



Citation: Bartolini, A., & Fatichenti, F. (2025). Crisi demografica, invecchiamento e salute: un'analisi multidimensionale nell'Umbria sud-orientale. *Bollettino della Società Geografica Italiana* serie 14, 8(1): 261-272. doi: 10.36253/bsgi-7577

© 2025 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Firenze University Press (<https://www.fupress.com>) and distributed, except where otherwise noted, under the terms of the CC BY 4.0 License for content and CC0 1.0 Universal for metadata.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Competing Interests: The Author(s) declare(s) no conflict of interest.

For Italian evaluation purposes: Annamaria Bartolini takes responsibility for sections 2, 4, 5 and 6, and Fabio Fatichenti for sections 1, 3 and 7.

Crisi demografica, invecchiamento e salute: un'analisi multidimensionale nell'Umbria sud-orientale

Demographic Crisis, Ageing and Health: a Multidimensional Analysis in Southeastern Umbria

ANNAMARIA BARTOLINI, FABIO FATICHENTI

Dipartimento di Lettere-Lingue, letterature e civiltà antiche e moderne, Università degli studi di Perugia, Italia

E-mail: annamaria.bartolini@dottorandi.unipg.it; fabio.fatichenti@unipg.it

Abstract. Since 2014 a severe demographic decline has been affecting Umbria, because of the worsening of the economic crisis. The elderly population is increasingly exposed to chronic pathologies. At the institutional and territorial level, health services are being merged and reduced and their quality is impoverished. The paper outlines a diachronic profile of the demographic and health conditions of the Valnerina (southeastern Umbria) – an inner area marked by a noticeable ageing population and already stressed on the socio-economic level by the 2016-2017 earthquake – and enumerates the main fields on which are indispensable institutional interventions aimed at mitigating the current socio-territorial imbalances.

Keywords: health, ageing, inner areas, Valnerina, Umbria.

Riassunto. Dal 2014, anno di recrudescenza della crisi economica, si registra in Umbria un drastico calo demografico. Aggrava il quadro il costante invecchiamento della popolazione residente, esposta a sempre più numerose patologie croniche. Sul piano istituzionale e territoriale, si accorpano e si riducono i servizi sanitari, depauperando la qualità delle prestazioni mediche. Il contributo delinea un profilo diacronico delle condizioni demografiche e di salute della Valnerina (Umbria di sud-est) – area interna contrassegnata da un sensibile invecchiamento della popolazione e già provata sul piano socio-economico dalla sequenza sismica del 2016-2017 – ed enuclea i principali ambiti sui quali si rendono indispensabili interventi istituzionali mirati ad attenuare gli attuali squilibri socio-territoriali.

Parole chiave: salute, invecchiamento, aree interne, Valnerina, Umbria.

1. Introduzione

Quando nel 2013 l'Agenzia per la Coesione Territoriale istituì la Strategia Nazionale per le Aree Interne¹ (SNAI) era già evidente come la marginalità geografica e il declino demografico fossero due fattori capaci di accelerare la compromissione dei servizi di base (istruzione, comunicazioni, sanità) in tutte le subregioni d'Italia identificate come fragili².

Si trattava di un ulteriore recepimento del concetto di salute inteso come fenomeno multidimensionale, afferente non alla sola componente fisica dell'uomo bensì anche alla sua sfera psicosociale e ambientale: "the social determinants of health are the conditions in which people are *born, grow, live, work and age* and which shape their health status" (Chapman 2010, 19). Al termine della Seconda guerra mondiale, infatti, gli orrori del conflitto avevano instillato negli animi non soltanto il desiderio di pace ma anche l'auspicio per tutti di un miglioramento delle condizioni generali di vita. Così, quando il 22 luglio 1946 i membri degli allora 61 Paesi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità firmarono la Costituzione che sarebbe poi entrata in vigore il 7 aprile di due anni dopo, nel preambolo si precisava che "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely absence of disease or infirmity".

Con l'istituzione della SNAI, in Italia ci si stava dunque rendendo conto che le azioni adottate per assicurare ai cittadini il benessere e lo stato di buona salute non erano più sufficienti o che, quanto meno, dovessero essere aggiornate alla luce dell'evoluzione socio-economica che aveva interessato il Paese. Oggi, dopo appena un decennio, l'affermazione dei nuovi paradigmi economici e il "superamento" del concetto di distanza – in ragione dei progressi sul piano digitale – inducono tuttavia a dover ripensare ancora una volta il concetto di aree interne e a riflettere sull'efficacia dei servizi in esse offerti.

2. Inquadramento teorico del problema

Istituzionalizzando il concetto di aree interne ci si proponeva di contrastare lo svantaggio economico derivante dalla difficoltà degli spostamenti necessari per raggiungerle. I ripetuti tagli alla spesa pubblica operati dai

vari governi negli anni hanno invece gravato proprio su quei servizi essenziali per la comunità – istruzione e sanità in primis – che hanno finito per isolare sempre di più gli spazi già considerati marginali.

Quando l'Italia, seppure con diversi anni di ritardo, recepisce le indicazioni che l'ONU e l'OMS suggeriscono al termine del secondo conflitto mondiale ed emana la l. 833/1978 con cui istituisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) concretizza quanto si legge nell'art. 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". L'incalzante esigenza di rimpinguare le casse dello Stato, però, intacca presto le già scarse risorse assegnate alle Regioni e il successivo d.lgs. 502/1990 avvia il processo di aziendalizzazione e trasforma le USL in Aziende Sanitarie Locali (ASL) o Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO) (De Santis 2021).

Ciò non bastando, negli anni si rende necessario ridurre ulteriormente i costi, al punto che dalle 197 ASL per 923 distretti rilevate nel 2000 si passa nel 2022 a solo 106 ASL per 563 distretti. A farne le spese maggiori sono le Marche (da 13 ASL e 36 distretti a una ASL e 13 distretti), la Toscana (da 12 ASL e 133 distretti a 3 ASL e 28 distretti), la Basilicata (da 5 ASL e 21 distretti a 2 ASL e 9 distretti) e il Molise (da 4 ASL e 12 distretti a una ASL e 3 distretti) (Ministero della Salute 2001 e 2023). Purtroppo, agli accorpamenti, che lasciano indenni solo la Valle d'Aosta, la Provincia autonoma di Trento, la Liguria e le isole, non corrisponde sempre un adeguato investimento nella telemedicina o in prestazioni affini.

Anche il numero di posti letto subisce una drastica diminuzione: nel 2000, per 56.923.524 abitanti, si contano 295.809 posti letto di cui 244.950 pubblici (4,2 pl/1.000 ab.) e 50.859 in strutture accreditate (0,9 pl/1.000 ab.). Nel 2022, il numero scende a 225.469 posti letto (-23,78%) disponibili per 58.997.201 abitanti (+3,64%): si registrano, cioè, 179.938 posti letto pubblici (pari a 3 posti letto per 1.000 abitanti) e 45.531 posti letto accreditati (0,8 pl/1.000 ab.). La portata del fenomeno si comprende ancora meglio se si considera che al censimento del 1991 i posti letto disponibili erano 6,79 ogni 1.000 abitanti³ (Fig. 1).

Oggi, in definitiva, i servizi per l'assistenza sanitaria di base si sono rarefatti e si finisce per recarsi al pronto soccorso anche per motivi non strettamente necessari, sovrappollandolo non di rado a scapito di chi necessita di urgenti prestazioni mediche. Eppure, proprio mentre i

¹ Si veda <https://www.agenziacoesione.gov.it/strategia-nazionale-aree-interne/>

² Sul concetto di aree interne, marginali, fragili la bibliografia è comprensibilmente molto vasta: per una introduzione ci limitiamo a segnalare, in questa sede, il XVI Rapporto della Società Geografica Italiana (2024), nonché Macchi Jánica, Palumbo 2019; De Rossi 2018; Borghi 2017; Marchetti, Panunzi, Pazzagli 2017.

³ Elaborazione dei dati dal sito <https://seriestoriche.istat.it/> alla categoria *Salute e Welfare*, tabella *Istituti di cura, posti letto, personale, degenze, giornate di degenza per tipo di istituto – anni 1954-2012*.

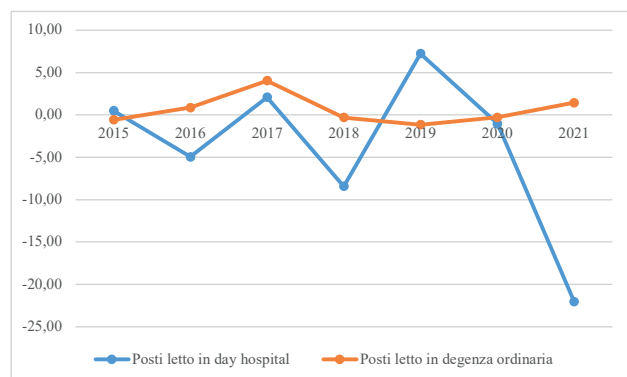


Figura 1. Variazione percentuale dei posti letto disponibili in Umbria dal 2015 al 2021 distinti per day hospital e degenza ordinaria. Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT.

tagli alla spesa pubblica paiono non agire nella direzione di quei principi di universalità e uguaglianza che il Sistema Sanitario Nazionale vorrebbe garantire, il dibattito internazionale sul concetto di benessere si amplia e si sviluppa (Ruggeri et al. 2020): “Well-being is associated with effective learning, productivity and creativity, good relationships, pro-social behavior, and good health and life expectancy” (Chandra et al. 2017). Superata, così, l’interpretazione in senso negativo della salute quale mera assenza di malattie, maturano due nuove consapevolezze: da un lato, la precarietà della salute intesa come bene il cui valore, purtroppo, si coglie solo quando la si è persa o si è prossimi a perderla; dall’altro, l’importanza di promuovere la percezione del benessere soggettivo quale sprone per prendersi meglio cura di sé (Bryant et al. 2012; Cho et al. 2015; Westerhof et al. 2014). Appurato, così, che l’età (Jivray et al. 2014), la forma fisica, un atteggiamento ottimistico (Achat et al. 2000), eventuali disabilità (De Vries et al. 2011; Freedman et al. 2017) o comorbidità (Wang, Him 2019) condizionano certo lo stato di salute, è altresì vero che incentivare l’attenzione verso il proprio stato di salute gioverebbe non solo al corpo e alla mente del singolo (Sarkisian et al. 2005; Benedict et al. 2013) ma anche allo Stato che ridurrebbe, almeno in parte, i costi dei servizi di cura (Rejeski, Mihalko 2001; Motl, McAuley 2010).

3. Il caso dell’Umbria sudorientale

Un’analisi delle condizioni demografiche dell’Umbria sudorientale in relazione con i peculiari caratteri geomorfologici del territorio può contribuire a mettere in luce le cause delle criticità, così come gli ambiti per interventi mirati ad attenuare gli attuali squilibri socio-territoriali.

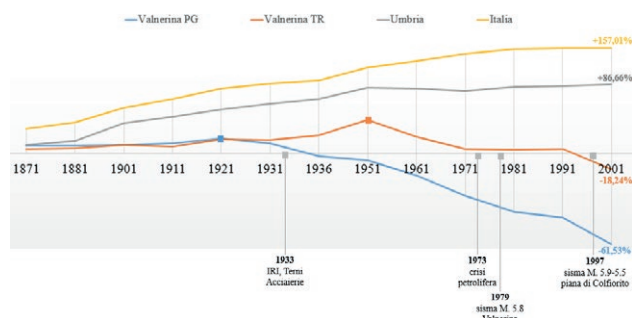


Figura 2. Variazione percentuale della popolazione ai censimenti dal 1871 al 2001. Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT.

Come si evince dalla figura 2, l’Umbria⁴ non mostra variazioni significative rispetto al trend demico nazionale e al primo censimento del terzo millennio registra un incremento della popolazione dell’86,66% (825.826 ab.) dall’Unità d’Italia (442.417 ab.). Ben diversa, invece, appare la situazione dei quattordici Comuni della Valnerina⁵, dieci ricadenti nella provincia di Perugia (Cascia, Cerreto di Spoleto, Monteleone di Spoleto, Norcia, Poggiodomo, Preci, Sant’Anatolia di Narco, Scheggino, Sellano, Vallo di Nera) e quattro in quella di Terni (Arrone, Ferentillo, Montefranco e Polino). Per i primi la quota massima di popolazione residente è raggiunta nel 1921 (31.041 abitanti, +4,9% rispetto al censimento del 1911), in linea con la ripresa economica dopo la Prima guerra mondiale; il secolo si chiude con un incessante declino demografico che raggiunge percentuali vertiginose nel caso di Sellano (-82,25%, da 2.547 ab. nel 1861 a 452 nel 2001) e di Poggiodomo (-91,80%, da 988 a 81 ab.), condannando questi piccoli centri al quasi totale abbandono.

Le acciaierie TK AST, invece, costituendo il cuore industriale del ternano, hanno garantito nel tempo un sicuro sbocco professionale per buona parte dei residenti nel comune e nella provincia. Nel 1951 ancora si beneficiava della costituzione dell’IRI (1933): nei soli Comuni di Arrone, Ferentillo, Montefranco e Polino, la popolazione era aumentata del 14,64% rispetto all’ultimo censimento del 1936 e anche il trend demico negativo degli anni successivi non è stato critico quanto quello nella provincia di Perugia. I due terremoti del 1979 e del 1997, infatti, se da un lato hanno spinto le amministrazioni locali a investire sulla ricostruzione, dall’altro hanno accelerato il fenomeno dello spopolamento nell’area appenninica.

⁴ La Regione raggiunge l’assetto amministrativo odierno solo nel 1927 quando il Reatino, diventando provincia autonoma, è aggregato al Lazio.

⁵ In questa sede ci si riferisce alla Valnerina così come individuata nell’ambito della SNAI e che dunque, per la presenza della Comunità Montana, comprende anche il Nursino-Casciano e il Sellanese.

Senza volersi soffermare troppo sui caratteri geografico-fisici dell'Umbria, già ampiamente trattati altrove (Prete Pedrini 1963; Desplanques 2006), giova in questa sede ricordare che il territorio regionale (8.456 km²) si sviluppa per appena il 10% della sua estensione in pianura lungo i fondivalle fluviali e nelle conche intermontane, mentre la restante parte è da considerare per lo più collinare e montana. I rilievi, in particolare, si concentrano nella subregione sudorientale della Valnerina, dove al confine con le Marche il gruppo del Vettore (2.478 m) domina i Sibillini. Qui, la natura in prevalenza calcarea dei monti favorisce un'intensa circolazione sotterranea delle acque, spesso riaffioranti in forma di sorgenti o polle risorgive. Il ripetuto verificarsi di fenomeni tellurici, tuttavia, condiziona la portata idrica dei corsi d'acqua (il sisma del 1979 ha fatto raddoppiare quella del Vigi), facendoli sprofondare o riaffiorare, come nel caso del Corno e del Torbidone, con notevoli ripercussioni sul piano economico-produttivo.

Nel trattare, dunque, della situazione demografica e in particolare dell'invecchiamento in Valnerina non si può ignorare il condizionamento economico, sociale, psicologico e fisico che l'alto grado di sismicità della regione determina sulla comunità locale. La nuova zonazione sismica dell'Italia stabilita con l'o.p.c.m. 3274/2003 ha confermato la possibilità del verificarsi di forti terremoti in tutta l'Umbria (zona 2) con la sola eccezione dell'Orvietano (zona 3, minore probabilità del verificarsi di un forte terremoto) e della stessa Valnerina, classificata in zona 1 (più pericolosa: la probabilità che capiti un forte terremoto è alta).

Così, la conformazione geomorfologica e l'elevato rischio sismico hanno contribuito, nel tempo, a rendere la Valnerina una subregione marginale e soggetta a un inarrestabile abbandono, al punto da essere sin da subito inserita nell'elenco delle aree interne riconosciute in Italia⁶. È tra gli obiettivi della SNAI, infatti, la valorizzazione delle peculiarità paesaggistiche, ambientali, turistiche e produttive tipiche delle aree interne. Purtroppo, però, sebbene l'offerta dei servizi sembri addirittura più sostenibile e in linea con i criteri dell'economia circolare rispetto a quanto accade nei maggiori contesti urbani, ciò non è sufficiente a contrastare l'abbandono di queste subregioni (Prezioso 2017). Da questa dinamica non è

esente neppure la stessa Valnerina: il legame identitario trattiene sì ancora alcune famiglie, ma il generale calo demografico e la corrispondente senilizzazione della comunità locale ostacolano un vero e proprio recupero della zona.

Le scelte politiche per la riqualificazione del territorio dopo un evento sismico adottate in Umbria e più in generale in Italia proprio a partire dal 1997 hanno operato per il rapido ripristino delle attività economiche caratterizzanti le aree terremotate, garantendovi il rinnovo edilizio e il restauro dei centri abitati. Nelle zone montane, in particolare, dove è maggiore la tendenza alla delocalizzazione, si è provveduto al recupero in modo consapevole e attento, così da evitare lo sradicamento della popolazione (Marincioni et al. 2017). Si è lavorato per garantire il ripristino e la rivitalizzazione di intere frazioni, valorizzando il senso di appartenenza al territorio e cercando di contrastare l'esodo dei residenti, soprattutto dei più giovani, già comprensibilmente attratti dagli stili di vita e dai contesti sociali più dinamici offerti dai centri urbani maggiori (Sommella 2017). Dal 2016-17, invece, gli insediamenti andati distrutti, la viabilità compromessa e le lunghe tempistiche per ripristinarla, l'interruzione delle filiere dell'ospitalità e della ricettività spesso legate a filiere zootecniche e agroalimentari hanno tuttavia ingenerato un diffuso senso di sfiducia e preoccupazione, amplificando e accelerando il trend negativo dell'abbandono di una subregione che nella fase precedente al sisma, in virtù di un cospicuo *milieu* locale, aveva conosciuto un virtuoso processo di riterritorializzazione (Fatichenti 2019).

4. Lo scenario attuale

Il quadro finora descritto si aggrava con l'avvento degli anni Duemila. In tutto il Paese diminuisce il tasso di natalità; la crisi economica assume dimensioni mondiali; una devastante sequenza sismica⁷ squarcia l'Italia centrale, rade al suolo cinquanta centri abitati e distrugge un'area di oltre 400 km²; la pandemia da Covid-19 mette in crisi il sistema sanitario e rinchiude milioni di persone tra le mura di casa.

Gli effetti della crisi finanziaria mondiale scoppiata nel 2008 si abbattono pesantemente su tutto il territorio nazionale con una rapidità e un'intensità prive di riscontro nel recente passato. In Umbria la spesa delle amministrazioni locali continua a diminuire fino al 2015 provo-

⁶ La programmazione SNAI 2014-2020 individuava in Umbria anche il Sud Ovest Orvietano con 19 comuni e il nord-est Umbria (10 comuni); per la programmazione 2021-2027 si sono candidate anche l'Unione dei Comuni del Trasimeno (8 comuni) e la Media Valle del Tevere (8 comuni), così che oltre il 56% del territorio regionale sarebbe da considerarsi area interna, cioè un contesto nel quale la popolazione locale non ha accesso prioritario ai beni e ai servizi di base e di interesse economico generale.

⁷ I mainshocks si verificano il 24 agosto, il 26 e il 30 ottobre 2016 con epicentro, rispettivamente, ad Accumoli (RI, Mw 6.18), Visso (MC, Mw 6.07) e Norcia (PG, Mw 6.61) (Rovida et al. 2022).

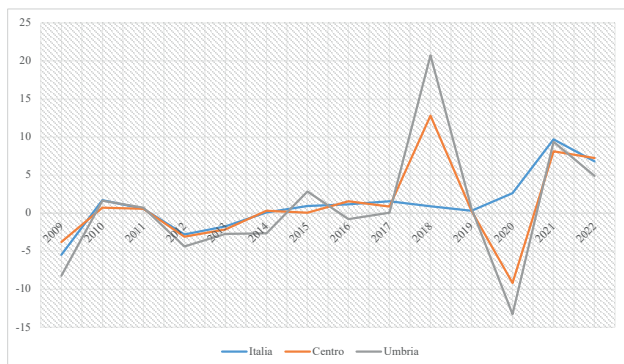


Figura 3. Variazione percentuale del PIL a livello nazionale, macro-regionale e regionale. Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT.

cando il calo del personale negli enti pubblici e all'interno del sistema sanitario. In particolare, è fissato al 2014 l'anno di recrudescenza della crisi economica: perdura il senso di incertezza, la domanda interna si indebolisce, il settore delle costruzioni subisce un'ulteriore contrazione, si riduce l'occupazione – favorendo solo impieghi a tempo determinato e tra i meno giovani – e il tasso di disoccupazione, di conseguenza, raggiunge la quota più elevata degli ultimi vent'anni. Nel 2016, finalmente, la situazione comincia a migliorare. Nel secondo semestre dell'anno, il PIL regionale umbro comincia a segnare un debole +0,8%, rispondendo al trend positivo che stava interessando tutto il Paese (Fig. 3): riprende il settore industriale, che nella fase recessiva aveva perso oltre un terzo del valore aggiunto, aumentano le esportazioni sui mercati esteri soprattutto nell'ambito della meccatronica e le attività produttive segnano una leggera ripresa. Le presenze straniere, inoltre, incrementano il turismo e, grazie ai provvedimenti legislativi di incentivo, riprendono le assunzioni a tempo indeterminato. Nella regione tornano a crescere anche le immatricolazioni universitarie⁸.

Questo quadro positivo viene però bruscamente scosso dai terremoti del 2016-17. Si tratta della sequenza sismica più violenta dopo quella dell'Irpinia del 1980, le cui conseguenze aggravano il già severo isolamento in cui versava gran parte di quei territori peraltro ritrovatisi nel tempo a essere abitati da comunità sempre più anziane. Il depauperamento delle strutture sociali ha infragilito le comunità; evidente è risultato l'impoverimento sul piano dei servizi; si è creata una disconnes-

sione fra le dinamiche e le esigenze del mercato globale e i territori feriti dal sisma e ripiegati in un isolamento fisico e sociale.

In Umbria, le ripercussioni economiche dell'evento si manifestano nel giugno del 2017 con un forte impatto sul turismo locale e sui volumi di attività delle strutture ricettive e del piccolo commercio. Superata però l'emergenza, la scoppio della pandemia da Covid-19 produce una violenta battuta d'arresto per diversi settori e mette a dura prova l'intero sistema sanitario. La rarefazione dei servizi sanitari di base spinge a ricorrere in maniera inappropriata e superflua al pronto soccorso, che anche in questo contesto diventa un bacino di trasmissione del virus (Casti, Riggio 2022, 14). L'accorpamento dei centri ospedalieri provoca nel contempo una contrazione del personale sanitario che si trova a dover sostenere turni esasperanti. La diminuzione dei posti letto costringe le istituzioni a rimediare alla pandemia con l'allestimento di ospedali da campo, la riconversione di interi reparti a reparti Covid e l'improvvisazione di posti letto anche lungo le corsie e i corridoi delle strutture sanitarie.

I primi segnali di ripresa si cominciano a intravedere nel terzo trimestre del 2020, ma l'Umbria stenta a recuperare e il PIL regionale segna il -11%, un valore più marcato rispetto a quelli del centro Italia e del Paese intero. Solo l'aumento dei visitatori italiani che cominciano a riscoprire le bellezze del proprio territorio favorisce una timida ripresa dei flussi turistici (Banca d'Italia 2020). A oggi, prosegue la fase di indebolimento dell'attività economica iniziata nel secondo semestre 2022. In Umbria, il fatturato del settore edile cresce, sebbene non sia riuscito a eguagliare ancora i livelli pre-pandemici. I fondi stanziati con il PNRR incentivano le attività locali, il turismo è in ripresa: l'inflazione ha rallentato, ma il potere di acquisto delle famiglie è stato inevitabilmente eroso (Banca d'Italia 2023).

Tutto ciò ha senza dubbio influito ulteriormente su alcune tendenze già consolidate del comportamento della popolazione (si vedano per es. i tassi di natalità e nuzialità), contribuendo ad accentuare il declino del quadro demografico (Tab. 1).

In Valnerina lo scenario è allarmante: la subregione si configura come l'area più spopolata dell'Umbria (la densità media al 2022 è di appena 17 ab./km², contro i 101 dell'Umbria): ciò rappresenta l'attuale conseguenza di alterne fasi migratorie dovute principalmente alla precarietà delle condizioni economiche ma anche ai devastanti esiti dei frequenti terremoti. Arrestatosi il fenomeno emigratorio dagli anni Ottanta del secolo scorso, tra il 1991 e il 2011 cinque comuni su diciassette hanno fatto registrare un aumento di popolazione; tra il 2011 e il 2014 la crescita ha riguardato ben otto comuni (pur a

⁸ Per la ricostruzione di questo profilo evolutivo si sono rivelati preziosi i rapporti della Banca d'Italia dalla serie Economie Regionali. In particolare si rinvia alle edizioni, disponibili online, degli anni 2008, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2020.

Tabella 1. Principali indicatori demografici riferiti alla scala nazionale e a quella delle province di Perugia e Terni. Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT.

Tipo indicatore	Italia			Prov. Perugia			Prov. Terni		
	2004	2023	%	2004	2023	%	2004	2023	%
Tasso di nuzialità	4,3	3,1	-1,2	4,6	3	-1,6	4	2,8	-1,2
Tasso di natalità	9,7	6,7	-3	9,3	5,7	-3,6	8,3	5,1	-3,2
Età media della madre al parto	30,7	32,5	1,8	30,5	32,6	2,1	31,2	32,7	1,5
Numero medio di figli per donna	1,34	1,2	-0,14	1,34	1,11	-0,23	1,22	1,08	-0,14
Tasso di mortalità	9,5	11,2	1,7	10,3	11,9	1,6	12,1	14,3	2,2
Speranza di vita alla nascita	80,7	83,1	2,4	82	84	2	80,7	83,3	2,6
Indice di dipendenza strutturale	50	57,4	7,4	54,4	61,5	7,1	56,2	64,7	8,5
Indice di dipendenza degli anziani	28,8	57,4	28,6	34,9	42,2	7,3	38,3	47,1	8,8
Indice di vecchiaia	135,6	193,1	57,5	179	218,4	39,4	214,2	267,3	53,1
Tasso di crescita totale	7,5	-0,1	-7,6	10,9	-1,7	-12,6	5,4	-4,3	-9,7

fronte, va detto, di una leggera diminuzione della popolazione complessiva della Valle) (Fatichenti 2019). Dal 2016 al 2022, però, tutti i comuni hanno registrato un decremento della popolazione (Tab. 2).

La popolazione della subregione, infatti, è costituita in prevalenza da anziani autoctoni, da sempre prevalentemente occupati nel settore primario, in ragione dell'ampia disponibilità di aree destinate all'agricoltura, al pascolo e alla silvicoltura. Gli adulti che si sono trasferiti, soprattutto nel Lazio, hanno reinvestito le proprie abitazioni in seconde case dove trascorrere le vacanze estive oppure in alloggi per gli alberghi diffusi. I flussi turistici, tuttavia, non garantiscono una presenza duratura dei visitatori sul territorio: sebbene le presenze aumentino (+12,8% negli arrivi e +8,9% nelle presenze in Umbria tra il 2023 e il 2022), la permanenza media diminuisce di tre punti e mezzo e si assiste a un turismo sempre più frettoloso (Regione Umbria 2024). Nei comuni della Valle ricadenti nella provincia di Perugia si registra un indice di vecchiaia di 375,68, contro un dato nazionale di 193,1 e regionale di 267,3.

L'invecchiamento chiede dunque di ripensare le proposte attrattive e occupazionali offerte dalla Valnerina, a partire dalla formazione ricevuta dai giovani durante il percorso educativo. Nell'area, infatti, il sistema territoriale è in genere di difficile accessibilità e la struttura insediativa che ne consegue è a rete policentrica diffusa, oltre che assai spesso inerpicata. I nuclei familiari e i giovani con meno di 15 anni, pertanto, tendono a concentrarsi nei centri urbani maggiori come Norcia (PG), Cascia (PG) e Arrone (TR). In alcune frazioni, infatti, si arriva a impiegare fino a 75 minuti per raggiungere i poli urbani di riferimento (Regione Umbria 2019).

Ripercussioni evidenti si hanno nell'ambito scolastico dove la frequente mobilità del personale docente

e di segreteria finisce per incidere negativamente sulla qualità del servizio offerto⁹. Il vasto territorio montano, ricco di storia e tradizioni ma caratterizzato da nuclei abitativi isolati e da contesti socio-economici fortemente differenziati, fa sì che spesso si debba ricorrere anche a pluriclassi, soprattutto nel primo grado di istruzione. Sebbene, poi, la presenza straniera rappresenti neppure il 2% dell'intera popolazione straniera in Umbria, gli alunni di nazionalità non italiana che entrano nelle scuole della Valnerina sono in genere niente affatto o poco italo-foni. Si avverte, quindi, l'esigenza di costituire una rete con le diverse realtà del territorio, dagli enti locali alla Comunità montana, così da contrastare la dispersione scolastica e favorire il successo formativo degli studenti anche nel prosieguo del loro percorso formativo o professionale¹⁰.

5. La situazione sanitaria: alcune considerazioni

La dilagante senilizzazione porta con sé alcune inevitabili conseguenze, come l'aumento di patologie croniche e la necessità di adeguare le prestazioni medico-sanitarie. In una regione ad alto rischio sismico quale è l'Umbria, inoltre, non bisogna dimenticare l'attenzione e la cura da rivolgere ai disturbi post traumatici da stress (DPTS) che possono insorgere anche a distanza di tem-

⁹ L'Istituto omnicomprensivo "Beato Simone Fidati" di Cascia, per esempio, registra ben 56 docenti a tempo determinato contro 49 di ruolo (di cui 36 di ruolo da almeno cinque anni).

¹⁰ Le informazioni sono state ricavate dalla lettura dei PTOF dei principali istituti comprensivi della Valnerina: I.O. "De Gasperi-Battaglia" di Norcia (PG), I.C. "Beato Simone Fidati" di Cascia (PG), I.O. "G. Pontano" di Cerreto di Spoleto (PG), I.C. "G. Fanciulli" di Arrone (TR).

Tabella 2. Popolazione e principali indicatori demografici della Valnerina (anno 2022). Fonte: elaborazione degli autori su dati ISTAT.

	Popolazione residente (2016)	Popolazione residente (2022)	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di natalità (per 1.000 ab.)	Indice di mortalità (per 1.000 ab.)	
Provincia di Perugia	Cascia	3181	2979	240,8	53,3	6,4	11,01
	Cerreto di Spoleto	1066	985	346,5	63,9	3,1	28,6
	Monteleone di Spoleto	586	567	385,7	56,2	0	7,1
	Norcia	4981	4556	217,3	58,7	8,1	13,2
	Poggiodomo	112	99	1020	130,2	0	41,5
	Preci	716	683	297,1	67	10,3	14,7
	Sant'Anatolia di Narco	559	526	296,2	64,4	1,9	19,5
	Scheggino	449	451	253,3	54,5	6,7	11,1
	Sellano	1071	1002	420,5	75,8	2	20,3
Vallo di Nera	373	340	279,4	61,1	2,9	14,6	
TOTALE	13.094	12.188	375,68	68,51	4,14	18,161	
Provincia di Terni	Arrone	2747	2561	277	64	4,3	11,3
	Ferentillo	1905	1822	232,8	73,5	8,3	17,1
	Montefranco	1284	1263	214,6	64,9	6,3	15,1
	Polino	242	207	410,5	88,2	0	19,4
TOTALE	6.178	5853	283,725	72,65	4,725	15,725	

po dall'evento scatenante (Anwar et al. 2011; Valenti et al. 2013; Frigerio et al. 2019; Palgi 2020; Bartolini, De Santis 2022), tanto sulle vittime di primo grado (terremotati), quanto su quelle di secondo (soccorritori).

In concomitanza con la sequenza sismica del 2016-2017, per esempio, in Umbria si è registrato un aumento del consumo di alcolici: sebbene la regione abbia dimostrato nel tempo di attestarsi sempre su valori superiori alla media nazionale, nel 2017 ha raggiunto quota di 57,6 persone di 11 anni e più che consumano vino, di contro alle 52,6 stimate in Italia. Tra il 2016 e il 2017, cioè, l'incremento è stato pari a +1,74% per il Paese, ma di +5,49% per l'Umbria; nello stesso periodo, anche il consumo di più di mezzo litro di vino al giorno è cresciuto: i valori nazionali segnano un -4,35%, ma per la regione si parla di +47,37%, con una dinamica affine a quella del Lazio (+31,58%), dove Amatrice (RI) è stata epicentro della prima scossa del 24 agosto. Una simile considerazione è possibile anche in merito all'assunzione di alcolici: laddove l'Umbria si è attestata sempre sotto il dato nazionale, nel biennio in considerazione il consumo di amari è cresciuto dell'11,23% (in Italia: +2,11%) e quello di liquori del 7,66% (in Italia: +1,18%). L'incremento si riscontra pure in occasione della crisi economica (2008-2009) e della pandemia da Covid-19 (2019-2020), ma con variazioni meno eclatanti¹¹.

Tra le conseguenze del sisma si annovera anche un aumento dei sintomi depressivi: nel biennio 2016-17 la media nazionale si attestava al 13,4%, mentre in Umbria al 18,6%¹²; nello stesso intervallo temporale il numero medio di giorni in cattiva salute psichica è risultato pari a 5,8 (contro i 4,6 dell'Italia) e la percezione positiva del proprio stato di salute si è fermata all'82,7% contro l'87,1% nazionale¹³.

Seppure rimanendo in genere sotto la media del Paese, i dati registrano un lieve miglioramento negli anni successivi: se nel 2009, infatti, subito dopo l'esplosione della crisi finanziaria, l'Italia annoverava il 69,3% delle persone in buona salute e l'Umbria si fermava al 66,2%, nel 2022 i dati raggiungono rispettivamente il 70,2% e il 71,8% dimostrando un generale miglioramento della qualità della vita. Al tempo stesso, inoltre, grazie allo sviluppo delle conoscenze medico-scientifiche, aumentano le possibilità di convivere con malattie croniche, nonostante la diffusa senilizzazione. In Italia il numero di persone affette da almeno una patologia cronica passa dal 38,8% nel 2009 al 40,4 (41,2 in Umbria) e quello di soggetti colpiti da malattie croniche ma in buona salute cresce dal 40,4% al 44,7% per il Paese e dal 39,2%

regioni e tipo di comune e Aspetti della vita quotidiana - Persone : Vino e birra - regioni e tipo di comune.

¹² Dati ricavati dal SSN e disponibili al sito <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/depressione>

¹³ Dati ricavati dal SSN e disponibili al sito <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/dati/percezione>

¹¹ Per questi dati pluriennali si veda <http://dati.istat.it/> alle tabelle *Aspetti della vita quotidiana - Persone : Aperitivi, amari e liquori -*

al 50,3 per la regione qui oggetto di studio, in cui prevalgono le affezioni da diabete (7%; in Italia: 6,6%), da ipertensione (19,5%; in Italia: 18,6) e da artrosi o artrite (16,9; in Italia: 14,9)¹⁴.

Anche per quanto concerne il rapporto tra invecchiamento, malattie e mortalità i dati sono purtroppo disponibili soltanto a livello nazionale e di macroarea. Comunque, negli ultimi dieci anni, tra gli ultra 65enni la mortalità per tumori è diminuita dell'1,6% in Italia e dell'1,28% nel Centro; quella per tumori maligni è scesa rispettivamente del -2,36% e -1,98%; l'incidenza di patologie neurodegenerative come, per es., l'Alzheimer, è invece aumentata del 5,68% a livello nazionale e del 9,56% nelle regioni del Centro¹⁵.

6. Criticità e possibili ambiti di intervento

Mentre da un lato i dati dimostrano l'efficacia degli screening preventivi per i quali le regioni del centro Italia registrano un'accessibilità al servizio superiore al resto del Paese, pure in periodo pandemico (Osservatorio Nazionale Screening 2023), dall'altro la senilizzazione deve far ripensare anche la tipologia di prestazioni offerte dal SSN.

In figura 4a si può osservare come la distribuzione dei presidi ospedalieri sul territorio umbro tenda a rarefarsi nelle aree interne dove sono presenti soltanto dei punti di primo intervento che, in Valnerina, si dislocano nei centri di Norcia e Cascia. I casi più gravi sono così rinviati ai poli di Terni (azienda ospedaliera con livello emergenziale DEA 2) o di Spoleto che, però, per le varie vicissitudini politiche occorse negli ultimi anni, si è ritrovato con diversi servizi dismessi e fortemente dipendente dalla struttura di Foligno. Purtroppo, l'aumento della distanza da percorrere per raggiungere il centro emergenziale ha fatto sì che in più di una circostanza si sia intervenuti troppo tardi e si sia dovuto constatare il decesso del paziente¹⁶.

Anche la distribuzione dei vari servizi di continuità assistenziale (ex guardia medica) serve ad assicurare le prime prestazioni mediche a una popolazione che spesso affinisce a più Comuni: è il caso di Arrone (TR), che copre Arrone, Ferentillo, Montefranco e Polino, così come Spoleto (PG) garantisce cure agli assistiti di Spoleto, Campello sul Clitunno, Castel Ritaldi, Sant'Anato-

lia di Narco, Scheggino e Vallo di Nera. Tra il 2000 e il 2022 si sono infatti perse ben 10 sedi di guardia medica e il numero di medici titolari è sceso da 234 a 112 (Ministero della Salute 2001 e 2023).

Si conferma così l'impressione – ormai generalizzata – che il diritto alla salute sia diventato un lusso al quale solo i più benestanti possono accedere: uno sguardo ai dati relativi alla diffusione sul territorio delle strutture sanitarie (ambulatori, laboratori, strutture residenziali e semiresidenziali e altre tipologie di strutture territoriali come centri dialisi ad assistenza limitata, centri di salute mentale, consultori materno-infantile...) conferma la tendenza nazionale alla privatizzazione. Nel 2000 si contavano 335 strutture pubbliche e solo 54 strutture private accreditate. Nel 2022, rispettivamente, i numeri aumentano fino a 405 (+21%) e a 202 (+274%). A essere aumentate in misura impressionante sono le strutture residenziali private come le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Case Protette che da 10 passano a 127: lo squilibrio rispetto alle strutture pubbliche si coglie nella figura 4b in cui sono riportate le sole R.S.A. e R.P. pubbliche menzionate dai canali di informazione dei due distretti umbri, la Usl Umbria 1 e la Usl Umbria 2.

Infine, non andrà trascurata la situazione relativa all'Assistenza Domiciliare Integrata. Nel 2000, in Umbria, le persone trattate in ADI erano 15.903 (88,4% anziani, superiore alla media italiana ferma a 79,8%) con 11 ore di assistenza/anno erogate per paziente; nel 2022, il numero di casi seguiti è sceso a 14.671 (77,4% anziani, inferiore alla media del Paese attestata al 78,2%), anche se va osservato che le ore totali per paziente sono salite a 15 (13 per caso anziano, 12 per paziente terminale) (Ministero della Salute 2001 e 2023).

Sono sufficienti questi dati per comprendere come a livello istituzionale i principali ambiti di intervento per contrastare gli squilibri socio-territoriali dell'Umbria di sud-est – con particolare riferimento alla presenza di una popolazione sempre più anziana e quindi bisognosa di assistenza – concernono il rafforzamento dei presidi sanitari e una più capillare presenza sul territorio di strutture e operatori. Purtroppo, invece, è dato constatare che i servizi attualmente erogati sono inferiori a quelli degli anni Novanta.

7. Conclusioni

I dati OCSE al novembre 2022 assegnano un punteggio di 5,9/10 all'Umbria per l'accessibilità ai servizi (OECD 2022), un dato insoddisfacente ed esito non tanto della struttura orografica e demografica del territorio, bensì soprattutto dei continui tagli alla spesa

¹⁴ Cfr. <http://dati.istat.it/> alla tabella *Aspetti della vita quotidiana – Stato di salute – regioni e tipo di comune*.

¹⁵ Cfr. <http://dati.istat.it/> alla tabella *Aspetti della vita quotidiana – Mortalità per stato di residenza*.

¹⁶ L'informazione è stata riferita da alcuni operatori Anpas in via informale.

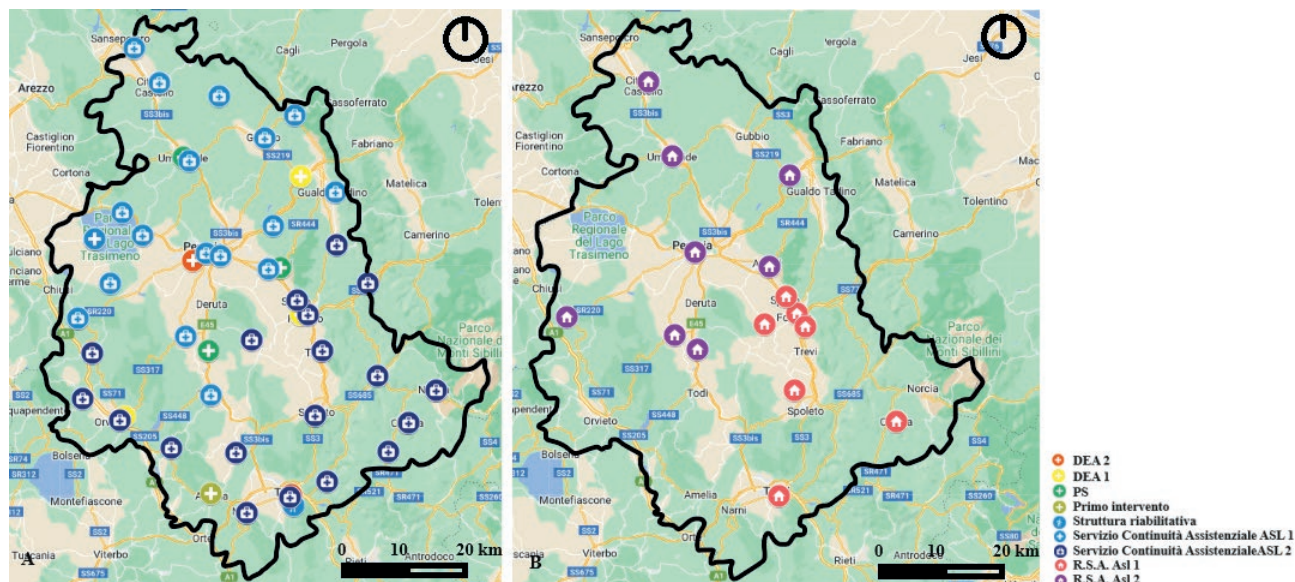


Figura 4. Distribuzione dei servizi sanitari sul territorio regionale umbro: a) ospedali distinti per livello di attività emergenziale e servizi di comunità assistenziale; b) R.S.A. pubbliche. Fonte: elaborazione degli autori su dati forniti da Usl Umbria 1 e Usl Umbria 2.

pubblica che lo Stato e la Regione hanno imposto negli ultimi anni.

La situazione diviene così ancora più delicata nelle aree interne e in particolare in Valnerina, dove l'elevato grado di sismicità spinge la popolazione, soprattutto dopo gli eventi del 2016-2017, ad abbandonare il territorio di origine e a riparare in aree potenzialmente più sicure. Il fenomeno è poi accelerato dalla crisi demografica che sta interessando l'intera Italia e dalle scarse opportunità di successo formativo e professionale che offrono i centri più piccoli, racchiusi in vere e proprie sacche di isolamento lungo l'Appennino: per es. la costituzione di pluriclassi nel sistema educativo di primo grado e la costante mobilità del personale docente tendono a ripercuotersi negativamente sui risultati conseguiti dagli studenti al termine del percorso scolastico. Poiché dunque le famiglie preferiscono trasferirsi in centri più attrattivi, la Valnerina rimane subregione di anziani, in larga parte ancora dediti all'agricoltura e all'allevamento.

Nel momento in cui però la salute viene meno, la difficoltà negli spostamenti rallenta l'accesso alle strutture sanitarie, limitate nell'area in esame a presidi di primo intervento. I malati vengono quindi rinviati agli ospedali di Terni e Spoleto sebbene quest'ultimo, per decisioni di natura prevalentemente economica e politica, abbia subito la chiusura di diversi reparti e dipenda oggi in gran parte da Foligno.

Analogha situazione riguarda la cura degli anziani non autosufficienti che, in Valnerina, in ragione del-

la scarsità di RSA (Fig. 4b) e di un modesto numero di ore di servizio ADI erogate, restano per lo più confinati tra le mura di casa, con assistenza quasi sempre a carico della famiglia.

Ad aggravare il quadro è la drastica riduzione dei posti letto cui si assiste dagli anni Novanta per effetto del d.lgs. 502/1990: dai 6,79 pl/1.000 ab. censiti nella regione nel 1991 si passa agli appena 3 pl/1.000 ab. del 2022¹⁷. Certo, negli ultimi dieci anni, forti anche dell'emergenza pandemica, si è cercato di recuperare qualche decina di posti letto, ma spesso i pazienti vengono relegati tra i corridoi e le corsie degli ospedali o ricoverati in promiscuità di genere nelle camere.

Il depauperamento delle prestazioni mediche spinge così i pazienti a cercare cure fuori dal territorio umbro, con inevitabili ripercussioni sulle finanze regionali: nel 2021, il saldo tra le migrazioni sanitarie attiva e passiva è risultato "moderatamente" negativo con una perdita pari a 31,2 milioni di euro (Cartabellotta et al. 2024).

Alcuni segnali di incoraggiamento arrivano dai progetti finanziati con i fondi PNRR per colmare i vuoti lasciati dalla razionalizzazione della rete ospedaliera e rispondere al fabbisogno di salute attraverso l'attivazione, in Umbria, di 17 case di comunità, 5 ospedali di comunità e 9 centrali operative territoriali, nonché il potenziamento dei servizi di telemedicina. Le nuove normative, infatti,

¹⁷ Elaborazione dei dati dal sito <https://seriestoriche.istat.it/> alla categoria *Salute e Welfare*, tabella *Istituti di cura, posti letto, personale, degenze, giornate di degenza per tipo di istituto - anni 1954-2012*.

tendono ad avvicinare ai cittadini le prime cure di base attraverso i medici di medicina generale e le farmacie: occorre però considerare sia la diminuzione del personale medico disponibile, sia la carente copertura a banda larga in molte delle aree montane. Inoltre gli utenti di tali servizi, in prevalenza anziani, non sono abituati a utilizzare strumenti tecnologici come gli smartphone, restando così esclusi a priori da simili novità e agevolazioni.

Gli elementi di riflessione qui considerati dimostrano dunque la necessità di intervenire in un contesto più ampio, al quale in questa sede si può solo accennare¹⁸. Occorre recuperare le vocazioni produttive e ambientali dei territori marginali e valorizzarle con la formazione delle competenze e l'implementazione delle reti di accesso a Internet. Solo incrementando i servizi offerti – inclusi quelli sanitari e ciò che concerne la salute degli anziani e la loro qualità della vita – le aree interne torneranno a essere attrattive e competitive nella prospettiva del riequilibrio demografico e del riassetto territoriale.

Riferimenti bibliografici

- Achat, H., Kawachi, I., Spiro, A., DeMolles, D.A., Sparrow, D. (2000). Optimism and depression as predictors of physical and mental health functioning: the normative aging study. *Ann Behav Med*, 22(2), 127-130. <https://doi.org/10.1007/bf02895776>
- Anwar, J., Mpofu, E., Matthews, L.R., Shadoul, A.F., Brock, K.E. (2011). Reproductive health and access to healthcare facilities: risk factors for depression and anxiety in women with an earthquake experience. *BMC Public Health*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-523>
- Banca d'Italia (2009). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria nel primo semestre del 2008*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2008/2008-umbria-cong/Umbria.pdf>
- Banca d'Italia (2014). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria. Aggiornamento congiunturale*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2014/2014-0032/1432-umbria.pdf>
- Banca d'Italia (2015). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria. Aggiornamento congiunturale*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2015/2015-0032/1532-umbria.pdf>
- Banca d'Italia (2016). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria. Aggiornamento congiunturale*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2016/2016-0032/1632-umbria.pdf>
- Banca d'Italia (2017). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria. Aggiornamento congiunturale*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2017/2017-0034/1734-umbria.pdf>
- Banca d'Italia (2020). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria. Aggiornamento congiunturale*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2020/2020-0032/2032-umbria.pdf>
- Banca d'Italia (2023). *Economie regionali. L'economia dell'Umbria. Aggiornamento congiunturale*. Roma, <https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/economie-regionali/2023/2023-0032/2332-umbria.pdf>
- Bartolini, A., De Santis, G. (2022). *Umbria fragile tra terremoti e ricostruzioni. Il caso della Valnerina*. Perugia, Morlacchi.
- Benedict, C. (2013). Association between physical activity and brain health in older adults. *Neurobiology of Aging*, 34, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2014.04.013>
- Borghi, E. (2017). *Piccole Italie. Le aree interne e la questione territoriale*. Roma, Donzelli.
- Bryant, C., Bei, B., Gilson, K., Komiti, A., Jackson, H., Judd, F. (2012). The relationship between attitudes to aging and physical and mental health in older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1674-1683. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000774>
- Calzati, V. (2016). *Nuove pratiche turistiche e slow tourism. Il caso della Valnerina in Umbria*. Milano, FrancoAngeli.
- Cartabellotta, N., Mosti, M., Luceri, R., Cottafava, E., Orsi, F. (2024). *La mobilità sanitaria interregionale nel 2021. Report Osservatorio Gimbe 1/2024*. Bologna, Fondazione GIMBE. https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2024.01_Mobilita_sanitaria_2021.pdf
- Casti, E., Riggio, A. (a cura di, 2022). *Atlante Covid-19. Geografie del contagio in Italia*. Roma, A.Ge.I.
- Cerreti, C., Arca Petrucci, M. (a cura di, 2019). *Per una geografia della Valnerina: pratiche e linguaggi del processo di territorializzazione*. Roma, Gangemi.

¹⁸ A titolo d'esempio avvertiamo la necessità di ulteriori riflessioni in ordine al concetto di metro-montagna, più volte proposto da Demateis (cfr. per es. 2012 e 2016), o comunque nei confronti di soluzioni capaci di considerare le aree interne non "in sé" come nel passato, tanto meno come "appendici territoriali" per offrire opportunità ricreative o sportive a chi risiede in città, bensì come luoghi dotati di tradizionali e nuove funzioni, nonché capaci di proporsi per inedite forme di residenzialità (Fatichenti 2022).

- Cerutti, S., De Falco, S., Graziano, T. (a cura di, 2024). *Territori in transizione. Geografie delle aree marginali tra permanenze e cambiamenti. XVI Rapporto*. Roma, Società Geografica Italiana.
- Chandra, A. et al. (2016). Improving Population Health, Well-Being, and Equity. In Chandra, A. et al. (a cura di). *Building a National Culture of Health: Background, Action Framework, Measures, and Next Steps*. Santa Monica, RAND Corporation, 2016, 122-135. https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR1100/RR1199/RAND_RR1199.pdf
- Chapman, A.R. (2010). The social determinants of health, health equity, and human rights. *Health and Human Rights*, 12(2), 17-30. PMID: 21178187
- Cho, J., Martin, P., Poon, L.W. (2015). Successful aging and subjective well-being among oldest-old adults. *Gerontologist*, 55(1), 132-43. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu074>
- De Rossi, A. (a cura di, 2018). *Riabitare l'Italia. Le aree interne tra abbandoni e riconquiste*. Roma, Donzelli.
- De Santis, G. (2021). Salute e pandemia nel contesto sanitario italiano. *Studi e Ricerche socio-territoriali*, 11, 241-266.
- de Vries, N.M., van Ravensberg, C.D., Hobbelen, J.S., Olde Rikkert, M.G., Staal, J.B., Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2012). Effect of physical exercise therapy on mobility, physical functioning, physical activity and quality of life in community-dwelling older adults with impaired mobility, physical disability and/or multi-morbidity: a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 11, 136-149. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.11.002>
- Dematteis, G. (2016). La città ha bisogno della montagna. La montagna ha diritto alla città. *Scienze del Territorio*, 4, 10-17.
- Dematteis, G. (2012). La metro-montagna: una città al futuro. In Bonora, P. (a cura di). *Visioni politiche del territorio. Per una nuova alleanza tra urbano e rurale*. Bologna, ArchetipoLibri, 85-92.
- Desplanques, H. (2006). *Campagne ombre. Contributo allo studio dei paesaggi rurali dell'Italia centrale*. A cura di A. Melelli. Perugia, Quattroemme (ed. or. *Campagnes ombriennes*, Paris, Colin, 1969).
- Faticenti, F. (2019). La riterritorializzazione della montagna dell'Umbria sud-orientale. In Macchi Jánica, G., Palumbo, A. (a cura di). *Territori spezzati*. Roma, CISGE, 111-116.
- Faticenti, F. (2022). La questione del riassetto territoriale e le prospettive dei centri montani compresi nel cratere sismico. *Umbria Ricerche*, 2-3, 41-62.
- Freedman, V.A. et al. (2017). Aging, mobility impairments and subjective wellbeing. *Disability and Health Journal*, 30, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2017.03.011>
- Frigerio, I., Zanini, F., Mattavelli, M., De Amicis, M. (2019). Understanding the interacting factors that influence social vulnerability: a case study of the 2016 central Italy earthquake. *Disasters*, 43, 867-890. <https://doi.org/10.1111/disa.10403>
- ISTAT (2023). *Popolazione residente e dinamica demografica. Anno 2022*. Roma, <https://www.istat.it/it/files//2023/12/CENSIMENTOEDINAMICADEMOGRAFICA2022.pdf>
- Jivraj, S. et al. (2014). Aging and subjective well-being in later life, *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(6), 930-941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>
- Macchi Jánica, G., Palumbo, A. (a cura di, 2019). *Territori spezzati. Spopolamento e abbandono nelle aree interne dell'Italia contemporanea*. Roma, Centro Italiano per gli Studi Storico-Geografici.
- Marchetti, M., Panunzi, S., Pazzagli, R. (a cura di, 2017). *Aree interne: per una rinascita dei territori rurali e montani*. Soveria Mannelli, Rubbettino.
- Marioncioni, F., Casareale, C., Toseroni, F. (2017). Quarant'anni di terremoti nell'Italia centrale: influenze globali e problematiche locali alla base delle azioni di (s) radicamento territoriale. *Memorie Geografiche*, n.s. 15, 243-248.
- Ministero della Salute (2001). *Attività gestionali ed economiche delle A.S.L. e Aziende Ospedaliere*. (D.P.C.M. 17-5-84; D.M. 19-3-88). Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Anno 2000. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1913_allegato.pdf
- Ministero della Salute (2023). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale. Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN*. Anno 2022. Roma. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3425_allegato.pdf
- Motl, R.W., McAuley, E. (2010). Physical activity, disability, and quality of life in older adults. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 21, 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2009.12.006>
- OECD (2022). *Regional Well-Being. Umbria*. <https://www.oecdregionalwellbeing.org/ITI2.html>
- Osservatorio Nazionale Screening (2023). *Rapporto sul 2021*. <https://www.osservatorionazionalecreening.it/sites/default/files/allegati/Rapporto%20ONS%202021.pdf>

Osti, G., Jachia, E. (a cura di, 2020). *AttivAree. Un disegno di rinascita delle aree interne*. Bologna, Il Mulino.

Palgi, Y. (2020). Positive mental health moderates the association between PTSD symptoms and subjective accelerated aging among older adults. *International Psychogeriatrics*, 32(7), 885-889. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001349>

Prete Pedrini, M.R. (1963). *Umbria*. Torino, UTET.

Prezioso, M. (2017). Aree interne e loro potenzialità nel panorama italiano e europeo. Introduzione al tema. *Geotema*, 55, 68-75.

Regione Umbria (2019). *Area interna Valnerina. Valnerina 14 Comunità una sola idea. Preliminare rafforzato di strategia d'area*, https://politichecoesione.governo.it/media/2790/strategia_preliminare_rafforzato_valnerina.pdf

Regione Umbria (2024). *Flussi turistici in Umbria nell'Anno 2023*, <https://www.regione.umbria.it/turismo-attivita-sportive/statistiche-turismo-2023>

Rejeski, W.J., Mihalko, S.L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *Journals of Gerontology*, 56A (Special Issue II), 23-35. https://doi.org/10.1093/gerona/56.suppl_2.23

Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Maguire, Á., Matz, S. (2020). Well-being is more than happiness and life satisfaction: a multidimensional analysis of 21 countries. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01423-y>

Sarkisian, C.A., Prohaska, T.R., Wong, M.D., Hirsch, S., Mangione, C.M. (2005). The relationship between expectations for aging and physical activity among older adults. *J Gen Intern Med*, 20, 911-915. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0204.x>

Sommella, R. (2017). Una strategia per le aree interne italiane. *Geotema*, 55, 76-79.

Valenti, M., Masedu, F., Mazza, M., Tiberti, S., Di Giovanni, C., Calvarese, A., Pirro, R., Sconci, V. (2013). A longitudinal study of quality of life of earthquake survivors in L'Aquila, Italy. *BMC Public Health*, 13(1), 1143-1149. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1143>

Wang, S.Y., Kim, G. (2019). The relationship between physical-mental comorbidity and subjective well-being among older adults. *Clinical Gerontologist*, 43(4), 455-464. <https://doi.org/10.1080/07317115.2019.1580810>

Westerhof, G.J. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity: a meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, 29(4), 793-802. <https://doi.org/10.1037/a0038016>