generations: Narrowing the digital divide*, «Information Systems Journal», 28 (6), pp. 995 – 1019, DOI: 10.1111/isj.12179.

Helsper E.J., Reisdorf B.C. (2017), *The emergence of a digital underclass in Great Britain and Sweden: Changing reasons for digital exclusion*, «New Media & Society», 19 (8), pp. 1253-1270, DOI: 10.1177/1461444816634676.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Neves B.B., Amaro F. (2012), *Too old for technology? How the elderly of Lisbon use and perceive ICT*, «The Journal of Community Informatics», *8*(1), pp. 1-12, DOI: 10.15353/joci.v8i1.3061.

Nutbeam D. (2000), *Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*, «Health Promotion International», *15*(3), pp. 259-267, DOI 10.1093/heapro/15.3.259.

Otten S.R., Schuster A.M., Seifert A. (2021), *Social Media Use And Well-Being Among Older Adults*, «Current Opinion. Psychology», 18, 25, pp. 268-272, DOI: 10.1016/j.copsyc.2021.12.005.

Selwyn N. (2004), *Reconsidering political and popular understandings of the digital divide*, «New Media & Society», *6*(3), pp. 341-362, DOI: 10.1177/1461444804042519.

Sørensen K., Vanden Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012), *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, «BMC Public Health», 12, 80 DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Shi Z., Du X., Li J., Hou R., Sun J., Marohabutr T. (2024), *Factors influencing digital health literacy among older adults: a scoping review*, «Frontiers in Public Health», 12:1447747, DOI: 10.3389/fpubh.2024.1447747.

van Deursen A.J.A.M., Helsper E.J. (2015), *The third-level digital divide: Who benefits most from being online?*, «Communication and Information Technologies Annual», 10, pp: 29-52. DOI: 10.1108/S2050-206020150000010002.

van Dijk J. (2005). *The deepening divide: Inequality in the information society*, Sage, Thousand Oaks, CA.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

La capacità digitale: competenze e bisogno di supporto per l'uso dei dispositivi e delle tecnologie digitali

di *Cristina Lonardi*

1. L'uso dei dispositivi digitali tra autonomia e richieste di aiuto

La capacità di usare strumenti digitali è certamente un'abilità tecnica, ma è soprattutto un requisito essenziale per l'accesso ai servizi sanitari e sociali, l'inclusione civica, la qualità delle relazioni sociali e per l'accesso ad una serie ampia di servizi commerciali (cfr. cap. 1). In un paese come l'Italia, con una popolazione che invecchia rapidamente e una quota di over-65 fra le più alte d'Europa, la questione assume rilevanza strategica per la coesione sociale e per l'equità nell'accesso ai servizi digitali. Stime recenti[1] indicano che la quota di persone over-65 in Italia è significativa (oltre il 20% della popolazione) e la proiezione demografica indica un'ulteriore crescita futura, rendendo urgente l'affrontare il gap digitale che penalizza questa fascia d'età.

Gli indicatori usati per rilevare e misurare le competenze digitali, sono spesso una combinazione tra:

- accesso a dispositivi e connettività (possesso di smartphone, personal computer, connessione broadband);
- competenze operative di base (come navigare in Internet, inviare email);
- competenze strumentali (uso di servizi online: e-gov, home banking, prenotazioni di vario tipo);
- competenze più avanzate (produttività, sicurezza digitale, gestione dei dati personali) (van Deursen *et al.*, 2013; van Kessel *et al.*, 2022).

Per questa indagine si è deciso di rilevare le capacità digitali attraverso l'aiuto (eventualmente) necessario ai/alle rispondenti nell'uso di strumenti sia di navigazione classici, sia di strumenti di comunicazione che implicano comunque l'uso di Internet (tabb. 1, 2, 3), analizzando nello specifico per quali attività in particolare fosse necessario un supporto e da parte di chi

[1] https://www.silvereconomynetwork.it/progetti/osservatorio-silver-economy-network/? anno 2021, consultato il 10 settembre 2025.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

(tab. 4). Questa scelta ha condotto verso la rilevazione e la comprensione della presenza o assenza di competenze digitali e della autonomia con cui i rispondenti usano tali competenze, ossia se e come si possa fare riferimento ad una fragilità digitale tra le persone anziane.

Si è, quindi, indagato l'aiuto necessario per usare smartphone, personal computer, tablet, smartwatch, smart TV e telefono cellulare senza Internet ove presente.

Come già mostrato in precedenza, nel capitolo 7, e al momento della presentazione generale del campione e delle sue caratteristiche, per buona parte delle persone che hanno risposto (avendo usato Intenet almeno una volta nell'ultimo anno), gli oggetti più posseduti ed utilizzati sono, in ordine decrescente, smartphone, 68%, smartTV, 37%, computer 35%, cellulare senza Internet, 29%, tablet, 18% e smartwatch, 7%.

In merito a questi dispositivi, si è rilevato che (tab. 1) tra coloro che hanno usato Internet almeno una volta nell'ultimo anno, il 49% dei rispondenti dichiara di non aver avuto bisogno di supporto per nessuno dei dispositivi elencati, mentre il 51% dichiara di aver avuto la necessità di essere aiutato/a per almeno uno di essi. La distribuzione dei dati per questi ultimi è abbastanza omogenea tra maschi e femmine, mentre per le classi di età (tab. 2), si rilevano scostamenti anche consistenti, con valori più elevati tra gli/le over 75, che dichiarano di necessitare di supporto in modo più intenso rispetto alle altre due fasce d'età più giovani. Se entriamo nel dettaglio dei singoli dispositivi, le differenze permangono, ma l'intensità tende a scaricarsi. Le donne paiono più autonome con i loro smartphone, infatti il 12% dichiara di avere bisogno di almeno un supporto, mentre la stessa dichiarazione riguarda il 21% dei maschi.

L'aiuto chiesto tende a concentrarsi su computer (posseduto dal 35% dei rispondenti) e smart TV (posseduta dal 37% dei rispondenti), i due dispositivi che più degli altri richiedono supporto per il loro utilizzo, sia per gli uomini, sia per le donne e per tutte le fasce d'età. Sono anche i due dispositivi meno "wearable", ovviamente in senso lato: smartphone, tablet, smartwatch e cellulare privo di connessione a Internet sono oggetti che sono particolarmente vicini alle persone, maneggiati quasi di continuo anche dai più anziani in generale. E questo potrebbe deporre a favore di una maggiore familiarità con questi strumenti rispetto, proprio, a computer e smartTV. Questo potrebbe indicare che anche la prossimità fisica del dispositivo agisce sull'autonomia delle persone.

Indagando eventuali scarti e differenze tra i rispondenti residenti nelle due Regioni oggetto della ricerca, emerge, qui come altrove, per quanto riguarda la questione delle competenze digitali, che tra le due Regioni non si

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

registrano differenze sostanziali. I dati sono sempre molto simili, talvolta sovrapponibili e i pochi scostamenti sono sempre minimi (tab. 2)[2].

Tab. 1 – Supporto necessario per l'utilizzo di strumenti digitali e supporto dichiarato distinto per l'utilizzo di strumenti digitali per sesso e fasce d'età, valori percentuali sul numero di coloro che hanno dichiarato di aver usato Internet almeno una volta nell'ultimo anno, valori percentuali, in riferimento al campione totale. Possibili più risposte

Per quali dei seguenti strumenti ha bisogno di supporto nell'utilizzo?	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Bisogno di almeno un supporto	51%	58%	43%	46%	48%	58%
Nessun bisogno di supporto	49%	42%	57%	54%	52%	42%
Tra chi ha bisogno di supporto (% sul totale)	Totale	Femmine	Maschi	65-69 anni	70-74 anni	75+ anni
Smartphone	16%	12%	21%	14%	15%	18%
Computer	76%	78%	73%	76%	77%	76%
Tablet	8%	8%	9%	7%	9%	9%
Smartwatch	2%	1%	3%	1%	2%	3%
Smart TV (prima impostazione, collegamento account personale, etc.)	34%	36%	30%	39%	42%	24%
Telefono cellulare senza Internet	1%	1%	1%	1%	0%	2%

Rimanendo sulla questione supporto/autonomia, occorre ricordare che in Italia, come in molti paesi, è presente una discrepanza di genere nell'accesso e nelle competenze digitali[3] (Bologna, Savioli, 2023), come già evidenziato in precedenza in questo volume (cfr. cap. 1): talvolta gli uomini mostrano una maggiore propensione all'uso di molte tecnologie rispetto alle donne, come accade anche in questa rilevazione, che mostra come siano più le donne a sollecitare richieste di aiuto rispetto agli uomini (tab. 3).

La differenza di genere è una tra le determinanti socio-strutturali del divario digitale (cfr. cap. 1, paragrafo 1.3). Rispetto a queste, osserviamo nei dati alcune interessanti differenze (tab. 4) legate a titolo di studio, occupa-

[2] I dati riportati nel confronto tra le due Regioni sulla necessità supporto per l'utilizzo di strumenti digitali (tab. 3) riflette quanto accadrà per i dati che qui vedremo in successione: per questo motivo, riporteremo essenzialmente i dati del campione complessivo che somma gli esiti delle due Regioni, segnalando, ove necessario, eventuali differenze di interesse.

[3] https://unece.org/statistics/documents/2023/04/digital-divide-italy-gender-and-territorial-problem-istat consultato il 10 settembre 2025.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

zione, competenze digitali derivate da uso professionale dei dispositivi, stato di salute dichiarato e rete familiare.

A conferma di quanto discusso nella prima parte di questo volume, troviamo una serie di dati che profilano l'agire delle determinanti sociali sull'uso e sull'autonomia d'uso dei dispositivi.

Tab. 2 – Supporto necessario per l'utilizzo di strumenti digitali e supporto dichiarato per il totale del campione e distinto per la Regione Lazio e per la Regione Veneto, valori percentuali. Possibili più risposte

Per quali dei seguenti strumenti ha bisogno di supporto nell'utilizzo?	*Totale sul campione (Lazio + Veneto)*	*Lazio*	*Veneto*
Bisogno di almeno un supporto	51%		50%
Nessun bisogno di supporto	49%		50%
Tra chi ha bisogno di supporto (% sul tot)	Totale sul campione (Lazio + Veneto)	Lazio	Veneto
Smartphone	16%	14%	17%
Computer	76%	78%	74%
Tablet	8%	8%	9%
Smartwatch	2%	3%	1%
Smart TV (prima impostazione, collegamento account personale, etc.)	34%	31%	37%
Telefono cellulare senza Internet	1%	1%	1%

Tab. 3 – Numero di supporti dichiarati per l'uso di strumenti digitali, per sesso e fasce d'età, valori percentuali sul numero di coloro che hanno dichiarato di aver usato Internet almeno una volta nell'ultimo anno, valori percentuali, in riferimento al campione totale. Possibili più risposte

Per numero di supporto	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
0	49%	42%	57%	54%	52%	42%
1	34%	38%	30%	31%	28%	42%
2	14%	17%	11%	13%	18%	13%
3	2%	2%	1%	1%	2%	2%
4	0%	0%	1%	1%	0%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Chi ha maggior bisogno di aiuto e, di conseguenza, manifesta minore autonomia, si colloca tra chi ha un titolo di studio basso, è casalinga/o, non ha usato il computer o simili per motivi professionali. Rispetto al numero di componenti il nucleo familiare, quanto più questo è numeroso tanto meno viene indicata la necessità di aiuto: come vedremo a breve, però, è proprio ai familiari che ci si rivolge di più in caso di bisogno.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

In questo frangente, lo stato di salute dichiarato indica scostamenti contenuti tra chi sta bene, chi sta discretamente e chi sta male.

Tab. 4 – Necessità di almeno un supporto per attività differenti nell'uso della tecnologia, valori percentuali in riferimento al campione totale. Distinzione per alcune variabili socio-anagrafiche

Per quali dei seguenti strumenti ha bisogno di supporto nell'utilizzo? (smartphone, computer, tablet, smartwatch, smartTV, telefono cellulare senza Internet) (possibili più risposte)	*Valori percentuali rispetto a chi non ha bisogno di alcun aiuto*	*Valori percentuali rispetto a chi ha bisogno di almeno un supporto*
Totale sul campione	49%	51%
Titolo di studi basso	37%	63%
Titolo di studio medio	50%	50%
Titolo di studio alto	70%	30%
Occupazione attuale: pensionato/a	50%	50%
Occupazione attuale: casalinga/o	37%	63%
Altra occupazione attuale	58%	42%
In precedenza lavoratore/trice dipendente nel settore privato	48%	52%
In precedenza lavoratore/trice dipendente nel settore pubblico	57%	43%
In precedenza lavoratore/trice in proprio o atipico/a	45%	55%
Per motivi professionali usa/ha usato il computer o simili	62%	38%
Per motivi professionali non usa/non ha usato il computer o simili	35%	65%
In generale la sua salute va male	50%	50%
In generale la sua salute va discretamente	45%	55%
In generale la sua salute va bene	52%	48%
Coniugato/a	48%	52%
Non coniugato/a	54%	46%
Numero di figli: nessuno	59%	41%
Numero di figli: 1	43%	57%
Numero di figli: 2 o più	50%	50%
Numero dei componenti del nucleo familiare: 1	52%	48%
Numero dei componenti del nucleo familiare: 2	45%	55%
Numero dei componenti del nucleo familiare: 3 o più	65%	35%
Con chi vive: convivente con coniuge senza figli	44%	56%
Con chi vive: da solo/a, single, vedovo/a	52%	48%
Altro	65%	35%

2. Le competenze digitali: difficoltà e autonomie nell'uso dei dispositivi

In modo più dettagliato, la survey si è orientata, poi, verso le competenze necessarie per utilizzare gli strumenti poco sopra elencati, con l'intenzione di fare emergere nel dettaglio su quali ci fosse maggior autonomia. Si sono, quindi, considerate le seguenti competenze (tab. 3):

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

- operative (van Deursen *et al.*, 2013): funzioni base come accensione, spegnimento del dispositivo o controllo/della connessione a Internet, accesso al proprio profilo account istituzionale (banca, posta, Spid, Inps, Azienda sanitaria, Distretto sanitario, etc.), scaricare documenti da Internet e salvarli sul PC, inviare o inoltrare documenti via email, inviare o inoltrare documenti o foto via Whatsapp o altre Applicazioni di/messaggistica, stampare quanto si è salvato o scaricato da Internet, utilizzare una chiavetta USB o simili, salvare documenti in memorie online – CLOUD;
- per comunicare: creazione di un profilo/account personale per la posta elettronica, Accesso al proprio profilo account istituzionale (banca, posta, Spid, Inps, Azienda sanitaria ASL, Distretto sanitario, etc.), effettuare ricerche online;
- per la propria sicurezza e privacy: protezione dei propri account: nomi utenti, password e codici di accesso;
- per la cittadinanza digitale: creazione di un profilo personale o account personale per siti della pubblica amministrazione (Spid, Fascicolo sanitario elettronico, posizione Inps, etc.), accesso al proprio profilo account istituzionale (banca, posta, Spid, Inps, Azienda sanitaria ASL, Distretto sanitario, etc.).

In modo certamente non inaspettato, le persone più anziane (75+ anni) manifestano con maggiore intensità la necessità di essere supportati nelle azioni sottoposte alla loro attenzione (tab. 5). La questione "account" e la gestione dei documenti appaiono le situazioni di minor agio e più problematiche: verosimilmente sono anche quelle azioni che si compiono meno spesso e che, a differenza di altre attività, possono correlarsi ad operazioni sensibili, come accedere ed agire negli spazi di home banking o utilizzare sistemi di autenticazione o accedere al proprio profilo nel sito di una azienda sanitaria. Queste attività potrebbero generare ansia, la *digital anxiety*, o difficoltà emotive legate al timore di commettere errori irreversibili, come già indicato altrove in questo volume. Questo, per esempio, è quanto emerso dalle interlocuzioni tra animatrici digitali e discenti over 65 nel corso della parte di ricerca dedicata alla loro formazione e informazione.

Quanto più l'azione da compiere sembra rarefatta o poco concreta o poco tangibile (salvare documenti in memorie online, 64%; proteggere i propri account, 62%), tanto più aumenta la necessità di aiuto esterno, in modo abbastanza similare rispetto al genere. L'età si conferma nuovamente una variabile che crea differenze sempre a sfavore delle persone con 75 e più anni (tab. 4).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 5 – Supporto necessario per attività differenti nell'uso della tecnologia, per sesso e fasce d'età, valori percentuali sul numero di coloro che hanno dichiarato di aver usato Internet almeno una volta nell'ultimo anno, valori percentuali, in riferimento al campione totale. Possibili più risposte

Per ciascuna delle attività legate all'utilizzo della tecnologia che ora le leggerò, mi potrebbe indicare se ha bisogno di aiuto/supporto da parte di qualcuno nell'utilizzo? (possibili risposte multiple)	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Bisogno di almeno 1 supporto tra i 13 elencati	71%	78%	64%	60%	69%	85%
Nessuna di queste	29%	22%	36%	40%	31%	15%
Tra chi ha bisogno di supporto (% sul tot)	Totale	Femmine	Maschi	65-69 anni	70-74 anni	75+ anni
Funzioni base come accensione, spegnimento del dispositivo o controllo/della connessione a Internet	26%	29%	22%	23%	23%	29%
Accesso al proprio profilo account istituzionale (banca, posta, Spid, Inps, Azienda sanitaria ASL, Distretto sanitario, etc.)	52%	53%	49%	46%	46%	59%
Scaricare documenti da Internet e salvarli sul PC	43%	48%	36%	34%	42%	49%
Inviare o inoltrare documenti via e-mail	36%	43%	27%	27%	34%	44%
Inviare o inoltrare documenti o foto via WhatsApp (o altre Applicazioni di/messaggistica)	20%	22%	17%	13%	16%	28%
Stampare quanto si è salvato o scaricato da Internet	39%	45%	32%	33%	37%	45%
Utilizzare una chiavetta USB o simili	45%	50%	38%	37%	45%	50%
Salvare documenti in memorie online – CLOUD	64%	69%	58%	61%	67%	63%
Creazione di un profilo/account personale per la posta elettronica	54%	59%	48%	49%	55%	57%
Effettuare ricerche online	21%	23%	18%	16%	21%	25%
Inviare e leggere email	26%	30%	20%	18%	21%	34%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Protezione dei propri account: nomi utenti, password e codici di accesso	62%	63%	61%	54%	68%	63%
Creazione di un profilo personale o account personale per siti della pubblica amministrazione (Spid, Fascicolo sanitario elettronico, posizione Inps, etc.)	69%	69%	68%	68%	66%	71%

In generale, ciò che pare avere una maggior concretezza viene segnalato come elemento per il quale si ha evidentemente maggior confidenza e minore necessità di supporto: inviare e leggere e-mail, 26%; funzioni di base, 26%, ricerche on line, 21%. Quella fiducia operativa (pag. 73) già evocata in relazione alla *preparedness tecnologica*.

Tanto più una persona è anziana, tanto più appare sguarnita dal punto di vista dell'uso autonomo e della conoscenza dei dispositivi. Effettivamente questo accade se osserviamo come le percentuali (tab. 4) aumentano da una fascia all'altra, talvolta con differenze anche molto elevate, soprattutto tra 65/69 anni e 75+ anni. Lo scarto medio tra queste due fasce d'età è di 10,8 punti percentuali. Le differenze più elevate riguardano lo scaricare documenti dal web e salvarli nella memoria del computer e inviare/inoltrare documenti via posta elettronica e attraverso applicazioni di messaggistica.

Anche nella distribuzione tra le tre fasce di età, si confermano le generali difficoltà legate agli account e alla loro protezione e al salvataggio on line dei documenti. Se guardiamo alle differenze maschi/femmine, nel loro complesso, invariabilmente, le donne esprimono una maggiore necessità di supporto per tutte le voci, con una differenza media a loro sfavore di circa 8 punti percentuali. Anche per loro inviare/inoltrare documenti via e-mail è di maggiore difficoltà rispetto alla componente maschile, così come scaricare documenti attraverso il collegamento Internet e salvarli poi su un dispositivo, oltre che stamparli.

Molte persone anziane adottano smartphone e social per mantenere relazioni familiari e sociali (videochiamate, WhatsApp, Facebook). Tuttavia, la qualità dell'interazione può essere diversa: per alcuni è uno strumento di inclusione, per altri un mezzo che richiede sforzo emotivo e cognitivo. Studi italiani qualitativi evidenziano come la socialità digitale possa contrastare l'isolamento ma anche produrre ansie legate alla gestione della privacy o alla sicurezza online (Carenzio *et al.*, 2021), che qui abbiamo rilevato con l'item "Protezione dei propri account" e che è una delle attività per cui è chiesto un supporto molto elevato.

Da aggiungere che l'uso dell'online banking e dell'e-commerce è in crescita anche tra gli over-65, ma assume profili differenziati: alcuni lo adottano per comodità, altri lo evitano per paura di frodi o per scarsa confidenza

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

con procedure digitali. Le differenze di istruzione e le reti di supporto svolgono un ruolo rilevante (Pantelaki *et al.*, 2023).

Se si guardano nuovamente alcuni determinanti sociali che pesano sul divario digitale e sulle competenze e capacità d'uso indagate (tab. 5), si rinnova quanto già osservato in precedenza (tab. 6).

Tab. 6 – Necessità di almeno un supporto per attività differenti nell'uso della tecnologia, valori percentuali in riferimento al campione totale. Distinzione per alcune variabili socio-anagrafiche

Per ciascuna delle attività legate all'utilizzo della tecnologia che ora le leggerò, mi potrebbe indicare se ha bisogno di aiuto/supporto da parte di qualcuno nell'utilizzo? (possibili risposte multiple)	*Valori percentuali rispetto a chi non ha bisogno di alcun aiuto*	*Valori percentuali rispetto a chi ha bisogno di almeno un supporto*
Totale sul campione	29%	71%
Titolo di studi basso	14%	86%
Titolo di studio medio	29%	71%
Titolo di studio alto	58%	42%
Occupazione attuale: pensionato/a	29%	71%
Occupazione attuale: casalinga/o	7%	93%
Altra occupazione attuale	49%	51%
In precedenza, lavoratore/trice dipendente nel settore privato	25%	75%
In precedenza, lavoratore/trice dipendente nel settore pubblico	34%	66%
In precedenza, lavoratore/trice in proprio o atipico/a	33%	67%
Per motivi professionali usa/ha usato il computer o simili	44%	56%
Per motivi professionali non usa/non ha usato il computer o simili	11%	89%
In generale la sua salute va male	35%	65%
In generale la sua salute va discretamente	20%	80%
In generale la sua salute va bene	36%	64%
Coniugato/a	26%	74%
Non coniugato/a	36%	64%
Numero di figli: nessuno	42%	58%
Numero di figli: 1	27%	63%
Numero di figli: 2 o più	25%	75%
Numero dei componenti del nucleo familiare: 1	34%	66%
Numero dei componenti del nucleo familiare: 2	27%	63%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Numero dei componenti del nucleo familiare: 3 o più	25%	75%
Con chi vive: convivente con coniuge senza figli	22%	78%
Con chi vive: da solo/a, single, vedovo/a	34%	66%
Altro	45%	55%

Chi esprime maggior bisogno di supporto nelle attività legate all'utilizzo della tecnologia ha un titolo di studio basso, o medio, è una persona ritirata dal lavoro, al di là della professione esercitata in precedenza, o casalinga/o, che non ha usato computer o simili per motivi professionali, che manifesta tali necessità in presenza di più figli o di un nucleo familiare numeroso. Come già anticipato (cfr. cap. 1, paragrafo 1.3) il livello di istruzione influenza la "possibilità di dotarsi di dispositivi aggiornati e connessioni affidabili, ma anche la varietà e la qualità degli usi che se ne fanno" (pag. 27).

La mancata esposizione di molti/e rispondenti a pratiche digitali nei loro attuali o precedenti lavori pesa sulla conoscenza e sull'autonomia. Infatti, tra chi ha bisogno di almeno un aiuto, l'89% afferisce proprio a quella categoria. Posto che il divario digitale si ponga in una relazione intersezionale con altre disuguaglianze, i dati che emergono qui confermano tale relazione, che, però, va puntualizzata. Tra coloro che hanno uno stato di salute dichiarato come discreto, l'80% manifesta bisogno di supporto, che sta meglio e chi sta peggio mostra percentuali inferiori: 65% i primi e 64% i secondi. Questo è un dato che tornerà simile anche altrove.

3. Il supporto nelle attività con i dispositivi digitali: a chi rivolgersi tra reti primarie e servizi pubblici e privati

Come visto, le competenze sono presenti, ma che c'è comunque bisogno di almeno un supporto (tra le 13 attività proposte, tab. 4) per il 71% del campione totale (75% nel Lazio e 67% nel Veneto) e l'aiuto si incorpora soprattutto, se non quasi esclusivamente, nei familiari (figli, nipoti, partner).

La letteratura sociologica sottolinea il ruolo cruciale delle reti sociali: figli, nipoti, amici e associazioni possono facilitare uso e comprensione della tecnologia attraverso supporto pratico, insegnamento informale e legittimazione dell'uso. L'assenza di reti forti o l'isolamento sociale riducono le opportunità di apprendimento e l'accesso a risorse informali. Studi recenti in Italia documentano come il sostegno intergenerazionale e le reti associative siano leve importanti per la *digital literacy* degli anziani (Ruspini *et al.*, 2025).

La rete primaria si rivela supportiva in questa dimensione materiale e strumentale del supporto sociale fornito (Caiazzo, Cois, 2004): il 72% dei rispondenti alla domanda (tab. 5) (che hanno utilizzato Internet almeno una

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

volta nell'ultimo anno) dichiara, infatti, di rivolgersi ai propri familiari in caso di necessità, mentre il 15% dichiara di non avere bisogno di aiuto. Se confrontiamo le risposte che indicano nessuna necessità di aiuto, vediamo che la domanda di maggior dettaglio (tab. 4) riporta che il 29% non necessita di supporto, mentre la domanda successiva, meno dettagliata della precedente, indica che il 15% non ha bisogno di supporto nell'utilizzo di dispositivi digitali. Lo scarto può essere causato dalla formulazione delle domande, ma rivela, comunque, che una quota interessante di persone si percepisce sufficientemente autonoma. In tal senso abbiamo visto che l'autovalutazione media che i rispondenti si darebbero in merito alle loro competenze nell'uso dei dispositivi che permettono di navigare in Internet è in generale di 4,9 su 10, che scende a 4,6 tra le donne e aumenta a 5,3 tra gli uomini. Il restante 12% accoglie risposte che si polverizzano tra amici, magari coetanei con le medesime difficoltà, vicini di casa, tecnici informatici.

Un esito che deve e dovrà far riflettere e destare grande attenzione sulla consapevolezza che il divario digitale sia un determinante sociale di disuguaglianze è che si registra lo 0% tra due potenziali luoghi ed enti, che possono essere di aiuto concreto in caso di difficoltà, espressamente per il loro mandato istituzionale: associazioni del territorio (circoli anziani, parrocchie, volontariato) e enti come banche, posta e sportelli digitali del Comune di residenza (tab. 4).

Tab. 7 – A chi ci si rivolge in caso di necessità di aiuto nell'uso di strumenti digitali, per sesso e fasce d'età, valori percentuali, in riferimento al campione totale. Una sola risposta possibile

In caso di difficoltà con l'uso di dispositivi digitali, a chi si rivolge principalmente?	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Amici	6%	5%	8%	10%	2%	7%
Vicini di casa	1%	1%	2%	1%	3%	1%
Familiari (figli/e, nipoti, partner)	72%	82%	62%	63%	74%	79%
Associazioni del territorio (Circolo anziani, Parrocchia, Volontariato, etc.)	0%	0%	1%	0%	1%	0%
Enti come banca, posta, sportelli digitali del Comune di residenza	0%	0%	0%	0%	0%	1%
Un tecnico informatico	4%	3%	5%	7%	3%	3%
Non ho bisogno di supporto nell'utilizzo di dispositivi digitali	15%	8%	22%	20%	17%	9%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Questo accade in Veneto con le medesime percentuali e nel Lazio c'è una percentuale dell'1% relativa alle associazioni del territorio (ossia 2 ri-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

spondenti). Un tale risultato ci dice che le persone anziane guardano alle generazioni più giovani, a conferma del concreto scarto generazionale legato al divario digitale; scarto che, come anticipato (cfr. cap. 1, paragrafo 1.5), può e deve essere la leva per lavorare su tali differenze, considerando come le azioni/attività di formazione e informazione che mettono in contatto generazioni diverse (Lee, Kim, 2018) possono essere dispositivi pedagogici e simbolici orientati alla reciprocità (cfr. cap.1, paragrafo 1.5, p. 32) e alla riduzione del divario digitale nelle persone anziane.

I dati, però, indicano che non viene contemplata la possibilità di rivolgersi altrove (o lo si è fatto con esiti insoddisfacenti) per mancanza di conoscenza dei servizi disponibili sul territorio o per la loro assenza. Sempre dall'esperienza sul campo, come evocata in precedenza, sappiamo che parte del problema può essere una certa ritrosia o un certo pudore o sfiducia nel rivolgersi a qualcuno al di fuori della propria rete primaria per la soluzione di problemi che, nell'oggi telematico, paiono semplici. Ciò, invece, non corrisponde alla percezione delle persone anziane. Va anche considerato che la presenza nei territori di sportelli digitali come servizi offerti dai vari Comuni o altri enti pubblici è effettiva, ma anche abbastanza recente. Questi servizi sono e saranno anche quelli che non devono/non dovranno limitarsi alla risoluzione dei singoli problemi con e nel digitale, ma devono/dovranno porsi come vere e proprie infrastrutture di cittadinanza.

Lo spostamento verso servizi pubblici digitali (SPID, prenotazioni CUP, pagamenti online) mette gli over-65 di fronte a ostacoli concreti: procedure di autenticazione, interfacce complesse e carenza di sportelli fisici sostitutivi. Politiche di promozione dell'e-inclusione e sportelli di supporto locale sono cruciali per evitare che la digitalizzazione riduca l'accessibilità dei servizi pubblici (European Commission, 2024) e gli sportelli digitali possono essere concretamente l'interfaccia e il servizio adeguato a rimediare all'esclusione sociale e a vissuti di incertezza che accompagnano l'uso di dispositivi digitali tra le persone anziane. Rimane che rivolgersi ai familiari per le necessità legate alla tecnologia è un tratto o una pratica che attraversa il campione dei rispondenti al di là di variabili di genere, titolo di studio, stato civile, stato di salute. Anche chi, per motivi professionali usa/ha usato dispositivi simili, si rivolge in modo maggioritario ai propri familiari, in seconda battuta ad amici o a un tecnico informatico.

4. Chiedere aiuto nell'utilizzo del digitale: quanto accade?

Viste le numerose difficoltà emerse in precedenza, ci si aspettava che le persone chiedessero molto spesso aiuto (tabb. 2, 4 e 5). Compare qualcosa di diverso dalle aspettative, poiché il 37% chiede aiuto con una frequenza

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

che si tara su *A volte*, il 21% chiede supporto tra *Sempre* e *Spesso* e il 42% tra *Raramente* e *Mai* (tab. 5).

La frequenza delle richieste di aiuto (tab. 11) rivela qualche dissonanza tra genere ed età. Le donne chiedono di più rispetto agli uomini, visto che per le prime si registra il 9% di risposte *Mai* rispetto al 19% degli uomini. Le donne poi sono maggioritarie alla frequenza *Raramente* con il 32%, contro il 23% degli uomini.

Tab. 8 – Frequenza delle richieste di aiuto per l'uso di strumenti digitali, per sesso e fasce d'età, valori percentuali, in riferimento al campione totale. Una sola risposta possibile

Con quale frequenza chiede aiuto nell'utilizzo del digitale?	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sempre	5%	5%	4%	4%	2%	7%
Spesso	16%	16%	16%	11%	16%	22%
A volte	37%	37%	38%	36%	44%	34%
Raramente	28%	32%	23%	32%	24%	26%
Mai	14%	9%	19%	17%	14%	10%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le fasce d'età più anziane chiedono aiuto con maggior frequenza rispetto a chi si posiziona tra i 65 e i 69 anni; la frequenza *A volte* vede un picco tra coloro che appartengono alla fascia d'età intermedia. Si tratta di una ulteriore attestazione di come la variabile età, rispetto alle competenze, sia particolarmente incidente. Osservando altre caratteristiche (tab. 9), chi ha un titolo di studio alto tende a non avere *Mai* (14%) o *Raramente* (28%) bisogno di aiuto e ciò accade anche tra chi usa/ha usato computer o simili per motivi professionali, infatti, qui si registra tra *Raramente*/*Mai* il 54%.

Chi ha un titolo di studio basso chiede aiuto *Sempre/Spesso* per il 34, *A volte* per il 36% e *Raramente/Mai* per il 30%; chi ha un titolo di studio medio chiede aiuto *Sempre/Spesso* per il 18%, *A volte* per il 41% e *Raramente/Mai* sempre per il 41%; chi ha un titolo di studio alto chiede aiuto con meno frequenza: *Sempre/Spesso*, 6%, *A volte*, 26%, *Raramente/Mai*, 68% (tab. 12).

Lo stato di salute percepito crea qualche distinguo, perché chi sta meglio chiede con meno frequenza di chi sta peggio e chi sta discretamente rivela frequenze di richieste più alte nel chiedere aiuto.

Sappiamo che condizioni di salute croniche, perdita sensoriale (vista, udito), deterioramento cognitivo e limitazioni motorie influenzano l'accesso e l'uso di strumenti digitali, incrementando l'esclusione. Studi sulla sanità digitale in Italia evidenziano come queste barriere fisiche e cognitive possano tradursi in una minore fruizione dei servizi digitali sanitari (Vainieri *et al.*, 2023), in un contesto in cui, però, i servizi sanitari digitali (referti online, telemedicina, prenotazioni) sono sempre più presenti, talvol-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ta in sostituzione di altre forme tradizionali, specie dopo l'esperienza pandemica, ma l'utilizzo effettivo varia: molti over-65 usano questi servizi se hanno supporto (familiari, sportelli), mentre altri rimangono esclusi per mancanza di competenze o fiducia. La letteratura italiana questo particolare aspetto del divario digitale mostra chiaramente come la digitalizzazione della sanità possa escludere i più vulnerabili se non accompagnata da misure di supporto (Vaineri *et al.*, 2023).

Tab. 9 – Con quale frequenza chiede aiuto nell'utilizzo del digitale?

	Totale	*Titolo di studio basso*	*Titolo di studio medio*	*Titolo di studio alto*	*Pensionato/a*	*Casalinga/o*	*Altra occupazione attuale*	*In generale la sua salute va male*	*In generale la sua salute va discretamente*	*In generale la sua salute va bene*	*Per motivi professionali usa/ha usato il computer o simili*	*Per motivi professionali non usa/ha usato il computer o simili*
Sempre	5%	8%	3%	4%	5%	4%	5%	8%	5%	4%	3%	6%
Spesso	16%	26%	15%	2%	17%	25%	5%	11%	24%	10%	5%	29%
A volte	37%	36%	41%	26%	39%	35%	33%	32%	37%	39%	37%	38%
Raramente	28%	18%	29%	43%	27%	29%	34%	24%	23%	33%	35%	19%
Mai	14%	12%	12%	25%	14%	7%	23%	26%	11%	14%	19%	8%
Totale	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Bibliografia di riferimento

Bologna E., Savioli M. (2023), *The digital divide in Italy: a gender and territorial problem*, Istat, Economic Commission for Europe, Conference of European Statisticians, Group of Experts on Gender Studies.

Caiazzo A., Cois E. (2004), *Il supporto sociale*, «Epidemiologia & Prevenzione», 28, 3, pp. 57-63.

Carenzio A., Ferrari S., Rasi-Heikkinen P. (2021), *Older People's Media Repertoires, Digital Competences and Media Literacies: A Case Study from Italy*, «Education Sciences», 11, 584. DOI: 10.3390/educsci11100584.

European Commission (2024), *Digital Decade Country Report 2024: Italy*, European Union.

Lee O.E.-K., Kim D.-H. (2018), *Bridging the Digital Divide for Older Adults via Intergenerational Mentor-Up*, «Research on Social Work Practice», 29, pp. 786-795. DOI: 10.1177/1049731518810798.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Pantelaki E., Maggi E., Crotti D. (2023), *Who is online? A latent class analysis of Internet activities and determinant characteristics of older people*, «Computers in Human Behavior», 147, 107830. DOI: 10.1016/j.chb.2023.107830.
Ruspini E., Mancassola A., Quartararo C.I. (2025), *The Role of Social Ties in Supporting Digital Literacy Among Older Adults in Italy During Times of Crisis and Change*, «Italian Sociological Review», 15, 553. DOI: 10.13136/isr.v15i3.1015.
Vainieri M., Vandelli A., Benvenuti S.C., Bertarelli G. (2023), *Tracking the digital health gap in elderly: A study in Italian remote areas*, «Health Policy», 133, 104842. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104842
van Deursen A.J., van Dijk J.A. (2013), *The digital divide shifts to differences in usage*, «New Media & Society», 16, pp. 507-526. DOI: 10.1177/1461444813487959.
van Kessel R., Wong B.L.H., Rubinić I., O'Nuallain E., Czabanowska K. (2022), *Is Europe prepared to go digital? making the case for developing digital capacity: An exploratory analysis of Eurostat survey data*, «PLOS Digit Health», 1(2), e0000013. DOI: 10.1371/journal.pdig.0000013.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Alfabetizzazione sanitaria digitale: percezioni, risorse e scelte

di *Cristina Lonardi*

1. Percezione della propria alfabetizzazione sanitaria digitale: sicurezze e fragilità

Parte della ricerca è dedicata alla fiducia e alla competenza che le persone anziane percepiscono di avere nell'uso di Internet per questioni legate alla propria salute. La percezione delle proprie capacità, ossia la *self-efficacy* intesa come fiducia nel proprio uso delle tecnologie di salute digitale, è un indicatore decisivo per comprendere la propensione a utilizzare nuovi strumenti digitali. Una bassa fiducia nelle proprie competenze agisce come barriera primaria, influenzando direttamente il comportamento e limitando l'adozione di tecnologie che potrebbero migliorare la gestione della propria salute (Jokisch *et al.*, 2022), infatti, la *self-efficacy* digitale è uno dei fattori predittivi dell'intenzione di usare nuovi servizi digitali per la salute (Ibidem).

Questa parte della ricerca è, allora, dedicata all'alfabetizzazione sanitaria delle persone anziane. Riprendiamo, brevemente, alcune questioni sul concetto per richiamarlo nella sua definizione, per determinare la cornice di senso entro cui osserveremo i dati raccolti. L'alfabetizzazione sanitaria (AF), o *health literacy*, è definita come «la capacità degli individui di accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni relative alla salute per prendere decisioni appropriate in termini di salute» (Sørensen et al., 2012). Non si tratta soltanto di una questione individuale di saper leggere o comprendere informazioni sanitarie, ma il tutto è strettamente connesso a contesti sociali, culturali, economici e territoriali che mediano l'accesso, la comprensione e l'applicazione di informazioni relative alla salute (Ibidem). L'AF, quindi, non è isolata dalla dimensione sociale, ma correla o è determinata da istruzione, status socioeconomico, contesto territoriale (presenza o assenza di servizi dedicati), coorte di nascita, rete sociale sulla quale poter fare affidamento. L'AF, come già visto in questo volume, è determinante rispetto agli esiti di salute.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

In una popolazione che invecchia, come quella italiana, è necessario conoscere l'AF delle persone over 65 anche in vista di azioni per la sostenibilità del sistema sanitario e per la riduzione delle disuguaglianze.

L'AF nella popolazione generale non è omogenea (Lorini *et al.*, 2019) e gli anziani costituiscono un gruppo particolarmente vulnerabile in termini di AF. Gli anziani italiani mostrano, in media, livelli di alfabetizzazione sanitaria inferiori rispetto a segmenti più giovani della popolazione e all'interno della fascia over 65 ed esistono disuguaglianze molto marcate legate a istruzione, reddito, area geografica e digitalizzazione.

In coerenza con quanto visto nella prima parte del volume, si possono isolare alcuni fattori (tab. 1) che influenzano l'AF tra le persone anziane, che, qui, sono stati considerati quando si è fatto riferimento proprio ai determinanti sociali del divario digitale (Cfr. cap. 1).

Tab. 1 – Conoscenza per l'accesso a dati corretti e rilevanti per prendere decisioni sulla propria salute attraverso l'uso di Internet. Per ciascuna è stato rilevato il grado di accordo/disaccordo su una scala Likert a 5 di queste indichi il suo grado di accordo in una scala che va da completamente d'accordo a completamente in disaccordo, valori percentuali per alcune variabili socio anagrafiche, sul campione totale

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*	*Per motivi professionali usa/ha usato il*	*Per motivi professionali non usa/ha usato*	*In generale la sua salute va male*	*In generale la sua salute va discretamente*	*In generale la sua salute va bene*
1. So come trovare su Internet informazioni utili sulla salute											
Completamente d'accordo	7%	5%	9%	10%	5%	5%	11%	3%	11%	4%	10%
D'accordo	42%	42%	43%	45%	47%	35%	56%	27%	42%	37%	46%
Non so	10%	11%	9%	8%	9%	12%	9%	11%	15%	12%	7%
In disaccordo	29%	29%	29%	28%	28%	30%	18%	41%	23%	32%	26%
Completamente in disaccordo	13%	13%	12%	9%	11%	18%	6%	20%	9%	14%	11%
2. So come usare Internet per rispondere alle domande riguardo la mia salute											
Completamente d'accordo	7%	6%	8%	10%	6%	6%	11%	3%	13%	4%	9%
D'accordo	31%	30%	33%	36%	33%	25%	43%	19%	37%	25%	36%
Non so	14%	15%	13%	12%	12%	17%	14%	14%	17%	20%	8%
In disaccordo	33%	33%	32%	30%	37%	32%	23%	43%	21%	36%	32%
Completamente in disaccordo	15%	16%	13%	12%	12%	20%	9%	21%	13%	15%	14%
3. So quali informazioni sulla salute sono disponibili in Internet											

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Completamente d'accordo	6%	6%	7%	8%	6%	5%	10%	3%	7%	2%	10%
D'accordo	37%	35%	40%	44%	42%	27%	50%	23%	44%	31%	42%
Non so	13%	15%	12%	11%	11%	17%	12%	15%	19%	17%	9%
In disaccordo	29%	30%	29%	27%	28%	33%	20%	40%	19%	35%	26%
Completamente in disaccordo	13%	14%	12%	10%	13%	17%	8%	20%	11%	15%	12%
4. So dove trovare su Internet informazioni utili sulla salute											
Completamente d'accordo	7%	5%	8%	9%	6%	5%	10%	3%	9%	4%	9%
D'accordo	41%	43%	40%	43%	46%	36%	55%	26%	41%	38%	45%
Non so	10%	11%	10%	12%	9%	10%	9%	12%	15%	13%	7%
In disaccordo	29%	28%	30%	26%	27%	32%	19%	39%	22%	32%	27%
Completamente in disaccordo	13%	13%	13%	9%	12%	17%	7%	20%	13%	13%	13%
5. So come usare le informazioni sulla salute che trovo su Internet in modo che mi possano essere d'aiuto											
Completamente d'accordo	7%	6%	7%	9%	6%	5%	10%	3%	7%	3%	9%
D'accordo	34%	33%	35%	41%	33%	28%	48%	19%	43%	32%	35%
Non so	13%	14%	12%	12%	12%	15%	12%	14%	24%	15%	10%
In disaccordo	32%	31%	32%	28%	36%	33%	21%	43%	13%	35%	32%
Completamente in disaccordo	15%	15%	14%	11%	13%	20%	9%	21%	13%	16%	14%
6. Ho le capacità che mi servono per valutare le informazioni sulla salute che trovo su Internet											
Completamente d'accordo	7%	6%	8%	9%	5%	6%	11%	2%	13%	3%	9%
D'accordo	32%	31%	34%	35%	34%	29%	44%	20%	35%	27%	37%
Non so	12%	13%	11%	11%	9%	15%	11%	13%	13%	15%	9%
In disaccordo	33%	35%	32%	32%	37%	32%	26%	41%	20%	38%	32%
Completamente in disaccordo	15%	15%	15%	13%	15%	18%	8%	23%	19%	17%	14%
7. Posso distinguere la bassa o alta qualità delle informazioni sulla salute che trovo su Internet											
Completamente d'accordo	6%	5%	8%	8%	6%	4%	10%	2%	9%	2%	10%
D'accordo	35%	36%	35%	39%	33%	34%	45%	25%	43%	26%	43%
Non so	14%	14%	13%	14%	13%	14%	14%	13%	15%	17%	11%
In disaccordo	32%	34%	30%	27%	37%	32%	25%	39%	20%	42%	25%
Completamente in disaccordo	13%	11%	15%	13%	11%	15%	6%	20%	13%	14%	12%
8. Mi sento sicuro nell'usare informazioni che trovo su Internet per prendere decisioni riguardo la mia salute											
Completamente d'accordo	5%	5%	5%	8%	4%	3%	7%	2%	9%	2%	7%
D'accordo	19%	16%	22%	19%	21%	17%	26%	11%	28%	14%	21%
Non so	13%	16%	10%	13%	13%	13%	14%	12%	17%	18%	8%
In disaccordo	43%	42%	43%	44%	41%	42%	36%	50%	30%	46%	41%
Completamente in disaccordo	20%	20%	20%	16%	21%	24%	17%	25%	17%	20%	22%

L'analisi dei dati rivela alcune aree di particolare debolezza, dove la sfiducia nelle proprie capacità è più marcata e queste percezioni non sono uniformi, dato che emergono discrepanze demografiche, in particolare legate all'età. I dati mostrano (tab. 1) che la fiducia nelle proprie competenze digitali tende a diminuire con l'avanzare dell'età. La percentuale di chi si sente capace di trovare e valutare informazioni online è sensibilmente più bassa nella fascia di età 75+ anni, rispetto alla coorte più giovane dei 65-69 anni.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Rispetto al titolo di studio, qui come altrove, per chi ha titoli più elevati gli esiti sono migliori. Le differenze di genere sono contenute per tutti gli item. Quelle più evidenti si rilevano per l'item 8 (Mi sento sicuro nell'usare informazioni che trovo su Internet per prendere decisioni riguardo la mia salute), per il quale le donne mostrano un po' meno sicurezza: l'accordo è del 21% per le femmine e del 27% per i maschi. Le differenze più evidenti sono quelle che mettono gli item in relazione a un attuale o passato utilizzo di computer o simili per motivi professionali. Qui le percentuali sono sempre a sfavore di chi non ha avuto modo di socializzarsi all'uso di computer o simili e gli scarti sono anche molto elevati su tutti gli item, tanto da registrare differenze anche di 20 punti percentuali.

Lo stato di salute si mostra una variabile che si comporta in modo simile ad altri esiti presentati altrove in questo volume. La condizione che esprime il grado di percezione peggiore e una particolare sfiducia nelle proprie capacità è quella di chi dichiara uno stato di salute discreto. Questo emerge, in particolare, per tutti gli item ad eccezione del primo (So come trovare su Internet informazioni utili sulla salute) e del quarto (So dove trovare su Internet informazioni utili sulla salute). Chi ha una salute migliore e chi una più compromessa restituisce dati più positivi.

Questa mancanza di autoefficacia non è una mera questione di percezione, dato che predice direttamente il basso livello di interazione con le piattaforme sanitarie digitali istituzionali.

Dopo questa panoramica sui dati appena presentati, va precisato che la domanda 28 propone ai rispondenti una scala di misurazione dal grado di alfabetizzazione sanitaria digitale autopercepito. Si tratta della scala IT-eHEALS (Faccini *et al.*, 2024), versione italiana dell'e-HEALS (Norman *et al.*, 2006). La scala si presenta come un questionario breve, auto compilato, composto da otto item, capaci di misurare il grado di alfabetizzazione sanitaria digitale, qui intesa come la conoscenza, il comfort e le abilità percepite dai rispondenti nel trovare, valutare e applicare le informazioni sanitarie disponibili in Internet relativamente a problemi di salute. Attraverso una scala Likert (1 completamente in disaccordo...) si misura come la persona si ritiene in grado di trovare, valutare e utilizzare informazioni sanitarie trovate su Internet (Faccini *et al.*, 2024). Gli esiti sono da osservare nel loro andamento: all'aumentare dello score totale ottenuto (minimo 8, massimo 40, cioè la somma dei punteggi sui singoli item), aumenta anche il grado di alfabetizzazione sanitaria digitale autopercepito. L'e-HEALS è uno strumento di autovalutazione e non è una misura oggettiva. Questo significa che i risultati, ossia lo score medio, sono interpretabili come precursori di cambiamento del comportamento e dello sviluppo di abilità. Da questo punto di vista, la scala è considerata in letteratura uno strumento semplice e di rapida somministrazione per la misurazione dell'alfabetizzazione sanitaria digitale autopercepita (Ibidem).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

In merito agli esiti, allora, diamo conto dei valori medi per ciascuno degli 8 item (tab. 2) che restituiscono quanto già emerso dall'analisi precedente (tab. 1) e che mostrano esiti davvero simili tra le due Regioni del Veneto e del Lazio (tab. 3).

Tab. 2 – Conoscenza per l'accesso a dati corretti e rilevanti per prendere decisioni sulla propria salute attraverso l'uso di Internet. Per ciascun item è riportato il valore medio. Gli item sono stati valutati su scala Likert: 1 completamente in disaccordo, 2 in disaccordo, 3 non so, 4 d'accordo, 5 completamente d'accordo. Valori medi e indici di dispersione in riferimento al campione totale

Item indagati	*Media*	*Mediana*	*Moda*	*Deviazione Standard*
1 So come trovare su Internet informazioni utili sulla salute	3,02	3	4	1,2196
2 So come usare Internet per rispondere alle domande riguardo la mia salute	2,83	3	2	1,2207
3 So quali informazioni sulla salute sono disponibili in Internet	2,93	3	4	1,2066
4 So dove trovare su Internet informazioni utili sulla salute	2,99	3	4	1,2174
5 So come usare le informazioni sulla salute che trovo su Internet in modo che mi possano essere d'aiuto	2,86	3	4	1,2180
6 Ho le capacità che mi servono per valutare le informazioni sulla salute che trovo su Internet	2,81	3	2	1,2299
7 Posso distinguere la bassa o alta qualità delle informazioni sulla salute che trovo su Internet	2,89	3	4	1,1926
8 Mi sento sicuro nell'usare informazioni che trovo su Internet per prendere decisioni riguardo la mia salute	2,45	2	2	1,1561

Come visto una quota consistente di rispondenti (63%) non si sente sicura nell'usare le informazioni trovate on line per prendere decisioni sulla propria salute. Anche nell'analisi dei valori medi (tabb. 2 e 3) si rileva che questo è un aspetto piuttosto evidente.

Gli aspetti strumentali sono quelli dove è presente maggior sicurezza (item da 1 a 4), mentre c'è un calo nelle percentuali (e nei corrispettivi valori medi) per gli item che chiedono di valutare e distinguere (item 6 e 7), ossia che richiedono un maggior impegno cognitivo e più informazioni di contenuto. In una sorta di continuum verso un fronte di difficoltà, sono solo il 21% coloro che con sicurezza usano le informazioni che trovano nell'infosfera per decidere della loro salute. Gli item 6 e 7 rimandano a quella che è stata definita alfabetizzazione critica (Livingstone, 2004; Pangrazio, 2016), *critical*/*transformative digital literacy*, già richiamata (p. 24) nel primo capitolo di questo volume. Si tratta della capacità di valutare qua-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

lità e affidabilità delle informazioni e saperne giudicare rischi e benefici. È rilevante, poiché è collegata alla capacità di resistere e proteggersi alle informazioni fuorvianti e false.

Tab. 3 – Conoscenza per l'accesso a dati corretti e rilevanti per prendere decisioni sulla propria salute attraverso l'uso di Internet. Per ciascun item è riportato il valore medio. Gli item sono stati valutati su scala Likert: 1 completamente in disaccordo, 2 in disaccordo, 3 non so, 4 d'accordo, 5 completamente d'accordo. Valori medi e indici di dispersione in riferimento alle Regioni del Veneto e del Lazio

	Veneto (327 rispondenti)				*Lazio (349 rispondenti)*			
Item indagati	Media	Mediana	Moda	Deviazione Standard	Media	Mediana	Moda	Deviazione Standard
1 So come trovare su Internet informazioni utili sulla salute	3,05	4	4	1,2563	2,99	3	4	1,1836
2 So come usare Internet per rispondere alle domande riguardo la mia salute	2,87	3	2	1,2379	2,80	3	2	1,2033
3 So quali informazioni sulla salute sono disponibili in Internet	2,98	3	4	1,2265	2,88	3	4	1,1856
4 So dove trovare su Internet informazioni utili sulla salute	3,04	3	4	1,2119	2,95	3	4	1,2208
5 So come usare le informazioni sulla salute che trovo su Internet in modo che mi possano essere d'aiuto	2,87	3	4	1,2379	2,84	3	4	1,1989
6 Ho le capacità che mi servono per valutare le informazioni sulla salute che trovo su Internet	2,90	3	4	1,2227	2,73	3	4	1,2314
7 Posso distinguere la bassa o alta qualità delle informazioni sulla salute che trovo su Internet	2,95	3	4	1,1992	2,83	2	2	1,1837
8 Mi sento sicuro nell'usare informazioni che trovo su Internet per prendere decisioni riguardo la mia salute	2,42	2	2	1,1703	2,48	3	4	1,1420

Da ultimo diamo conto degli score calcolati considerando gli 8 item come scala di misurazione del grado di alfabetizzazione sanitaria digitale, i cui estremi vanno da uno score minimo di 8 ad uno massimo di 40. Il cut off a 24 dà indicazioni rispetto a gradi di alfabetizzazione sanitaria digitale che possiamo considerare soddisfacenti (> 24) o insoddisfacenti (<24) (tab. 4).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 4 – Grado di alfabetizzazione sanitaria digitale all'esito della scala di misurazione e-HEALS. Lo score è la media dei valori delle risposte a tutti gli 8 item. Valori per il campione totale e per le Regioni Lazio e Veneto. Presenti indici di dispersione

	Score	*Mediana*	*Moda*	*Deviazione Standard*
Campione totale	22,82	24	16	8,3011
Lazio	22,54	23	16	8,3061
Veneto	23,12	24	16	8,2863

Rispetto al campione totale, il 49,96% dei 676 rispondenti (331 su 676) si posiziona al di sotto della soglia del 24. In Veneto questo accade per il 47,70% (156 su 327 rispondenti). Nel Lazio la percentuale di coloro che risultano sotto la soglia del 24 è del 50,14% (175 su 349 rispondenti).

Ciò che in generale emerge e colpisce è quell'elemento di insicurezza, che porta ad aumentare l'intensità della fragilità e verso un basso livello di autoefficacia percepita nel prendere decisioni sulla base di ciò che, magari con fatica, si è trovato on line. Questo dato si presta a una doppia lettura: potrebbe trattarsi di un indicatore di prudenza in capo alle persone anziane nel trattare le informazioni sulla salute provenienti dal web o potrebbe essere l'ennesima indicazione della necessità di agire azioni di informazione e rassicurazione su questo target di popolazione.

2. Navigare il sanitario: uso delle risorse digitali

I servizi digitali istituzionali, come i siti web delle Aziende Sanitarie/Sociosanitarie Locali e il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), possono semplificare le procedure, ridurre i tempi di attesa e dare ai cittadini un maggiore controllo sui propri dati sanitari. Tuttavia, il loro potenziale può essere realizzato solo se vengono effettivamente adottati e utilizzati dalla e nel modo corretto. Se guardiamo al tasso di adozione reale di tali strumenti e le barriere che ne limitano la diffusione, emergono dati sconfortanti, ma non imprevedibili (tabb. 5 e 6).

L'analisi sull'uso del sito web dell'Azienda Sanitaria rivela un quadro di adozione molto limitata (tab. 5). Quasi la metà degli intervistati, il 46%, dichiara di non averlo mai utilizzato nell'ultimo anno (71% nel Lazio e 45% in Veneto). A fronte di questo dato, gli utenti frequenti (Sempre e Spesso) rappresentano appena il 14% del totale. Il divario generazionale è netto: la percentuale di non utilizzo sale drasticamente al 59% nella fascia di età 75+, evidenziando un significativo mancato utilizzo per la popolazione più anziana. Non emergono specifiche differenze di genere e chi dichiara una salute migliore usa di più il sito indicato. Tra chi per motivi professionali usa/ha usato il computer o simili non consulta mai il sito per il 33% dei rispondenti. (Ri)Emerge, inoltre, che più è basso il titolo di studio e meno si

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

usa il sito dell'Azienda Sanitaria o del Distretto Sanitario. La condizione lavorativa, poi, non conduce a differenze di alcun rilievo.

Tab. 5 – Frequenza di utilizzo del sito web dell'Azienda Sanitaria locale o del Distretto sanitario locale per scaricare/consultare esiti degli esami medici, prenotare di visite mediche o esami medici di laboratorio, cercare medici specialisti, negli ultimi 12 mesi e in caso di necessità (una sola risposta), valori percentuali per l'intero campione

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*	*In generale la sua salute va male*	*In generale la sua salute va discretamente*	*In generale la sua salute va bene*
Sempre	5%	4%	7%	6%	6%	3%	7%	5%	5%
Spesso	9%	8%	9%	11%	10%	5%	22%	6%	10%
A volte	20%	22%	17%	27%	18%	13%	4%	18%	24%
Raramente	21%	21%	21%	21%	22%	20%	15%	22%	21%
Mai	46%	45%	46%	35%	43%	59%	52%	49%	40%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Le ragioni di tutto ciò paiono eterogenee e non riconducibili a un unico fattore.

Le principali barriere identificate (tab. 6) sono la preferenza per il contatto diretto; infatti, il 37% degli intervistati (36% nel Lazio e 39% in Veneto) preferisce il contatto telefonico o di persona con un operatore (le donne più degli uomini e la coorte di età di mezzo rispetto alle altre due). Questo indica con una elevata probabilità una barriera più culturale e relazionale che tecnologica. A seguire si rileva una percentuale del 26% in merito alla non conoscenza del sito web dall'azienda sanitaria o del distretto sanitario di afferenza, potenziale lacuna nella comunicazione e promozione di questi strumenti da parte delle istituzioni.

Segue poi il 12% riferito a chi delega a familiari queste attività (13% nel Lazio e 9% in Veneto), probabilmente come forma o richiesta di supporto che, sebbene efficace, conferma l'incapacità o la riluttanza all'uso diretto da parte dell'interessato/a.

Chi ha un basso titolo di studio (tab. 7) preferisce il contatto diretto con un operatore o una operatrice (31%), come chi ha un titolo medio preferisce tale modalità per il 44% e come chi ha un titolo di studio elevato (31%). Questa modalità è scelta dal 40% delle persone pensionate e dal 41% di chi dichiara una salute discreta, mentre chi sta male indica una percentuale di preferenza del 21% e sta meglio del 38%.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 6 – Motivi del mancato utilizzo del sito web dell'Azienda Sanitaria locale o del Distretto sanitario locale per scaricare/consultare esiti degli esami medici, prenotare di visite mediche o esami medici di laboratorio, cercare medici specialisti, negli ultimi 12 mesi e in caso di necessità (una sola risposta), valori percentuali per rilevati tra coloro che hanno indicato di non aver mai utilizzato il sito web dell'Azienda Sanitaria locale o del Distretto sanitario locale. Possibile una sola risposta

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Non conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria o del Distretto / sanitario.	26%	27%	24%	35%	14%	28%
Non so consultare il sito web dell'Azienda Sanitaria o del Distretto sanitario per cercare ciò che mi serve.	10%	12%	8%	8%	8%	13%
Conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria o del Distretto sanitario e so usarlo, ma non trovo mai quello che mi serve.	3%	4%	3%	5%	2%	3%
Conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria o del Distretto sanitario e so usarlo, ma preferisco il contatto diretto con un operatore/una operatrice al telefono o di persona.	37%	34%	41%	29%	53%	34%
Conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria o del Distretto sanitario e so usarlo, ma uno dei miei familiari si occupa di questo per me.	12%	11%	12%	10%	12%	13%
Non so	11%	11%	12%	13%	11%	11%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Un quadro simile, se non più critico, emerge dall'analisi sull'adozione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), indicato con Sanità Km0 per i rispondenti del Veneto. L'utilizzo è frammentato (tab. 8): solo il 15% lo usa regolarmente (14% nel Lazio e 17% in Veneto) e il 21% occasionalmente (18% nel Lazio e 23% in Veneto). Qui i rispondenti hanno in preponderanza titoli di studio medi e alti.

La maggioranza, un aggregato del 65% (60% nel Lazio e 57% in Veneto), di fatto non lo utilizza, sommando coloro che non hanno scaricato l'app (32%), coloro che non sanno cosa sia (22%) e coloro che, pur avendola scaricata, non l'hanno mai usata (11%). Anche in questo caso, l'età è particolarmente discriminante: l'uso regolare scende dal 22% nella fascia 65-69 anni a un mero 8% nella fascia 75+. Le donne usano il FSE meno frequentemente degli uomini e sono anche quelle che più degli uomini non hanno scaricato l'applicazione, sempre rispetto agli uomini. In merito allo stato di salute dichiarato, chi sta peggio non usa il FSE per il 63%, chi sta bene per il 48% e chi dichiara una salute discreta si attesta al 57%. Il FSE appare una risorsa poco sfruttata in modo trasversale alle determinanti che altrove si sono rivelate più incidenti.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 7 – Motivi del mancato utilizzo del sito web dell'Azienda Sanitaria locale o del Distretto sanitario locale per scaricare/consultare esiti degli esami medici, prenotare di visite mediche o esami medici di laboratorio, cercare medici specialisti, negli ultimi 12 mesi e in caso di necessità (una sola risposta), valori percentuali per rilevati tra coloro che hanno indicato di non aver mai utilizzato il sito web dell'Azienda Sanitaria locale o del Distretto sanitario locale per alcune dimensioni socio-anagrafiche. Possibile una sola risposta

	Totale	*Basso*	*Medio*	*Alto*	*Pensionat**	*Casaling**	*Altro*	*Per motivi professionali usa/ha usato il computer o*	*Per motivi professionali non usa/ha usato il computer o*
Non conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria/ Distretto / sanitario	26%	28%	25%	21%	27%	27%	19%	23%	28%
Non so consultare il sito web dell'Azienda Sanitaria/ Distretto sanitario per cercare ciò che mi serve	10%	13%	8%	10%	11%	5%	11%	6%	13%
Conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria/Distretto sanitario e so usarlo, ma non trovo mai quello che mi serve.	3%	2%	3%	11%	3%	2%	8%	8%	1%
Conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria/Distretto sanitario e so usarlo, ma preferisco il contatto diretto con un operatore/una operatrice al telefono o di persona.	37%	31%	44%	31%	40%	36%	25%	43%	34%
Conosco il sito web dell'Azienda Sanitaria/Distretto sanitario e so usarlo, ma uno dei miei familiari si occupa di questo per me.	12%	10%	14%	7%	10%	16%	14%	10%	12%
Non so	11%	16%	6%	21%	9%	14%	22%	10%	13%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Per la minoranza che utilizza l'FSE, le funzionalità più apprezzate sono quelle di natura pratica e diretta (tab. 9). Le tre funzioni principali sono la consultazione dei referti medici (75%), il recupero delle prescrizioni del medico curante (48%) e il recupero delle prescrizioni mediche specialistiche e farmaceutiche (43%). La preferenza per il contatto diretto suggerisce,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

nuovamente, che tale forma relazionale e comunicativa rimane per le persone over 65 un punto fermo, anche nell'era digitale.

Tab. 8 – Frequenza di utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico. Una sola risposta possibile. Valori percentuali per fasce d'età e genere

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì, regolarmente	15%	13%	17%	22%	16%	8%
Sì, è capitato, ma di solito vado in farmacia o mi rivolgo al Centro unico di prenotazione	21%	19%	23%	27%	21%	14%
No, ho scaricato l'applicazione per accedere al Fascicolo sanitario / elettronico, ma non l'ho mai usato	11%	13%	8%	12%	10%	9%
No, non ho scaricato l'applicazione per accedere al Fascicolo sanitario elettronico e non lo uso mai	32%	32%	31%	25%	33%	37%
No, non so cosa sia il Fascicolo Sanitario Elettronico	22%	23%	22%	13%	21%	32%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tab. 9 – Funzioni prevalentemente utilizzate del Fascicolo Sanitario Elettronico. Possibili massimo 3 risposte. Valori percentuali per genere e fasce d'età su coloro che hanno dichiarata di aver utilizzato il Fascicolo Sanitario Elettronico regolarmente e "Sì, è capitato, ma di solito vado in farmacia o mi rivolgo al Centro unico di prenotazione"

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Consulto i miei referti medici	75%	75%	75%	73%	75%	79%
Consulto i miei verbali di pronto soccorso	5%	1%	8%	4%	3%	10%
Consulto il mio profilo sanitario aggiornato dal medico curante	16%	14%	17%	14%	17%	19%
Scarico le prescrizioni mediche specialistiche e farmaceutiche	43%	44%	42%	44%	52%	27%
Scarico le ricette mediche per i farmaci prescritti dal medico curante	48%	53%	45%	46%	51%	50%
Consulto le lettere di invito per gli screening ai quali mi invitano	6%	4%	7%	7%	4%	6%
Consulto le mie vaccinazioni	4%	3%	6%	4%	6%	2%

3. La relazione con il/la medico curante: forme e scelte legate all'alfabetizzazione sanitaria digitale

La modalità di relazione col medico curante (visita in presenza, e-mail/portale, telefono, app di messaggistica, teleconsulto video ecc.) è parte integrante dell'alfabetizzazione sanitaria digitale, perché cambia profondamente come il/la paziente accede, valuta, comprende e utilizza informazioni e servizi sanitari. Tale relazione è un elemento cardine del percorso di cura e gli strumenti digitali hanno il potenziale per modificarne profondamente

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

le dinamiche. La possibilità di comunicare via e-mail, messaggi o videochiamate potrebbe rendere l'interazione più fluida ed efficiente. Si sono allora indagate le modalità di contatto prevalenti e le motivazioni che spingono le persone anziane a scegliere un canale di comunicazione piuttosto che un altro.

Le generazioni più anziane possono avere un approccio paternalistico al medico, minore propensione a chiedere chiarimenti, o fiducia automatica nel professionista senza sviluppare capacità critiche.

I dati (tab. 10) mostrano che il modello ibrido, che alterna contatto di persona e strumenti tecnologici, è il più diffuso (47%). Tuttavia, è estremamente significativo che quasi un terzo degli intervistati (31%) si affidi esclusivamente al contatto di persona. Questa percentuale cresce in modo rilevante con l'età, raggiungendo il 41% nella fascia 75+, a testimonianza di come, per una fetta importante dei rispondenti, l'interazione in presenza rimanga l'unica modalità di rapporto con il proprio medico.

Le ragioni di questa preferenza sono spiegate dal 91% degli intervistati che indica la preferenza di incontrare il medico di persona e parlargli direttamente (tab. 11). Questa motivazione pone in secondo piano le difficoltà puramente tecniche, la sfiducia nella tecnologia ed eventuali timori di una visita medica poco efficace. Questi dati orientano a considerare che la barriera fortemente incidente all'adozione digitale è di natura relazionale e non tecnica.

Tab. 10 – Modalità di contatto con il medico curante, una sola risposta possibile. Valori percentuali per genere e fasce d'età

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Solo di persona	31%	36%	26%	26%	26%	41%
Solo con strumenti tecnologici (chiamate, e-mail…)	21%	16%	27%	17%	28%	20%
Sia di persona che con strumenti tecnologici (chiamate, e-mail…)	47%	48%	47%	56%	46%	39%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Rispetto alla relazione tra le modalità di consultazione con il medico di famiglia (presenza in studio, telefono, e-mail, messaggistica istantanea tipo WhatsApp, video visita quando rilevante) e l'alfabetizzazione sanitaria digitale è possibile, a partire dai dati emersi dalla ricerca, leggere tali dati alla luce di alcune considerazioni, semplici, ma non semplicistiche.

Anziani/e, persone con scarsa alfabetizzazione digitale o bassa padronanza della lingua tendono a riportare minore soddisfazione o preferenza per l'incontro faccia-a-faccia, in presenza con i curanti. Esistono significative preferenze per il contatto in presenza e di persona per aspetti relazionali e per la valutazione fisica. Questo si traduce in una ridotta soddisfazione

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

o minore preferenza verso relazioni di cura a distanza per gruppi vulnerabili, come le persone anziane (Sakaguchi-Tang *et al.*, 2017).

Tab. 11 – Motivi per i quali motivi si reca personalmente dal Suo medico invece di usare uno strumento tecnologico per contattarlo, possibili massimo 3 risposte. Valori percentuali per genere e fasce d'età

(% sul tot)	*Totale*	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Preferisco incontrare il/la medico di persona e parlargli/le direttamente	91%	91%	92%	87%	88%	95%
Non ho la connessione Internet a casa o questa funziona male	2%	3%	0%	0%	2%	3%
Non ho fiducia nella tecnologia	10%	11%	8%	11%	10%	9%
Temo che il/la mio/a medico non controlli le mie condizioni di salute se / non lo/la incontro di persona	6%	7%	5%	9%	8%	3%
Temo che usando questi strumenti venga violata la mia privacy in materia di / salute	2%	3%	1%	2%	2%	3%

La consultazione in presenza, presso lo studio del proprio medico di famiglia costituisce, in generale, una barriera tecnica bassa, poiché si tratta di una modalità che richiede soprattutto alfabetizzazione sanitaria tradizionale, ossia capire informazioni mediche, e non richiede competenze digitali avanzate. Per le persone anziane, e non con bassa alfabetizzazione digitale, la visita in presenza riduce il rischio di esclusione e incomprensione. Si rileva in letteratura, tra l'altro, che si verifica un calo di soddisfazione quando si riducono le visite in presenza nei gruppi vulnerabili, come le persone anziane con patologie croniche (Landin *et al.*, 2021).

La consultazione telefonica richiede competenze digitali minime, ma servono abilità comunicative diverse. Usare il telefono non richiede alfabetizzazione informatica complessa, ma occorre una certa capacità di esporre sintomi verbalmente e di comprendere istruzioni senza supporti visivi. Per molti problemi, la telefonata è spesso altrettanto efficace della visita, ma può generare un numero reiterato di telefonate e limitare esami fisici. L'accesso telefonico può essere una soluzione per chi ha basso accesso digitale, ma mal si presta per problemi di salute complessi (Downes *et al.*, 2017).

Il contatto con il proprio medico via posta elettronica implica una alfabetizzazione digitale di base. Si tratta di una forma di relazione che dipende, oltre che dalle scelte dei curanti, anche e soprattutto dalle competenze digitali delle persone.

L'uso di applicazioni di messaggistica, WhatsApp o simili, necessita di competenze nell'uso dello smartphone e una certa alfabetizzazione digitale, come per esempio saper inviare foto, registrazioni vocali, gestire notifiche. Tale modalità è certamente rapida, comoda anche se spesso privacy e sicu-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

rezza sono poco garantite. Le soluzioni di messaggistica (portali sicuri, SMS, app commerciali) migliorano accesso e continuità per molti pazienti cronici, però non sempre mantengono gli stessi livelli di soddisfazione rispetto alla visita in presenza per gruppi vulnerabili (Hefner *et al.*, 2019). La messaggistica può compromettere la soddisfazione di gruppi vulnerabili, a causa di molti fattori: anziani/e e pazienti fragili spesso valutano essenziali empatia, fiducia e rassicurazione nella comunicazione vis-à-vis e i messaggi testuali non rendono chiari e comprensibili a sufficienza questi segnali; eventuali difficoltà d'accesso a portali/app, password, interfacce complesse aumentano frustrazione e senso di esclusione; se una persona era abituata a ottenere rassicurazione durante la visita, la risposta asincrona (o la sua assenza) può creare ansia; comunicazioni sparse via messaggi non integrate (o non documentate) nel fascicolo sanitario o nella percezione del/della paziente possono dare sensazione di cura meno completa (Hoonakker *et al.*, 2017).

Da ultimo, pur non evocata negli item predisposti per la domanda, la visita a distanza, in telemedicina, è tra le forme che richiede le maggiori competenze tecnologiche (connessione, configurazione video camera/microfono) e il grado di alfabetizzazione digitale più elevato.

Abbiamo visto in precedenza che il campione mostra fragilità, insicurezza e non piena autonomia nell'uso dei dispositivi digitali, presenta poi una alfabetizzazione sanitaria digitale non proprio elevata né adeguata per molti aspetti. Questo ci conduce a dire che la modalità della relazione, oltre che dipendere dalle caratteristiche delle abitudini più tipiche delle coorti anagrafiche che stiamo osservando, dipende dall'alfabetizzazione sanitaria: senza competenze o dispositivi utilizzati in modo adeguato, l'uso di e-mail/WhatsApp/video visita è limitato, chi ha bassa alfabetizzazione digitale può fraintendere messaggi scritti o non riconoscere fonti affidabili (Normann *et al.*, 2006), rispetto a privacy e fiducia, la percezione della sicurezza (es. pro/contro WhatsApp) e la fiducia nelle piattaforme e nelle garanzie di tutela dei propri dati influenzano l'adozione di strumenti digitali (Morris *et al.*, 2021).

Se da un lato la relazione con il medico rimane ancorata al contatto diretto, dall'altro emerge la necessità di analizzare come gli utenti si muovono autonomamente nel mondo digitale alla ricerca di informazioni sanitarie.

4. Informazioni sanitarie e fonti: come ci si muove nel Web

L'abitudine di cercare informazioni sanitarie online è un fenomeno globale che impone attenzione alle fonti consultate e alla percezione della loro affidabilità. La capacità di distinguere tra informazioni accurate e disinformazione è una componente fondamentale dell'alfabetizzazione sanitaria,

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

digitale e non, e ha implicazioni dirette sulla sicurezza e sulle scelte di salute dei cittadini.

Il dato più rilevante che emerge dall'indagine è che la maggioranza degli intervistati (63%) non consulta Internet per ricercare informazioni su salute, malattie e sintomi (tab. 12), come già apprezzato nel capitolo 7, in cui emerge che la frequenza di utilizzo di dispositivi collegati a Internet per cercare informazioni mediche per fare diagnosi sulla propria salute e nullo/poco per il 72% del totale del campione. Questo comportamento è ancora una volta fortemente legato all'età, con la percentuale di non-ricercatori che sale al 71% nella fascia 75+. Ciò indica un atteggiamento di generale prudenza o disinteresse verso la ricerca autonoma di informazioni mediche nel campione analizzato.

Concentrandosi su quel 37% della popolazione, che invece cerca attivamente informazioni online, è possibile osservare un comportamento di selezione delle fonti relativamente maturo e consapevole.

Tab. 12 – Ricerca di informazioni sulla salute, su malattie e sintomi in Internet, una sola risposta possibile. Valori percentuali per genere e fasce d'età

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Sì	37%	37%	37%	44%	38%	29%
No	63%	63%	63%	56%	62%	71%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tab. 13 – Fonti di Informazione sanitaria online: utilizzo (valori percentuali) vs. affidabilità percepita delle fonti (valori medi ponderati, su scala per nulla: 0; poco: 1; abbastanza: 3; molto: 4)

Fonte di Informazione	*Percentuale di utilizzo*	*Livello di affidabilità delle fonti*
Siti web del governo / fonti pubbliche	54%	2.71
Blog/siti web di medici specialisti	50%	2.57
Siti web di ospedali o aziende sanitarie	38%	2.49
Siti web di pubblicazione di ricerche scientifiche	27%	2.32
Testate giornalistiche online	19%	1.85
Blog/siti web di persone con la stessa malattia	27%	1.69
Social media (Facebook, Instagram, etc.)	10%	0.89

Ordinando le fonti in base alla loro affidabilità percepita (tab. 13), emerge un modello di comportamento maturo da parte dei rispondenti. Esiste una forte correlazione tra l'utilizzo di una fonte e la sua credibilità. I Siti web del governo sono sia i più utilizzati (54%) che quelli ritenuti più affi-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

dabili (media 2.71), seguiti dai Blog/siti web di medici specialisti (50% utilizzo, media 2.57). Al contrario, i Social media si collocano all'ultimo posto sia per utilizzo (10%) sia per affidabilità (media 0.89). Questo quadro suggerisce che la minoranza attiva nella ricerca di informazioni sanitarie online dimostra una buona capacità di discernimento, privilegiando fonti autorevoli e diffidando di quelle non verificate, un comportamento che delinea un quadro complessivo di prudenza digitale.

5. Stare con competenza e prudenza: punti di attenzione per l'alfabetizzazione sanitaria digitale

Le percezioni e i comportamenti degli utenti nell'interazione con la sanità digitale rivelano un quadro complesso, caratterizzato da una diffusa mancanza di fiducia nelle proprie competenze, una bassa adozione dei servizi istituzionali e un approccio generalmente prudente alla ricerca di informazioni online. Il divario tra il potenziale offerto dalla tecnologia e la sua reale implementazione nella vita quotidiana dei cittadini rimane significativo, soprattutto per le fasce più anziane della popolazione.

Dall'analisi emergono alcune questioni piuttosto evidenti, che solo in minima parte trovano differenze tra Lazio e Veneto:

- la scarsa fiducia degli individui nelle proprie capacità è un ostacolo importante all'adozione della sanità digitale;
- c'è una forte insicurezza nel valutare criticamente le informazioni trovate online e, soprattutto, nell'utilizzarle per prendere decisioni concrete riguardo alla propria salute;
- c'è un notevole divario tra l'offerta di servizi digitali e il loro effettivo utilizzo, se consideriamo che il Fascicolo Sanitario Elettronico raggiunge il 65% di mancato utilizzo, esito della combinazione di scarsa conoscenza degli strumenti disponibili e di una spiccata preferenza per l'interazione in presenza e il contatto diretto (telefonico o di persona) con gli operatori sanitari;
- anche se la maggior parte degli intervistati non cerca attivamente informazioni sanitarie sul web, la minoranza che lo fa tende a mostrare un comportamento maturo, con una preferenza per fonti istituzionali e di specialisti, considerati più affidabili, a discapito di canali meno controllati come i social media.

Per aumentare l'adozione e l'efficacia dell'alfabetizzazione sanitaria digitale non è sufficiente sviluppare soluzioni tecnologiche avanzate, ma è indispensabile costruire la fiducia e le competenze digitali degli utenti anziani, progettando i servizi digitali come integratori del rapporto umano con medici e operatori, riconoscendo e valorizzando la necessità di un contatto diretto che, per molti, rimane un elemento insostituibile del percorso di cura.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Bibliografia di riferimento

Downes M.J., Mervin M.C., Byrnes J.M., Scuffham P.A. (2017), *Telephone consultations for general practice: a systematic review*, «Systematic Reviews», 6, 128. DOI: 10.1186/s13643-017-0529-0.

Faccini B., Russotto E., Spataro P. (2024), *Validazione del questionario di alfabetizzazione sanitaria digitale in pazienti affetti da patologie onco-ematologiche: ospedale San Martino di Genova*, «Bollettino Epidemiologico Nazionale», 5(2), pp. 27-31. DOI: 10.53225/BEN_089.

Hefner J.L., MacEwan S.R., Biltz A., Sieck C.J. (2019), *Patient portal messaging for care coordination: a qualitative study of perspectives of experienced users with chronic conditions*, «BMC Family Practice», 20, 57. DOI: 10.1186/s12875-019-0948-1.

Hoonakker P.L.T., Carayon P., Cartmill R.S. (2017), *The impact of secure messaging on workflow in primary care: Results of a multiple-case, multiple-method study*, «International Journal of Medical Informatic», 100, pp. 63-76. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2017.01.004.

Jokisch M.R., Schmidt L.I., Doh M. (2022), *Acceptance of digital health services among older adults: Findings on perceived usefulness, self-efficacy, privacy concerns, ICT knowledge, and support seeking*, «Frontiers in Public Health», 10, 1073756. DOI: 10.3389/fpubh.2022

Ladin K., Porteny T., Perugini J.M., Gonzales K.M., Aufort K.E., Levine S.K., Wong J.B., Isakova T., Rifkin D., Gordon E.J., Rossi A., Koch-Weser S., Weiner D.E. (2021), *Perceptions of Telehealth vs In-Person Visits Among Older Adults With Advanced Kidney Disease, Care Partners, and Clinicians*, «JAMA Netw Open», 4, e2137193. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.37193.

Livingstone S. (2004), *Media literacy and the challenge of new information and communication technologies*, «The Communication Review», *7*, pp. 3-14. DOI: 10.1080/10714420490280152

Lorini C., Lastrucci V., Mantwill S., Vettori V., Bonaccorsi G. (2019), *Florence Health Literacy Research Group. Measuring health literacy in Italy: a validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language, conducted in Florence and its surroundings*, «Ann Ist Super Sanita», 55, pp. 10-18. DOI: 10.4415/ANN_19_01_04. PMID: 30968831.

Morris C., Scott R.E., Mars M. (2021), *WhatsApp in Clinical Practice—The Challenges of Record Keeping and Storage. A Scoping Review*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», 18, 24, 13426. DOI; 10.3390/ijerph182413426.

Norman C.D., Skinner H.A. (2006), *eHEALS: The eHealth Literacy Scale*, «J Med Internet Res.», 8, e27. DOI: 10.2196/jmir.8.4.e27.

Pangrazio L. (2016), *Reconceptualising critical digital literacy*, «Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education», 37, pp. 163-174. DOI: 10.1080/01596306.2014.942836.

Sakaguchi-Tang D.K., Bosold A.L., Choi Y.K., Turner A.M. (2017), *Patient Portal Use and Experience Among Older Adults: Systematic Review*, «JMIR Medical Informatics», 5, 4. DOI: 10.2196/medinform.8092.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012), *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, «BMC Public Health», 12, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Sicurezza ed esclusione sociale

di *Cristina Gardenghi*

Sicurezza ed esclusione sociale sono state osservate attraverso il livello di sicurezza in se stessi nel compiere operazioni online, dalle più semplici alle più complesse e attraverso la percezione della sicurezza strutturale del web e di vari siti, in particolar modo quelli istituzionali. Si sono poi mappate anche le opinioni sui servizi e le strutture pubbliche e digitali, in quanto il loro utilizzo è sempre più essenziale per garantire ai cittadini la reale inclusione nel diritto alla salute e, di conseguenza, in tutti gli ambiti cui conduce (prevenzione, informazione, monitoraggio clinico, accesso a visite e prestazioni mediche, etc.).

Più nello specifico, si è innanzitutto svolta una misurazione del grado d'accordo con le seguenti affermazioni, secondo una scala di 5 punti da completamente in disaccordo a completamente d'accordo:

- conosco abbastanza bene i problemi legati alle attività del web, come la sicurezza digitale, clonazione delle carte di credito e le fake news,
- ho fiducia nella mia capacità di cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo dal web,
- so usare Internet per trovare attività notizie e intrattenimento più adatte a me,
- so identificare rischi e minacce negli ambienti digitali,
- so identificare i modi per proteggere i miei dati personali e la mia privacy all'interno degli ambienti digitali,
- i servizi informatici, anche se istituzionali, ostacolano l'interazione tra cittadini e istituzioni sanitarie,
- i servizi informatici, anche se istituzionali, non proteggono i dati personali.

Dall'indagine emerge che, in media, gli intervistati non si sentono né molto sicuri né completamente insicuri ad impiegare internet. I valori, infatti, sono in generale bassi, sia per quanto riguarda le opinioni di accordo che di disaccordo. Non ci sono forti polarizzazioni, né sul totale, né nelle singole classi d'età. Le uniche due affermazioni in cui la maggioranza raggiunge punteggi attorno al 50% (per l'opzione d'accordo, che di per sé esprime un'opinione moderata) sono relative al dirsi fiduciosi nelle proprie

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

capacità di cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni online. È, infatti, d'accordo con questa affermazione il 48% del totale; un'altra opinione che attira i consensi dei più è So usare Internet per trovare attività notizie e intrattenimento più adatte a me con il 54% dei consensi.

1. Sicurezza e rischi in internet. La percezione degli over-65

A definirsi completamente d'accordo nel dire di conoscere abbastanza bene i problemi legati alle attività del web è il 19% dei 65-69enni, solo il 13% dei 70-74enni e il 9% degli over-75, quindi neanche uno su dieci in quest'ultimo gruppo. Anche il numero di coloro che si dichiarano d'accordo, e non completamente d'accordo, cala all'aumentare dell'età.

Anche la fiducia nelle proprie capacità di cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni online cala al crescere dell'età. Nonostante tra la prima e la seconda fascia d'età lo scarto sia minimo (di 1 punto percentuale), il calo di fiducia si vede drasticamente nel gruppo degli over-75, di cui solo il 40% si dice d'accordo.

L'età sembra incidere anche sulla sicurezza che le persone hanno nelle proprie capacità di muoversi online riconoscendone i rischi e le minacce da un lato, e prendendo precauzioni a livello di tutela della privacy e dei propri dati dall'altro lato (tab. 1).

Tab. 1 – Relazione tra età e fiducia nelle proprie capacità di impiegare internet distinguendo rischi e minacce e proteggendo i propri dati

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Conosco abbastanza bene i problemi legati alle attività del web, come la sicurezza digitale, clonazione delle carte di credito e le fake news				
Completamente D'accordo	14%	19%	13%	9%
D'accordo	33%	37%	33%	28%
Non So	10%	9%	8%	13%
In Disaccordo	33%	30%	36%	35%
Completamente In Disaccordo	10%	6%	10%	15%
Ho fiducia nella mia capacità di cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo dal web				
Completamente D'accordo	12%	14%	13%	10%
D'accordo	48%	54%	53%	40%
Non So	12%	10%	11%	16%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

In Disaccordo	22%	20%	19%	26%
Completamente In Disaccordo	5%	2%	4%	9%
So usare Internet per trovare attività notizie e intrattenimento più adatte a me				
Completamente D'accordo	24%	27%	28%	19%
D'accordo	54%	58%	53%	52%
Non So	7%	3%	8%	9%
In Disaccordo	11%	10%	10%	14%
Completamente In Disaccordo	4%	2%	2%	7%
So identificare rischi e minacce negli ambienti digitali				
Completamente D'accordo	8%	13%	7%	5%
D'accordo	35%	39%	37%	30%
Non So	14%	14%	12%	14%
In Disaccordo	33%	29%	34%	36%
Completamente In Disaccordo	10%	5%	10%	16%
So identificare i modi per proteggere i miei dati personali e la mia privacy all'interno degli ambienti digitali				
Completamente D'accordo	8%	11%	8%	5%
D'accordo	34%	40%	36%	26%
Non So	12%	11%	8%	15%
In Disaccordo	36%	30%	40%	38%
Completamente In Disaccordo	11%	7%	8%	16%

Quasi il 40% è d'accordo nel dirsi capace di identificare rischi e minacce negli ambienti digitali tra i 65 e i 69 anni, ma la percentuale scende di 9 punti tra gli over-75: solo tre su dieci (il 30%) si ritiene abile nell'identificare ambienti digitali sicuri e distinguerli da quelli rischiosi. Inoltre, il 36% del totale è in disaccordo nell'affermare di saper proteggere i propri dati e l'11% è completamente in disaccordo. Il 47% del totale del campione è, dunque, insicuro rispetto alla tutela dei propri dati. Anche questa percentuale sale al salire dell'età, ma non in modo lineare: la fascia di 70-74enni in disaccordo è il 40%, mentre degli over-75 solo il 38%. Anche il titolo di studio (tab. 2) influenza la capacità di identificare i rischi e le minacce negli ambienti digitali; infatti, dall'analisi multivariata si nota che così come chi detiene un titolo di studio più elevato sembra anche impiega-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

re e possedere più item digitali, allo stesso modo sembra anche sentirsi più sicuro di sé nell'impiegarli.

Tab. 2 – Relazione tra titolo di studio e fiducia nelle proprie capacità di impiegare internet distinguendo rischi e minacce e proteggendo i propri dati

	Totale	*Titolo di studio basso*	*Titolo di studio medio*	*Titolo di studio alto*
Conosco abbastanza bene i problemi legati alle attività del web, come la sicurezza digitale, clonazione delle carte di credito e le fake news.				
Completamente D'accordo	14%	7%	14%	26%
D'accordo	33%	19%	35%	53%
Non So	10%	15%	9%	5%
In Disaccordo	33%	42%	34%	15%
Completamente In Disaccordo	10%	18%	8%	1%
Ho fiducia nella mia capacità di cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo dal web.				
Completamente D'accordo	12%	6%	10%	34%
D'accordo	48%	37%	54%	51%
Non So	12%	19%	10%	7%
In Disaccordo	22%	28%	22%	8%
Completamente In Disaccordo	5%	10%	3%	1%
So identificare rischi e minacce negli ambienti digitali.				
Completamente D'accordo	8%	5%	7%	20%
D'accordo	35%	22%	38%	50%
Non So	14%	18%	13%	8%
In Disaccordo	33%	37%	35%	15%
Completamente In Disaccordo	10%	18%	7%	7%
So identificare i modi per proteggere i miei dati personali e la mia privacy all'interno degli ambienti digitali.				
Completamente D'accordo	8%	5%	8%	15%
D'accordo	34%	17%	37%	56%
Non So	12%	15%	11%	10%
In Disaccordo	36%	44%	37%	15%
Completamente In Disaccordo	11%	19%	7%	5%

Anche in questo caso appare chiara una correlazione tra alfabetizzazione e alfabetizzazione digitale, la cui conseguenza osservabile in questo caso è

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

la capacità di discernere, negli ambienti digitali, rischi e minacce come fake news o frodi o falsi siti web, derivata dalla conoscenza del web stesso.

In questo caso, le differenze tra regioni sono minime, di qualche punto percentuale, con una sola eccezione relativa alla capacità di proteggere i propri dati e la propria privacy. Qui, il Veneto presenta punteggi maggiori nelle risposte completamente d'accordo e d'accordo e minori nelle risposte In disaccordo e completamente in disaccordo, distinguendosi dunque per una maggiore sicurezza nel proteggere i propri dati personali navigando in internet. Infatti, in Veneto a dichiararsi d'accordo è il 39% e completamente d'accordo il 7%, mentre in Lazio è d'accordo solo il 29% e completamente d'accordo il 9%; a non essere d'accordo viceversa è il 35% del campione in Veneto, contro un 41% in Lazio (cui si unisce un 10% completamente in disaccordo, e un 6% in Veneto).

2. Le istituzioni digitali: fiducia, percezione e uso dei servizi digitali di Pubblica amministrazione e Sistema Sanitario

Alcune domande di questa sezione sono state mirate a capire se cambia, e in quel caso come, il livello di fiducia nel digitale come *medium* per i rapporti sociali, se le istituzioni sono coinvolte. Questa parte di indagine si è incentrata sia sulla efficacia dei servizi digitali istituzionali nel mediare l'interazione tra cittadini e istituzioni, sia nel garantire protezione di dati e privacy.

I primi dati relativi alla fiducia del cittadino nei siti istituzionali, e, parallelamente, l'efficacia della mediazione digitale nell'interazione cittadino – istituzione, emergono dall'analisi delle ultime due affermazioni della domanda 23 (analizzata nel precedente paragrafo). Queste due affermazioni sono i servizi informatici, anche se istituzionali, ostacolano l'interazione tra cittadini e istituzioni sanitarie (affermazione 6) e i servizi informatici, anche se istituzionali, non proteggono i dati personali (affermazione 7). Per quanto riguarda l'età, emerge quanto indicato dalla tabella 3.

L'unica categoria di intervistati che presenta una percentuale leggermente maggiore nel disaccordo piuttosto che nell'accordo (e che quindi si dichiara mediamente più incline a fidarsi della capacità dei siti istituzionali di proteggere i dati degli utenti-cittadini) è quella della fascia d'età intermedia, ovvero tra i 70 e i 74 anni.

In questa sezione, inoltre, si è approfondito anche come gli intervistati percepissero la intermediazione, in ambito sanitario, del digitale. Mediamente uno su dieci è molto d'accordo nell'affermare che la tecnologia e la comunicazione e interazioni digitali aumentano la distanza tra cittadini e istituzioni. Sempre in media, tre su dieci sono in disaccordo così come tre su dieci si dichiarano d'accordo.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 3 – Efficacia dei servizi informatici nel mantenere l'interazione tra cittadini e istituzioni sanitarie e fiducia nella tutela dei dati personali sui siti istituzionali, per età

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
I servizi informatici, anche se istituzionali, ostacolano l'interazione tra cittadini e istituzioni sanitarie				
Completamente D'accordo	7%	9%	5%	5%
D'accordo	31%	32%	24%	34%
Non So	21%	20%	19%	25%
In Disaccordo	36%	32%	47%	31%
Completamente In Disaccordo	6%	7%	5%	5%
I servizi informatici, anche se istituzionali, non proteggono i dati personali				
Completamente D'accordo	9%	14%	6%	6%
D'accordo	34%	33%	32%	38%
Non So	24%	18%	21%	33%
In Disaccordo	26%	29%	36%	17%
Completamente In Disaccordo	6%	6%	5%	7%

Anche nel suddetto quesito a distinguersi è la categoria di 70-74enni: i valori di accordo e disaccordo di questa fascia d'età si discostano in modo apprezzabile dai valori delle altre due fasce d'età. In un caso, si ha il 24% d'accordo, contro un 34%; nell'altro, si ha un disaccordo del 47% contro un 32 e 31% delle altre due fasce d'età. Ciò farebbe ipotizzare che l'età intermedia corrisponde a un gruppo di intervistati meno propenso ad avvertire la tecnologia come una distanza aggiuntiva tra i due nodi della relazione-comunicazione, a differenze degli altri due gruppi che, invece, sembrano avvertire l'interazione digitale come fonte di allontanamento più che di avvicinamento. Infine, non si rilevano differenze significative tra i campioni a livello regionale.

2.1. Servizi istituzionali digitali: utilizzo di SPID, CIE, FSE e altro

Il secondo focus d'indagine della corrente sezione è relativo alle modalità digitali di accesso ai servizi della Pubblica Amministrazione da un lato, e della sanità dall'altro. In particolare, si è chiesto agli intervistati se impiegassero Spid, CIE, CNS o altre modalità di accesso, per entrambe le tipologie di servizi. In più, dopo aver chiesto se si fosse effettuato almeno un ac-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

cesso digitale a questi servizi pubblici, si è chiesto il motivo dell'utilizzo: per accedere al Fascicolo Sanitario Elettronico, al sito dell'Agenzia delle Entrate, o alla propria posizione INPS, ad esempio.

Innanzitutto, si sottolinea che almeno il 90% in tutte le categorie di età ha effettuato almeno un accesso digitale ai servizi istituzionali. Anche in questo caso, il numero di quelli che accedono digitalmente a questi servizi aumenta al diminuire dell'età, e viceversa. Infatti, si apprezza un valore del 97% solo nella prima fascia d'età, e scende fino al 92% nella terza fascia.

In secondo luogo, si è chiesto in che modo si accedesse, sia per le istituzioni non sanitarie che per quelle sanitarie (tab. 4). In entrambi i casi le opzioni erano:

- SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale
- CIE – Carta Identità Elettronica
- CNS – Carta Nazionale dei Servizi
- Altro (specificare)
- Non accedo digitalmente ai servizi della pubblica amministrazione
- Non ne ho avuto bisogno
- Non so

Qui, per motivi di significatività dei dati, non si analizzano i dati relativi all'opzione Altro – selezionato dallo 0% – e Non so, selezionato dal 2% del campione.

Lo SPID è la modalità di accesso che registra i valori più elevati, quasi gli unici valori significativi insieme a quelli che identificano la risposta Non accedo digitalmente ai servizi della PA. Anzi, si può dire che a seconda dell'età, la risposta più quotata sia o il mancato accesso ai servizi digitali delle PA *in toto*, o l'accesso tramite SPID. Infatti, se nella prima fascia d'età il 60% impiega lo SPID e solo il 21% (comunque una persona su cinque) non accede digitalmente a questi servizi, tra gli over-75 si ha una maggioranza che non usa questo genere di servizi digitali (il 44%), mentre solo il 33% impiega lo SPID.

Dunque, scende a una persona su tre, tra gli oldest old, l'utilizzo dello SPID per accedere ai servizi istituzionali. Si nota altresì che gli altri mezzi digitali per accedere a questi servizi sono impiegati molto poco, in tutte le fasce d'età: il secondo più impiegato è la Carta d'Identità Elettronica, che registra mediamente valori intorno al 10%, anche se più bassi nel caso dei 70-74enni, la cui probabilità di impiegare questi servizi è bassa quasi tanto quanto quella che si registra tra gli over-75. Se infatti di questi ultimi è il 44% a dichiarare di non effettuare accessi digitali, nel caso degli intervistati tra i 70 e i 74 anni, a non impiegare il digitale per accedere alle istituzioni è il 40%. Il dato è sorprendente se paragonato al fatto che, tra le tre generazioni in esame, questa è quella che meno di tutte ritiene che il digitale aumenti la distanza tra il cittadino e le istituzioni, nella loro interazione.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Si nota inoltre che non sono presenti differenze significative tra il comportamento delle donne e quello degli uomini del campione, in quanto i valori percentuali non si discostano l'uno dall'altro se non di pochi punti.

Tab. 4 – Accesso ai servizi istituzionali digitali della pubblica amministrazione NON sanitari. Monovariate per genere e per età

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale	47%	46%	47%	60%	47%	33%
CIE – Carta Identità Elettronica	10%	9%	10%	13%	6%	10%
CNS – Carta Nazionale dei Servizi	1%	1%	1%	1%	2%	0%
Non accedo digitalmente ai servizi della pubblica amministrazione	35%	36%	33%	21%	40%	44%
Non ne ho avuto bisogno	7%	6%	8%	5%	4%	10%

In secondo luogo, si è chiesto agli intervistati a che scopo utilizzassero l'accesso digitale alle istituzioni (tab. 5): ad esempio, per guardare la propria posizione sul sito dell'INPS o più per controllare il proprio fascicolo sanitario?

In questo caso, le opzioni di risposta riflettono per lo più due tendenze maggiori, e due minori. L'accesso alla App IO registra valori bassissimi, per cui non viene qui analizzato. Per quanto riguarda invece le due tendenze maggiori, esse sono: accesso a FSE e accesso alla posizione My-INPS.

Queste due opzioni registrano il tasso di risposta maggiore: il più votato è l'accesso alla posizione My-INPS, sia nella prima che nella terza fascia d'età. Diverso comportamento caratterizza, anche in questo caso, la seconda generazione indagata: i 70-74enni sono più inclini a consultare il proprio FSE piuttosto che la propria posizione My-INPS.

Le due tendenze minori sono invece relative all'accesso all'Agenzia delle entrate e al Sistema Tessera Sanitaria. Anche in questo caso, la seconda generazione si discosta: infatti, i 65-69enni così come gli over-75 tendono a consultare l'Agenzia delle Entrate tanto quanto il FSE, con valori molto simili. Inoltre, in entrambi i casi i valori di queste due operazioni sono inferiori rispetto alla frequenza con cui si accede al My INPS.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 5 – Per che scopi si accede digitalmente alle istituzioni digitali: FSE, App Io, Agenzia dell'Entrate, My INPS, Sistema Tessera Sanitaria, Agenzia per l'Italia Digitale, Lottomatica e relativi Bonus. Analisi per genere e per età

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico	48%	51%	46%	49%	53%	42%
Accesso alla App IO	8%	7%	10%	9%	8%	8%
Accesso alla Agenzia delle entrate	43%	41%	44%	47%	37%	41%
Accesso alla mia posizione INPS - MyInps	53%	53%	54%	56%	47%	54%
Accesso al Sistema Tessera Sanitaria	32%	32%	32%	37%	29%	25%
Accesso alla Agenzia per l'Italia Digitale	4%	2%	5%	5%	3%	2%
Accesso a Lottomatica e relativi bonus	1%	1%	2%	1%	3%	0%

Viceversa, nel caso dei 70-74enni, il FSE è ciò cui si accede di più; il valore si discosta, in quanto maggiore (53%), dai due più simili di accesso alla Agenzia dell'entrate (37%) e al My - INPS (47%). Infine, il Sistema Tessera Sanitaria registra valori in decrescita al salire dell'età.

I dati mostrano chiaramente che, dopo l'uso dello SPID, la seconda tendenza più significativa è il mancato accesso digitale ai servizi istituzionali, come l'Agenzia delle Entrate e il Sistema Tessera Sanitaria; il problema è particolarmente rimarcato nelle fasce di età più avanzate. Questo indica che una larga parte degli over-65 resta esclusa da strumenti essenziali per la gestione amministrativa della propria vita di cittadini e della propria posizione sanitaria.

L'urgenza di intervenire diventa evidente: la *preparedness* tecnologica degli anziani non può ridursi a eventi sporadici o a competenze frammentarie, ma deve costituire una reale infrastruttura cognitiva e relazionale, stabile nel tempo e supportata dai sistemi istituzionali. In tal senso, le istituzioni hanno un ruolo cruciale nel promuovere percorsi strutturati e continuativi di alfabetizzazione digitale e sanitaria, integrati nei sistemi socio-sanitari nazionali. Modelli di lifelong learning rivolti agli anziani, come quelli attuati nei Paesi scandinavi, come già visto (cfr. paragrafo 3.5 *La spora digitale come infrastruttura del futuro pandescente*, p. 81) possono offrire un riferimento efficace per ridurre il rischio di esclusione digitale, favorendo au-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

tonomia e partecipazione piena ai diritti civili e alla gestione della propria salute.

Per quanto riguarda il genere, si nota solo una lieve maggioranza di donne rispetto a uomini che fanno uso del Fascicolo sanitario elettronico: un 51% del totale delle donne utilizza l'accesso digitale alle istituzioni a questo scopo, contro un 46% di uomini.

A livello di regioni si nota invece che il Veneto fa un uso maggiore dello SPID, e presenta viceversa valori percentuali minori nella seconda tendenza, quella che costituisce il mancato accesso digitale ai servizi della pubblica amministrazione. Infatti, in Veneto lo SPID è usato dal 51% del campione, più della metà; a non accedere digitalmente ai servizi è invece il 30%. In Lazio invece, impiega lo SPID solo il 43% del totale, e non accede digitalmente il 39% del campione, quasi il 10% in più rispetto al Veneto, e quasi un quarto del campione totale del Lazio. Questo dato indica una minore socializzazione della popolazione del Lazio ai servizi digitali della Pubblica amministrazione.

2.2. L'accesso digitale ai servizi sanitari

Situazione simile a quella rilevata nell'analisi dell'accesso digitale ai servizi della PA non sanitari, si presenta analizzando le modalità d'accesso digitali ai servizi sanitari istituzionali (tab. 6). Anche in questo caso, per motivi legati alla numerosità dei gruppi, si è analizzata la risposta alle seguenti opzioni per la domanda: l'impiego dello SPID, della CIE, della Carta Nazionale dei Servizi o l'opzione Non accedo digitalmente ai servizi. Sono quindi stati esclusi, per motivi di significatività, i valori delle risposte a Altro (0% del totale) e all'opzione Non so (2% del totale del campione).
Dall'analisi si evince che anche in questo caso lo SPID e il mancato accesso sono le due opzioni più votate. In particolare, è evidente che l'impiego dello SPID cresce al decrescere dell'età, mentre viceversa il mancato impiego del digitale per accedere a questa tipologia di servizi diminuisce all'aumentare dell'età. Ciò fa ipotizzare che, così come l'alfabetizzazione digitale è legata all'età, allo stesso modo quelle azioni che rientrano nell'albo dell'alfabetizzazione sanitaria, comprese dunque le modalità di accesso digitale al sistema sanitario, siano più diffuse nelle generazioni più giovani. Questo, tuttavia, rischia di acuire l'esclusione sociale degli over-75, in quanto seppure si tratti di una capacità tecnica, la capacità di impiegare il digitale è qui il presupposto per tutta una serie di interazioni sociali che portano all'inclusione e all'accesso al diritto alla salute. Il dato è particolarmente rilevante ed evidenzia una forte vulnerabilità: tra gli over-75, quasi una persona su due (48%) non accede ai servizi digitali.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 6 – Modalità di accesso digitale impiegato prevalentemente per i servizi sanitari, per genere e per età

	Totale	*Femmine*	*Mashi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale	41%	42%	40%	52%	41%	30%
CIE – Carta Identità Elettronica	9%	8%	11%	11%	9%	7%
CNS – Carta Nazionale dei Servizi	2%	2%	3%	4%	2%	1%
Non accedo digitalmente ai servizi della pubblica amministrazione	38%	39%	36%	23%	43%	48%
Non ne ho avuto bisogno	8%	7%	8%	7%	4%	11%

L'evidenza empirica riportata dalla letteratura che interpreta la digitalizzazione dei servizi pubblici e sanitari come una prova per la tenuta dell'inclusione democratica dei cittadini (p. 46). Questo perché l'inclusione in tali servizi spetta loro di diritto, e rischia invece, in assenza di garanzie a livello di alfabetizzazione digitale, di trasformarsi da garanzia a esclusione settoriale della popolazione carente di skills digitali da diritti civici inalienabili. In tal senso, i dati raccolti confermano e rendono concreti i processi di esclusione suddetti, mostrando come l'assenza di alfabetizzazione digitale si traduca in una doppia esclusione: dai servizi e dalla vita sociale.

Nell'analisi dell'impiego del digitale per accedere ai servizi pubblici è evidente che una variabile che influenza è il titolo di studio (tabb. 7, 8), sia nell'accesso ai servizi sanitari che in quelli non sanitari. Per quanto riguarda il primo tipo di accesso digitale, si nota che all'alzarsi del titolo di studio si alza sia la numerosità del gruppo che impiega lo SPID, sia quello che impiega la CIE.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 7 – Modalità di accesso digitale impiegato prevalentemente per i servizi della pubblica amministrazione non sanitari, per titolo di studio

	Titolo di studio Basso	*Titolo di studio Medio*	*Titolo di studio Alto*
SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale	27%	54%	60%
CIE – Carta Identità Elettronica	8%	9%	15%
CNS – Carta Nazionale dei Servizi	1%	1%	1%
Non accedo digitalmente ai servizi della pubblica amministrazione	54%	29%	14%
Non ne ho avuto bisogno	8%	5%	10%

Al contempo, si abbassa il numero di coloro i quali dichiarano di non accedere digitalmente ai servizi. Infatti, del gruppo con titolo di studio alto è solo il 14% che non impiega il digitale; situazione ben diversa si ha osservando il comportamento degli intervistati con titolo di studio basso e medio. Al titolo di studio inferiore corrisponde il 54% del campione che non accede digitalmente: più di una persona su due che detiene la licenza media (o titolo inferiore) non impiega il digitale per accedere ai servizi della PA.

Di coloro i quali detengono il diploma, quasi uno su tre non accede digitalmente (29%).

Tab. 8 – Modalità di accesso digitale impiegato prevalentemente per i servizi sanitari, per titolo di studio

	Titolo di studio basso	*Titolo di studio medio*	*Titolo di studio alto*
SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale	23%	47%	53%
CIE – Carta Identità Elettronica	8%	9%	14%
CNS – Carta Nazionale dei Servizi	2%	2%	2%
Non accedo digitalmente ai servizi della pubblica amministrazione	58%	31%	18%
Non ne ho avuto bisogno	6%	8%	11%

Anche nel caso delle istituzioni sanitarie la disparità è evidente (tab. 8): il 53% di coloro che hanno un titolo alto impiega lo SPID, mentre il 58% con un titolo di studio basso non accede digitalmente. Ancor più che nel caso dei servizi della PA, la sanità digitale non trova un riscontro a livello di

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

utilizzo in metà della popolazione over-65 e con la licenza media. Così come nel caso del titolo medio (diploma) le cose vanno di pari passo tra le modalità d'accesso alla sanità digitale e le modalità di accesso alla PA digitale. Di questi, il 47% dunque quasi uno su due impiega lo SPID, ma rimane comunque un 31% escluso.

Secondo i dati, una persona su tre tra gli over 65 in possesso di un diploma non accede ai servizi sanitari digitali e non utilizza strumenti di identità digitale come SPID, CIE o CNS. Questo dato conferma quanto evidenziato nel rapporto ISTAT (2023, p. 35): anche con un livello di istruzione medio-alta, le persone in Italia fanno un uso limitato del digitale per l'interazione con i servizi pubblici. Si tratta di un punto centrale nel discorso sulla salute e sull'inclusione degli anziani, poiché l'inclusione digitale non può essere disgiunta dall'inclusione sociale dal momento che servizi pubblici si appoggiano a strutture digitalizzate.

La possibilità di accedere ai servizi digitali sanitari, inoltre, non dipende solo dalla disponibilità materiale di tecnologie, ma anche da reti di supporto (interpersonali ma anche garantite dalle politiche pubbliche), fiducia nelle istituzioni digitalizzate e competenze necessarie alla piena partecipazione civica.

Per quanto riguarda le differenze regionali (tab. 9), anche nel caso dell'accesso digitale ai servizi sanitari la popolazione del Lazio registra valori minori in tutte le possibili opzioni (SPID, CIE CNS) e valori maggiori invece nel mancato accesso, confermando una minore socializzazione all'impiego del digitale nell'interazione con le istituzioni. Il dato, unito a quello sull'accesso digitale ai servizi della pubblica amministrazione, porta a ipotizzare il maggior bisogno, in questa regione, di politiche volte all'inclusione digitale degli over-65 per quanto riguarda la relazione e interazione con le istituzioni locali, sanitarie e non.

Tab. 9 – Modalità di accesso digitale impiegato prevalentemente per i servizi sanitari. Differenze tra regioni

	Totale Lazio	*Totale Veneto*
SPID - Sistema Pubblico di Identità Digitale	38%	44%
CIE – Carta Identità Elettronica	8%	11%
CNS – Carta Nazionale dei Servizi	3%	2%
Non accedo digitalmente ai servizi della pubblica amministrazione	40%	35%
Non ne ho avuto bisogno	10%	5%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

3. Ambivalenze digitali: gli over-65 tra inclusione e esclusione sociale

In questa sezione si è esplorata l'opinione che gli intervistati hanno del digitale da un punto di vista sociale. Con ciò si intende il digitale come *medium*, intermediario di rapporti sociali, sia con familiari e amici, ma anche con figure quali il medico o il farmacista, sino all'intera istituzione, come visto nei paragrafi sopra. In particolar modo, si è voluto indagare, da un lato, quali fossero i sentimenti e le opinioni degli intervistati verso la tecnologia: se fosse per loro una fonte di sicurezza o di stress, un modo per rimanere connessi o un qualcosa che li rende isolati.

Dall'altro lato, il focus dell'indagine è stato capire come reagissero, in caso di difficoltà, gli over-65. Data l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria e digitale, infatti, e data la particolarità del campione a livello anagrafico, si è voluto appurare se in caso di difficoltà gli intervistati avessero persone a cui rivolgersi per farsi aiutare, o per farsi insegnare, e chi fossero quelle persone, nonché quanto fossero propense ad aiutarli. In questo modo si è cercato anche di mappare quella serie di reti sociali a supporto degli over-65 per una loro maggiore socializzazione al digitale, seppur di tipo informale o familiare.

La serie di affermazioni a cui si è chiesto di dare il proprio grado di accordo, e che risponde a questi quesiti di ricerca è stata divisa in gruppi distinti, e analizzata nei paragrafi seguenti, che illustrano appunto i due principali propositi di indagine di questa sezione.

Le affermazioni, nel loro complesso, erano:

- Chi mi sta vicino mi incoraggia ad usare di più la tecnologia.
- L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con gli amici/le amiche.
- L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con la famiglia.
- L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il medico di famiglia.
- L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il mio/la mia farmacista.
- In caso di difficoltà, ho problemi a chiedere aiuto.
- In caso di difficoltà, le persone a me vicine mi sembrano più propense ad agire al mio posto piuttosto che darmi suggerimenti su come procedere.
- Non essere autonomo/a nell'uso del digitale mi fa sentire escluso/a.
- La tecnologia facilita la vita quotidiana.
- La tecnologia rende le persone dipendenti.
- La tecnologia mi crea stress.
- Saper usare la tecnologia mi fa sentire più sicuro/a.
- La tecnologia mi crea preoccupazione per la tutela della mia privacy.
- La tecnologia isola le persone tra di loro.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Su ognuna di queste si poteva esprimere un grado di accordo secondo la scala: completamente d'accordo, d'accordo, non so, in disaccordo, completamente in disaccordo.

3.1. La tecnologia come fonte di inclusione sociale e medium di rapporti. Opinioni degli over-65

Partendo dall'analisi delle opinioni relative alle affermazioni sulla tecnologia come mediatore e facilitatore di rapporti interpersonali, si osservano qui i gradi di accordo e disaccordo con le opinioni seguenti (tab. 10): l'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con gli amici/le amiche, l'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con la famiglia, l'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il medico di famiglia, l'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il mio/la mia farmacista, i rapporti indagati sono dunque quelli familiari, quelli amicali, quelli con il medico di famiglia e con il farmacista.

A questa dimensione si aggiungono anche le due affermazioni: non essere autonomo/a nell'uso del digitale mi fa sentire escluso/a e la tecnologia isola le persone tra di loro, in quanto riflettono l'opinione degli intervistati sull'efficacia della tecnologia come fattore di inclusione sociale, o viceversa come fonte di esclusione e isolamento.

Tab. 10 – Grado d'accordo con opinioni relative all'efficacia della tecnologia come medium di rapporti interpersonali tra amici e con famiglia, per classi d'età

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con gli amici/le amiche				
Completamente D'accordo	18%	22%	19%	13%
D'accordo	59%	59%	62%	58%
Non So	7%	7%	5%	9%
In Disaccordo	12%	8%	11%	17%
Completamente In Disaccordo	3%	4%	3%	3%
L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con la famiglia				
Completamente D'accordo	23%	26%	30%	16%
D'accordo	56%	56%	56%	55%
Non So	5%	4%	4%	7%
In Disaccordo	12%	10%	6%	17%
Completamente In Disaccordo	5%	5%	4%	5%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Per quanto riguarda la capacità della tecnologia di aiutare nel mantenimento dei contatti, il grado di accordo non varia di molto tra le tre generazioni. A ritenersi aiutato dal digitale nel contattare gli amici è, in tutte le età indagate, più della metà del campione. Sorprendentemente la quantità di persone d'accordo aumenta più nella seconda generazione (62%) rispetto alla più giovane, che mostra invece andamento più simile agli *oldest old* (tra queste ultime due varia di un punto percentuale, 59% per gli youngest old e 58% per gli oldest old).

Si sottolinea, inoltre, che il titolo di studio sembra incidere sulla percezione dell'utilità della tecnologia nel comunicare con gli amici: tra chi ha titoli di studio alti (laurea o post-laurea), ad essere completamente d'accordo è il 27%, contro un 12% nel gruppo connotato da titolo di studio basso e un 19% del campione con diploma.

In questo caso, anche il settore in cui si è svolto il lavoro sembra incidere: infatti, il grado di accordo è più basso tra i lavoratori del privato (57%), cresce tra i lavoratori del pubblico (61%) e ancor di più tra i lavoratori atipici (70%).

Simili risultati si hanno nelle opinioni relative ai contatti con la famiglia (tab. 10), anche se mediamente inferiori rispetto ai valori d'accordo con l'affermazione relativa alla relazione con gli amici. Questo potrebbe indicare che più persone, indipendentemente dall'età, si affidano alla tecnologia per mantenere i rapporti con gli amici, rispetto a quanto fanno invece con la famiglia. In questo caso, tuttavia, si riporta che la prima fascia d'età e la seconda sono le più d'accordo (il 26% è estremamente d'accordo tra i 65-69enni, e il 30% tra 70-74enni) nell'affermare che la tecnologia li aiuta a mantenere i rapporti con la famiglia. La percentuale di estremo accordo scende al 16% tra gli over-75, forse anche per l'alto utilizzo del telefono cellulare senza internet che caratterizza questo sottogruppo. In questo caso titolo di studio e settore lavorativo non sembrano incidere.

Per quanto riguarda invece i rapporti con medico di famiglia e farmacista tab. 11), le differenze di età diventano una variabile in grado di incidere sulla percezione dell'utilità della tecnologia. Meno nel caso del medico di famiglia rispetto al caso del farmacista, ma già qui si evidenzia una tendenza all'accordo maggiore tra i più giovani. Dei 65-69enni è il 51% a ritenere utile il digitale per contattare il proprio medico, dunque una persona su due. La percentuale scende al 42% del totale sia i 70-74enni che tra gli over-75.

In sintesi, i dati mostrano che solo una minoranza considera il digitale utile per contattare il medico di famiglia, con circa il 40% che la considera effettivamente funzionale a questo scopo. Questo conferma quanto emerso nella ricerca qualitativa (pp. 73-76): molti anziani continuano a dipendere dall'aiuto di familiari o conoscenti per gestire pratiche sanitarie online. La scarsa autonomia digitale, unita a una percezione limitata dell'utilità degli strumenti digitali nella gestione della salute, crea un circolo di esclusione

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

che rende più difficoltoso l'accesso a servizi essenziali come prenotazioni, referti e consulti, evidenziando quanto l'inclusione digitale e quella sociale siano strettamente interconnesse.

Tab. 11 – Grado d'accordo con opinioni relative all'efficacia della tecnologia come medium di rapporti interpersonali con medico e con farmacista. Analisi monovariata per classi d'età

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il medico di famiglia				
Completamente D'accordo	11%	13%	11%	10%
D'accordo	45%	51%	42%	42%
Non So	5%	4%	5%	7%
In Disaccordo	22%	21%	22%	22%
Completamente In Disaccordo	16%	11%	20%	19%
L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il mio/la mia farmacista				
Completamente D'accordo	6%	8%	4%	6%
D'accordo	26%	32%	25%	20%
Non So	8%	8%	7%	9%
In Disaccordo	33%	31%	34%	35%
Completamente In Disaccordo	27%	22%	31%	30%

La differenza di opinioni si fa ancora più evidente nel caso del rapporto con il farmacista: gli over-75 sembrano infatti molto più propensi, in questo caso, a non impiegare la tecnologia per questo tipo di relazione. Una persona su tre si dichiara in completo disaccordo nell'affermare che la tecnologia aiuti il rapporto con il farmacista, sia negli over-75, ma anche nella fascia di età intermedia. Allo stesso modo, in entrambe le categorie l'accordo è basso: il 25% nella seconda fascia d'età mentre solo il 20% ritiene la tecnologia utile per comunicare e interagire con il farmacista, tra gli over-75.

A seguire, si può notare che anche in questo caso, il tipo di settore lavorativo permette di rilevare differenze, così come l'aver impiegato il computer a lavoro o non averlo usato (tab. 12). Per quanto riguarda il settore lavorativo, sembra evidente che i lavoratori privati sono i meno affezionati alla tecnologia per comunicare con il medico di famiglia (il 35%), seguiti dai dipendenti del pubblico (il 43%).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 12 – Grado d'accordo: opinioni sull'efficacia della tecnologia nel permettere di mantenere contatti con medico di famiglia e farmacista, per tipologia di impiego e utilizzo professionale del computer

	Totale	*Dipendente nel privato*	*Dipendente nel pubblico*	*In proprio o Atipico/a*	*Impiegava il computer a lavoro*	*Non impiegava il computer a lavoro*
L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il medico di famiglia						
Completamente d'accordo	11%	10%	15%	9%	12%	11%
D'accordo	45%	35%	43%	51%	51%	39%
Non so	5%	9%	3%	2%	4%	7%
In disaccordo	22%	22%	22%	29%	21%	23%
Completamente in disaccordo	16%	23%	17%	9%	13%	20%
L'uso della tecnologia mi permette di mantenere i contatti con il mio/la mia farmacista						
Completamente d'accordo	6%	6%	8%	5%	7%	5%
D'accordo	26%	20%	27%	26%	27%	25%
Non so	8%	9%	3%	6%	8%	8%
In disaccordo	33%	31%	32%	45%	32%	34%
Completamente in disaccordo	27%	34%	31%	18%	27%	28%

Ancora una volta i lavoratori atipici sembrano invece i più propensi ad affidarsi alla tecnologia (il 51% è d'accordo).

Aver impiegato il computer a lavoro è un'altra variabile che consente di registrare una differenza apprezzabile: di coloro che lo impiegavano, il 51% ritiene la tecnologia utile per interagire con il medico di famiglia. Di quelli che non lo impiegavano, solo il 39% ha la medesima opinione.

Infine, relativamente a queste opinioni, le regioni mostrano dati pressoché privi di differenze. Si segnala solo che il campione in Lazio appare più propenso a vedere la tecnologia come un fattore di isolamento tra persone (il 42% è d'accordo, il 15% completamente d'accordo) rispetto alla popolazione veneta (di cui solo il 38% si dichiara d'accordo e l'11% completamente d'accordo). Similmente, il campione Veneto sembra affidarsi di più alle tecnologie per rimanere in contatto con gli amici e con le amiche, rispetto al Lazio. In veneto, si dichiara d'accordo il 61% del totale e molto d'accordo il 17%, mentre in Lazio è d'accordo il 58% e completante d'accordo il 19%.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

3.2. Conoscere il digitale: sicurezza o preoccupazione?

Il secondo focus d'indagine di questa parte del questionario è relativo al ruolo della tecnologia nel diminuire o aumentare le preoccupazioni degli over-65. In sintesi, la tecnologia offre più aiuti o più problemi? Per capire le opinioni degli intervistati a questo proposito si analizza in questo paragrafo la risposta alle affermazioni Non essere autonomo/a nell'uso del digitale mi fa sentire escluso/a, La tecnologia facilita la vita quotidiana, La tecnologia mi crea stress, Saper usare la tecnologia mi fa sentire più sicuro/a e La tecnologia mi crea preoccupazione per la tutela della mia privacy.

Questa analisi è particolarmente importante in quanto indaga il nesso tra la tecno-fobia e la propensione ad impiegare non solo le tecnologie in generale, ma soprattutto ad impiegarle per un'effettiva inclusione nei servizi digitali delle pubbliche amministrazioni (An J. *et al*., 2024) (tab. 13).

Tab. 13 – Utilità percepita del digitale come fonte di inclusione sociale, per età e per genere

	Totale	*Femmine*	*Maschi*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Non essere autonomo/a nell'uso del digitale mi fa sentire escluso/a						
Completamente d'accordo	6%	5%	7%	8%	4%	5%
D'accordo	30%	29%	30%	30%	31%	27%
Non so	12%	14%	10%	10%	8%	16%
In disaccordo	44%	44%	43%	40%	47%	44%
Completamente in disaccordo	9%	8%	10%	11%	10%	7%
La tecnologia facilita la vita quotidiana						
Completamente d'accordo	13%	10%	17%	16%	19%	7%
D'accordo	52%	56%	48%	57%	53%	47%
Non so	12%	11%	13%	7%	12%	18%
In disaccordo	17%	19%	16%	15%	13%	23%
Completamente in disaccordo	5%	4%	5%	5%	3%	6%
La tecnologia mi crea stress						
Completamente d'accordo	6%	8%	5%	7%	5%	7%
D'accordo	30%	34%	26%	30%	24%	36%
Non so	11%	10%	12%	8%	12%	14%
In disaccordo	41%	39%	43%	40%	47%	36%
Completamente in disaccordo	11%	9%	13%	15%	12%	7%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Saper usare la tecnologia mi fa sentire più sicuro/a						
Completamente d'accordo	13%	10%	17%	15%	18%	8%
D'accordo	49%	48%	50%	57%	52%	40%
Non so	12%	13%	11%	8%	9%	18%
In disaccordo	22%	25%	19%	17%	19%	31%
Completamente in disaccordo	3%	4%	3%	3%	3%	4%
La tecnologia mi crea preoccupazione per la tutela della mia privacy						
Completamente d'accordo	11%	11%	12%	9%	13%	11%
D'accordo	45%	52%	37%	42%	42%	49%
Non so	9%	8%	10%	8%	6%	11%
In disaccordo	29%	25%	33%	34%	28%	24%
Completamente in disaccordo	7%	5%	9%	6%	10%	4%

Per quanto riguarda la percezione di inclusione sociale correlata al livello di alfabetizzazione digitale, in media il 30% del totale è d'accordo e il 44% in disaccordo. Questo fa ipotizzare che gli over-65 non associno l'inclusione tecnologica, e di conseguenza l'alfabetizzazione digitale, all'inclusione sociale. Anzi, si registrano valori maggiori nel disaccordo; ben il 9% è in completo disaccordo sul fatto che non essere autonomi nell'usare il digitale, li faccia sentire esclusi.

Si nota, inoltre, che all'aumentare dell'età diminuisce la percentuale di coloro che si sentono esclusi se non autonomi nel digitale. Ciò significa che, nonostante i fatti dimostrino che l'assenza di competenze digitali è una fonte di esclusione sociale, così come l'avanzare dell'età aumenta la probabilità di esclusione digitale e sociale, è sempre la stessa età crescente a determinare un maggiore disinteresse per questo tipo di inclusione. Il dato porta a ipotizzare che gli over-75 trovino ancora modalità non digitalizzate per rimanere inclusi nella società, o che grazie a reti sociali e familiari che agiscono digitalmente al posto loro, non ne avvertano così tanto gli effetti di esclusione.

Nonostante circa quattro intervistati su dieci dichiarino di non sentirsi esclusi a causa della mancanza di autonomia digitale (44%), quasi la metà (49%) riconosce che saper usare la tecnologia aumenta il proprio senso di sicurezza personale. Questi risultati confermano quanto sostenuto dalla letteratura: la formazione digitale può ridurre ansie e diffidenze legate all'uso della tecnologia, e questo può avere ripercussioni positive sia sull'autonomia sia sulla percezione di sicurezza, imprescindibili per l'inclusione digitale.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tuttavia, in questo caso si registra che coloro i quali associano la conoscenza del digitale alla sicurezza nell'usare la tecnologia sono di più nella prima fascia d'età e decrescono con l'aumentare dell'età. Ciò significa che più avanza l'età meno si associa la conoscenza del digitale alla possibilità di usarlo sentendosi sicuri, ovvero: all'aumentare dell'età sembra aumentare anche la tecno-insicurezza.

Si nota inoltre che le donne sono più d'accordo nell'affermare che la tecnologia crea stress, forse anche per via di un minor livello medio di alfabetizzazione digitale, e sono anche più preoccupate per la tutela della propria privacy.

3.3. L'incidenza del titolo di studio sulla percezione del digitale come fonte di inclusione o esclusione sociale

Come evidenziato nella prima parte di questo volume (pp. 73-76), l'approccio alla *preparedness* digitale per i senior si basa sulla trasformazione della diffidenza – spesso alimentata dalla paura di truffe o errori – in fiducia e autonomia, attraverso l'istruzione pratica e la conoscenza degli strumenti digitali fondamentali, soprattutto in situazioni di crisi e restrizioni sociali.

I dati raccolti nella ricerca confermano l'efficacia di questo principio: l'associazione tra autonomia digitale e inclusione sociale risulta più forte tra coloro che possiedono un titolo di studio elevato, con il 38% degli intervistati d'accordo con questa correlazione, mentre scende al 28% tra coloro con titolo di studio basso o medio (tab. 14).

Tab. 14 – Incidenza del titolo di studio sulla percezione del digitale come fonte di esclusione o di inclusione sociale

	Totale	*Titolo di studio alto*	*Titolo di studio medio*	*Titolo di studio basso*
Non essere autonomo/a nell'uso del digitale mi fa sentire escluso/a				
Completamente d'accordo	6%	4%	6%	9%
D'accordo	30%	28%	28%	38%
Non so	12%	18%	9%	9%
In disaccordo	44%	43%	47%	34%
Completamente in disaccordo	9%	8%	10%	10%
La tecnologia facilita la vita quotidiana				
Completamente d'accordo	13%	6%	14%	27%
D'accordo	52%	47%	55%	52%
Non so	12%	19%	11%	3%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

In disaccordo	17%	24%	15%	11%
Completamente in disaccordo	5%	4%	4%	8%
La tecnologia rende le persone dipendenti				
Completamente d'accordo	11%	9%	12%	15%
D'accordo	50%	59%	48%	43%
Non so	11%	16%	9%	8%
In disaccordo	24%	13%	28%	31%
Completamente in disaccordo	3%	2%	3%	4%
La tecnologia mi crea stress				
Completamente d'accordo	6%	11%	5%	3%
D'accordo	30%	37%	28%	28%
Non so	11%	15%	11%	8%
In disaccordo	41%	30%	46%	44%
Completamente in disaccordo	11%	7%	11%	18%
Saper usare la tecnologia mi fa sentire più sicuro/a				
Completamente d'accordo	13%	8%	13%	27%
D'accordo	49%	40%	54%	51%
Non so	12%	17%	10%	9%
In disaccordo	22%	31%	21%	9%
Completamente in disaccordo	3%	4%	3%	4%
La tecnologia mi crea preoccupazione per la tutela della mia privacy				
Completamente d'accordo	11%	10%	11%	12%
D'accordo	45%	50%	45%	33%
Non so	9%	12%	7%	10%
In disaccordo	29%	23%	31%	35%
Completamente in disaccordo	7%	5%	6%	11%
La tecnologia isola le persone tra di loro				
Completamente d'accordo	13%	12%	13%	14%
D'accordo	40%	45%	37%	42%
Non so	10%	15%	8%	5%
In disaccordo	31%	21%	37%	34%
Completamente in disaccordo	6%	7%	5%	5%

Sono inoltre più gli intervistati con titoli di studio elevati ad associare conoscenza del digitale e sicurezza nell'impiegarlo (il 40% di quelli con

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

titolo basso, il 54% di quelli col diploma e il 51% degli intervistati con la laurea o più). Viceversa, si nota che al decrescere del titolo di studio le persone sono più stressate dalla tecnologia: il 37% di quelli con titolo basso è d'accordo nell'affermare che la tecnologia crea stress, contro un 28% di quelli con titolo alto o medio. Allo stesso modo, il titolo di studio influenza il timore che il digitale non garantisca protezioni adeguate della privacy: a titolo di studio minore corrisponde una maggiore preoccupazione. Il 50% di quelli con licenza media è d'accordo con l'affermazione La tecnologia mi crea preoccupazione per la tutela della mia privacy contro il 33% di quelli con laurea o più.

Ancora una volta sembra esserci una correlazione tra titolo di studio, alfabetizzazione digitale e sentimenti negativi (di paura o stress) associati alla tecnologia. A riprova di questo, si nota un andamento simile nelle altre affermazioni negative relative alla tecnologia, come la tecnologia rende le persone dipendenti, opinione più diffusa tra chi ha la licenza media che chi ha la laurea, mentre un andamento contrario nelle affermazioni positive relative alla tecnologia, quali la tecnologia facilita la vita quotidiana.

Un'affermazione che trova invece accordo indipendentemente dal titolo di studio è che la tecnologia isoli le persone tra loro. Con questa idea, sono d'accordo il 45% degli intervistati con licenza media così come il 42% di quelli con la laurea, e addirittura il 12, 13 e 14 % rispettivamente con titolo di studio basso, medio e alto è completamente d'accordo. Va tuttavia detto che questa opinione non è tanto legata alla propria alfabetizzazione digitale quanto alla percezione del mondo sociale che si ha.

4. Le difficoltà digitali: chi e come le affronta tra gli over-65

In questo paragrafo si analizzano le affermazioni volte a sondare se gli over-65 si sentono incoraggiati ad usare la tecnologia (Chi mi sta vicino mi incoraggia ad usare di più la tecnologia) e, se in caso di necessità, si sentono liberi di chiedere aiuto (In caso di difficoltà, ho problemi a chiedere aiuto) e se trovano assistenza tra coloro che li circondano (In caso di difficoltà, le persone a me vicine mi sembrano più propense ad agire al mio posto piuttosto che darmi suggerimenti su come procedere).

Le difficoltà degli anziani, infatti, non sono solo di natura tecnica, ma si accompagnano spesso a sentimenti di inadeguatezza e alla paura di sbagliare.

Questi sentimenti, inoltre, possono essere, secondo la letteratura, alimentati o viceversa, contrastati attraverso il supporto sociale fornito agli anziani da chi sta loro intorno (Luo *et al*., 2025). Ecco perché l'importanza dell'ultima domanda qui analizzata, volta ad approfondire come gli anziani avvertono l'aiuto che viene loro offerto, se gli viene offerto. Queste emozioni possono trasformarsi in una vera e propria technophobia, ovvero in un

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

timore della tecnologia in sé unito a un atteggiamento di sfiducia e di resistenza nei confronti del digitale. Come sottolineato nell'analisi delle determinanti socio-strutturali del digital divide (pp. 30-31), vari autori sostengono che la technophobia negli anziani sia alimentata da esperienze pregresse di esclusione tecnologica, dalla percezione di un ritmo di innovazione troppo rapido e da una rappresentazione simbolica che associa la competenza tecnologica alla giovinezza (Nimrod, 2018). In tal senso si è indagata la difficoltà nel chiedere e ricevere aiuto nell'utilizzo della tecnologia e nell'essere incoraggiati ad impiegarla (tab. 15).

Tab. 15 – Grado d'accordo con opinioni sulle difficoltà / facilità nel chiedere e ricevere aiuto nell'utilizzo della tecnologia, e nell'essere incoraggiati ad impiegarla, per età e stato di salute

	Totale	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*	*Salute: Male*	*Salute: Discretamente*	*Salute: Bene*
Chi mi sta vicino mi incoraggia ad usare di più la tecnologia							
Completamente d'accordo	12%	11%	18%	8%	15%	12%	11%
D'accordo	47%	47%	47%	47%	32%	50%	47%
Non so	10%	9%	9%	11%	22%	10%	8%
In disaccordo	26%	26%	22%	29%	26%	24%	28%
Completamente in disaccordo	5%	7%	5%	4%	6%	4%	7%
In caso di difficoltà, ho problemi a chiedere aiuto							
Completamente d'accordo	3%	4%	2%	3%	2%	2%	4%
D'accordo	19%	19%	17%	21%	30%	21%	16%
Non so	5%	5%	6%	4%	17%	6%	2%
In disaccordo	52%	53%	51%	52%	33%	54%	53%
Completamente in disaccordo	21%	19%	24%	20%	19%	17%	25%
In caso di difficoltà, le persone a me vicine mi sembrano più propense ad agire al mio posto piuttosto che darmi suggerimenti su come procedere							
Completamente d'accordo	13%	11%	12%	15%	24%	12%	11%
D'accordo	29%	27%	25%	33%	24%	34%	25%
Non so	11%	8%	12%	13%	26%	12%	7%
In disaccordo	37%	43%	35%	31%	17%	33%	44%
Completamente in disaccordo	11%	10%	16%	7%	9%	8%	14%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Per quanto riguarda l'incoraggiamento ad impiegare la tecnologia, non si riscontrano grosse differenze tra le tre classi di età, anzi. In tutti e tre i gruppi si dice d'accordo il 47% del totale, estremamente d'accordo l'11% del gruppo di 65-69enni e il 18% del gruppo di 70-74enni, quello che sembra essere più incoraggiato, dato che a dirsi Estremamente d'accordo è solo l'8% degli over-75. Si sottolinea tuttavia che di questi ultimi, il 29% è in disaccordo: quasi tre persone su dieci, dopo i 75 anni d'età nelle due regioni indagate, non si sentono incoraggiate da chi sta loro vicino ad usare di più la tecnologia.

In questo caso si sottolinea che il valore del grado d'accordo cala nel campione con salute critica, rispetto a chi sta discretamente o bene. Infatti, del primo gruppo concorda solo il 32% nel dirsi incoraggiato (forse proprio per motivi di impossibilità fisica dovuta allo stato di salute), mentre tra chi sta discretamente o bene, a sentirsi incoraggiato è rispettivamente il 50 e 47% del totale. Il dato qui analizzato riporta non solo alla letteratura sulle competenze digitali come condizione per una reale inclusione nella sanità digitale (Allman *et al*., 2021), ma anche a quella che insiste sull'esigenza di design digitali inclusivi, che consentano anche a persone con disabilità o con salute fragile di utilizzarle (Fox *et al*., 2018; Newell, 2011; Kamel *et al*., 2023). L'esigenza di interfacce intuitive e di un digitale più vicino agli over-65 diventa urgenza se si considerano gli effetti di esclusione sociale che derivano da atteggiamenti di tecnofobia (Di Giacomo *et al*., 2019): ansia e insicurezza nell'uso del digitale portano a un minor impiego di questi strumenti, tuttavia fondamentali per l'inclusione nelle cure offerte dalla sanità digitale.

Affermare che due persone su dieci, quasi, hanno difficoltà a chiedere aiuto, equivale purtroppo a confermare il dato per cui la digital anxiety porta a un rifiuto e un minor uso delle tecnologie digitali, configurando questa particolare ansia in uno dei fattori predittivi di digital divide. Il dato acquisisce ulteriore importanza se accostato al fatto che il 29% del totale si dichiara d'accordo nel dire che quando si chiede aiuto, le persone sembrano più propense ad agire al posto di chi chiede aiuto piuttosto che insegnare loro come muoversi online. Questo è vero in particolare per gli over-75: tra loro, il 33% si dichiara d'accordo, contro valori (seppur di poco) minori negli altri due gruppi di età (il 27% nel primo gruppo, il 25% nel secondo).

In caso di difficoltà solo il 19% dichiara di essere d'accordo nell'affermare che ha problemi a chiedere aiuto, mentre il 52% si dichiara non d'accordo. Tuttavia, ciò significa che quasi due persone su 10 over-65 hanno problemi a chiedere aiuto. Inoltre, anche in questo caso lo stato di salute fa variare le risposte: infatti, chi sta male ha molte più difficoltà a chiedere aiuto: il 30% si dichiara d'accordo con l'affermazione proposta, contro un 16% di chi sta bene e un 21% di chi sta discretamente.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 16 – Grado d'accordo con opinioni sulle difficoltà/facilità nel chiedere e ricevere aiuto nell'utilizzo della tecnologia, e nell'essere incoraggiati ad impiegarla, per stato abitativo e numero di figli

	0 figli	1 figlio	2+ figli	Convivente con il coniuge/partner (senza figli)	Da solo/a/single/vedovo/a
Chi mi sta vicino mi incoraggia ad usare di più la tecnologia					
Completamente d'accordo	8%	13%	13%	14%	8%
D'accordo	37%	44%	52%	48%	45%
Non so	18%	12%	6%	8%	17%
In disaccordo	32%	27%	23%	27%	22%
Completamente in disaccordo	6%	4%	6%	3%	8%
In caso di difficoltà, ho problemi a chiedere aiuto					
Completamente d'accordo	3%	3%	3%	2%	3%
D'accordo	18%	21%	19%	14%	23%
Non so	4%	7%	4%	5%	5%
In disaccordo	52%	50%	53%	58%	46%
Completamente in disaccordo	24%	20%	21%	20%	23%
In caso di difficoltà, le persone a me vicine mi sembrano più propense ad agire al mio posto piuttosto che darmi suggerimenti su come procedere					
Completamente d'accordo	11%	13%	13%	10%	15%
D'accordo	25%	31%	29%	30%	29%
Non so	19%	10%	9%	10%	12%
In disaccordo	36%	37%	37%	38%	32%
Completamente in disaccordo	9%	9%	13%	11%	11%

Anche il numero di figli sembra incidere notevolmente sull'incoraggiamento che gli intervistati dichiarano di ricevere da chi sta loro intorno (tab. 16); questo fa ipotizzare che siano proprio i figli ad incoraggiare gli over-65, come suggerito dalla letteratura e dalla prima parte di ricerca (cfr. p. 31; cfr. anche Neves e Amaro, 2012). Infatti, al salire del numero dei figli sale la percentuale di coloro che si dichiarano d'accordo nel sentirsi incoraggiati ad impiegare la tecnologia maggiormente. Di quelli senza figli, è d'accordo il 37%; la percentuale cresce a 44% con un figlio, e a 52% con due o più figli.

La convivenza (tab. 16) è un'altra variabile che incide. Infatti, convivere con il coniuge sembra aiutare: di questi, il 48% si dichiara d'accordo, con-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

tro un 45% di chi vive solo. Tuttavia, si nota anche come di chi convive si esprime non d'accordo il 27%, mentre solo il 22% di chi vive da solo.

È interessante notare anche che, all'aumentare del titolo di studio aumenta la percentuale di coloro i quali dichiarano di avere difficoltà a chiedere aiuto, in caso di bisogno (tab. 17).

Tab. 17 – Grado d'accordo con opinioni sulle difficoltà / facilità nel chiedere e ricevere aiuto nell'utilizzo della tecnologia, e nell'essere incoraggiati ad impiegarla, per titolo di studio

	Totale	*Titolo di studio basso*	*Titolo di studio medio*	*Titolo di studio alto*
Chi mi sta vicino mi incoraggia ad usare di più la tecnologia				
Completamente d'accordo	12%	11%	13%	10%
D'accordo	47%	50%	45%	45%
Non so	10%	11%	10%	9%
In disaccordo	26%	24%	27%	27%
Completamente in disaccordo	5%	4%	5%	10%
In caso di difficoltà, ho problemi a chiedere aiuto				
Completamente d'accordo	3%	2%	3%	6%
D'accordo	19%	21%	17%	24%
Non so	5%	7%	4%	3%
In disaccordo	52%	52%	55%	44%
Completamente in disaccordo	21%	18%	22%	23%
In caso di difficoltà, le persone a me vicine mi sembrano più propense ad agire al mio posto piuttosto che darmi suggerimenti su come procedere				
Completamente d'accordo	13%	18%	10%	12%
D'accordo	29%	37%	28%	16%
Non so	11%	11%	10%	12%
In disaccordo	37%	28%	41%	37%
Completamente in disaccordo	11%	5%	10%	24%

Tuttavia, sempre al salire del titolo di studio si abbassa la percentuale di coloro i quali constatano la tendenza delle persone ad agire al loro posto, anziché insegnare loro come muoversi con il digitale. Questo porta a chiedersi se persone con livelli di alfabetizzazione maggiore abbiano più problemi a chiedere aiuto o se, viceversa, abbiano meno difficoltà ad ammet-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

terlo senza riserve in fase d'intervista. Inoltre, sembra che siano più propense, nonostante le apparenti maggiori difficoltà a chiedere aiuto, a imporsi come discenti su chi sta loro vicino, opponendo forse maggior resistenza al sostituirsi dell'altro nello svolgimento delle attività online.

Il dato, infatti, sale al diminuire del titolo di studio: così, solo il 16% di coloro che hanno la laurea avvertono questa reticenza delle persone a insegnare piuttosto che ad intervenire, mentre di quelli con il diploma sono il 28% a dirsi d'accordo e il 37% di quelli con la licenza media. Il dato sale anche nel caso di casalinghi/e rispetto al caso di pensionati/e: il 37% del primo gruppo contro il 28% del secondo avverte che le persone tendono ad intervenire piuttosto che ad insegnare. Purtroppo, il dato cresce anche al crescere del numero di figli che si hanno, il che consente di ipotizzare che questo atteggiamento sia dagli intervistati rilevato proprio nei figli, specie se figli unici. Infatti, ad essere d'accordo è il 25% di coloro che non hanno figli, ma sale al 31% tra quelli che hanno un figlio per poi scendere al 29% tra coloro che hanno due o più figli.

Questi risultati confermano l'evidenza emersa in letteratura: il contesto familiare e relazionale rappresenta un fattore cruciale. La presenza di figli o nipoti può diventare una risorsa importante per l'acquisizione di competenze digitali, a patto che il supporto fornito non sia meramente sostitutivo ma orientato a favorire l'autonomia dell'anziano (Neves & Amaro, 2012). Un aiuto che compie direttamente le operazioni al posto dell'anziano tende infatti a consolidare la dipendenza e ostacola lo sviluppo di capacità autonome, mentre un supporto abilitante, che accompagna senza sostituire, favorisce modeling formativo, autoefficacia e fiducia nell'uso del digitale.

Per quanto riguarda le capacità di chiedere aiuto, e la percezione di riceverlo in caso di bisogno, le regioni presentano dati molto simili e non si rilevano differenze significative.

Bibliografia di riferimento

Allmann K., Blank G. (2021), *Rethinking digital skills in the era of compulsory computing: methods, measurement, policy and theory*, «Information, Communication & Society», 24:5, pp. 633-648, DOI: 10.1080/1369118X.2021.1874475.

An J., Zhu X., Wan K., Xiang Z., Shi Z., An J., Huang W. (2024), *Older adults' self-perception, technology anxiety, and intention to use digital public services*, «BMC public health», 24(1), 3533, DOI: 10.1186/s12889-024-21088-2.

Di Giacomo, D., Ranieri, J., D'Amico, M., Guerra, F., Passafiume, D. (2019), *Psychological Barriers to Digital Living in Older Adults: Computer Anxiety as Predictive Mechanism for Technophobia*, «Behavioral Sciences», 9(9), 96, DOI: 10.3390/bs9090096.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Fox G., Connolly, R. (2018), *Mobile health technology adoption across generations: Narrowing the digital divide*, «Information Systems Journal», 28(6), pp. 995-1019.

ISTAT (2023) *CITTADINI E ICT | ANNO 2023. Competenze digitali e caratteristiche socio-culturali della popolazione: forti divari*, 20 dicembre 2023. https://www.istat.it/it/files/2023/12/Cittadini-e-ICT-2023.pdf.

Kamel M., Ahmed Chemseddine B., Dachel Martínez A., Saadaoui L., Smail M., Anuli U. Njoku, Evans M.A., Bouarar A. (2023), *Factors Influencing the Adoption of Digital Health Apps*, «Integrating Digital Health Strategies for Effective Administration», pp. 116-132, DOI: 10.4018/978-1-6684-8337-4.ch007.

Luo D., Li J., Wang C., Shi Y., Guo H.Q., Guang Duan Z. (2025), *Influence of social support on technophobia in older adults in urban communities: the mediating role of self-efficacy and e-health literacy, a cross-sectional study*, «BMJ open», 15(2), e093107, DOI: 10.1136/bmjopen-2024-093107.

Neves B.B., Amaro F. (2012), *Too old for technology? How the elderly of Lisbon use and perceive ICT*, «The Journal of Community Informatics», *8* (1).

Newell, A. F. (2011*). Design and the digital divide: insights from 40 years in computer support for older and disabled people*, Morgan & Claypool Publishers. San Rafael, California.

Nimrod G. (2018), *Technophobia among older Internet users*, «Educational Gerontology», 44 (2-3), pp. 148-162, DOI: 10.1080/03601277.2018.1428145.

Romeo E. F., Piccolo R., Cavacece Y. (2024), *Alfabetizzazione sanitaria digitale: evidenze e prospettive future*, «Rivista di Studi Politici. Quadrimestrale dell'Istituto di Studi Politici S. Pio V», 3, pp. 183-219, ISSN: 1120-4036, DOI assente.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Competenze digitali: oggi e in prospettiva di una eventuale nuova Pandemia

di *Maria Gabriella Landuzzi*

1. Grado di conoscenza digitale per accedere a servizi e informazioni in tema di salute e sanità

A coloro che nell'ultimo anno hanno consultato Internet per ricercare informazioni sulla salute è stato chiesto di valutare le proprie conoscenze per accedere ai servizi e alle informazioni sulla salute tramite le istituzioni pubbliche e private in digitale.

In generale, i dati dei rispondenti nel valutare le proprie conoscenze digitali per accedere ai servizi e alle informazioni sulla salute tramite le istituzioni pubbliche e private mostrano (tab. 1) che leggendo in modo complessivo e accorpando le percentuali relative a coloro che reputano le proprie conoscenze positivamente anche se con grado diverso ma comunque sufficienti (sommando i dati relativi alle valutazioni ottime, buone e sufficienti) si osserva che questo insieme di persone raggiunge una percentuale dell'87% con una concentrazione del 42% rispetto al buon grado di conoscenza.

Tab. 1 – Grado di conoscenza per l'accesso ai servizi di salute e sanità

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Ottime	7%	5%	10%	11%	7%	3%
Buone	42%	39%	45%	48%	32%	42%
Sufficienti	38%	43%	33%	35%	43%	38%
Insufficienti	11%	11%	11%	6%	16%	14%
Non so	2%	2%	1%	1%	1%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Entrando nel dettaglio, una distinzione di genere rispetto a questo tema emerge: mentre gli uomini ritengono di avere buone conoscenze (10% ottime e 45% buone rispetto a rispettivamente il 5% e il 39% delle rispondenti) le donne si reputano preparate in modo solo sufficiente rispetto agli uomini questo ambito (conoscenze sufficienti per il 43% delle donne vs il 33% degli uomini). Interessante è anche osservare come adeguate conoscenze siano correlate positivamente con il gruppo di *youngest-old* (59%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

ottime e buone conoscenze) e a seguire con gli altri gruppi di età diversi: il 45% degli over 75 e il 39% di chi ha tra i 70 e i 74 anni (sempre sommando i gradi ottimo e buono).

I dati evidenziano quindi che le conoscenze utili ad accedere a servizi e informazioni sulla salute, siano ritenute insufficienti solo dall'11% dei rispondenti. Questo è un dato che risente di una più marcata correlazione con le fasce di età più anziane: le conoscenze sono ritenute insufficienti per accedere ai servizi e alle informazioni nell'ambito della salute soprattutto dai *middle-old* (16%) e dagli over 75 (14%).

Relativamente alla caratterizzazione regionale occorre osservare una flessione per i rispondenti della regione Lazio che valutano le proprie conoscenze in modo meno positivo (tab. 2): sono sufficienti per il 14% dei rispondenti; sono i maschi a sentirsi meno preparati (16% vs 13% delle donne) e nelle fasce d'età dai 70 ai 74 anni (18%) e dai 75 anni in su (19%).

Tab. 2 – Grado di conoscenza per l'accesso ai servizi di salute e sanità regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Ottime	6%	3%	10%	4%	9%	6%
Buone	39%	42%	35%	55%	21%	33%
Sufficienti	40%	40%	39%	33%	51%	39%
Insufficienti	14%	13%	16%	8%	18%	19%
Non so	1%	1%	0%	0%	0%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

I dati mostrano invece una tendenza positiva (tab. 3) nel valutare le proprie conoscenze in ambito di salute e sanità, da parte dei rispondenti del Veneto che ritengono di avere conoscenze adeguate (sommatoria di gradi ottimo, buono e sufficiente) per il 90% (rispetto alla media generale dell'87%) e riducendo quindi la quota di coloro che si sentono impreparati (8% rispetto alla media generale dell'11%) e che si collocano percentualmente in maniera più concentrata tra i *middle-old* (15%).

Sentono di avere buone conoscenze soprattutto gli uomini (51% vs 36% delle donne) nella fascia d'età under 70; tuttavia, è interessante rilevare come siano gli over 75enni a sentire di avere buone conoscenze (51% vs 36% e 37% di coloro che hanno rispettivamente meno di 69 anni e tra i 70 e i 74 anni).

Mettendo in relazione altre caratteristiche socio-demografiche di questo particolare gruppo di rispondenti, si può sinteticamente osservare che un grado di istruzione elevato caratterizza coloro che valutano come ottime (19%) e buone (53%) le proprie competenze digitali (tab. 4). Sono invece coloro che hanno un livello più basso di istruzione a valutare le proprie conoscenze come sufficienti (44%) e insufficienti (15%).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 3 – Grado di conoscenza per l'accesso ai servizi di salute e sanità regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Ottime	9%	6%	11%	16%	5%	0%
Buone	44%	36%	51%	42%	41%	51%
Sufficienti	37%	46%	28%	36%	37%	37%
Insufficienti	8%	8%	8%	4%	15%	9%
Non so	2%	3%	2%	2%	3%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tab. 4 – Grado di conoscenza per l'accesso ai servizi di salute e sanità e livello di istruzione

	Totale	*Basso*	*Medio*	*Alto*
Ottime	7%	7%	4%	19%
Buone	42%	32%	43%	53%
Sufficienti	38%	44%	42%	19%
Insufficienti	11%	15%	11%	6%
Non so	2%	3%	1%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%

Ritiene di avere buone conoscenze in ambito salute e sanità il 44% di coloro che vivono in famiglie unipersonali e il 41% di coloro che vivono in famiglie di coppia anziana (composta da coniugi senza figli); tra questi è anche il 12% di coloro che ritengono di non avere conoscenze (rispetto al 10% di coloro che vivono soli) (tab. 5).

Il 44% di chi è in pensione ritiene buone le proprie conoscenze mentre il 52% di chi svolge un lavoro casalingo le valuta in modo solo sufficiente (tab. 5).

Tab. 5 – Grado di conoscenza, condizione attuale e stato civile

		Condizione attuale		*Stato civile*	
	Totale	Pensionat*	Casaling*	Convivente con il coniuge/partner (senza figli)	Da sol*/single/vedov*
Ottime	7%	7%	4%	7%	8%
Buone	42%	44%	20%	38%	36%
Sufficienti	38%	38%	52%	41%	44%
Insufficienti	11%	9%	24%	12%	10%
Non so	2%	2%	0%	1%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%

Le valutazioni positive risultano maggiormente correlate all'uso di computer nel periodo lavorativo (tab. 6) mentre coloro che non hanno usato la tecnologia digitale per qualche motivo professionale, valutano le proprie conoscenze sufficienti (40%) e nel 20% dei casi, come insufficienti.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

È in buona salute chi ritiene di avere ottime conoscenze (11%); chi valuta negativamente la propria condizione di salute ritiene di avere buone conoscenze in questo ambito (54%) mentre si ritiene insufficientemente preparato chi valuta discretamente la propria salute (19%) (tab. 6).

Tab. 6 – Grado di conoscenza, utilizzo del computer e stato di salute

		Utilizzo computer		*Come si sente rispetto alla salute*		
	Totale	Sì	No	Male	Discretamente	Bene
Ottime	7%	9%	4%	5%	3%	11%
Buone	42%	47%	31%	54%	29%	50%
Sufficienti	38%	37%	40%	32%	49%	31%
Insufficienti	11%	7%	20%	5%	19%	6%
Non so	2%	0%	6%	5%	1%	2%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Rispetto alla relazione tra valutazione della propria salute e del grado di conoscenze in ambito di salute e sanitario, è interessante osservare le valutazioni dei rispondenti del Lazio (tab. 7). L'11% di coloro che si sente di avere un cattivo stato di salute valuta come ottime le proprie conoscenze; è il 48% di chi si sente in salute che valuta come buone le proprie conoscenze digitali in area sanitaria mentre sono soprattutto coloro che si sentono discretamente che invece ritengono di non avere sufficienti conoscenze (25% rispetto ad esempio all'11% di chi non si sente bene).

Tab. 7 – Grado di conoscenza e stato di salute per regione Lazio

		Come si sente rispetto alla salute		
	Totale	Male	Discretamente	Bene
Ottime	6%	11%	0%	10%
Buone	39%	45%	25%	48%
Sufficienti	40%	33%	48%	35%
Insufficienti	14%	11%	25%	8%
Non so	1%	0%	2%	0%
Totale	100%	100%	100%	100%

Interessante risulta anche il dato di chi risiede in Veneto (tab. 8). Ritiene di avere ottime conoscenze coloro che ritengono di essere in salute (5% ha salute discreta e 12% si sente bene); ritiene di avere buone conoscenze chi non gode di buona salute (61%) mentre conoscenze insufficienti sono legate a discrete e buone condizioni di salute (rispettivamente 14% e 5%).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 8 – Grado di conoscenza e stato di salute per regione Veneto

		Come si sente rispetto alla salute		
	Totale	Male	Discretamente	Bene
Ottime	9%	0%	5%	12%
Buone	44%	61%	32%	53%
Sufficienti	37%	31%	49%	27%
Insufficienti	8%	0%	14%	5%
Non so	2%	8%	0%	3%
Totale	100%	100%	100%	100%

2. Pensando a una possibile nuova Pandemia

A coloro che hanno fatto uso di Internet almeno una volta nell'ultimo anno (ovvero 65% del campione – domanda 15 – divario digitale), è stato chiesto di riflettere sul proprio bisogno di maggiori conoscenze e competenze digitali al fine di fronteggiare una eventuale nuova Pandemia (DOM 40).

Innanzitutto, occorre osservare che è presente un 33% di persone che ritiene di essere preparato e di non avere alcuna necessità (tabb. 9, 10, 11) con una leggera prevalenza tra i rispondenti del Lazio rispetto al Veneto (rispettivamente per il 35% vs il 31%) un dato in linea con un grado maggiore di utilizzo di strumenti digitali per i residenti nel Lazio, già rilevato in precedenza. Se nel Veneto questo dato è correlato positivamente alla fascia d'età di chi ha meno di 70 anni (34%) nel Lazio coloro che ritengono di non avere necessità si sposta nella fascia degli *oldest-old* (40%).

Tab. 9 – Bisogno di migliorare le proprie competenze digitali

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Necessità almeno 1	67%	68%	66%	67%	69%	65%
Nessuna necessità	33%	32%	34%	33%	31%	35%

Tab. 10 – Bisogno di migliorare le proprie competenze digitali regione Lazio

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Necessità almeno 1	65%	67%	62%	68%	67%	60%
Nessuna necessità	35%	33%	38%	32%	33%	40%

Tab. 11 – Bisogno di migliorare le proprie competenze digitali regione Veneto

	Totale	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Necessità almeno 1	69%	68%	70%	66%	70%	72%
Nessuna necessità	31%	32%	30%	34%	30%	28%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tra coloro che esprimono almeno una necessità (67% per il dato generale) si ripete la stessa caratterizzazione regionale per la quale i rispondenti nel Lazio risultano avere una maggiore preparazione sul digitale rispetto ai rispondenti nel Veneto (rispettivamente 65% vs 69%). I dati mostrano che tale esigenza è particolarmente presente per i rispondenti nel Veneto per i quali cresce in percentuale con l'aumentare dell'età, pertanto risulta più caratterizzante la fascia degli *oldest-old* rispetto alle altre (72% rispetto al 66% degli under 70 – tab. 11) e ciò pare comprensibile e correlabile con il distacco e la lontananza dal mondo del lavoro della fascia d'età più anziana. Percentuali inferiori caratterizzano i rispondenti del Lazio (tab. 10): tra coloro che nella regione hanno espresso la necessità di migliorare le proprie competenze in almeno un ambito (67%) troviamo una concentrazione maggiore tra i *middle-old* rispetto ai più anziani over 75 (rispettivamente 69% vs 65%).

Occorre poi osservare che sono soprattutto coloro che hanno un alto livello di istruzione (47%) che ritengono di non avere necessità di migliorare le proprie competenze (tab. 12) e coerentemente con i dati già presentati, è il 70% di coloro che non hanno mai usato il computer in ambito professionale, che manifesta tale necessità di approfondimento.

Un ulteriore elemento da considerare pare anche quello legato alla percezione di salute rispetto alla necessità di migliorare le proprie conoscenze digitali. I dati rilevano che tale bisogno è espresso in prevalenza da coloro che si sentono in salute (70% di coloro che si sentono discretamente e 65% di chi si sente bene); mentre chi si sente in cattiva salute per il 44% dei casi non ritiene di averne bisogno.

Tab. 12 – Necessità di conoscenze, livello di istruzione, uso del computer e stato di salute

		Livello di istruzione			*Utilizzo di computer*		*Come si sente rispetto alla salute*		
	Totale	Basso	Medio	Alto	Sì	No	Male	Discretamente	Bene
Necessità almeno 1	67%	68%	70%	53%	64%	70%	56%	70%	65%
Nessuna necessità	33%	32%	30%	47%	36%	30%	44%	30%	35%

Interessante è osservare poi che in linea generale, senza particolari differenze a livello regionale, tra coloro che esprimono la necessità di migliorarsi in ambito digitale, la maggior parte delle persone (32% tab. 13) individua fino a 5 ambiti diversi degli 11 presentati dagli intervistatori e per i quali si sente impreparata.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 13 – Bisogni di competenze digitali

Tra chi ha necessità (% sul tot)	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Accesso ai siti della pubblica amministrazione e istituzionali (INPS; / SPID; Fascicolo Sanitario Elettronico <FR>)	30%	39%	21%	22%	29%	39%
Applicazioni per comunicare con amici e famiglia (WhatsApp, posta /elettronica, videochiamate, etc.)	16%	18%	14%	14%	16%	18%
Conoscenze per riconoscere truffe, furti di dati, chiamate fraudolente da / numeri sconosciuti, protezione della privacy online	52%	55%	50%	52%	55%	51%
Utilizzo dell'applicazione della banca (Home Banking)	21%	24%	17%	14%	22%	26%
Effettuare acquisti online (spesa a domicilio, prenotazioni viaggi e / soggiorni, etc.)	25%	29%	20%	21%	25%	29%
La sicurezza digitale, il plagio delle carte di credito e le fake news	48%	48%	47%	45%	52%	47%
Saper cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo/dal web	27%	31%	24%	24%	32%	27%
Identificare rischi e minacce negli ambienti digitali	50%	51%	48%	47%	49%	53%
Saper proteggere i miei dati personali e la mia privacy all'interno/ degli ambienti digitali	46%	45%	48%	42%	48%	50%
Trovare su Internet informazioni utili e attendibili sulla mia salute	23%	21%	24%	18%	31%	20%
Saper valutare l'attendibilità dei siti di informazione sanitaria	30%	31%	28%	29%	25%	34%

Tali necessità risultano caratterizzare in particolare i rispondenti delle due fasce d'età tra i 65 e i 74 anni del Lazio con una decrescita per gli over 75 (tab. 14). Valori simili ma una diversa concentrazione per il Veneto, dove sono i rispondenti nella fascia d'età più giovane (65-69enni) a esprimere maggiori bisogni in questo senso (tab. 15).

Tab. 14 – Numerosità dei bisogni espressi regione Lazio

(calcolato). numero di necessità	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
0	35%	33%	38%	32%	33%	40%
1	10%	12%	9%	14%	9%	8%
2	10%	11%	9%	11%	6%	12%
3-5	32%	29%	36%	38%	38%	24%
6+	12%	15%	8%	6%	14%	16%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Tab. 15 – Numerosità dei bisogni espressi regione Veneto

(calcolato). numero di necessità	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
0	31%	32%	30%	34%	30%	28%
1	13%	14%	11%	10%	10%	17%
2	14%	11%	17%	15%	15%	12%
3-5	32%	29%	34%	34%	31%	31%
6+	11%	14%	7%	7%	14%	12%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Vale la pena rilevare che tra coloro che hanno espresso bisogni di competenze digitali, un ulteriore 11% di persone ritiene di doversi migliorare in oltre 6 ambiti diversi sugli 11 presentati dagli intervistatori (tab. 16). Chi si sente di avere tante lacune sono soprattutto le donne (15% vs 8% degli uomini) (tab. 16) e anche il 16% degli *oldest-old* della regione Lazio (tab. 14) un dato che si differenzia seppure di poco, dal corrispondente dato del Veneto.

Tab. 16 – Numerosità dei bisogni espressi

(calcolato). numero di necessità	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
0	33%	32%	34%	33%	31%	35%
1	11%	13%	10%	12%	10%	12%
2	12%	11%	13%	13%	11%	12%
3-5	32%	29%	35%	36%	34%	27%
6+	11%	15%	8%	6%	14%	14%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%

3. Carenze in prospettiva pandemica

Come osservato in precedenza, tra coloro che ritengono di dovere colmare lacune rispetto alle competenze e conoscenze in ambito digitale, risulta interessante esplorare quali ambiti risultano carenti secondo il punto di vista delle persone intervistate.

Se osserviamo i dati (tab. 13) in generale si evidenzia che per il 52% dei rispondenti, l'ambito che appare maggiormente fragile risulta quello legato alle conoscenze legate al sapere riconoscere truffe, alla possibilità di evitare furti di dati, al riconoscimento delle chiamate fraudolente derivanti da numeri sconosciuti, alla protezione della privacy online. Questo risulta un tema particolarmente sentito soprattutto nella fascia di età intermedia dei *middle-old* rispetto alle altre (55% rispetto al 52% dei 65-69 enni e del 51% degli over 75). Collegato a questo, risulta lacunoso e da implementare con

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

nuove conoscenze per il 50% dei rispondenti, è anche il tema dell'identificazione dei rischi e delle minacce che caratterizzano gli ambienti digitali; e ancora il tema della sicurezza digitale legato al rischio di plagio delle carte di credito e alla necessità di identificare le fake news (48% dei rispondenti). Un ulteriore 46% dei rispondenti identifica la necessità di saper proteggere dati personali e privacy all'interno degli ambienti digitali. A ciò si collega anche la necessità generale di saper cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo dal web (27%).

Tab. 17 – Tipologie di bisogni digitali regione Lazio

Tra chi ha necessità (% sul tot)	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Accesso ai siti della pubblica amministrazione e istituzionali (INPS; / SPID; Fascicolo Sanitario Elettronico <FR>)	35%	40%	28%	26%	31%	46%
Applicazioni per comunicare con amici e famiglia (WhatsApp, posta / elettronica, videochiamate, etc.)	16%	18%	14%	17%	14%	18%
Conoscenze per riconoscere truffe, furti di dati, chiamate fraudolente da / numeri sconosciuti, protezione della privacy online	54%	54%	54%	52%	59%	51%
Utilizzo dell'applicazione della banca (Home Banking)	23%	25%	20%	15%	20%	32%
Effettuare acquisti online (spesa a domicilio, prenotazioni viaggi e / soggiorni, etc.)	24%	30%	17%	18%	25%	31%
La sicurezza digitale, il plagio delle carte di credito e le fake news	49%	49%	48%	46%	50%	51%
Saper cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo / dal web	30%	32%	27%	24%	33%	33%
Identificare rischi e minacce negli ambienti digitali	50%	48%	53%	47%	53%	50%
Saper proteggere i miei dati personali e la mia privacy all'interno / degli ambienti digitali	48%	48%	48%	45%	47%	53%
Trovare su Internet informazioni utili e attendibili sulla mia salute	24%	20%	28%	17%	27%	28%
Saper valutare l'attendibilità dei siti di informazione sanitaria	28%	29%	27%	23%	28%	33%

Se la necessità di proteggere se stessi e i propri dati pare essere il contenitore più generale dei bisogni espressi dalle persone rispondenti, acquista un rilievo specifico il bisogno di migliorare le proprie conoscenze e competenze relativamente al sapere valutare l'attendibilità dei siti di informazione sanitaria (30%) e in stretto collegamento con lo stesso ambito sanitario, è il

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

30% di coloro che necessitano di migliorare le proprie competenze digitali per potere accedere ai siti della pubblica amministrazione e a quelli istituzionali con una più bassa percentuale per i rispondenti della regione Veneto rispetto al Lazio (rispettivamente 25% vs 35%) (tabb.17, 18).

Tale variazione potrebbe essere collegata alla maggiore digitalizzazione del sistema di accesso sanitario presente nel Veneto (vedi Fascicolo Sanitario Elettronico; Sanitàkmzero). Sempre in relazione all'ambito sanitario, oltre ai temi presentati, emerge anche la necessità di formarsi nel saper trovare su Internet informazioni utili e attendibili sulla propria salute (23%) che è maggiormente sentito dagli anziani della fascia d'età 70-74 anni.

Tab. 18 – Tipologie di bisogni digitali regione Veneto

Tra chi ha necessità (% sul tot)	*Totale*	*Femmina*	*Maschio*	*65-69 anni*	*70-74 anni*	*75+ anni*
Accesso ai siti della pubblica amministrazione e istituzionali (INPS; / SPID; Fascicolo Sanitario Elettronico <FR>)	25%	37%	15%	18%	26%	33%
Applicazioni per comunicare con amici e famiglia (WhatsApp, posta / elettronica, videochiamate, etc.)	16%	17%	14%	12%	19%	18%
Conoscenze per riconoscere truffe, furti di dati, chiamate fraudolente da / numeri sconosciuti, protezione della privacy online	51%	57%	46%	53%	51%	50%
Utilizzo dell'applicazione della banca (Home Banking)	19%	24%	14%	13%	23%	20%
Effettuare acquisti online (spesa a domicilio, prenotazioni viaggi e / soggiorni, etc.)	26%	28%	23%	25%	26%	26%
La sicurezza digitale, il plagio delle carte di credito e le fake news	47%	47%	47%	44%	54%	43%
Saper cercare e valutare l'attendibilità delle informazioni che ottengo / dal web	25%	29%	21%	24%	32%	20%
Identificare rischi e minacce negli ambienti digitali	49%	56%	43%	47%	45%	55%
Saper proteggere i miei dati personali e la mia privacy all'interno / degli ambienti digitali	45%	42%	48%	40%	48%	47%
Trovare su Internet informazioni utili e attendibili sulla mia salute	22%	23%	20%	20%	34%	12%
Saper valutare l'attendibilità dei siti di informazione sanitaria	32%	34%	29%	36%	23%	34%

Migliorare le proprie conoscenze rispetto alle possibilità di fare acquisti dal proprio domicilio, la gestione di prenotazioni di viaggi e soggiorni, etc. così come migliorare l'utilizzo dei servizi di Home Banking, risultano altri ambiti abbastanza lacunosi per gli intervistati (rispettivamente per il 25% e il 21% dei rispondenti) i quali invece esprimono con percentuali inferiori

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

(16%) il bisogno di migliorare le proprie competenze nell'utilizzo di strumenti digitali/applicazioni per comunicare con la famiglia e con gli amici (WhatsApp, posta elettronica, videochiamate, etc.). Stante gli ambiti che in linea generale sono riconosciuti come prioritari (la sicurezza, l'attendibilità, la capacità di accedere ai siti istituzionali e la maggiore autonomia nel gestire la quotidianità dei servizi e delle necessità), risulta interessante osservare che in specifico per i rispondenti della regione Lazio, le percentuali risultano abbastanza omogenee tuttavia, la fascia d'età degli over 75, sente maggiori fragilità nel poter accedere digitalmente ai siti istituzionali (46% rispetto al 33% degli stessi over 75 del Veneto) (tabb. 17, 18).

In linea con quanto già evidenziato nel corso della ricerca, la pandemia da COVID-19 ha certamente rappresentato un evento di forte discontinuità che, allo stesso tempo, ha velocizzato processi già in atto (Esposito e Petroccia, 2025b) esponendo gli over 65 ad una maggiore vulnerabilità.

Per gli intervistati di Lazio e Veneto, non sentirsi adeguatamente preparati nel rapporto e nella gestione dei servizi digitali oltre a fare emergere disuguaglianze sociali (Van Dijk, 2020) sembra sottolineare la difficoltà di questa generazione a essere oggetto di interesse per quanto riguarda la formazione in ambito digitale e di sicurezza digitale. Questa consapevolezza nell'identificare gli ambiti di competenza più fragili, necessita di una formazione che, in linea con quanto sottolineato in letteratura (OECD, 2019; Eshet-Alkalai, 2004), rifletta sulle competenze digitali per accedere a siti istituzionali o servizi come competenze certamente operative ma allo stesso tempo anche collegate ad altre dimensioni quali le abilità interpretative e la fiducia nelle fonti (Sørensen et al., 2012). Questa necessità, in prospettiva, potrebbe quindi sottolineare la necessità di un cambiamento di prospettiva nell'assunzione di ruolo delle istituzioni non solo come enti erogatori di servizi anche digitalmente caratterizzati, ma anche come partner consapevoli nella relazione di fiducia con i cittadini. Non si tratta quindi di anziani che non hanno competenze, ma si tratta di una fascia variegata di cittadini che sente di non potere esprimere appieno le proprie potenzialità partecipative in un contesto sociale che tende a categorizzarli solamente come soggetti vulnerabili.

Bibliografia di riferimento

Eshet-Alkalai Y. (2004), *Digital literacy: A conceptual framework for survival skills in the digital era*, «Journal of Educational Multimedia and Hypermedia», *13*(1), 93-106.

Esposito M., Petroccia S. (2025b) *Divario digitale e alfabetizzazione sanitaria negli anziani: pratiche, immaginari e strategie di inclusion*, «Salute e Società», Online First/2025, pp. 1-17.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

OECD. (2019), *OECD-skills outlook 2019: Thriving in a digital world*, OECD Publishing.

Sørensen K., Van den Broucke S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012), *Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models*, «BMC Public Health», 12, 80. DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

van Dijk J.A.G.M. (2005), *The Deepening Divide: Inequality in the Information Society*. Sage, Thousand Oaks, CA.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Conclusioni. Prospettive di policy e pratiche di intervento

di *Maurizio Esposito*

Il percorso delineato in questo volume muove dall'assunto teorico secondo cui il digitale non possa essere circoscritto a un insieme di strumenti o di procedure tecniche, ma debba piuttosto essere interpretato come un dispositivo socio-culturale in grado di riconfigurare le forme della vita collettiva, le modalità di accesso ai diritti e le stesse architetture della cittadinanza. L'esperienza pandemica, con la sua funzione di catalizzatore e di discontinuità sistemica, ha evidenziato come la connessione trascenda la dimensione meramente tecnologica per assumere i tratti di un principio organizzativo della contemporaneità, capace di orientare i processi di inclusione ed esclusione sociale. In tale prospettiva, la condizione di disconnessione non può essere ridotta alla mera assenza di dispositivi o infrastrutture digitali, ma si configura come una forma di marginalità strutturale, segno di una più ampia esclusione dai circuiti dell'informazione, della comunicazione e della partecipazione che costituiscono la vita sociale.

Il progetto PRIN PNRR 2022 *Ageing, Health Literacy and Digital Skills through the Pandemics* ha costituito una lente analitica privilegiata per esplorare le trasformazioni indotte dall'intreccio tra invecchiamento, digitalizzazione e salute, ponendo al centro l'esperienza delle persone over 65 e il rapporto tra competenze digitali, alfabetizzazione sanitaria e partecipazione sociale. L'indagine ha restituito l'immagine di una società segnata da nuove linee di frattura, dove la dimensione digitale si rivela al tempo stesso fattore di inclusione e di esclusione. In questo scenario, la vulnerabilità digitale emerge come un indicatore cruciale delle disuguaglianze sociali contemporanee, ma anche come uno spazio generativo in cui provare a sperimentare pratiche di cittadinanza attiva, solidarietà intergenerazionale e rinnovate forme di partecipazione collettiva.

L'analisi condotta conferma che il digital divide non può essere ridotto a un problema di accesso alle tecnologie o di abilità operative, ma deve essere interpretato come una forma strutturale di disuguaglianza che si intreccia con le dimensioni classiche della stratificazione sociale: età, genere, istruzione, reddito, salute e capitale relazionale. Seguendo la prospettiva di van

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Dijk (2005; 2020), il volume ha mostrato che il divario digitale attraversa tre piani interdipendenti – accesso, competenze e benefici – e che le differenze più profonde si situano proprio nell'ultimo livello, quello della capacità di trasformare l'uso tecnologico in opportunità di partecipazione, autonomia e benessere.

La fragilità digitale emerge come una categoria interpretativa che consente di leggere l'esclusione non come deficit individuale, ma come prodotto di configurazioni istituzionali, culturali e relazionali che limitano la capacità di *agency* dei soggetti. In questa prospettiva, la vulnerabilità digitale non risiede negli individui, ma nei sistemi sociali che non riconoscono la pluralità dei modi di vivere e di apprendere in età avanzata. La fragilità digitale diviene allora una lente attraverso cui osservare l'interazione tra tecnologia e disuguaglianza: un indicatore della qualità democratica delle società iperconnesse.

L'indagine empirica ha reso visibili le molteplici traiettorie di inclusione ed esclusione: dai soggetti completamente disconnessi – spesso donne anziane, con basso capitale culturale e reti sociali deboli – ai cosiddetti *pragmatic users*, che utilizzano le tecnologie per necessità, fino agli *empowered adopters*, in grado di gestire in modo autonomo le risorse digitali e sanitarie. Queste figure non rappresentano categorie statiche, ma configurazioni dinamiche di competenze, fiducia e contesto relazionale, che mutano in funzione dei processi di apprendimento e delle opportunità di supporto.

Le prospettive sociologiche delineate dal progetto si inscrivono nella cornice di una ridefinizione del concetto di uguaglianza digitale, intesa come dimensione imprescindibile della cittadinanza contemporanea.

Il quadro politico per un invecchiamento attivo, promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, enfatizza l'importanza di strategie che favoriscano l'autonomia e la partecipazione degli anziani, integrando le tecnologie digitali come strumento per migliorare la qualità della vita e ridurre l'isolamento (WHO, 2002). Tale approccio si allinea con le recenti trasformazioni nel panorama della salute digitale in Europa, dove l'impegno verso l'innovazione tecnologica mira a superare le barriere territoriali e a promuovere un accesso equo ai servizi sanitari online (WHO, 2023).

L'accesso, la comprensione e l'uso consapevole delle tecnologie non rappresentano più un privilegio cognitivo, ma una condizione strutturale per l'esercizio effettivo dei diritti di cittadinanza, tra cui il diritto alla salute e alla partecipazione civica (Maturo, 2024). In tale prospettiva, il digital divide e la *health literacy* si configurano come ambiti interdipendenti, connessi da una relazione circolare: da un lato, la competenza digitale costituisce il prerequisito per orientarsi nei sistemi sanitari sempre più digitalizzati; dall'altro, la competenza sanitaria risulta essenziale per interpretare in modo critico e informato le informazioni reperibili online.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

La pandemia ha agito da rivelatore e catalizzatore di tali processi. Le statistiche europee sull'invecchiamento della popolazione evidenziano come le disabilità legate all'età e le condizioni di salute precarie amplifichino ulteriormente le vulnerabilità digitali, con una quota significativa di over 65 che affronta barriere sia fisiche che cognitive nell'accesso alle tecnologie (Eurostat, 2020). In questo contesto, la pandemia ha sottolineato l'importanza dell'alfabetizzazione sanitaria, spesso sottovalutata, come fattore chiave per mitigare rischi e disuguaglianze, rivelando come l'incapacità di comprendere e utilizzare informazioni sanitarie digitali possa tradursi in esiti negativi per la salute individuale e collettiva (Paakkari, Okan, 2020; Esposito, 2022).

La nostra analisi ha messo così in luce la circolarità tra fragilità tecnologica e fragilità sociale: le carenze in una sfera (ad esempio le competenze digitali) producono effetti cumulativi nelle altre (partecipazione, salute, fiducia istituzionale), generando forme di esclusione persistenti.

La valorizzazione della prospettiva intergenerazionale come paradigma interpretativo e leva trasformativa dei processi di inclusione digitale costituisce un nucleo concettuale di particolare rilevanza del volume. L'analisi delle dinamiche relazionali tra giovani e anziani, sviluppata nell'ambito dei percorsi formativi del progetto, evidenzia come la connessione non possa essere intesa unicamente in termini tecnici, ma vada letta come un processo sociale complesso, articolato su dimensioni di fiducia, riconoscimento reciproco e cooperazione, in cui il digitale diviene spazio di interazione e co-costruzione di significati condivisi.

In questa prospettiva, l'interazione intergenerazionale si configura come un dispositivo di apprendimento e di innovazione sociale, capace di promuovere forme di cittadinanza digitale inclusiva e di rafforzare la coesione tra generazioni in una società sempre più mediata dalle tecnologie.

L'apprendimento intergenerazionale si configura, in questa prospettiva, come una forma di comunicazione sociale della competenza, nella quale la trasmissione del sapere tecnologico assume il valore di un processo relazionale volto a costruire legami, decostruire stereotipi e alimentare un rinnovato senso di appartenenza comunitaria. La figura del *digital animator*, sperimentata nel contesto progettuale, non si limita a svolgere una funzione didattica, ma si definisce come dispositivo di mediazione sociale e simbolica**,** capace di tradurre linguaggi, mediare significati e generare fiducia tra attori e generazioni che abitano mondi sociali differenti.

Infine, le implicazioni sociologiche si estendono al modo stesso in cui comprendiamo l'innovazione: essa non può più essere intesa come forza neutrale di progresso, ma come processo sociale e politico che redistribuisce potere e opportunità. In questa prospettiva, il volume suggerisce di spostare l'analisi dall'alfabetizzazione digitale individuale alla responsabilità

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

collettiva, di costruire ambienti digitali accessibili, usabili e sensibili alle diversità.

Le evidenze emerse dal progetto hanno importanti ricadute per la progettazione delle politiche pubbliche e per la riorganizzazione dei servizi digitali. Il superamento del digital divide non può essere delegato al mercato o all'iniziativa individuale, ma richiede un investimento sistemico e multilivello che coinvolga istituzioni, università, terzo settore e comunità locali.

In primo luogo, è necessario riconoscere la dimensione territoriale delle disuguaglianze digitali. Il confronto tra Lazio e Veneto ha mostrato tra l'altro come i divari non dipendano solo dalle infrastrutture, ma dai modelli di welfare locale e dalle reti di supporto comunitarie. Da ciò discende la necessità di politiche *place-based* che integrino azioni materiali (connessioni, dispositivi) e azioni relazionali (formazione, accompagnamento, prossimità). Le reti territoriali – biblioteche, centri anziani, università della terza età, spazi civici – possono divenire nodi di un ecosistema dell'apprendimento permanente, in cui il digitale venga appreso in contesti di vita e non solo in ambienti formali.

Sul piano istituzionale, il volume suggerisce di rafforzare il principio di usabilità come diritto sociale. I servizi pubblici digitali – dalla sanità alla pubblica amministrazione – devono essere progettati secondo criteri di accessibilità universale e percorsi semplificati. L'usabilità non è un attributo tecnico, ma un requisito di equità. La difficoltà di orientarsi tra procedure complesse, autenticazioni multiple o linguaggi burocratici rappresenta una forma di esclusione invisibile che colpisce proprio chi è più fragile.

Parallelamente, le politiche pubbliche dovrebbero riconoscere e valorizzare la dimensione intergenerazionale come una vera e propria infrastruttura sociale permanente, in grado di sostenere processi di apprendimento e partecipazione inclusivi. L'esperienza maturata nel progetto attraverso la figura degli animatori digitali evidenzia come l'accompagnamento diretto e personalizzato risulti più efficace e duraturo rispetto alle tradizionali campagne informative di carattere standardizzato. In tale prospettiva, l'integrazione stabile, all'interno dei servizi pubblici, di tutor (animatori digitali) o mediatori digitali – giovani formati non solo sul piano tecnico, ma anche su quello relazionale e comunicativo – può configurarsi come una strategia strutturale di inclusione. Ciò comporta la necessità di riconoscere e istituzionalizzare nuove professionalità ibride, collocate all'intersezione tra educazione, mediazione sociale e competenza tecnologica, capaci di tradurre la trasformazione digitale in un processo di coesione sociale e cittadinanza attiva.

Le implicazioni riguardano il sistema educativo in generale, chiamato a formare cittadini digitalmente consapevoli e socialmente responsabili. Le università, esattamente come fatto in questo progetto, possono agire da laboratori di innovazione sociale, aprendo i propri spazi e saperi alla comunità

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

territoriale. Il coinvolgimento degli studenti nel ruolo di formatori e ricercatori applicati ha dimostrato che l'apprendimento accademico può tradursi in servizio alla collettività, rafforzando il legame tra sapere e cittadinanza.

Dal punto di vista politico, occorre promuovere una governance inclusiva della trasformazione digitale, fondata su:

1. equità infrastrutturale, garantendo accesso universale e connessioni stabili anche nelle aree interne e nelle zone rurali;
2. formazione continua, rivolta non solo agli utenti finali ma anche agli operatori dei servizi pubblici, per migliorare la capacità di accompagnamento;
3. partecipazione civica digitale, che consenta agli anziani di contribuire alla progettazione dei servizi, superando la logica paternalistica dell'utente passivo.

Infine, le evidenze raccolte sollecitano una riflessione sul ruolo della fiducia. Numerosi soggetti anziani hanno evidenziato resistenze e timori connessi alla sicurezza dei dati personali, alla protezione della privacy e all'affidabilità dei sistemi digitali pubblici, rivelando come la dimensione tecnologica sia inscindibile da quella culturale e fiduciaria. In tale prospettiva, una politica di inclusione digitale non può essere concepita unicamente come intervento tecnico di riduzione dei divari strumentali, ma si configura come un processo socio-istituzionale orientato alla costruzione della fiducia. Ciò implica l'elaborazione di dispositivi comunicativi fondati su trasparenza e relazioni di prossimità, in grado di restituire agli individui un senso di controllo e di riconoscimento all'interno dell'ecosistema digitale.

Le prospettive di policy delineate in questo volume convergono verso un obiettivo di fondo: trasformare la digitalizzazione da fattore di selezione a strumento di uguaglianza sociale, integrando infrastrutture, competenze e relazioni in un progetto coerente di cittadinanza digitale.

I profili nazionali sulla salute digitale in Europa rivelano variazioni significative nelle infrastrutture e nelle competenze, suggerendo la necessità di politiche armonizzate che tengano conto delle specificità locali per garantire un'inclusione digitale universale (WHO, 2024). Inoltre, le narrazioni personali e sociali emerse durante la pandemia, tra paure individuali e risposte istituzionali, sottolineano come le politiche sanitarie debbano integrare dimensioni narrative e relazionali per costruire fiducia e contrastare le percezioni di rischio associate al digitale (Esposito, 2022).

Una prima direzione di ricerca che qui possiamo individuare prospetticamente concerne la sostenibilità del modello intergenerazionale. L'esperienza formativa di questo progetto ha dimostrato la sua efficacia, ma ne occorre una valutazione longitudinale, capace di misurare l'impatto nel tempo sulle competenze, sulla fiducia e sull'autonomia dei partecipanti. Indagini future potrebbero esplorare come istituzionalizzare queste pratiche

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

nei sistemi educativi e nei servizi di welfare, trasformandole in politiche strutturali di coesione tra generazioni.

Secondo ambito di approfondimento riguarda la comparazione europea. I risultati ottenuti in Italia, nei contesti di Lazio e Veneto, potrebbero essere messi in dialogo con esperienze analoghe in altri Paesi, per individuare pattern comuni e specificità culturali nella relazione tra *ageing*, *digital literacy* e *health literacy*. Una prospettiva comparativa consentirebbe di delineare indicatori condivisi di inclusione digitale, superando la frammentarietà delle attuali metriche nazionali.

Un ulteriore aspetto di ricerca riguarda la dimensione simbolica del digitale: la fiducia, la percezione del rischio, la costruzione di senso rispetto alla tecnologia. Lo studio delle rappresentazioni sociali del digitale in età anziana può offrire chiavi di lettura fondamentali per comprendere non solo come gli individui usano la tecnologia, ma come la interpretano e la integrano nella propria biografia.

Infine, una riflessione di lungo periodo deve interrogare la cittadinanza digitale come nuova frontiera dei diritti sociali. La possibilità di accedere ai servizi pubblici, partecipare al dibattito politico o usufruire di cure sanitarie online dipende sempre più dalla capacità di interagire con ambienti digitali complessi. In assenza di una cornice normativa chiara, il rischio è che la digitalizzazione proceda più rapidamente dell'inclusione, generando una nuova forma di "apartheid tecnologico".

La ricerca scientifica è chiamata a monitorare questi processi e a proporre modelli di governance che rendano il digitale una risorsa collettiva e non un privilegio di pochi.

Riconnettere significa, in ultima istanza, riattivare legami di appartenenza all'interno di una società che tende a frammentarsi lungo le linee della generazione, della competenza e dell'accesso alle risorse digitali. Si tratta di un processo che trascende la dimensione tecnologica per assumere un significato pienamente sociale, poiché riguarda la possibilità stessa di partecipare in modo equo ai circuiti della comunicazione, della conoscenza e della cittadinanza.

Disconnessi ed esclusi non è solo un titolo, è un invito critico a ripensare la tecnologia nella sua dimensione di bene comune. Esso sollecita a riconoscere il valore relazionale dei processi di digitalizzazione, a investire nella costruzione di fiducia e capitale sociale e a considerare l'alfabetizzazione digitale non come un fine in sé, bensì come uno strumento di emancipazione in grado di ampliare le possibilità di partecipazione e di esercizio della cittadinanza nel contesto della società connessa.

Il digitale, come la società che lo abita, non è neutro. È una costruzione collettiva che può includere o escludere, emancipare o marginalizzare.

La trasformazione della connettività in coesione, dell'innovazione in equità e della competenza in cittadinanza rappresenta un obiettivo fonda-

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

mentale per ricondurre i processi di sviluppo tecnologico entro un orizzonte di senso sociale. In questa prospettiva, la competenza non si esaurisce nella padronanza tecnica degli strumenti digitali, ma si traduce nella capacità di esercitare una cittadinanza consapevole**,** fondata sulla partecipazione informata, sulla responsabilità nell'uso delle tecnologie e sulla condivisione dei saperi.

Solo orientando le competenze in questa direzione è possibile fare della digitalizzazione un processo di emancipazione collettiva, capace di rafforzare la coesione sociale e la qualità democratica della vita pubblica. In questa prospettiva, la digitalizzazione potrà configurarsi come un fattore di inclusione e non di esclusione, consentendo di ricomporre, anziché amplificare, le distanze simboliche, sociali e generazionali che attraversano le società contemporanee.

Bibliografia di riferimento

Esposito M. (2022), *Raccontare il Covid-19. Narrazioni di malattia tra paure individuali, percezione sociale e politiche sanitarie*, Carocci, Roma.

Eurostat (2020), *Ageing Europe - statistics on health and disability. Statistics Explained*, Eurostat.

Maturo A. (2024), *Il primo libro di sociologia della salute*, Einaudi, Torino.

Paakkari L., Okan O. (2020), *COVID-19: health literacy is an underestimated problem*, «The Lancet Public Health», 5, pp. e249-e249. DOI: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4.

van Dijk J.A.G.M. (2005), *The Deepening Divide: Inequality in the Information Society*. Sage, Thousand Oaks, CA.

van Dijk J.A.G.M. (2020), *The network society*, Press University of Twente, Netherlands.

WHO (2002), *Active Ageing: A Policy Framework*, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2023), *The ongoing journey to commitment and transformation: digital health in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for Europe (2024), *Exploring the digital health landscape in the WHO European Region: digital health country profiles*, WHO Regional Office for Europe.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Notizie sulle autrici

Fabiola Balestrieri ha conseguito il dottorato di ricerca in Sociologia e Ricerca Sociale presso l'Università di Bologna, ed è stata assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. Si occupa di invecchiamento attivo, salute digitale, alfabetizzazione sanitaria e digitale, con particolare attenzione alle implicazioni sociali delle tecnologie digitali nei contesti di cura, disuguaglianze e vulnerabilità. È membro del Coordinamento della Rete nazionale per il contrasto ai discorsi e ai fenomeni d'odio.

Cristina Gardenghi ha conseguito il dottorato di ricerca in Sociologia. Teoria, ricerca, applicazioni presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano ed è assegnista di ricerca in Sociologia presso il Dipartimento di Scienze umane dell'Università degli Studi di Verona. Si occupa di Tecnologie, Educazione e Welfare, con particolare attenzione alle implicazioni sociali delle tecnologie digitali nei processi di partecipazione civica e di riorganizzazione socio-istituzionale.

Maria Gabriella Landuzzi è ricercatrice in Sociologia e processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Scienze umane dell'Università di Verona dove attualmente insegna nei corsi di studio di Scienze dell'educazione e Medicina e chirurgia. Si occupa di processi di socializzazione, degli aspetti culturali e dei processi di stigmatizzazione in contesti educativi e sanitari che rappresentano anche i suoi ambiti di ricerca privilegiati.

Sara Petroccia insegna Sociologia dei processi culturali e comunicativi e Sociologia della comunicazione presso l'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale. È stata visiting professor presso la West University of Timișoara e visiting researcher alla Lehigh University (USA). Le sue ricerche si occupano di comunicazione della salute in contesti digitali, con particolare attenzione al ruolo delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale nei processi di accesso alle informazioni sanitarie e alle loro implicazioni in termini di disuguaglianze, digital divide e vulnerabilità.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Benessere tecnologia società
diretta da A. Maturo

Ultimi volumi pubblicati:

ASSUNTA PENNA, *I labirinti della follia.* Percorsi sociologici di r-esistenza simbolica.

LUCIA LANDOLFI, *Un ospite inatteso.* Un'analisi sociologica del mondo del Parkinson.

ALESSIA BERTOLAZZI, *Etnografia digitale.* Metodi e tecniche per l'analisi delle culture digitali (disponibile anche in e-book).

ANTONIO MATURO, CARLO RANI, ROMINA ZIOLI (a cura di), *Il calo delle nascite nella società contemporanea.* Cause, rischi, prospettive (disponibile anche in e-book).

ANNA CIVITA, GAETANO MONACO, *Genitorialità precoce tra paradosso ed emergenza.* Un'analisi sociologica.

FERNANDO ROSA, ALESSANDRA PARODI, *Essere in una pandemia.* Filosofia, medicina e Covid-19 (disponibile anche in e-book).

CARMINE CLEMENTE, *La salute prima di tutto.* Art. 32 della Costituzione italiana: testo integrale del dibattito costituente e attualità di un'analisi sociologica.

ALBERTO ARDISSONE, *Tecnopazienti: il diabete tra autogestione e digitalizzazione* (E-book).

ELEONORA ROSSERO, *Anticorpi anarchici.* Narrazioni di malattia autoimmune (E-book).

ANNA ROSA FAVRETTO, ANTONIO MATURO, STEFANO TOMELLERI (a cura di), *L'impatto sociale del Covid-19* (disponibile anche in e-book).

MARIO CARDANO, MICHELE CIOFFI, ALICE SCAVARDA, *Dislessia all'università: il caso dell'ateneo torinese* (disponibile anche in e-book).

SERENA BARELLO, ANTONIO MATURO (a cura di), *La tripla elica: etica, engagement, equità.* Il paziente tra autonomia e giustizia sociale (disponibile anche in e-book).

VERONICA MORETTI, *Sociologia del paziente.* Diseguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità (disponibile anche in e-book).

VERONICA MORETTI, BARBARA MORSELLO (a cura di), *Interferenze digitali.* Prospettive sociologiche su tecnologie, biomedicina e identità di genere (disponibile anche in e-book).

GUIDO GIARELLI, VITO GIOVANNETTI (a cura di), *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea.* Un'analisi comparata.

GUIDO GIARELLI, SEBASTIANO PORCU (a cura di), *Long-Term Care e non-autosufficienza.* Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative (disponibile anche in e-book).

ALBERTO ARDISSONE, *L'uso delle tecnologie in sanità.* Il punto di vista del paziente cronico (disponibile anche in e-book).

CHIARA PATTARO, CLAUDIO RIVA, CHIARA TOSOLINI, *Sguardi digitali.* Studenti, docenti e nuovi media (E-book).

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Open Access

ELISA CASTELLACCIO, *Sociologia dell'Alzheimer*. La voce invisibile del caregiver famigliare.

ROBERTO LUSARDI, *Dietro le quinte*. Lavoro invisibile e collaborazione professionale nelle pratiche di cura.

RICCARDO PRONZATO, *Algoritmi, strutture e agire sociale*. Un'analisi sociologica.

MARTA GIBIN, *Oncologia post-Covid: una proposta sociologica*.

ANNALISA PLAVA, *Il peso dell'infanzia*. Una ricerca sociologica su abitudini alimentari e obesità.

ANTONIO MATURO, ANNALISA PLAVA (a cura di), *Stili alimentari e cibo biologico nelle scuole primarie*. Un'analisi sociologica a Rimini.

CHIARA PATTARO, CLAUDIO RIVA, *Preadolescenti, vita quotidiana e bisogni*. Incroci di sguardi tra ragazze, ragazzi e servizi.

ANTONIO MATURO, MARTA GIBIN (a cura di), *Malati sospesi*. I pazienti cronici nell'era Covid.

LUIGI PELLIZZONI, RITA BIANCHERI (a cura di), *Scienza in discussione?*. Dalla controversia sui vaccini all'emergenza Covid-19.

GIOVANNI BERTIN (a cura di), *Crisi economica e comportamenti illegali*.

Copyright © 2026 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835190158

Questo LIBRO ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/opinione

VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?

ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER SEGUICI SU:

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza, marketing, operations, HR
Psicologia e psicoterapia: teorie e tecniche
Didattica, scienze della formazione
Economia, economia aziendale
Sociologia
Antropologia
Comunicazione e media
Medicina, sanità





Architettura, design, arte, territorio
Informatica, ingegneria
Scienze
Filosofia, letteratura, linguistica, storia
Politica, diritto
Psicologia, benessere, autoaiuto
Efficacia personale
Politiche e servizi sociali

FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

benessere tecnologia società

Il volume presenta i risultati del progetto di ricerca PRIN PNRR Ageing, health literacy and digital skills through the Pandemics e sviluppa un'analisi del rapporto tra invecchiamento, alfabetizzazione digitale e alfabetizzazione sanitaria, con particolare riferimento all'esperienza pandemica quale dispositivo analitico per l'emersione di fragilità e vulnerabilità latenti. Attraverso un disegno di ricerca basato sui mixed-methods e una comparazione territoriale tra Lazio e Veneto, il lavoro ricostruisce in modo sistematico pratiche, competenze e rappresentazioni delle persone over 65 nell'ecosistema digitale contemporaneo, approfondendo il nesso strutturale tra digital literacy e health literacy e valorizzando l'approccio intergenerazionale come strategia di inclusione e rafforzamento delle capacità individuali e relazionali. I risultati mostrano che la crescente digitalizzazione dei servizi, in particolare in ambito sanitario, non determina automaticamente processi di inclusione, ma tende a produrre esiti differenziati in funzione delle risorse sociali, culturali e relazionali degli individui. Il grey digital divide emerge pertanto come una forma di disuguaglianza sociale multilivello che si manifesta nelle difficoltà di accesso e di uso efficace dei servizi digitalizzati, nella dipendenza da reti di supporto informale e nella variabilità delle modalità di interazione con i sistemi di cura e assistenza.

Maurizio Esposito è professore ordinario di Sociologia generale e Metodologia della Progettazione sociale presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, dove è direttore del Laboratorio di Ricerca Sociale e dirige il Master in "Pianificazione, programmazione, attuazione, gestione, monitoraggio e valutazione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali". Professore aggregato di "Healthcare Policies in Europe" presso la LUISS Università Guido Carli, si occupa da anni di tematiche disciplinari legate alla Sociologia della Salute e alle Politiche sanitarie, anche con ruoli di responsabilità scientifica in progetti nazionali e internazionali.

Cristina Lonardi è professoressa associata di Sociologia generale presso il Dipartimento di Scienze umane dell'Università di Verona dove insegna nei corsi di studio di Servizio sociale, Medicina e chirurgia e Scienze motore. È impegnata in aree di ricerca tipiche della Sociologia della Salute, come la qualità della vita in condizioni di malattia e contesti di cronicità, lo stigma correlato alla salute, le malattie invisibili e le narrazioni di malattia.

FrancoAngeli
La passione per le conoscenze