neodemos

AGE-IT E LA PROMESSA DI UNA DEMOGRAFIA POSITIVA

Ripensare l'invecchiamento con politiche sostenibili

a cura di Daniele Vignoli e Gustavo De Santis

ISBN: 978-88-32003-15-4

Progetto editoriale e grafica **Caterina Livi Bacci**

AGE-IT E LA PROMESSA DI UNA DEMOGRAFIA POSITIVA RIPENSARE L'INVECCHIAMENTO CON POLITICHE SOSTENIBILI

a cura di

DANIELE VIGNOLI E GUSTAVO DE SANTIS

Associazione Neodemos 2025

In collaborazione con

AUTORI CHE HANNO CONTRIBUITO A QUESTA PUBBLICAZIONE

Elisabetta Barbi – Sapienza Università di Roma

Eva Bei - Università di Bologna

Asya Bellia - Università Bocconi

Enrico Biale - Università del Piemonte Orientale

Giovanna Boccuzzo - Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova

Vanna Boffo - Università di Firenze

Enrico Bovo - Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova

Elisa Brini - Università di Firenze

Carlo Burelli - Università del Piemonte Orientale

Alessandra Burgio - ISTAT, Roma

Luigi Burroni - Università di Firenze

Cinzia Castagnaro - ISTAT, Roma

Chiara Comolli - Università di Bologna

Cinzia Conti - Istat, Roma

Giovanna del Gobbo - Università di Firenze

Alessandra De Rose - Sapienza Università di Roma

Gustavo De Santis - Università di Firenze

Valeria Di Comite - Università di Bari Aldo Moro

Nicole Di Natale - Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Annalisa Donno - Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova

Patrizia Farina - Università di Milano Bicocca

Alessandro Feraldi - Sapienza, Università di Roma

Luisa Frova - ISTAT, Roma

Vincenzo Galasso - Università Bocconi

Giuseppe Gabrielli - Università di Napoli Federico II

Anna Elisabetta Galeotti – Università del Piemonte Orientale

Rosa Gatti – Università di Napoli Federico II

Rebecca Graziosi - INRCA - IRCCS

Raffaele Guetto – Università di Firenze

Thaís García-Pereiro - Università di Bari Aldo Moro

Carlo Lallo - Università del Molise

Claudio Lucifora - Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Rocco Mazza - Università di Bari Aldo Moro

Maurizio Nicolaio - Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova

Davide Pala - Università del Piemonte Orientale

Marilena Pappagallo - ISTAT, Roma

Anna Paterno - Università di Bari Aldo Moro

Marco Piotti - Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano

Dario Raspanti - Università di Firenze

Cristóbal Ruiz-Tagle Coloma - Università Bocconi

Laura Santi Amantini - Università del Piemonte Orientale

Margherita Silan - Dipartimento di Scienze Statistiche, Università degli Studi di Padova

Eustacchio R. Sivilla - Università di Bari "Aldo Moro"

Salvatore Strozza - Università di Napoli Federico II

Laura Terzera - Università di Milano Bicocca

Fabio Togni - Università di Firenze

Eleonora Trappolini - Sapienza Università di Roma

Daniele Vignoli - Università di Firenze

Agnese Vitali - Università di Trento

Francesca Zanasi - Università di Bologna

Gloria Zuccarelli - Università del Piemonte Orientale

INDICE

Daniele Vignoli e Gustavo De Santis
1. Introduzione: oltre l'inverno demografico **9**

Daniele Vignoli, Raffaele Guetto e Elisa Brini
2. Quali politiche per la fecondità in Italia? **14**

Alessandra Burgio, Cinzia Castagnaro, Daniele Vignoli e Agnese Vitali
3. La procreazione medicalmente assistita in Italia **23**

Gustavo De Santis, Elisabetta Barbi, Vanna Boffo, Luigi Burroni, Chiara Comolli, Luisa Frova e Eleonora Trappolini
4. Longevità, salute e vita attiva **31**

Anna Paterno, Valeria Di Comite, Thaís García-Pereiro, Rocco Mazza, Laura Terzera e Eustacchio R. Sivilla
5. Immigrazioni e invecchiamento in Italia **53**

Cinzia Conti, Patrizia Farina, Giuseppe Gabrielli, Rosa Gatti, Anna Paterno e Salvatore Strozza
6. Istruzione, formazione, lavoro e salute degli immigrati in Italia: alcune sfide di una società che invecchia **69**

Giovanna Boccuzzo, Margherita Silan, Maurizio Nicolaio, Annalisa Donno e Enrico Bovo
7. La fragilità negli anziani: comprenderla e misurarla per orientare le politiche sanitarie **84**

Francesca Zanasi, Eva Bei, Rebecca Graziosi e Carlo Lallo
8. Curarsi di chi cura: le sfide per i caregiver informali in una società che invecchia **93**

Claudio Lucifora, Nicole Di Natale e Marco Piotti
9. La silver economy in Italia **107**

Vincenzo Galasso, Anna Elisabetta Galeotti, Asya Bellia, Enrico Biale, Carlo Burelli, Davide Pala, Cristóbal Ruiz-Tagle Coloma, Laura Santi Amantini e Gloria Zuccarelli
10. Indice di Giustizia Intergenerazionale: uno sguardo sull'equità tra età in Europa **122**

1. INTRODUZIONE: OLTRE L'INVERNO DEMOGRAFICO

Daniele Vignoli e Gustavo De Santis

Il cambiamento demografico è una delle grandi storie del nostro tempo. Viviamo più a lungo e le famiglie sono sempre più piccole: due trasformazioni che stanno ridisegnando le nostre società in modi che nessuna generazione prima di noi aveva mai sperimentato. Queste tendenze vengono spesso presentate come una crisi – un "inverno demografico", o un peso crescente sulle generazioni future. Eppure esiste un altro modo di guardarle. L'invecchiamento della popolazione è anche una testimonianza dei progressi dell'umanità: viviamo più a lungo, in salute e in sicurezza come mai prima d'ora. Il cambiamento demografico non è soltanto una sfida da affrontare, ma anche un successo da valorizzare e un'opportunità da costruire.

Questo e-book adotta una prospettiva di demografia positiva, di cambiamento e adattamento, in linea con le principali raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, delle Nazioni Unite e della Commissione Europea. Come sottolineato dall'Associazione Italiana per gli Studi di Popolazione (AISP), parlare di demografia positiva non significa ignorare le difficoltà reali legate all'invecchiamento, alla bassa fecondità o alle disuguaglianze sociali. Si tratta, piuttosto, di un invito a cambiare sguardo: a passare dalla paura e dall'allarme alla comprensione e all'azione. Ci incoraggia a vedere la trasformazione demografica come una nuova fase nella storia delle nostre società: non necessariamente migliore o peggiore di quelle passate, ma diversa, e ricca di possibilità di rinnovamento.

L'Italia si trova in prima linea in questa transizione. È tra i Paesi più anziani del mondo: un cittadino su quattro ha 65 anni o più, e la speranza di vita è tra le più alte a livello globale. La fecondità resta molto bassa e le differenze territoriali continuano a modellare la realtà demografica del Paese. Eppure, proprio per questo, l'Italia rappresenta un contesto straordinario per esplorare il futuro delle società che invecchiano. I suoi successi in termini di longevità, i sistemi di welfare locale vitali e una lunga tradizione di solidarietà familiare ne fanno un vero e proprio "laboratorio naturale" per studiare come si possa invecchiare bene in una società che invecchia. Il caso italiano, dunque, offre lezioni preziose non

solo per l'Europa, ma anche per molti altri Paesi che oggi attraversano trasformazioni simili. È in questo contesto che nasce il Programma di Ricerca Age-It – Ageing Well in an Aging Society.

Finanziato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Ministero dell'Università e della Ricerca, Age-It è uno dei più grandi e ambiziosi programmi di ricerca sull'invecchiamento mai avviati in Europa. Con un investimento di oltre 115 milioni di euro e una vasta rete interdisciplinare, Age-It riunisce esperti di demografia, medicina, biologia, economia, psicologia, ingegneria e scienze sociali. L'obiettivo di Age-It non è solo comprendere le cause e le conseguenze dell'invecchiamento, ma anche progettare soluzioni concrete.

Age-It è articolato in dieci centri di ricerca tematici, i cosiddetti *Spokes*, ciascuno dedicato a una sfida chiave dell'invecchiamento: dalla demografia dell'invecchiamento (longevità, fecondità e migrazioni), alla biologia dell'invecchiamento, dalla complessità della multimorbidità e alla sostenibilità dei sistemi di cura. Altri Spokes affrontano la silver economy e il ruolo attivo delle persone anziane nel lavoro e nel consumo, le dimensioni culturali e politiche delle società che invecchiano, e lo sviluppo di tecnologie innovative per la salute e l'inclusione. Iniziative trasversali si concentrano inoltre su formazione permanente, gestione dei dati e trasferimento delle conoscenze scientifiche nelle politiche pubbliche.

Il messaggio centrale di Age-It è chiaro: l'invecchiamento non deve essere visto solo come un costo, ma come un'occasione condivisa per promuovere benessere, equità e sostenibilità. Collegando ricerca scientifica e politiche pubbliche, il programma propone e sostiene una visione olistica dell'invecchiamento, che unisca innovazione sociale e azione concreta. La sfida non è solo adattarsi al cambiamento demografico, ma plasmarlo, orientandolo verso gli obiettivi di sviluppo sostenibile e di giustizia tra le generazioni.

Questo e-book si inserisce in questa prospettiva e sintetizza alcune delle principali sfide demografiche che oggi interessano l'Italia e le altre società che invecchiano. Tratta la demografia dell'invecchiamento affrontando le dinamiche di fecondità (capp. 2 e 3), longevità e salute (cap. 4), e migrazioni (capp. 5 e 6); l'attenzione crescente a fragilità e resilienza, esplorando come riconoscere e mitigare le vulnerabilità nella vita adulta e anziana (cap. 7), la demografia della cura, che analizza come famiglie, istituzioni e comunità possano sostenere sistemi di assistenza (cap. 8); la silver economy, in cui le persone anziane assumono ruoli attivi come lavoratori, consumatori e innovatori (cap. 9) e il tema della giustizia intergenerazionale, che riguarda

l'equità di trattamento tra generazioni (cap. 10).

Ciascuno di questi temi è trattato con una forte attenzione alle implicazioni per le politiche pubbliche. L'obiettivo è trasformare la conoscenza demografica in indicazioni operative per una agenda sostenibile dell'invecchiamento. Ciò significa ripensare indicatori tradizionali – come l'indice di dipendenza degli anziani - che spesso offrono una visione troppo pessimistica, e sviluppare invece misure che riflettano meglio i miglioramenti in salute, istruzione e speranza di vita. Significa anche individuare strategie che uniscano adattamento (prepararsi alle realtà di una popolazione che invecchia) e mitigazione (affrontare le cause strutturali degli squilibri demografici, come la bassa fecondità o le disuguaglianze di accesso ai servizi di cura). La prospettiva della demografia positiva proposta da Age-It offre dunque una nuova via da seguire: se le società hanno saputo adattarsi all'industrializzazione, all'urbanizzazione e alla globalizzazione, analogamente possono adattarsi anche all'invecchiamento della popolazione. Le società hanno saputo adattarsi all'industrializzazione, all'urbanizzazione e alla globalizzazione: analogamente possono adattarsi anche all'invecchiamento della popolazione. La chiave è puntare sull'inclusione e sull'impegno per l'equità tra le generazioni.

La storia dell'invecchiamento è la storia del successo dell'umanità - e della sua prossima grande sfida. Con le giuste politiche e una visione condivisa, può diventare anche la storia del nostro rinnovamento. Questo eBook invita lettrici e lettori a confrontarsi con questa sfida, esplorando come un approccio positivo e sostenibile al cambiamento demografico possa aiutarci a costruire società che permettano davvero a tutti di invecchiare bene, oggi e domani.

RINGRAZIAMENTI

Ringraziamo per il finanziamento il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, Next Generation EU, Progetto Age-It: "Ageing Well in an Ageing Society". Le opinioni e i punti di vista espressi sono esclusivamente quelli degli autori e non riflettono necessariamente quelli dell'Unione Europea o della Commissione Europea. Né l'Unione Europea né la Commissione Europea possono essere ritenute responsabili degli stessi.

PER SAPERNE DI PIÙ

Alderotti, G., Cozzani, M., Barbi, E., De Santis, G., Mezzanzanica, M.,

Miglio, R., Paterno, A., & Vignoli, D. (in press). Positive demography: Changing the perspective on population aging from the Age-It Research Program. The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.

Leeson, G. W. (2017). Realizing the potentials of ageing. Journal of Population Ageing, 10, 315–321.

Natale, F., Bernini, A., Seiger, F., & Kajander, N. (2024). Old age does not start at 65 (JRC137524). European Commission.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2023). World social report 2023: Leaving no one behind in an ageing world. United Nations.

Vignoli, D., & Paterno, A. (Eds.). (2025). Rapporto sulla popolazione Verso una demografia positiva. Bologna: il Mulino.

Vignoli, D., Albertini, M., Chiatti, C., Aimaretti, G., Boccuzzo, G., Boffo, V., Brugiavini, A., Cavallo, F., Cenci, S., Cherubini, A., Cincotti, F., D'Adda di Fagagna, F., Ferrarese, C., Galasso, V., Galeotti, E., Graziani, A., Iaccarino, G., Lattanzio, F., Lucifora, C., … Petrucci, A. (in press). Aging well in an aging society: Italy at the forefront of global aging and the Age-It Research Program. The Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.

Vignoli, D., Barbi, E., & Paterno, A. (2024). La demografia dell'invecchiamento: Una lettura positiva. Rivista il Mulino, 73(528), 12–30.

Vignoli, D., Paterno, A., & Stranges, M. (2025). Population report 2025: Towards a positive demography. Executive summary. Population Europe.

World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.

2. QUALI POLITICHE PER LA FECONDITÀ IN ITALIA?

Daniele Vignoli, Raffaele Guetto e Elisa Brini

IN PRIMO PIANO

- La bassa fecondità italiana non deriva soltanto da mutate preferenze o cambiamenti culturali, ma è soprattutto il risultato di vincoli strutturali di natura economica, sociale e istituzionale che limitano la possibilità di realizzare i progetti di genitorialità.
- In Italia il sostegno pubblico alla genitorialità è poco generoso, con servizi per la prima infanzia insufficienti, congedi poco incentivanti per i padri e un quadro normativo che non favorisce l'indipendenza economica dei giovani, mentre precarietà occupazionale, stagnazione salariale e incertezza economica e abitativa ostacolano la transizione all'età adulta.
- Le politiche pronataliste, spesso basate su misure frammentarie come assegni una tantum, mostrano un'efficacia modesta nel sostenere la natalità. Per affrontare in modo più duraturo la "crisi demografica" è necessario un pacchetto coerente di riforme strutturali che promuova l'autonomia giovanile, la parità di genere, il potenziamento dei servizi per l'infanzia e dei congedi parentali, e la tutela della salute riproduttiva nell'intero corso di vita.
- L'invecchiamento "dal basso", dovuto al persistente calo delle nascite, richiede un approccio integrato e multidimensionale. Non bonus spot, ma riforme strutturali per migliorare le condizioni di vita.

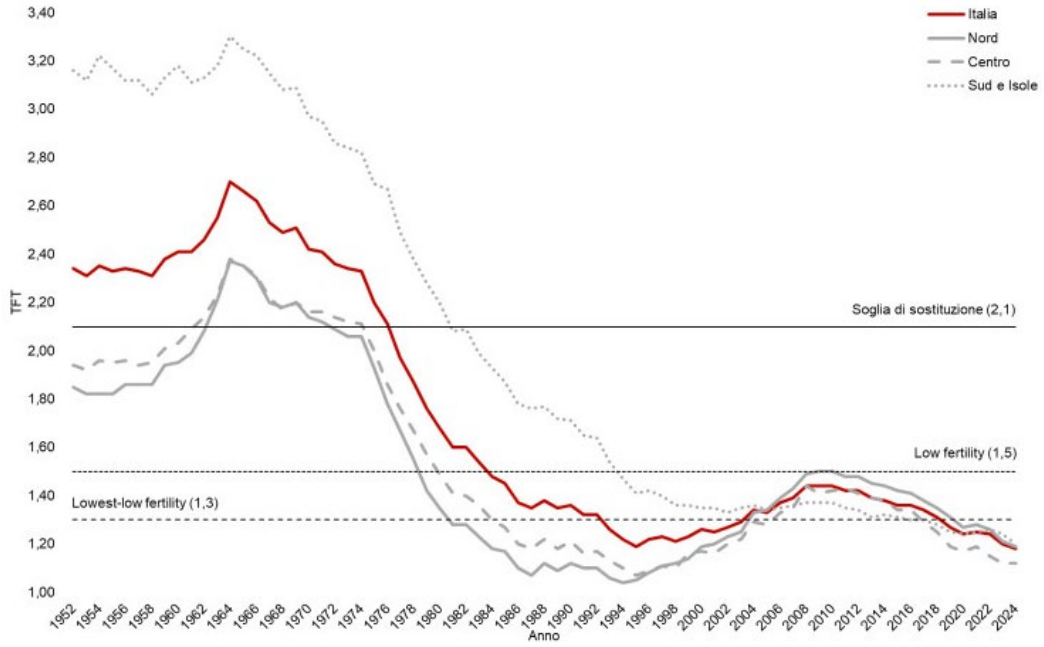
1. IL NODO IRRISOLTO DELLA BASSA FECONDITÀ IN ITALIA

La demografia italiana è caratterizzata da due tendenze interdipendenti. Da un lato la progressiva crescita della vita media, dall'altro la persistente bassa fecondità. Questi fenomeni fanno dell'Italia uno dei Paesi leader nel processo di invecchiamento globale e contribuiscono a ridurre la forza lavoro, minando la sostenibilità del sistema economico e sociale ed esercitando una crescente pressione sulla spesa pubblica, in

particolare per pensioni e sanità.

Tuttavia, il declino della fecondità in Italia non è un fenomeno recente. Come mostra la figura 1, dopo il picco del 1964, con 2,66 figli per donna, il tasso di fecondità totale (TFT) ha iniziato a diminuire negli anni Settanta, in parallelo ai processi di modernizzazione sociale ed economica. Una breve fase di crescita del TFT nei primi anni Duemila non ha interrotto la tendenza di lungo periodo, che ha condotto, secondo le più recenti stime ISTAT, al minimo storico di 1,18 figli per donna nel 2024. Ciò segna il quarantesimo compleanno di bassa fecondità: dal 1984, infatti, il TFT si mantiene stabilmente al di sotto della soglia di 1,5 figli per donna. Questo andamento colloca l'Italia tra i Paesi europei a più bassa fecondità, con una distanza considerevole dalla soglia di sostituzione generazionale, di poco superiore a 2.

Figura 1. Andamento del TFT in Italia, 1952-2024



Fonte: demo.istat, Tasso di Fecondità Totale [consultato in data 12/09/2025]

Particolarmente rilevante è il divario tra fecondità desiderata e fecondità realizzata, noto come *fertility gap*. L'indagine "Bambini e ragazzi: comportamenti, atteggiamenti e progetti futuri", condotta dall'Istat tra ottobre e dicembre 2023 per approfondire aspetti centrali della vita quotidiana dei giovanissimi in Italia, rivela che, tra gli 11-19enni che

desiderano avere figli, l'80% aspira ad averne almeno due. Tuttavia, se si considera la generazione di donne che ha da poco concluso la propria esperienza riproduttiva, ossia le nate nel 1973, emerge che solo il 36% ha avuto due o più figli.

In Italia, il *fertility gap* risulta tra i più ampi d'Europa, con livelli elevati di infecondità involontaria. A questo si aggiunge il crescente rinvio della genitorialità. Nel 2024 l'età media al primo figlio ha raggiunto i 32,6 anni, con un aumento costante delle madri ultraquarantenni. Il posticipo della maternità riduce le probabilità di avere più figli e accresce il rischio di infertilità, come testimonia l'espansione della procreazione medicalmente assistita, che oggi rappresenta circa il 4% delle nascite complessive (Cap. 3).

Il *fertility gap* rivela un potenziale riproduttivo inespresso e mette in evidenza la presenza di vincoli economici, sociali e istituzionali che ostacolano i progetti genitoriali. Benché la bassa fecondità duri ormai da oltre quattro decenni, la "crisi demografica" è entrata nell'agenda politica solo di recente, e le risposte finora adottate si sono limitate a incentivi economici di breve periodo o a generici richiami culturali, senza affrontare i nodi strutturali che ostacolano la piena realizzazione dei progetti familiari.

2. I DUE APPROCCI DELLE POLITICHE CONTRO LA DENATALITÀ

Nell'ambito del dibattito sulle politiche per la fecondità si possono distinguere due principali modelli di intervento: l'approccio pronatalista e quello strutturale.

L'*approccio pronatalista* parte dall'assunto che la bassa fecondità derivi da scelte individuali influenzate dall'indebolimento delle norme familiari tradizionali e da un crescente individualismo. In questa prospettiva, l'azione pubblica mira a incentivare direttamente le nascite, attraverso strumenti economici specifici (bonus, trasferimenti monetari, agevolazioni fiscali) e strumenti di riconoscimento simbolico, spesso facendo leva su retoriche che enfatizzano modelli di famiglia tradizionali.

L'*approccio strutturale*, al contrario, non mira esplicitamente a orientare i comportamenti riproduttivi, ma interviene sulle condizioni che, indirettamente, possono influenzarli. Le misure pensate in questa prospettiva puntano a creare un ambiente socio-economico favorevole ai progetti di vita, integrando le politiche familiari con interventi su precarietà lavorativa, insicurezza abitativa, carenza di servizi per l'infanzia e diseguaglianze di genere.

Benché distinti sul piano analitico, i due approcci non sono mutualmente esclusivi. Il caso francese, ad esempio, mostra come misure pronataliste e interventi strutturali possano integrarsi, contribuendo a mantenere la fecondità su livelli più alti rispetto ad altri contesti europei, seppure anch'essi inferiori alla soglia di sostituzione.

3. FATTORI STRUTTURALI E FECONDITÀ

A partire dagli anni Novanta, spinti dal Job Study dell'OCSE (1994) e dalla Strategia Europea per l'Occupazione, numerosi Paesi europei, tra cui l'Italia, hanno avviato riforme di deregolamentazione del mercato del lavoro volte a ridurne le presunte rigidità e contrastare la disoccupazione. Queste riforme hanno favorito la diffusione di contratti temporanei e flessibili, generando un mercato segmentato caratterizzato da una netta divisione tra "insider" e "outsider". In Italia, la deregolamentazione ha colpito prevalentemente i nuovi ingressi nel mercato del lavoro, lasciando pressoché inalterata la stabilità occupazionale dei lavoratori già inseriti. Ne è derivato un acuirsi del dualismo del mercato del lavoro, con una quota crescente di lavoratori con contratti a termine, discontinuità lavorativa e incertezza reddituale. Questo squilibrio ha inciso in misura sproporzionata sui giovani adulti, proprio più coinvolte nei processi di formazione della famiglia.

Le analisi comparative mostrano che nei Paesi in cui si è ampliato il divario tra regolamentazione dell'impiego permanente e regolamentazione del lavoro temporaneo si è registrata una riduzione della fecondità. Si tratta di un effetto trasversale a diversi gruppi di età e contesti istituzionali, a suggerire il carattere sistemico con cui la precarietà occupazionale incide sui comportamenti riproduttivi.

Sul piano micro, un corpo di evidenze ormai consolidato documenta l'esistenza di un nesso causale tra instabilità lavorativa (contratti temporanei, periodi di disoccupazione) e rinvio della genitorialità. Gli effetti, pur mostrando eterogeneità in funzione del genere, della coorte di nascita e del contesto territoriale, risultano particolarmente marcati per le donne e, più in generale, nei Paesi dell'Europa meridionale. In questi contesti, la precarietà lavorativa si configura come un importante fattore strutturale di disincentivo alla natalità, il cui peso appare crescente tra le generazioni più giovani.

Anche per il caso italiano è ampiamente documentato l'effetto ritardante dell'occupazione temporanea sulla genitorialità. Gli studi mostrano che

chi avvia il proprio percorso professionale con un contratto a termine ha una probabilità significativamente inferiore di diventare genitore rispetto a chi inizia con un impiego stabile. Alderotti e colleghi (2024) evidenziano inoltre come coloro che abbiano sperimentato carriere caratterizzate da precarietà e interruzioni lavorative presentino una fecondità complessiva più bassa. Il rafforzarsi di questo legame nel tempo, soprattutto tra le lavoratrici italiane, mette in luce come l'instabilità occupazionale sia divenuta un fattore cruciale del declino della fecondità.

4. IL SISTEMA DI POLITICHE FAMILIARI ITALIANO: EVOLUZIONE E LIMITI

Nel panorama europeo, l'Italia si distingue per un sistema di welfare familistico, in cui lo Stato svolge un ruolo residuale nel sostegno alla genitorialità, delegando molte responsabilità alla famiglia. Le politiche familiari italiane si sono storicamente caratterizzate per una bassa generosità, copertura selettiva e forte frammentazione. L'introduzione dell'Assegno Unico e Universale nel 2022 ha costituito un primo passo importante verso l'universalizzazione delle misure di sostegno economico ai figli. Tuttavia, gli importi relativamente contenuti ne limitano la capacità di incidere in maniera significativa sulle scelte riproduttive.

Sul fronte dei congedi parentali, l'attuale assetto si rivela insufficiente a favorire una reale condivisione dei carichi familiari, soprattutto nel confronto internazionale. Sebbene i congedi siano formalmente trasferibili tra i genitori, la bassa sostituzione salariale nei mesi facoltativi (30%) ne scoraggia l'utilizzo da parte dei padri. Inoltre, il congedo di paternità, pur essendo stato esteso progressivamente da un giorno nel 2012 a dieci giorni nel 2022, registra un tasso di adesione ancora limitato: tra il 2021 e il 2025, ne ha usufruito circa il 60-65% dei padri, ma solo il 28% lo ha utilizzato per l'intera durata prevista.

Per quanto riguarda l'offerta dei servizi educativi per la prima infanzia (0-3 anni), i livelli di copertura restano modesti. Nonostante un lieve aumento, il tasso di copertura (28% circa) rimane lontano dagli obiettivi fissati dalla Commissione Europea per il 2030 (45%) e si accompagna a profonde disomogeneità territoriali. Nel Mezzogiorno, dove l'offerta pubblica è particolarmente carente, la crescita è stata trainata soprattutto dal settore privato, con il rischio di amplificare le disuguaglianze legate alle barriere economiche di accesso.

5. EVIDENZE SULL'EFFICACIA DELLE POLITICHE FAMILIARI

L'attenzione verso il ruolo delle politiche familiari come strumento per incentivare la fecondità è in crescita e i risultati della letteratura sono tuttora articolati. Le rassegne della letteratura condotte nel primo decennio degli anni Duemila mettevano in evidenza come l'efficacia delle politiche familiari fosse generalmente modesta e di natura temporanea, tale da rendere conto solo marginalmente delle differenze di fecondità osservate tra i Paesi sviluppati. Gli studi più recenti, condotti con approcci metodologicamente più robusti, restituiscono invece una prospettiva più ottimistica. La rassegna della letteratura quasi-sperimentale condotta da Bergsvik, Fauske e Hart nel 2021 conclude che alcune misure, in particolare i congedi parentali e i servizi per l'infanzia, hanno effetti consistenti e durevoli. Al contrario, i trasferimenti monetari, come i bonus alla nascita, pur generando effetti significativi nel breve periodo, tendono ad aumentare la fecondità in modo modesto e transitorio.

Per quanto riguarda l'Italia, le evidenze disponibili sono relativamente scarse, ma offrono indicazioni convergenti. Lo studio di Dimai (2023), che analizza l'effetto di un sussidio regionale per la frequentazione dei nidi d'infanzia in Friuli-Venezia Giulia, mostra che l'accesso a servizi educativi per la prima infanzia a costi accessibili può sostenere la fecondità. Con un approccio diverso, lo studio di Guetto, Alderotti e Vignoli (2025) giunge a conclusioni simili. Analizzando l'impatto potenziale dei servizi per l'infanzia, dei congedi parentali e degli assegni familiari in Italia, gli autori mostrano che non a tutte le misure viene attribuita pari rilevanza per la fecondità: un'ampia disponibilità di nidi pubblici a tempo pieno è percepita come più determinante rispetto all'aumento degli assegni familiari, mentre congedi parentali più lunghi e paritari risultano meno incisivi. Un ulteriore elemento emerso dallo studio riguarda l'efficacia limitata di interventi isolati. Piccoli ritocchi alle singole misure, infatti, non appaiono in grado di produrre cambiamenti apprezzabili. Solo un potenziamento coerente e simultaneo di tutte le politiche potrebbe tradursi in un aumento significativo della fecondità. Resta comunque evidente che le condizioni socio-economiche pesano più delle politiche stesse: alla luce dell'instabilità del mercato del lavoro, dell'aumento dei costi di mantenimento dei figli e del calo dei salari reali, la disponibilità di due redditi e di un reddito familiare adeguato è percepita come condizione indispensabile per avere figli.

6. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

Dunque, quali politiche per affrontare la bassa fecondità in Italia? Di seguito alcune indicazioni di policy, che mirano a creare un contesto in cui le persone possano effettivamente avere figli, qualora lo desiderino.

1. La bassa fecondità in Italia è il risultato di ostacoli multidimensionali che richiedono un ripensamento strutturale delle politiche familiari. Per affrontare questa sfida, non basta incentivare finanziariamente la natalità. È necessario creare un ambiente complessivamente favorevole che renda la genitorialità compatibile con i progetti di vita individuali.

2. In questa prospettiva, la promozione della conciliazione tra lavoro e famiglia in un'ottica di parità di genere rappresenta un obiettivo centrale. Ciò implica investire in politiche che favoriscano una distribuzione più equa dei compiti di cura tra uomini e donne e ampliare l'accesso a servizi educativi per l'infanzia che siano di qualità, capillari e a costi sostenibili.

3. Garantire ai giovani maggiore stabilità economica e sicurezza abitativa è un prerequisito, non un obiettivo secondario. Sicurezza occupazionale e soluzioni abitative accessibili sono condizioni indispensabili per facilitare l'uscita dalla famiglia di origine e ridurre l'incertezza economica, che costituisce una delle principali barriere alla genitorialità.

4. Serve coerenza e continuità nelle misure. Politiche frammentate o discontinue rischiano di minarne l'efficacia e di ridurre la fiducia dei cittadini nella capacità dello Stato di sostenere realmente le famiglie. Solo un approccio integrato, stabile e di lungo periodo può produrre effetti significativi sulla fecondità.

In definitiva, solo investendo in un futuro che favorisca l'indipendenza giovanile, la conciliazione tra lavoro e famiglia, la piena parità di genere e il riconoscimento delle trasformazioni nei modelli familiari e demografici sarà possibile determinare una svolta duratura nella dinamica demografica del Paese. Un sostegno strutturale e coerente potrà creare un contesto favorevole in cui le persone siano messe nelle condizioni di realizzare le proprie aspirazioni riproduttive. In tale prospettiva, il paradigma delle politiche strutturali appare più promettente rispetto all'attuale inclinazione verso misure di stampo pronatalista.

PER SAPERNE DI PIÙ

Alderotti, G., Guetto, R., Barbieri, P., Scherer, S., & Vignoli, D. (2024). Unstable employment careers and (quasi-)completed fertility: Evidence from labor market deregulation in Italy. *European Sociological Review*, 41(2), 299–315.

Bergsvik, J., Fauske, A., & Hart, R. K. (2021). Can policies stall the fertility fall? A systematic review of the (quasi-) experimental literature. *Population and Development Review*, 47(4), 913–964.

Dimai, M. (2023). Shall we have another? Effects of daycare benefits on fertility: A case study in a region in northeastern Italy. *Genus*, 79(1), 13.

Guetto, R., Alderotti, G., & Vignoli, D. (2025). Can Family Policies Enhance Fertility? An Ex Ante Evaluation Through Factorial Survey Experiments. *Demography*, 62(1), 311–334.

ISTAT (2024). *Indagine bambini e ragazzi. Anno 2023*. Statistiche Report.

OECD (1994). The OECD Jobs Study: Facts, Analysis, Strategies, OECD Publishing, Paris.

Vignoli, D., & Guetto, R. (2025). Policies and Fertility: Pronatalist vs. Structural Approaches. In: Schoen, R. (eds) *Advances in Social Demography. The Springer Series on Demographic Methods and Population Analysis*, vol 59. Springer, Cham. (pp. 39–55)

3. LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA IN ITALIA

Alessandra Burgio, Cinzia Castagnaro, Daniele Vignoli e Agnese Vitali

IN PRIMO PIANO

- Negli ultimi decenni, la genitorialità in Italia si è spostata progressivamente verso età più avanzate, con un'età media al primo figlio di quasi 32 anni per le madri – la più alta d'Europa – e una crescente incidenza di nascite da madri over 40. Questo rinvio è legato a fattori culturali, sociali ed economici, ma ha come conseguenza diretta l'aumento dei problemi di fertilità legati all'età.
- La procreazione medicalmente assistita (PMA) assume un ruolo sempre più centrale nel percorso verso la genitorialità: in Italia, nel 2023, il 3,9% della fecondità è imputabile a tecniche di PMA, con valori che raggiungono il 6,4% per i primi figli e superano il 32% tra le donne che diventano madri per la prima volta dopo i 40 anni.
- Il ricorso alla PMA avviene spesso dopo tentativi naturali falliti, contribuendo così a innalzare l'età media alla maternità tra le donne che vi accedono (37,8 anni contro 32,3 per i concepimenti naturali).
- Con la sua inclusione nei livelli essenziali di assistenza dal 2025, il ruolo della PMA sembra destinato a crescere ulteriormente. Rimangono però sfide aperte in termini di accessibilità, sostenibilità e consapevolezza sui limiti biologici della fertilità.

1. UNA MATERNITÀ SEMPRE PIÙ TARDIVA

Negli ultimi decenni la genitorialità in Italia è diventata progressivamente più tardiva. L'età media materna al primo figlio ha quasi raggiunto i 32 anni, la più alta d'Europa. Parallelamente, aumentano anche le nascite da madri quarantenni, che nel nostro Paese sono ormai tra le più numerose del continente (9% Italia e 6% Ue27).

Il rinvio della genitorialità ha cause molteplici: percorsi di studio più lunghi, precarietà lavorativa, difficoltà economiche e di conciliazione

lavoro-famiglia, incertezza rispetto al futuro. Tuttavia, avere figli in età avanzata comporta rischi biologici non trascurabili. La fertilità femminile cala sensibilmente dopo i 35 anni e la probabilità di concepire naturalmente oltre i 40 si riduce drasticamente. Anche la fertilità maschile cala con l'età, in particolare dopo i 40 anni. In questo scenario la procreazione medicalmente assistita, che comprende tecniche come la fecondazione in vitro, l'inseminazione artificiale e la stimolazione ormonale, rappresenta per molte coppie l'unica possibilità concreta di diventare genitori quando le strade naturali si rivelano infruttuose.

2. L'ITALIA NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

L'Italia si distingue nel panorama internazionale per due fattori: una delle fecondità più basse al mondo, con circa 1,2 figli per donna nel 2024, e una delle età medie al parto più elevate (32,6 anni, in media per tutti gli ordini di nascita). L'età media è elevata in particolare per il primo figlio: si diventa madri per la prima volta a quasi 32 anni e il contributo della fecondità oltre i 40 anni è crescente e arriva al 7,7% del tasso di fecondità totale nel 2023. Queste caratteristiche rendono il nostro Paese un caso di studio unico. In contesti come la Danimarca, l'Australia o gli Stati Uniti, dove il contributo della PMA alla fecondità è stato misurato, esso è già rilevante e in costante crescita. L'Italia, pur avendo avviato questo percorso più tardi per via di una normativa inizialmente restrittiva, mostra oggi una dinamica rapida e destinata a proseguire.

3. IL RUOLO DELLA PMA IN ITALIA: LA PRIMA STIMA NAZIONALE

In un recente studio (Burgio et al 2025) abbiamo quantificato il contributo della PMA alla fecondità in Italia - e si tratta della prima volta per il nostro Paese. Lo studio integra dati provenienti da diverse fonti della statistica ufficiale, tra cui il registro Istat delle nascite della popolazione residente, i Certificati di Assistenza al Parto del Ministero della Salute e i dati Istat della popolazione femminile residente in età fertile. L'articolo, si riferisce al 2022, ma in questo contributo aggiorniamo l'analisi al 2023, utilizzando i dati più recenti al momento disponibili.

Conviene premettere che parliamo qui di tecniche di procreazione medicalmente assistita o PMA (in inglese *medically assisted reproduction* - MAR) in senso ampio: quindi non solo gli interventi cosiddetti ART (assisted reproduction treatments) come ad esempio la *fecondazione in vitro* (IVF), l'iniezione intracitoplasmatica dello spermatozoo

(ICSI - intracytoplasmic sperm injection), test genetici preimpianto e crioconservazione di embrioni e gameti, ma anche inseminazione assistita e cure ormonali, come l'induzione o stimolazione di ovulazione (Zegers-Hochschild et al., 2017).

Ebbene, in questo senso ampio, nel 2023 la PMA ha contribuito per il 3,9% alla fecondità totale in Italia.

Tabella 1. Indicatori di fecondità, con e senza PMA, totale e primo ordine di nascita (15-59 anni) - Anni 2013 e 2023

	Totale		Primo ordine	
	2013	2023	2013	2023
TFT:				
totale	1,389	1,206	0,696	0,598
senza PMA	*1,359*	*1,159*	*0,672*	*0,560*
con PMA	*0,029*	*0,047*	*0,023*	*0,038*
Contributo della PMA al TFT (%):				
tutte le età	2,1	3,9	3,4	6,4
40 anni e oltre	*8,6*	*17,2*	*16,7*	*32,1*
Età media al parto (anni):				
totale	31,5	32,5	30,6	31,8
senza PMA	*31,3*	*32,3*	*30,4*	*31,4*
con PMA	*36,2*	*37,8*	*36,0*	*37,7*

Fonte: Istat, Ministero della Salute

Sebbene la quota rimanga ancora piuttosto contenuta, l'incidenza della PMA sulla fecondità totale è quasi raddoppiata nell'arco di un decennio. Un'evoluzione che sintetizza una vera e propria trasformazione, indicativa di un cambiamento strutturale nei percorsi riproduttivi. L'aumento dal 2,1% al 3,9% in dieci anni non è solo una crescita numerica: è il segnale di un cambiamento silenzioso ma profondo nella dinamica della natalità e fecondità.

Se si considera la fecondità del primo ordine, la quota sale al 6,4%, anche in questo caso con un quasi raddoppio rispetto al 2013 (3,4%). Questi valori sono molto importanti poiché testimoniano come la PMA rappresenti ormai un elemento determinante nella realizzazione delle intenzioni di fecondità.

La rilevanza della PMA cresce significativamente con l'aumentare dell'età materna: tra le donne con più di 40 anni, il 17,2% della fecondità totale è attribuibile a tecniche di procreazione medicalmente assistita.

Un'incidenza che sale fino al 32,1% se si considerano le donne che diventano madri per la prima volta dopo i 40 anni, segnalando come la PMA rappresenti un canale sempre più cruciale per la transizione alla maternità in età avanzata.

La struttura per età delle madri che ricorrono alla procreazione medicalmente assistita risulta significativamente più matura rispetto a quella delle madri che concepiscono naturalmente. L'età media al primo figlio per le donne che utilizzano tecniche di PMA sfiora i 38 anni, a fronte di una media di 31,4 anni per chi arriva alla maternità senza assistenza medica – una differenza di oltre sei anni.

La procreazione medicalmente assistita può rappresentare un intervento medico finalizzato a trattare situazioni di infertilità o ipofertilità. Salvo rari casi di sterilità assoluta, le coppie tendono inizialmente a cercare il concepimento per vie naturali, spesso per lunghi periodi. Questo comportamento, del tutto comprensibile, comporta un ritardo fisiologico nel ricorso alla PMA, contribuendo così ad innalzare l'età media delle donne al momento della gravidanza ottenuta con tecniche di riproduzione assistita.

La PMA viene spesso intrapresa in età più avanzata, quando la probabilità di concepimento spontaneo diminuisce sensibilmente. I problemi di fertilità, infatti, aumentano con l'età, sia per motivi fisiologici legati alla riduzione della riserva ovarica e della qualità ovocitaria, sia per la possibile presenza di condizioni mediche che si manifestano o si aggravano nel tempo.

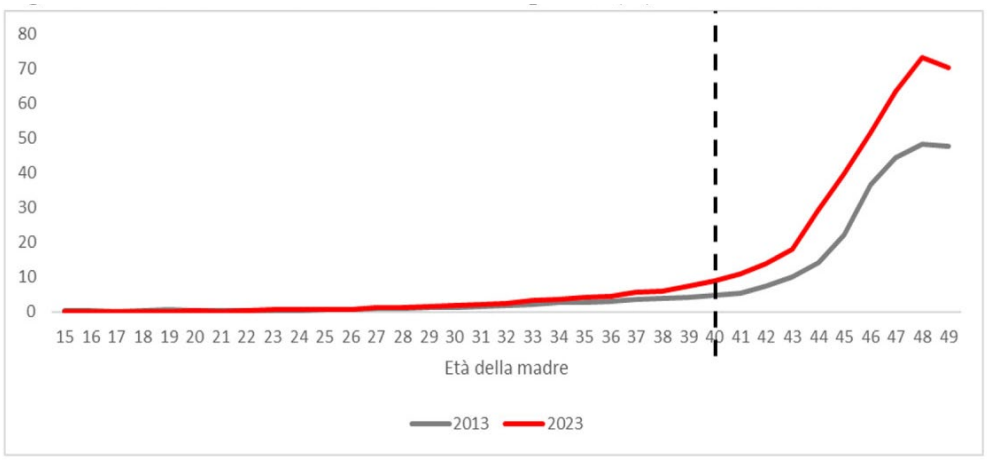
Inoltre, l'età più elevata delle madri che ricorrono alla PMA è anche l'esito di traiettorie di vita sempre più complesse, in cui il rinvio della maternità è spesso legato a scelte di carriera, instabilità lavorativa o alla ricerca di una stabilità di coppia. La PMA, in questo senso, rappresenta non solo una risposta clinica alla sterilità, ma anche uno strumento che intercetta i cambiamenti sociali nei tempi e nei modi della genitorialità.

Il contributo della PMA alla fecondità è dunque crescente con l'età, con andamento simile rispetto al 2013, ma con livelli più elevati soprattutto dopo i 40 anni (figura 1).

Nel 2023, il contributo della PMA alla fecondità per età dopo i 40 anni coinvolge una madre su sei; se ci riferiamo alla classe 45-49 anni, il contributo supera il 50% del numero medio di figli per donna.

Figura 1. Contributo della PMA alla fecondità per età (%) – Anni 2013 e 2023

Figura 1. Contributo della PMA alla fecondità per età (%) – Anni 2013 e 2023



Fonte: Istat, Ministero della Salute

4. UNA STORIA DI LEGGI E CAMBIAMENTI

La PMA in Italia è regolata dalla legge 19 febbraio 2004, n. 40, recante "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Nel suo impianto originario la legge prevedeva l'accesso alle sole coppie di persone maggiorenni sterili o infertili (a seguito di certificazione medica), di sesso diverso e coniugati o conviventi in età potenzialmente fertile. Inoltre, la legge prevedeva che in ogni ciclo di fecondazione assistita fosse possibile produrre al massimo tre embrioni, da impiantare contemporaneamente ed era vietata la crioconservazione. Nel tempo, la legge ha subito una serie di modifiche a seguito di sentenze della Corte Costituzionale, che nel 2009 ha demandato al medico la decisione del numero di ovuli da inseminare, cercando di limitare il numero di stimolazioni ormonali da effettuare, con possibilità di congelare gli embrioni; nel 2014 ha dichiarato illegittimo il divieto del ricorso a tecniche di PMA di tipo eterologo, qualora sia stata diagnosticata una patologia che sia causa di sterilità o infertilità assolute ed irreversibili; nel 2015 ha esteso l'accesso alla PMA anche alle coppie fertili con malattie genetiche trasmissibili ed ha reso possibile la diagnosi genetica pre-impianto. Il ricorso alla PMA è ancora vietato ai single e alle coppie omosessuali ed è illecita la fecondazione post mortem con spermatozoi di un marito o compagno deceduto. Con il decreto del Ministero della Salute del 20 marzo 2024 sono state inoltre emanate le nuove Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita che, oltre a fornire indicazioni agli operatori delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di PMA,

adeguano i contenuti della Legge 40 alle sentenze succitate.

A seguito dell'approvazione della Legge 40 è stato istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità il Registro Nazionale PMA (Decreto del Ministero della Salute del 7 ottobre 2005), che dal 2006 raccoglie i dati di tutti i Centri autorizzati dalle Regioni ad applicare tecniche di fecondazione assistita. Senza considerare il 2020, anno in cui vi è stata la sospensione ed il rinvio di molte procedure in conseguenza del Covid-19, i dati del Registro evidenziano un forte aumento del ricorso alle tecniche di PMA: il numero di trattamenti è passato da 63.585 nel 2005 a 109.755 nel 2022, ultimo dato disponibile (+72,6%). Il tasso di successo (gravidanze ottenute ogni 100 trasferimenti eseguiti) è raddoppiato passando negli stessi anni dal 16,3% al 32,9%. L'età media delle potenziali madri è passata da 34 anni a 37 anni (in Europa nel 2019 era 35 anni) e la quota di donne sopra i 40 anni è aumentata dal 20,7% al 33,9% (in Europa nel 2019 era del 21,9%). Grazie alla rimozione dell'obbligo di impianto di tutti gli embrioni ottenuti con le tecniche di PMA, il numero medio di embrioni trasferiti in utero è diminuito da 2,3 a 1,3, riducendo anche la quota di parti gemellari, scesa dal 23,2% al 5,9%.

5. IL NUOVO SCENARIO DAL 2025

Dal 31 dicembre 2024 è entrata in vigore una riforma importante: la PMA è stata inserita nei livelli essenziali di assistenza (LEA), le prestazioni che il Servizio Sanitario Nazionale deve garantire a tutti i cittadini. Ciò significa che i trattamenti con gameti della coppia, cioè la fecondazione omologa, saranno gratuiti, mentre quelli con gameti donati, la cosiddetta fecondazione eterologa, avranno un costo calmierato di circa 1.500 euro, variabile in base alle regioni. La legge stabilisce inoltre che l'accesso sia garantito fino ai 46 anni di età.

Questa novità riduce sensibilmente i costi per le coppie, riduce il discrimine economico nell'accesso alla PMA ed è probabile che induca un ulteriore aumento nella domanda e nell'uso (Burgio et al 2025b). Resta tuttavia da capire se e quanto il sistema sanitario sarà in grado di farvi fronte, in un Paese dove già oggi le liste d'attesa nei centri pubblici sono spesso lunghe e disomogenee.

6. OPPORTUNITÀ E SFIDE

L'espansione della PMA porta con sé opportunità, ma anche interrogativi. Da un lato consente a molte persone di realizzare il desiderio di diventare

genitori, riducendo i casi di sterilità involontaria e ampliando le possibilità anche per chi si trova in età avanzata. Dall'altro lato potrebbe contribuire a spostare ulteriormente in avanti l'età della genitorialità, alimentando un circolo vizioso di rinvii.

Un aspetto cruciale riguarda la consapevolezza. Spesso le coppie conoscono poco i limiti biologici della fertilità, sia femminile sia maschile. Molti pensano che la medicina possa compensare del tutto l'età, ma in realtà le probabilità di successo dei trattamenti calano progressivamente e drasticamente dopo i 40 anni e non tutti i percorsi hanno un esito positivo. La PMA non è una garanzia assoluta, ma una possibilità aggiuntiva.

7. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

1. La procreazione medicalmente assistita non è più un fenomeno residuale, ma un tassello fondamentale per comprendere la natalità in Italia. Senza il suo contributo, il già bassissimo numero medio di figli per donna sarebbe ancora più ridotto. Per il futuro sarà essenziale monitorare l'impatto della nuova legge e investire in infrastrutture sanitarie capaci di rispondere alla domanda crescente.

2. Al tempo stesso sarà importante promuovere una maggiore consapevolezza sulla fertilità. La PMA offre opportunità straordinarie, ma non può annullare i limiti biologici. In un Paese che continua a rimandare la scelta di avere figli, la vera sfida non è soltanto quella di rendere più accessibili i trattamenti, ma di creare condizioni sociali, economiche e culturali che consentano a chi lo desidera di diventare genitore nei momenti più favorevoli della vita.

PER SAPERNE DI PIÙ

Burgio A., Castagnaro I., Vignoli D., Vitali A. (2025a). The contribution of medically assisted reproduction to total, age-, and parity-specific fertility in Italy. Human Reproduction, 00(00), 1–8. https://doi.org/10.1093/humrep/deaf137

Burgio A., Castagnaro I., De Santis G., Vignoli D., Vitali A. (2025b). The Future of Births via Medically Assisted Reproduction in Italy: Scenarios to 2050, DISIA Working Paper 11/2025.

Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, De Mouzon J, Sokol R, Rienzi L, Sunde A, Schmidt L, Cooke ID et al. (2017). The international glossary on infertility and fertility care. Human Reproduction, 32:1786–1801.

4. LONGEVITÀ, SALUTE E VITA ATTIVA

Gustavo De Santis, Elisabetta Barbi, Vanna Boffo, Luigi Burroni, Chiara Comolli, Luisa Frova e Eleonora Trappolini

IN PRIMO PIANO

- La popolazione italiana è in forte e rapido invecchiamento, ma, per la parte che dipende dalla migliorata sopravvivenza, a questo si può ovviare con adeguato e automatico aggiustamento di tutte le età "soglia", che segnano un passaggio tra stati: non solo quella pensionabile, ma, ad esempio, anche quella che convenzionalmente separa i giovani dagli adulti.
- Il miglior modo di adeguare queste età soglia quando varia la mortalità è quello dell'invarianza delle quote di vita al livello preferito dalla collettività. Per farlo, bastano semplici elaborazioni sulle tavole di mortalità del momento, annualmente prodotte dall'Istat.
- Il procrastinamento dell'uscita dal mondo del lavoro è già in atto, pur se probabilmente con ritmi ancora troppo lenti.
- Si può trarre soddisfazione da una permanenza nel mondo del lavoro che si prolunghi anche alle età mature, ma a certe condizioni. Tra queste, oltre a un miglioramento degli ambienti di lavoro e un adeguamento delle funzioni, sono da prendere in considerazione una maggiore flessibilità dell'orario e un maggior ricorso al part time. La necessità di introdurre cambiamenti di questo tipo non sembra però essere stata ancora recepita dalle le parti sociali.
- Agli anni di pensionamento conviene prepararsi per tempo: percorsi formativi, formali e informali, che sfruttino al meglio le potenzialità e le competenze di ognuno sono possibili, ma ancora non sufficientemente diffusi.
- La mortalità è in calo, ma le iniquità rimangono forti. La vedovanza ed esempio è un notevole fattore di rischio aggiuntivo. Così anche il basso grado di istruzione, o il fatto di vivere nelle aree più svantaggiate del Paese, prevalentemente localizzate nel Mezzogiorno.

1. INTRODUZIONE: ANZIANO A CHI?

La popolazione italiana sta invecchiando. Come quella del resto del mondo, si dirà, e quindi mal comune, mezzo gaudio. Altri potranno osservare che, di fronte a processi generali di questa portata, c'è poco da fare e quindi tanto vale rassegnarsi. Entrambe le posizioni hanno una parte di verità, ma, appunto, solo una parte. Il processo presenta varie sfaccettature e vaste implicazioni, non tutte positive: a esso si può reagire, in parte per contrastarlo e mitigarne gli effetti, in parte per adattarsi al meglio. Ma procediamo con ordine.

In primo luogo, per parlare di invecchiamento bisogna intendersi su chi è anziano (senior, in questo testo, per poter identificare il gruppo degli interessati con la lettera *S*), e anche, come vedremo in seguito, chi è giovane (*G*) e chi adulto (*A*). Meglio ancora sarebbe creare almeno una categoria intermedia, ad esempio "adulto maturo", perché per molti casi concreti sarebbe utile prevedere uno status, diciamo, di "mezzo lavoratore e mezzo pensionato" (o part-time in entrambe le condizioni, se si preferisce), e la cosa non è poi così difficile, una volta che si è trovato l'accordo sul modo di ragionare. Ma cominciamo dalla definizione di senior, e cioè dall'individuazione di un'età soglia che qui indicheremo con β, che distingua gli anziani dagli adulti, e che si può in prima approssimazione pensare come età pensionabile "normale".

I possibili criteri di individuazione sono numerosi. Pigramente, si ragiona di solito in termini di anni già vissuti, convenendo di considerare senior coloro che hanno già festeggiato un certo compleanno, ad esempio il 65°. Oltre all'arbitrarietà della soglia, inevitabile in questo genere di studi, quel che non convince in questo approccio è l'incoerenza temporale, se si guarda alla sostanza, e non alla forma della questione. Se le misure che si ricavano servono per confronti nel tempo, oltre che nello spazio, la consueta ipotesi del *ceteris paribus*, e cioè che aver vissuto per 65 anni abbia lo stesso significato oggi come un secolo fa, o anche solo vent'anni fa, è palesemente indifendibile. Le persone vivono più a lungo, in migliori condizioni di salute, avendo davanti una più lunga prospettiva di vita residua, con titoli di studio più elevati, migliori supporti in caso di difficoltà (es. motorie, visive, auditive...) e, se attive, svolgendo di solito lavori fisicamente meno usuranti.

Senza introdurre troppe variabili, che sarebbe poi difficile tenere sotto controllo anche per la loro eterogeneità, si può pensare di guardare alle condizioni di salute: la condizione di anziano scatterebbe solo quando,

superata una certa età, queste condizioni scendono sotto una certa soglia. L'idea è allettante, e viene infatti usata in alcuni contesti, ma sconta serie difficoltà di misurazione. La salute è un concetto amplissimo, che copre ambiti diversi (dolore fisico, situazione psicologica, capacità di svolgere certe funzioni a un certo livello e con certi tempi, ...), che si può misurare in molti modi, più o meno oggettivi, e che risente anche delle aspettative su cosa è "normale" riuscire o non riuscire a fare a una certa età.

Per aggirare questi ostacoli, appare più semplice guardare a misure di sopravvivenza: certo, si perde in capacità di valutare la *qualità* degli anni vissuti (ci si limita alla loro *quantità*), ma si guadagna in precisione e in oggettività della misura, perché i rischi di morte, e tutte le quantità che ne derivano dentro una tavola di mortalità, sono stimati ormai ovunque con ridottissimi margini di errore. Per giunta, sulla base dei dati disponibili, sembra plausibile l'ipotesi che le condizioni di salute evolvano insieme alla sopravvivenza: chi ha davanti a sé 20 anni di vita (in valore medio, beninteso), gode tendenzialmente di condizioni di salute migliori di chi ne ha da vivere ancora solo 10.

È proprio questo approccio, detto dell'età prospettiva, quello che attualmente più convince gli studiosi di popolazione: scelto un valore Z per la durata di vita residua (es. 15 anni), si considerano anziane le persone cui mediamente restano meno di Z anni da vivere (15, in questo esempio). La differenza con il criterio precedente è notevole: un miglioramento della sopravvivenza porta a un tendenziale invecchiamento della popolazione se ci si basa sugli anni già vissuti, ma implica invece un tendenziale ringiovanimento se si ci si basa sugli anni ancora da vivere, perché l'età β, quella che separa gli adulti dagli anziani, scorre in avanti al crescere di e0, la speranza di vita alla nascita o durata media della vita. Ciò che tende a lasciare quasi costanti gli anni vissuti da senior, mentre aumentano gli anni trascorsi nelle altre condizioni, di giovane e di adulto. La cosa, a ben guardare, è un poco controintuitiva (per non dire incoerente), e lo diventa ancora di più se – come però mai si fa – si applica lo stesso criterio anche a altre età critiche, come ad esempio l'età α che separa i giovani dagli adulti. Se, innovando rispetto alla tradizione, si prova a farlo, ci si accorge che il peso degli anni "giovani" cresce notevolmente, a discapito di quelli vissuti in altre condizioni, di adulto e anziano, e in definitiva che l'approccio scelto, per quanto lodevole nelle intenzioni, risulta poco convincente.

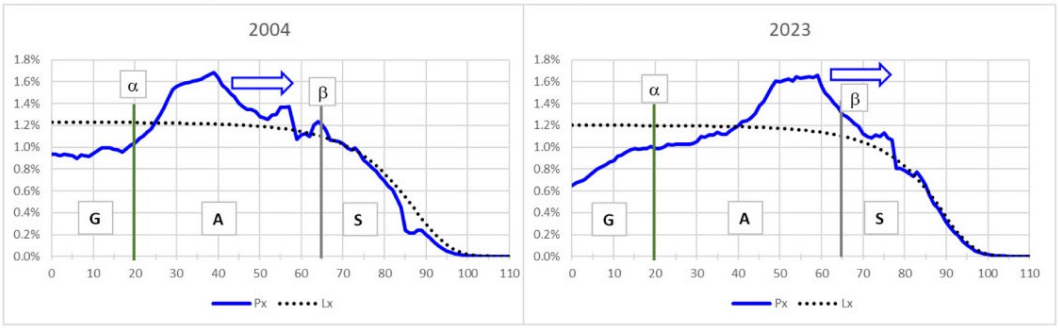
E proprio questo suggerisce un criterio migliore, coerentemente applicabile a qualunque età soglia: *mantenere costanti le quote di vita*,

al valore preferito dalla collettività. Il calcolo è banale: basta lavorare sulla serie *Lx* (anni vissuti) della tavola di mortalità del momento, o, se si preferisce, di una media delle più recenti tavole di mortalità del momento.

2. QUALCHE ESEMPIO, PER CHIARIRSI LE IDEE

Tra il 2004 e il 2023, la piramide per età della popolazione italiana è cambiata come si vede nella figura 1 (linea continua). L'età media è passata da 42,5 a 46,6 anni, e, scegliendo come età soglia (fisse) α=20 e β=65 anni per staccare i tre gruppi di giovani, adulti e senior (barre verticali nella figura 1), si trova che l'indice demografico di dipendenza degli anziani (rapporto tra senior e adulti, o S/A) è salito dal 31,5 al 41,6%, mentre quello di dipendenza dei giovani è calato dal 31,0 al 29,3% (tabella 1). Un invecchiamento molto forte, nel demograficamente breve arco di tempo qui considerato, che prelude a un ulteriore passo nella stessa direzione (e con velocità analoga, se non maggiore) nel ragionevole prossimo futuro, con un orizzonte di 20 o 30 anni (non mostrato qui).

Figura 1. Piramide per età effettiva e stazionaria, Italia, 2004 e 2023



Nota: la freccia indica lo spostamento "della cresta dell'onda" (i molti nati negli anni del boom del 1960) verso età progressivamente più elevate al passare del tempo. G, A, S = Giovani, Adulti, Senior; α, β = età soglia (fisse, in questa figura).
Fonte: Istat

La tabella 1 mostra anche cosa succede alle stesse quote di popolazione, e agli indici strutturali corrispondenti, con calcoli effettuati però sulla popolazione stazionaria, quella che appare tratteggiata in figura 1, che è data dalla serie degli anni vissuti *Lx* di ogni tavola di mortalità, e i cui indici, in queste pagine, sono contrassegnati da un asterisco. Si può dimostrare (De Santis e Salinari 2023, 2024) che questi valori, con asterisco, sono quelli verso cui tende la popolazione effettiva, anche se poi, in pratica, il processo di convergenza è così lento, e tante altre

variazioni intervengono nel frattempo (di fecondità, migrazioni e anche mortalità), che la sovrapposizione delle due curve (continua e tratteggiata) non si raggiunge mai. Ma il punto importante è che i valori di riferimento, quelli con asterisco, segnalano che se non si agisce sulle età soglia (come nella col. 2 della tabella 1), la popolazione invecchia al migliorare della sopravvivenza: non solo "nel breve termine" (in questo esempio, tra il 2004 e il 2023), ma anche nel lungo periodo.

Tabella 1. Età soglia, quota di giovani, adulti e anziani e alcuni indici di struttura per età, Italia, 2004 e 2023

		Soglie fisse	Prosp._β	Prospettiva	Quote di vita
Col.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Anno	**2004**	**2023**	**2023**	**2023**	**2023**
e(0)	81.02	83.11	83.11	83.11	83.11
Alfa	20	20	20	22	20.4
Beta	65	65	66.5	66.5	66.3
G	19.1%	17.1%	17.1%	19.1%	17.5%
A	61.5%	58.5%	60.5%	58.5%	59.9%
S	19.4%	24.3%	22.4%	22.4%	22.6%
*G**	*24.6%*	*24.0%*	*24.0%*	*26.4%*	*24.6%*
*A**	*53.8%*	*52.9%*	*54.5%*	*52.1%*	*53.8%*
*S**	*21.7%*	*23.1%*	*21.5%*	*21.5%*	*21.7%*
S/A	31.5%	41.6%	37.1%	38.3%	37.8%
S/A**	*40.3%*	*43.7%*	*39.4%*	*41.2%*	*40.3%*
G/A	31.0%	29.3%	28.3%	32.7%	29.3%
G/A**	*45.7%*	*45.4%*	*44.0%*	*50.6%*	*45.7%*
Età m.	42.5	46.6	46.6	46.6	46.6
*Età m.**	*41.8*	*42.6*	*42.6*	*42.6*	*42.6*

Nota: G=Giovani (inizialmente di 0-19 anni); A=Adulti (inizialmente di 20-64 anni) e S=Senior. I valori con asterisco sono calcolati sulla serie Lx (anni vissuti) tavola di mortalità del periodo.
Misure di invecchiamento al 2023, da comparare al 2004, in vari scenari:
col (2) mantenendo le età soglia costanti (in anni, α=20 e β=65)
col (3): mantenendo α=20 anni ma portando β a 66,5 anni (età prospettiva coerente con β=65 nel 2004)
col (4): portando α a 22 e β a 66,5 (in anni; età prospettive coerenti, con α=20 e β=65 nel 2004)
col (5): portando α a 20,4 e β a 66,3 (in anni; età coerenti con α=20 e β=65 nel 2004 se si applica il criterio di costanza delle quote di vita).
Fonte: HMD (www.mortality.org; 2004), Istat (2023) e elaborazioni degli AA.

Se invece si cambia solo l'età pensionabile β con il criterio dell'età prospettiva, mantenendo costante eβ,2004 (il valore che la speranza di vita a 65 anni aveva nel 2004, pari 19,64 anni), β deve salire a circa 66,5 anni nel 2023 (col. 3). Questo criterio di adeguamento (che, tra l'altro, è molto simile a quello adottato in Italia con la legge previdenziale Dini/Fornero – dimenticando le numerose eccezioni) limita l'invecchiamento (ad esempio, il rapporto *S/A* sale "solo" al 37,1% anziché al 41,6%), ma lo fa con un costo e una forzatura. Il costo è che l'età pensionabile cresce molto (di circa 1,5 anni, a fronte di un aumento di e0 di circa 2,1 anni). La forzatura è che, tendenzialmente, la popolazione tende a ringiovanire: il rapporto *S*/A**, ad esempio, quello verso cui si tende nel lungo periodo, cala dal 40,3 al 39,4%.

La forzatura deriva dal fatto che implicitamente si impone che quasi tutto il guadagno in speranza di vita venga passato nella condizione di "non senior". Tale forzatura è molto più evidente se il criterio dell'età prospettiva viene applicato anche all'età α, quella che separa i giovani dagli adulti, che dovrebbe in questo caso balzare da 20 a 22 anni circa (col. 4). In prospettiva, questo espande la quota di vita passata da giovane (*G** sale dal 24,6 al 26,4%), a detrimento di entrambe le altre.

Per contro, i cambiamenti nelle età soglia appaiono molto più equilibrati, e gli effetti più ragionevoli, se si adotta il criterio di costanza delle *quote di vita* (tabella 1, col. 5). Ammesso e non concesso che il punto di partenza sia quello "ideale", e quindi degno di essere preservato (semplice ipotesi di lavoro, in questo esempio, ma scelta da ben ponderare in caso di applicazione pratica di queste idee), le età soglia salgono solo moderatamente (α da 20 a circa 20,4 anni e β da 65 a circa 66,3), e tutti i valori tendenziali, asteriscati, restano costanti per costruzione. I valori veri, invece, cambiano e segnalano un invecchiamento: non per l'aumentata sopravvivenza (che il criterio di costanza delle quote di vita appena illustrato neutralizza completamente) ma per la bassa fecondità degli ultimi 50 anni, non sufficientemente compensata dalle immigrazioni.

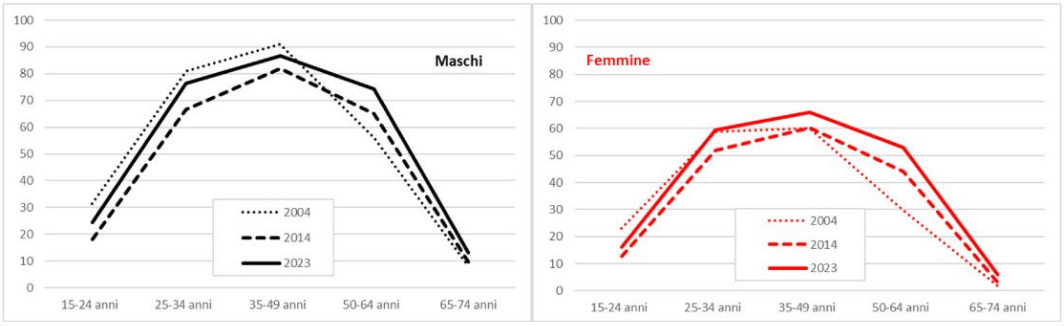
Il confronto tra i valori osservati e quelli asteriscati evidenzia anche che, al 2023, la situazione corrente in termini di invecchiamento era ancora lievemente migliore di quella di equilibrio di lungo periodo, coerente con le "preferenze" della collettività (G*=24,6% e S*=21,7%), qui, ripetiamo, introdotte a scopo puramente esemplificativo. Ad esempio, il rapporto S/A, inferiore al 38% (col 5), nonostante l'aumento rispetto al 2004 (quando era al 32% circa), è ancora minore del corrispondente valore di equilibrio

(*S*/A**=40,3%). Presto però, quando la cresta dell'onda evidenziata in figura 1 si sarà mossa ancora di più a destra, e avrà superato l'asticella β (che pure, lentamente, scorre verso destra, con questo criterio, mentre non lo fa in figura 1), il rapporto diventerà peggiore di quello di riferimento, e non di poco (non mostrato qui).

3. IL PROCRASTINAMENTO DELL'ETÀ ANZIANA È GIÀ ALL'OPERA

Pur se non se ne parla apertamente, e pur se la politica, sotto la spinta di svariati gruppi di pressione, non sempre sembra rendersi conto della situazione e prende talvolta provvedimenti incoerenti (ad esempio, quando cerca di anticipare l'età pensionabile), lo spostamento delle età soglia è già nei fatti. Ad esempio, come già detto, opera nella nostra legge previdenziale, e si riflette quindi anche nei tassi di occupazione alle età mature, diciamo dopo i 50 anni: tali tassi sono infatti in aumento, sia tra gli uomini che, ancor più, tra le donne (figura 2).

Figura 2. Tassi di occupazione maschili e femminili in Italia per classi di età (2004-2013)



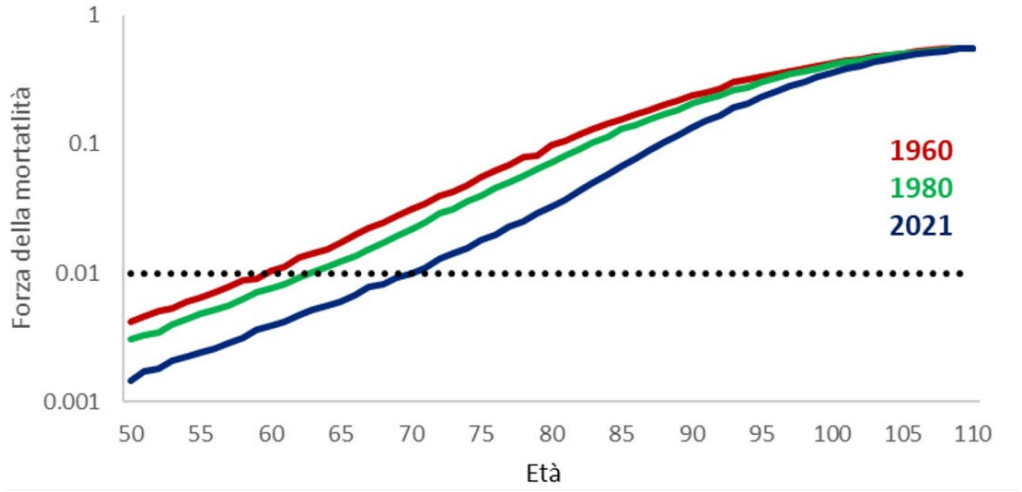
Fonte: Istat

Ciò è del resto coerente con l'evoluzione della mortalità. Ad esempio, se si considera la forza della mortalità delle donne italiane, e cioè il loro tasso di mortalità istantaneo, si ottiene la figura 3, dalla quale si può dedurre che le settantenni del 2021 erano analoghe, quanto a sopravvivenza prospettica, alle sessantenni del 1960. È un modo di dire che i 70 anni di oggi (del 2021 in questo caso), equivalgono ai 60 anni di ieri (del 1960).

La figura 3 evidenzia anche la decelerazione e il livellamento della mortalità alle età estreme, il che contrasta con l'idea di un limite prevedibile alla durata della vita umana e suggerisce invece la

possibilità di ulteriori miglioramenti della sopravvivenza anche alle età più elevate. Di conseguenza, il numero di individui particolarmente longevi aumenterà ancora, e pianificare i loro bisogni è essenziale per fornire un'adeguata assistenza e, in ultima analisi, per una buona qualità dell'invecchiamento.

Figura 3 Forza della mortalità (scala logaritmica) per le donne Italiane negli anni 1960, 1980 e 2021.



Fonte: HMD (www.mortality.org) e elaborazioni degli AA

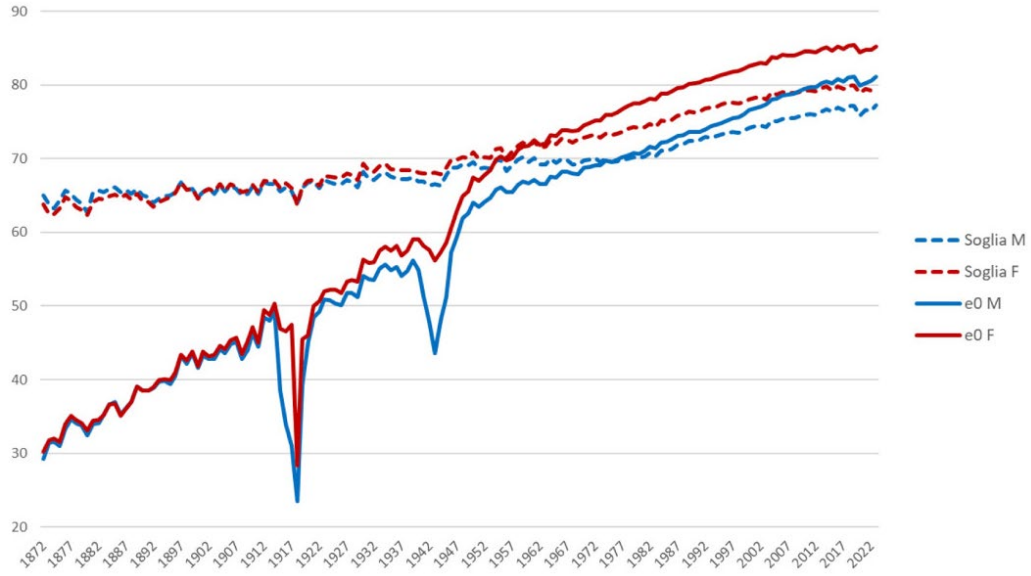
Il livellamento della mortalità alle età estreme è matematicamente compatibile con l'ipotesi che il progresso contro la mortalità si possa ottenere riducendo i tassi di mortalità individuali ma non rallentando la velocità del processo di invecchiamento. Alle età estreme, insomma, si arriva perché migliorano le condizioni di salute, e non perché si invecchia più lentamente. Anche alla luce di ciò, appare raccomandabile ridefinire il concetto di età soglia, come discusso sopra.

Se si considera l'età prospettiva equivalente ai 65 anni del 1900 (con la stessa logica della tabella 1, col. 3, quindi, ma applicata a un più lungo arco temporale), si vede che essa è salita fino a oltre 80 per le donne, e oltre 77 per gli uomini (figura 4). È come dire che le 80enni del 2023 equivalgono alle 65enni del 1900.

E alle stesse conclusioni (di miglioramento delle condizioni di salute e quindi di possibile posponimento dell'inizio dell'età anziana) si arriva se si considera l'età prospettiva equivalente ai 65 anni del 2009 con riferimento

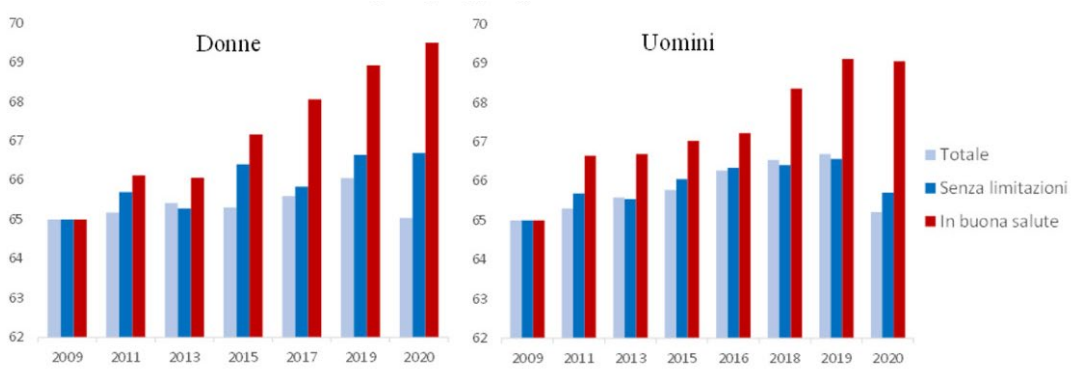
però alle condizioni di salute (figura 5). Fino al 2019, e quindi prima del peggioramento del 2020 causato dalla pandemia da COVID-19, sia gli uomini che le donne si sono trovati più tardi in condizioni di salute comparabili a quelle dei 65enni del 2009. E persino nel 2020, se si sceglie come indicatore la quota di individui che si dichiarano in buona salute, le cose non sono peggiorate (uomini) o sono addirittura ulteriormente migliorate (donne).

Figura 4: Durata media della vita e soglia della vecchiaia (età prospettiva equivalente ai 65 anni del 1900) per genere. Italia, 1950-2022.



Fonte: Egidi (2023). Aggiornamenti successivi al 2020 gentilmente forniti dalla stessa autrice

Figura 5. Soglie di vecchiaia (età prospettiva equivalente ai 65 anni del 2009) totale, senza limitazioni funzionali e in buona salute percepita, per genere. Italia 2009-2020.



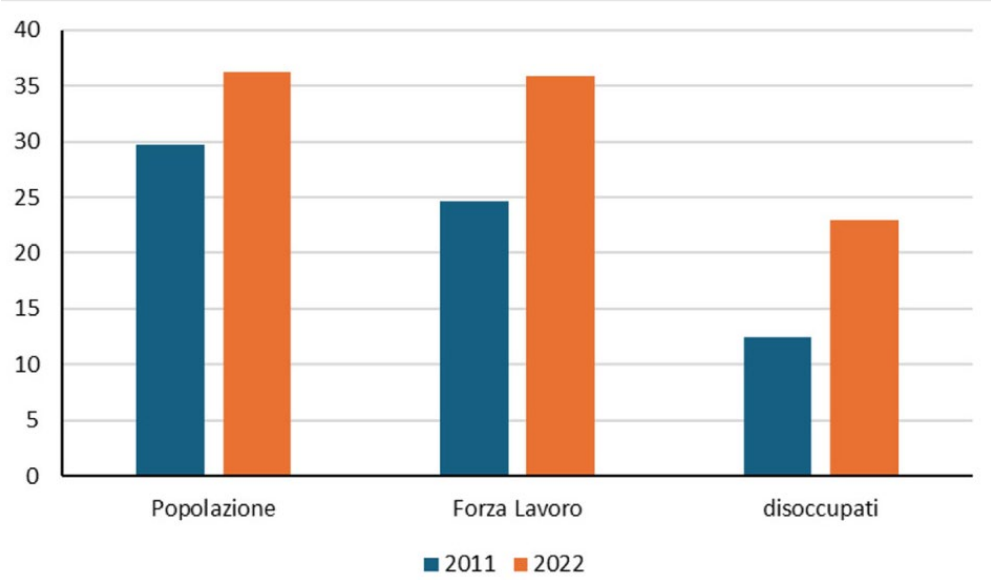
Fonte: Egidi (2023).

4. DIFFICOLTÀ

Ma tra il dire e il fare, come si sa, un po' ci corre. L'allungamento della durata della vita e il miglioramento delle condizioni di salute suggeriscono, sì, l'opportunità di restare attivi più a lungo, ma non ne garantiscono la fattibilità, o almeno non con la rapidità di adattamento che sarebbe necessaria.

Nella figura 2 abbiamo già visto che i tassi di occupazione alle età mature (50 anni e oltre), sono venuti crescendo in Italia tra il 2004 e il 2023, anche a età decisamente avanzate (65-74 anni), soprattutto tra le donne. Ma la figura 6, ad esempio, evidenzia che una buona parte dell'incremento delle forze di lavoro in queste fasce di età (in questo caso, tra il 2011 e il 2022) si è tradotta in un aumento della disoccupazione.

Figura 6. Invecchiamento della forza lavoro e dei disoccupati in confronto alla popolazione. (Rapporto % individui di età 50+ su totale 15-64). Italia, 2011 e 2022.



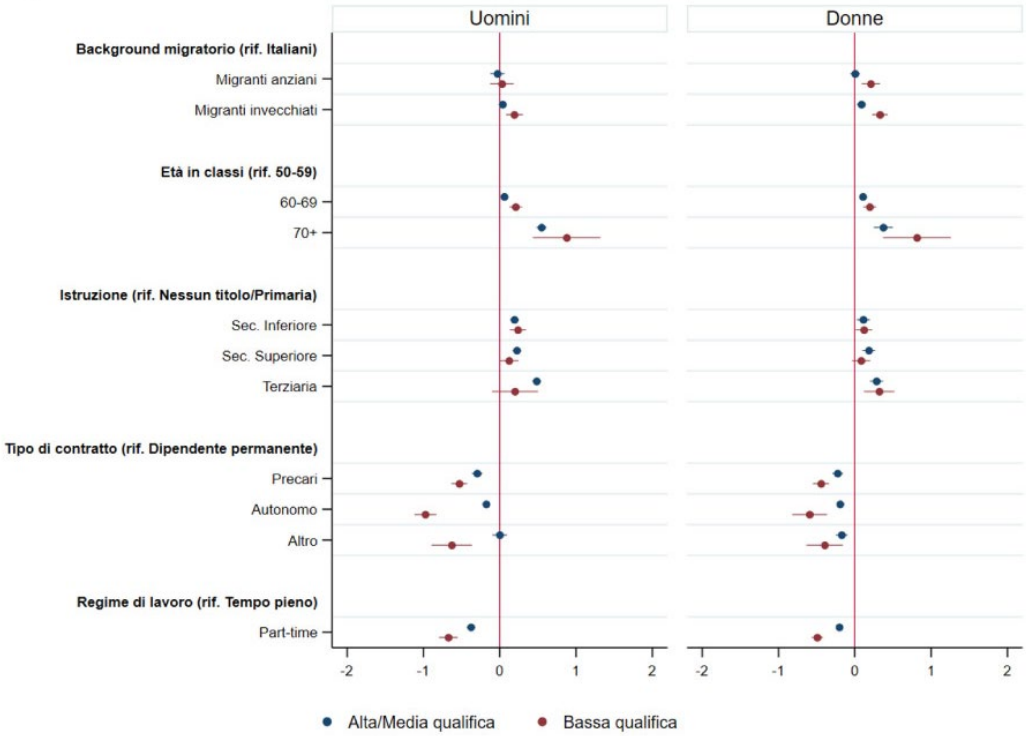
Fonte: Elaborazione degli AA su dati Istat (demo.istat.it) e Indagine campionaria sulle forze di lavoro

Non è poi chiarissimo quanto bene accetta sia, tra i lavoratori, l'idea di restare al lavoro più a lungo. L'evidenza empirica su questo punto è ambigua, anche per la fortissima eterogeneità dei casi, per cui accanto a coloro che amano ciò che fanno, e ne traggono soddisfazione (personale, professionale, sociale, economica, ...) ve ne sono anche tanti che invece, giunti a una certa età, vorrebbero smettere di lavorare.

La figura 7 dà una prima idea della complessità della situazione: tra gli

occupati di 50 anni e oltre, con dati tratti dall'Indagine campionaria Istat sulle forze di lavoro dal 2014 al 2022, la soddisfazione per il lavoro svolto aumenta con l'età e con il livello di istruzione, ma è più bassa tra chi ha contratti di lavoro precario o è autonomo rispetto a chi ha un contratto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, nonché tra chi lavora a orario ridotto rispetto al tempo pieno, e questo sia per gli uomini che per le donne. Queste differenze si accentuano tra le persone occupate in lavori a bassa qualifica. Emerge anche un aspetto relativamente poco noto, almeno in Italia: la maggiore soddisfazione per il lavoro espressa dagli immigrati rispetto agli italiani, sempre di 50 anni a e oltre. Questo vale sia per gli stranieri arrivati in Italia in età adulta (40 anni o più), sia, e soprattutto, per quelli che sono arrivati prima dei 40 anni e che hanno trascorso almeno 10 anni in Italia. Studi svolti in altri paesi, con più consolidata presenza degli stranieri nel mercato del lavoro, attribuiscono questo risultato, apparentemente paradossale, alle più basse aspettative degli immigrati (Perugini e Vladisavljević 2019), e al loro diverso sistema valoriale nella valutazione di costi e benefici del lavoro (Kashefi 2011).

Figura 7. Determinanti della soddisfazione lavorativa tra i lavoratori over 50.



Nota: La variabile dipendente è la soddisfazione per il lavoro, espressa su una scala da 0 a 10. Il grafico evidenzia i coefficienti di una regressione OLS, separatamente per M e F, tenendo sotto controllo, oltre alle variabili indicate in figura, il tipo di famiglia e la macroarea di residenza.
Fonte: Elaborazione degli AA dati Istat, Indagine campionaria sulle forze di lavoro (2014-2022)

Va tuttavia anche osservato che nel gruppo di coloro che rimangono al lavoro in età relativamente elevata ci possono essere, per autoselezione, sottogruppi diversi, come ad esempio coloro che, pur potendo andare in pensione, decidono di restare: non sorprende quindi che questi rispondenti mostrino nel complesso un atteggiamento positivo verso il lavoro, visto che hanno liberamente scelto di continuare a farlo. Ma vi sono anche coloro che vorrebbero andare in pensione e non se lo possono permettere, per costrizioni economiche: in questi casi, restare al lavoro risulta invece un'esperienza sgradevole, se non addirittura penosa. Questi esempi, che si potrebbero moltiplicare e meglio articolare, danno un'idea di quanto difficile sia valutare la "pena", o il vantaggio, di un generalizzato aumento dell'età pensionabile - strada che però, alla luce del processo di invecchiamento in corso (v. ad es. figura 1 e tabella 1) appare ineludibile.

5. IL RUOLO DELLE PARTI SOCIALI

In questo scenario di rapido invecchiamento, le parti sociali possono svolgere un ruolo chiave, in due sensi. In primo luogo, acquisendo piena consapevolezza della difficile evitabilità del prolungamento dell'età lavorativa, soprattutto per alcuni tipi di attività, e adottando una posizione proattiva e non soltanto difensiva (facendo emergere anche gli aspetti positivi di questi sviluppi - ad es. in termini di possibilità di aggiornamento tecnologico, di mantenimento dei rapporti sociali legati al lavoro, ecc.).

In secondo luogo, puntando a migliorare le condizioni di lavoro, in particolare per gli over 50, e contribuendo a creare le condizioni per indebolire possibili fenomeni di ageismo, o *ageism*, e cioè discriminazione nei confronti di una persona considerata anziana. Ciò può avvenire, ad esempio, attraverso un migliore ricorso alla contrattazione collettiva, più mirato alle esigenze dei lavoratori over 50 in termini di adeguata turnazione delle mansioni, corsi di formazione e riqualificazione, riduzione del carico di lavoro, anche attraverso flessibilizzazione dell'orario e rafforzamento del part time. Quest'ultimo aspetto si lega a quel che si è detto all'inizio: anziché continuare a pensare un'unica età pensionabile β (ad es., 67 anni), che bruscamente trasforma il lavoratore in pensionato, si potrebbero concepire due età vicine a β (ad es., β'= 66 anni e β"= 68 anni), che creino un gruppo di "lavoratori maturi", con lavoro e pensione part time, offrendo anche una rimodulazione basata sulla possibilità di scelta del lavoratore. Se

poi valesse il criterio delle quote di vita, questa fascia M (maturi), potrebbe essere trattata alla stessa stregua delle altre (G, A e S, e cioè giovani, adulti e senior), e quindi essere mantenuta tendenzialmente costante nel tempo, adeguando opportunamente le età soglia. Dal punto di vista dei singoli, essa permetterebbe un più graduale e forse meno traumatico passaggio alla pensione e dal punto di vista del sistema produttivo consentirebbe - pur se non necessariamente in tutti i casi - un ordinato passaggio di consegne e di trasmissione dei saperi.

Finora, tuttavia, l'attenzione delle parti sociali nella contrattazione collettiva non è stata verso l'adozione di un approccio proattivo, ma si è concentrata principalmente sulle questioni relative alla sicurezza sociale e all'età pensionabile, con un approccio che si potrebbe definire difensivo dei (presunti) interessi dei dipendenti over 50 di fronte ai cambiamenti nelle norme di sicurezza sociale, volto principalmente a proteggere i diritti pensionistici "acquisiti".

Nel corso di questa ricerca si è studiato se e in che misura le parti sociali abbiano sviluppato particolari sensibilità all'età nella regolamentazione del lavoro, promuovendo misure e pratiche per aumentare la qualità dell'occupazione dei lavoratori di 50 anni e oltre, e lo si è fatto analizzando i 25 contratti collettivi nazionali del lavoro (CCNL) più importanti, estesi e rappresentativi (relativi a 1,6 milioni di imprese e 14,9 milioni di lavoratori, rispettivamente il 77,2% e il 72,5% del totale). Si sono selezionate tutte le dichiarazioni e disposizioni con un focus specifico sull'invecchiamento e sulle esigenze dei dipendenti di età superiore ai 50 anni relative alle condizioni di lavoro (ad esempio salari, indennità, benefici, orario di lavoro, straordinari e periodi di riposo) e alle condizioni di impiego (ad esempio promozione, trasferimento e licenziamento).

I risultati sono però un po' deludenti: a parte qualche eccezione, le parti sociali italiane non utilizzano, come invece avviene in altri paesi, la contrattazione collettiva per contribuire a far fronte ai potenziali rischi e alle opportunità rappresentati da carriere lavorative prolungate. Solo 11 CCNL su 25 contengono disposizioni relative all'età e in nessun accordo di settore è stato individuato un approccio globale che regoli le conseguenze del processo di invecchiamento della forza lavoro. Raramente invece si specificano clausole pensate per i lavoratori maturi, in termini ad esempio di formazione, flessibilizzazione dell'orario, adattamento delle mansioni, o riduzione

del carico di lavoro. Le clausole mirano principalmente a fornire agli accordi aziendali un quadro concettuale per orientare datori di lavoro e parti sociali, demandando prevalentemente la gestione delle conseguenze dell'invecchiamento della forza lavoro all'iniziativa delle singole imprese, minimizzando così il possibile impatto della regolazione nazionale e settoriale.

6. COSA FARE DEGLI ANNI DI PENSIONE

Non si vive solo di (e per il) lavoro, e anche la fase della pensione è importante nella vita delle moderne società occidentali. È una fase che si è molto allungata negli ultimi tempi (ben oltre i 20 anni per le donne) e che, pur se in futuro dovrebbe smettere di crescere e potrebbe forse persino lievemente ridursi, a causa dei suoi costi, poco sostenibili in una società che invecchia, resterà certamente lunga e carica di significati. Ad esempio, è un momento in cui i nonni (almeno quelli in buona salute, che però, fortunatamente, sono la maggioranza), possono dare una mano nella gestione dei nipoti, alleggerendo il carico di cura che grava sui figli adulti (Moretti, Cisotto e De Rose 2024).

Questo della cura dei nipoti è solo uno degli elementi che caratterizzano l'invecchiamento attivo, da alcuni anni oggetto di grande attenzione anche a livello internazionale (ICAA 2019; UNECE 2019, 2021), e ovviamente di interesse anche in Italia (Boffo, 2022). I principali risultati raggiunti dalla nostra analisi si possono così riassumere: alla vecchiaia e agli anni di pensionamento bisognerebbe prepararsi, e bisognerebbe farlo partendo già dagli ultimi anni di lavoro (cosa che sarebbe facilitata se questi, come sopra suggerito, fossero anni di part-time, o comunque di lavoro meno intenso). Lo si può fare con percorsi educativi sia formali che informali, e risulta vantaggioso farlo sfruttando al massimo le competenze acquisite sul mercato del lavoro, che possono così essere valorizzate anche negli anni della pensione, con miglior efficacia e maggior soddisfazione dei soggetti coinvolti (Sala et al. 2020).

I risultati delle nostre indagini preliminari mostrano però che ancora molto resta da fare su questo fronte. La "cultura dell'invecchiamento" è ancora debole nel modo del lavoro e non si fa abbastanza ad esempio in termini di innovazione e trasformazione digitale, o almeno non abbastanza per coinvolgere in queste attività i lavoratori di età relativamente avanzata. L'apprendimento continuo e la formazione appaiono i modi più promettenti per aumentare la consapevolezza e migliorare, sotto ogni profilo, sia la fase della transizione al pensionamento sia, ovviamente, tutti gli anni che poi seguiranno.

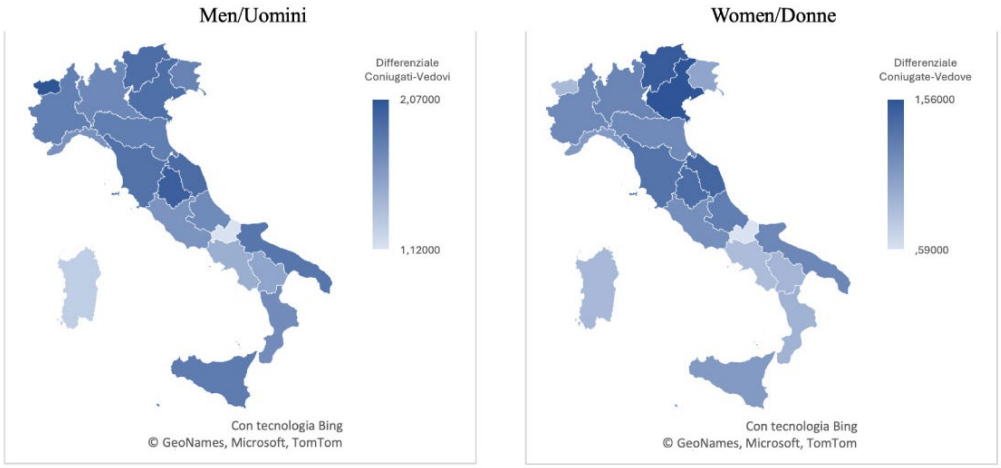
7. DISEGUAGLIANZA DI FRONTE ALLA MORTE: LA VEDOVANZA E I SUOI EFFETTI

Tra i tanti problemi ancora aperti, si segnala quello della diseguaglianza di fronte alla morte. Un caso particolare è quello della fragilità causata dalla vedovanza: a parità di altre condizioni, il rischio di morte dei vedovi è superiore a quello dei coniugati, di un 10-40%. È vero che tale rischio aumenta soprattutto subito dopo la perdita del coniuge, ma conseguenze meno eclatanti permangono anche negli anni successivi (Boyle et al. 2011). Ciò si deve a un complesso di cause, tra cui, nel medio-lungo periodo, maggior rischio di solitudine e di ridotto supporto emotivo, possibile insorgenza di depressione e disturbi del sonno, tendenza a una minor cura di sé in termini ad esempio di peggiore alimentazione e ridotta frequenza dei controlli medici (Einio and Martikainen, 2019).

L'effetto-lutto non è uguale per tutti: tende a essere tanto più elevato quanto minore è il rischio di morte iniziale. Chi ha un'età più giovane, è in buona salute, e proviene da un contesto socioeconomico privilegiato, pur restando in posizione di vantaggio, generalmente soffre di un più forte aumento relativo nel rischio di morte, a seguito di una vedovanza. Gli uomini rappresentano però un'eccezione, dato che soffrono di un rischio di morte superiore di quello delle donne, sia nella popolazione generale sia come conseguenza della vedovanza.

Nonostante la rilevanza del fenomeno (in termini di aumento dei rischi di morte, come si è visto, ma anche in termini di diffusione, dato che in Italia, ad esempio, al 2023 i vedovi erano quasi 4,4 milioni, il 7,4% della popolazione), la ricerca scientifica ha relativamente trascurato il fenomeno. Una lacuna che si colma in parte grazie a questa ricerca, in cui ci siamo concentrati sui percipienti una pensione di vecchiaia presenti nel registro INPS (2014-2022). Ne è emerso, ad esempio, che il rischio di morte dei vedovi è del 24% superiore a quello dei coniugati e quello delle vedove del 19% rispetto a quello delle coniugate. Ciò corrisponde, con i dati di sopravvivenza 2019 (e quindi pre-COVID-19), a una non trascurabile perdita in termini di aspettativa di vita residuale al raggiungimento del 67° compleanno: circa 1,74 anni per i vedovi, e circa 1,22 anni per le vedove. Per avere un'idea della rilevanza del caso, si consideri che, nel 2019, e67, la speranza di vita a 67 anni, era di poco inferiore a 18 e a 21 anni, rispettivamente per i maschi e per le femmine.

Figura 8. Aspettativa di vita a 67 anni per regione italiana. Differenza coniugati-vedovi.

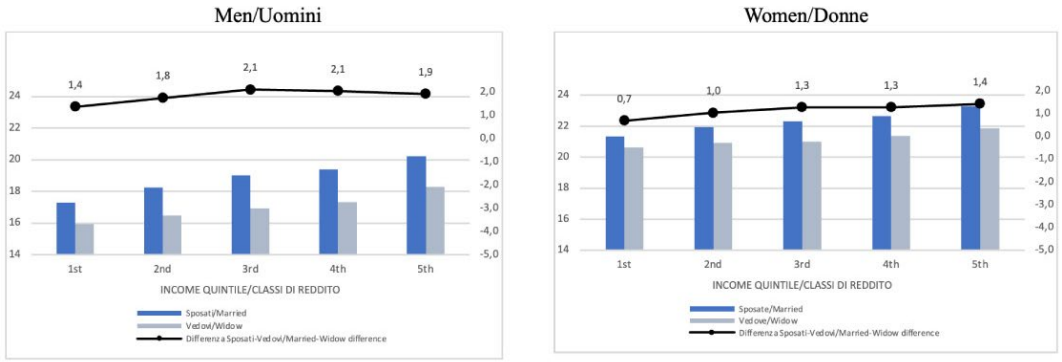


Fonte: Elaborazione degli AA su dati INPS.

Le mappe della figura 8 illustrano la sperequazione territoriale nell'effetto-lutto in Italia in termini di differenziale di aspettativa di vita per uomini (sinistra) e donne (destra). Il divario sposati-vedovi è minimo in Molise, circa 13 e 7 mesi rispettivamente per maschi e femmine, e massimo in Trentino Alto-Adige, quasi due anni e circa un anno e mezzo, rispettivamente, per maschi e femmine.

Questo divario dipende, tra le altre cose, dal livello di reddito familiare (somma dei redditi pensionistici dei coniugi; figura 9). Il massimo differenziale lo si trova nel quintile di reddito medio, all'interno del quale i vedovi vivono 2,1 anni in meno in media dei coniugati. Per le donne, il differenziale maggiore si trova invece nella classe di reddito maggiore, dove le vedove abbienti vivono in media 1,4 anni in meno delle donne sposate abbienti.

Figura 9. Aspettativa di vita residua a 67 anni per quintili di reddito pensionistico familiare (=somma dei redditi dei due coniugi). Coniugati, vedovi e differenza coniugati-vedovi.



Fonte: Elaborazione degli AA su dati INPS.

8. DISUGUAGLIANZE SOCIALI E TERRITORIALI NELLA MORTALITÀ DEGLI ANZIANI

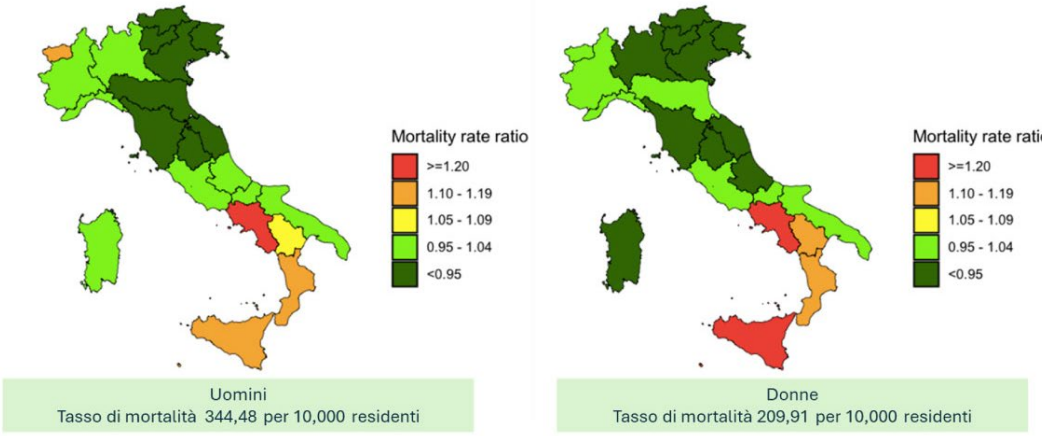
Ma quando si parla di mortalità differenziale ci si riferisce di solito a stratificazioni territoriali, o socio-economiche, o di entrambi i tipi, e il livello di istruzione è probabilmente la variabile più frequentemente impiegata come proxy della condizione socioeconomica poiché relativamente facile da misurare e ben correlata con altre misure di posizione sociale, quali la condizione occupazionale, il reddito e la classe sociale.

In Italia, come del resto anche in altri paesi, pur se sviluppati, la sopravvivenza è distribuita in modo diseguale. Le disuguaglianze nascono da cause e meccanismi in parte noti, che possono rimandare a politiche sanitarie e non sanitarie, ma anche da comportamenti individuali, stili di vita, e esposizione a fattori di rischio. Contano poi, ovviamente, i fattori ambientali e il contesto socio-economico locale, comprensivo, ad esempio, dell'offerta di servizi sanitari, facilità di comunicazioni, e simili. È comunque noto che la posizione socioeconomica di un individuo è un fattore cruciale nel determinare la sua aspettativa di vita e anche la sua capacità di accesso ai servizi sanitari, pur in contesti con copertura sanitaria universale (Davies et al., 2019).

Consideriamo ad esempio la mortalità differenziale in Italia nell'anno 2019, con riferimento alla popolazione in età 70-84 anni, utilizzando i dati provenienti dal nuovo sistema di indicatori dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT, 2024). Per evitare le distorsioni dovute alla diversa struttura per età, ci focalizzeremo qui sul tasso di mortalità standardizzato o, più precisamente, sul *rapporto* tra il tasso di mortalità standardizzato regionale e quello italiano (MRR). Se il rapporto è superiore a 1, la mortalità regionale è superiore a quella nazionale, che qui funge da standard (e che, per avere un'idea degli ordini di grandezza, vale 344 e 210 per diecimila, rispettivamente per uomini e donne).

La mortalità è più elevata tra gli uomini (non solo nelle età 70-84 anni di cui si parla qui), ma la distribuzione geografica dei rischi relativi di morte è simile per i due sessi (Figura 10). In particolare, le regioni centrali e nord-orientali del Paese presentano la mortalità più bassa, mentre le aree meridionali, con l'eccezione di Molise, Puglia e Sardegna, registrano eccessi di mortalità, che in alcuni casi sono molto forti: in Campania, e, per le donne, anche in Sicilia.

Figura 10. Mortalità tra i 70 e gli 84 anni, per genere e regione di residenza (MRR, rapporto del tasso standardizzato per ciascuna regione ed il valore medio italiano), 2019

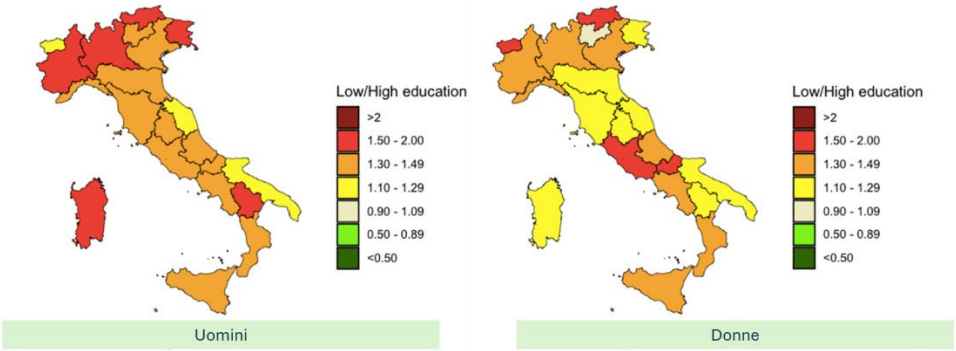


Fonte: Elaborazione degli AA su dati ISTAT (2024).

Nella figura 11 si può invece apprezzare la geografia delle disuguaglianze della mortalità per titolo di studio, misurate dal rapporto del tasso standardizzato di mortalità tra basso e alto titolo di studio, dove per basso di intende il diploma di scuola elementare, mentre per alto si intende una laurea o più.

Si può intanto notare che le disuguaglianze nella mortalità sono più forti tra gli uomini che tra le donne, con RR medio pari a 1,42 e 1,32, rispettivamente. Negli uomini la mortalità differenziale è particolarmente forte in Basilicata, Sardegna, Piemonte Lombardia, a Bolzano e nel Friuli-Venezia Giulia. Nelle donne, la maggiore disuguaglianza si osserva nel Lazio, Molise, Val d'Aosta e Bolzano mentre è più contenuta nelle altre regioni dell'Italia centrale, in Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, Puglia e Sardegna.

Figura 11. Geografia delle disuguaglianze per titolo di studio nella mortalità per genere, classe di età 70-84 anni (MRR, rapporto del tasso standardizzato di mortalità tra basso/alto titolo di studio; Italia, 2019).

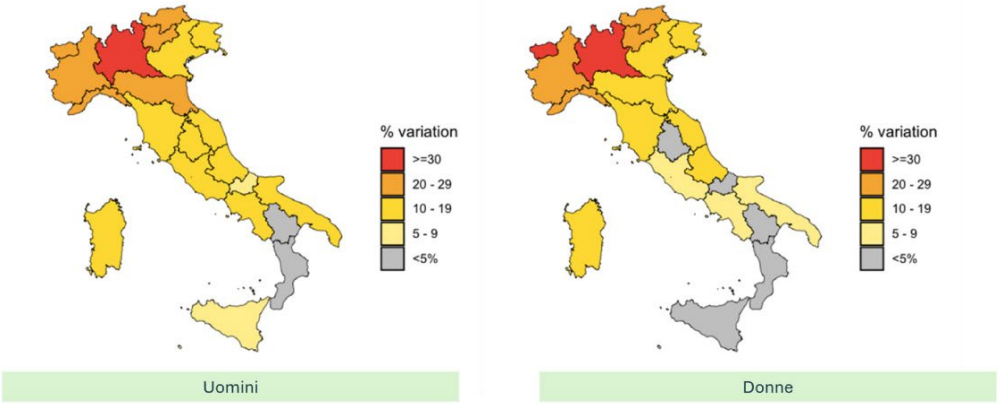


Fonte: Elaborazione degli AA su dati ISTAT (2024).

La pandemia di Covid-19 ha avuto un notevole impatto sulla mortalità delle persone anziane (Figura 12). Nel 2020 la mortalità tra le persone di 70-84 anni è infatti aumentata in quasi in tutte le regioni, soprattutto nel centro e del nord del paese, dove i tassi di mortalità nel 2019 erano più contenuti. La Lombardia è stata la regione più colpita, sia tra gli uomini che tra le donne: l'aumento del tasso di mortalità è stato qui superiore al 30%.

L'incremento della mortalità negli anziani in questo gruppo è dovuto in parte alla mortalità da Covid-19, ma anche al sovraccarico dei sistemi sanitari, che ha reso difficile fornire assistenza adeguata anche per altre patologie. Il tutto aggravato dall'isolamento sociale che, pur se necessario per contenere la diffusione del virus, ha inciso negativamente sulla salute mentale e fisica di tutta la popolazione e forse soprattutto degli anziani.

Figura 12. Variazione percentuale dei tassi standardizzati mortalità nel 2020 rispetto al 2019, per regione e genere, classe di età 70-84 anni.



Fonte: Elaborazione degli AA su dati ISTAT (2024).

9. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

1. L'allungamento della durata media della vita, di per sé una buona notizia, deve però essere distribuito tra la popolazione nel modo più omogeneo possibile. In Italia permangono invece diseguaglianze notevoli: ad esempio per stato civile, grado di istruzione e area geografica.
2. E' opportuno "dinamicizzare" le età-soglia socialmente di rilievo, e cioè adeguarle al variare della sopravvivenza. Questo vale per tutte le età, e non solo per l'età pensionabile, che pure rimane la più rilevante. Il criterio che appare preferibile adottare è quello della "costanza delle quote di vita".

3. L'uscita dal mondo del lavoro di uomini e donne deve essere preparata con una formazione adeguata e procrastinata, più di quanto già non stia avvenendo.
4. Per conseguire questo obiettivo occorre cambiare mentalità (ad esempio delle parti sociali e degli stessi lavoratori), ma anche organizzazione del lavoro, disponendo per esso una fase con competenze e caratteristiche adatte ai lavoratori "maturi".
5. Il periodo di pensionamento è e resterà lungo. Può diventare una fase produttiva e persino socialmente utile se ad esso ci si prepara per tempo e adeguatamente.

PER SAPERNE DI PIÙ

Boffo V. (2022) Per avviare il discorso. Costruire l'ageing. In V. Boffo, Active Ageing: il ruolo dell'apprendimento permanente. *Epale Journal*, 12: 9–16.

Boffo V., Bertani M., Bramanti D., Chattat R. e Formenti L. (a cura di) (2025). Accompagnare la longevità. Buone pratiche educative e formative per l'invecchiamento attivo. Studies on Adult Learning and Education. Firenze: Firenze University Press. https://doi.org/10.36253/979-12-215-0744-7

Boyle P.J., Feng Z., Raab G.M. (2011) Does Widowhood Increase Mortality Risk? *Epidemiology*, 221:1–5. [PubMed: 21052007]

Davies J.M., Sleeman K.E., Leniz J,. Wilson R., Higginson I.J., Verne J., et al. (2019) Socioeconomic position and use of healthcare in the last year of life: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med, 16(4): e1002782. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002782

De Santis G., Salinari G. (2023) What drives population ageing? A cointegration analysis, Statistical Methods and Applications, 32:1723–1741. https://doi.org/10.1007/s10260-023-00713-1.

De Santis G., Salinari G. (2024) Long-term impact of mortality on population age structures. International Journal of Population Studies. https://doi.org/10.36922/ijps.377.

Egidi V. (2023) Durata e qualità della vita. Gnosis, Rivista italiana di intelligence, 74(2), pp. 59–65, (ISSN 1824-5900)

Einiö E., Martikainen P. (2019) Risk of hospitalization for cancer, musculoskeletal disorders, injuries, or poisonings surrounding widowhood. American journal of epidemiology, 188(1), 110–118.

ICAA – International Council on Active Ageing (2019), Nine Principles of Active Ageing In (last consultation: 24.01.2024).

ISTAT (2024) Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - anno 2020.

Kashefi, M. (2011). Structure and/or culture: Explaining racial differences in work values, Journal of Black Studies, 42 (4): 638–664

Moretti M., Cisotto E., De Rose A. (2024) Uncovering disability-free grandparenthood in Italy between 1998 and 2016 using gender-specific decomposition. Demographic Research, 50: 1247–1264.

Perugini, C. and Vladisavljević, M. (2019). Gender inequality and the gender-job satisfaction paradox in Europe, Labour Economics, 60: 129–147

Sala A., Punie Y., Garkov V., Cabrera Giraldez M. (2020) LifeComp: The European Framework for Personal, Social and Learning to Learn Key Competence, EUR 30246 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg (last consultation date 16.06.2024).

UNECE – United Nations Economic Commission for Europe (2019) 2018 Active Ageing Index: Analytical Report. Geneve: United Nations (last consultation: 24.01.2024)

UNECE – United Nations Economic Commission for Europe (2021) Guidelines for Mainstreaming Ageing, Geneve: United Nations. (latest consultation: 24.01.2024).

HANNO COLLABORATO A QUESTA PUBBLICAZIONE:

Giovanna del Gobbo, Alessandra De Rose, Alessandro Feraldi, Marilena Pappagallo, Dario Raspanti e Fabio Togni.

5. IMMIGRAZIONI E INVECCHIAMENTO IN ITALIA

Anna Paterno, Valeria Di Comite, Thaís García-Pereiro, Rocco Mazza, Laura Terzera e Eustacchio R. Sivilla

IN PRIMO PIANO

- Gli immigrati contribuiscono in modo significativo a rallentare il processo di invecchiamento in Italia.
- Il quadro normativo che regola il fenomeno è troppo complesso, e non punta a favorire il necessario percorso di integrazione.
- Le politiche sembrano improntate a un'ottica securitaria, da accoglienza emergenziale e temporanea. E' necessario invece avviare un processo strutturale da affrontare promuovendo inclusione e coesione sociale, anche come risposta alle sfide demografiche e socio-economiche.
- Per realizzare questo cambiamento è necessario un impegno congiunto tra istituzioni e società civile, volto a valorizzare il contributo positivo apportato dagli stranieri al futuro del Paese.

1. LA RECENTE EVOLUZIONE DELLE MIGRAZIONI IN ITALIA

A partire dalla seconda metà degli anni Settanta, l'Italia ha attraversato una trasformazione significativa, passando da Paese di emigrazione a Paese di immigrazione. Questo cambiamento è diventato più evidente negli anni Ottanta e ha raggiunto il suo apice nel primo decennio degli anni Duemila. I dati Istat sulle iscrizioni e cancellazioni anagrafiche per trasferimenti da e verso l'estero consentono di tracciare l'evoluzione dei flussi migratori in Italia negli ultimi vent'anni, distinguendo tra flussi in entrata e in uscita, e calcolando così i saldi migratori.

Tra il 2002 e il 2011, il numero degli immigrati ha superato di gran lunga quello degli emigrati, generando un saldo migratorio positivo superiore a 3,1 milioni di persone, con quasi 3,75 milioni di ingressi. Questo è avvenuto nonostante l'impatto negativo della crisi economica globale del 2007, che ha ridotto i flussi migratori legati al lavoro. Anche la crisi sanitaria da

Covid-19, con le sue restrizioni alla mobilità e l'incertezza economica, ha inciso sulla diminuzione degli ingressi. Tuttavia, persino nei periodi più critici, i saldi migratori sono rimasti positivi. Dal 2012 al 2023, l'Italia ha registrato una media annua di circa 315 mila arrivi dall'estero, con un saldo positivo medio annuo di circa 167 mila persone. Complessivamente, tra il 2002 e il 2023, si sono registrati mediamente 360 mila immigrati all'anno, a fronte di circa 108 mila emigrati.

Nel tempo, anche la composizione per cittadinanza degli immigrati è mutata. Se nel 2002 erano necessarie nove nazionalità per coprire il 50% della popolazione straniera, nel 2023 bastano sei: Romania (20,4%), Albania (7,9%), Marocco (7,8%), Cina (5,9%), Ucraina (5,2%) e Bangladesh (3,7%). Diminuiscono gli arrivi da Marocco, Albania e Filippine, mentre aumentano quelli da Romania, Ucraina e altri Paesi dell'Est Europa. Si registra inoltre una crescita significativa di migranti da Pakistan e Bangladesh.

Questo cambiamento riflette anche una trasformazione delle motivazioni migratorie. Se in passato predominavano i motivi economici e i ricongiungimenti familiari, oggi aumenta il numero di ingressi legati a crisi politiche, istituzionali e umanitarie. I dati sui nuovi permessi di soggiorno per cittadini extra-UE nel 2023 mostrano che il 39% dei permessi è stato rilasciato per ricongiungimento familiare (in aumento), il 32,1% per asilo e protezione internazionale, l'11,8% per lavoro e altrettanti per studio. Il restante 8,8% rientra nella categoria "altro".

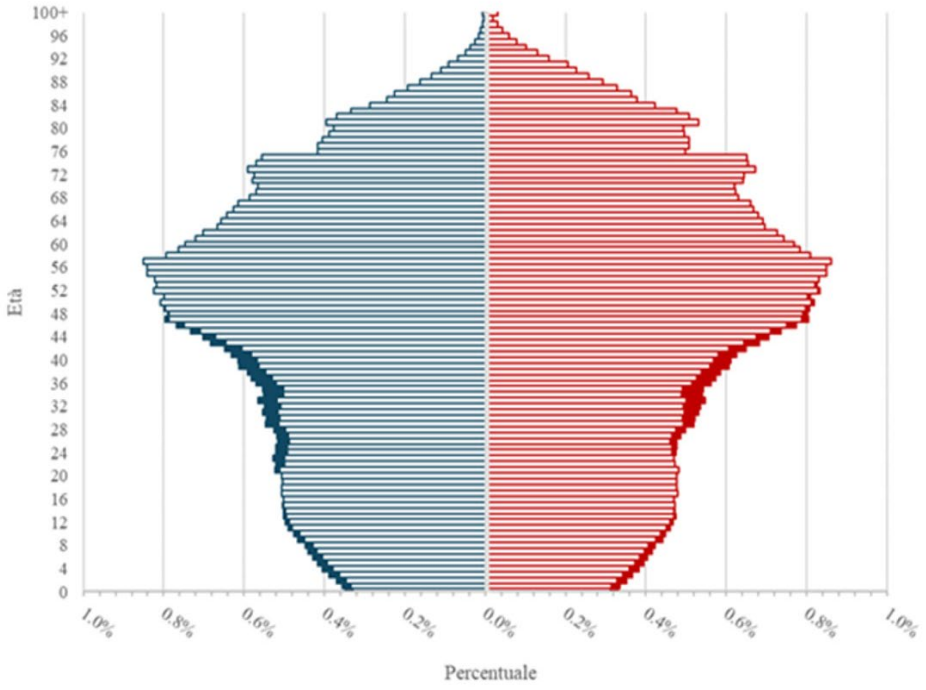
La composizione per età dei flussi migratori è rimasta stabile nel tempo. Circa il 60% degli immigrati ha tra i 18 e i 40 anni, ossia è in età lavorativa e riproduttiva, con comportamenti demografici rilevanti in termini di unioni familiari e natalità. I minorenni, invece, costituiscono tra il 15% e il 20% degli arrivi, prevalentemente per ricongiungimento familiare.

Tali dinamiche hanno provocato una forte crescita della popolazione straniera residente in Italia: da 1,3 milioni nel 2002 a oltre 5,2 milioni nel 2024. A questa cifra si sommano circa 400 mila stranieri regolarmente presenti ma non residenti, per un totale di 5,6 milioni. Secondo i dati Eurostat, gli stranieri rappresentano l'8,9% della popolazione italiana, una percentuale inferiore a quella di altri Paesi UE come Lussemburgo (51%), Svezia (20,1%), Austria (19,2%), Germania (14,5%), Spagna (13,4%) e Portogallo (9,8%). A questi numeri si aggiunge quello degli stranieri irregolari, stimati in circa 321 mila al 1° gennaio 2024, pari al 5,6% del totale dei presenti. Questa componente è in calo di 137 mila unità rispetto all'anno precedente (Fondazione ISMU-ETS, 2025).

Oltre agli stranieri residenti o presenti regolarmente e irregolarmente, rientrano nella popolazione con "background migratorio" anche coloro che hanno acquisito la cittadinanza italiana (oltre 1,7 milioni dal 2012 al 2023) e i figli di coppie miste nati in Italia, che sono automaticamente cittadini italiani (più di 570 mila nello stesso periodo).

La rilevante crescita della popolazione straniera residente in Italia negli ultimi due decenni è dovuta non solo al contributo diretto costituito dai flussi migratori dall'estero, ma anche al contributo indiretto offerto dalla dinamica della loro componente naturale, data dalla differenza tra le nascite ed i decessi di stranieri avvenute nel territorio italiano. Tra il 2011 e il 2023 si sono registrati oltre 870 mila nascite di stranieri in Italia e circa 97 mila decessi, con un saldo naturale positivo di oltre 773 mila unità. Nello stesso periodo, il saldo naturale degli italiani è stato invece fortemente negativo, con una perdita di oltre 3,2 milioni di persone. Questo rende evidente come l'immigrazione abbia contribuito a contrastare il declino demografico del Paese, e a ringiovanirne la struttura per età. Lo si nota confrontando due strutture per età della popolazione italiana al 2022: quella effettiva, "modificata" dalla presenza straniera, e quella, con meno adulti e meno giovani, che si sarebbe osservata in assenza di migrazioni (figura 1).

Figura 1 - Struttura per età della popolazione effettiva e stimata in assenza di migrazioni, Italia, 2022.



Fonte: Elaborazioni proprie su dati Istat.

La bassa natalità è una tendenza che in Italia si osserva fin dalla fine del "baby boom" negli anni Sessanta. Dagli anni Ottanta in poi, il tasso di fecondità è sceso stabilmente sotto la soglia di 1,5 figli per donna, lontano dal valore di 2,1 necessario per il ricambio generazionale. Questo ha portato a una progressiva riduzione delle coorti di nascite, rendendo la popolazione sempre più anziana. Il fenomeno è stato definito "trappola demografica", concetto che indica che i potenziali genitori al tempo *t* sono meno numerosi rispetto alle generazioni precedenti il che, combinato con bassi livelli di fecondità, dà luogo a coorti di bambini sempre più esigue (Mencarini e Vignoli 2018).

In questo scenario, l'immigrazione rappresenta una risorsa cruciale per rallentare l'invecchiamento demografico e sostenere la popolazione attiva. Anche se non può da sola risolvere il problema strutturale della bassa natalità italiana, costituisce un fattore di riequilibrio e una possibile leva per ripensare le politiche demografiche e di inclusione sociale.

2. LA NORMATIVA ITALIANA E DELL'UNIONE EUROPEA IN MATERIA DI TRATTAMENTO DEGLI STRANIERI

La normativa italiana in materia di trattamento degli stranieri si fonda sull'art. 10, comma 2, della Costituzione che sancisce: "La condizione giuridica dello straniero è regolata dalla legge in conformità delle norme e dei trattati internazionali". La normativa interna deve essere conforme sia al diritto internazionale generale (art. 10, comma 1, Cost.) sia ai trattati internazionali ai quali la nostra Repubblica è vincolata, compresi quelli in materia di diritti umani. In questa materia, particolare rilevanza ha il diritto dell'Unione europea, che è stato recentemente oggetto di una significativa modifica, perché il 14 maggio 2024, il Parlamento europeo e il Consiglio UE hanno approvato un insieme di misure (nove regolamenti e una direttiva) che compongono il nuovo patto UE sulla migrazione e sull'asilo.

Nel sistema giuridico italiano, il principale riferimento normativo è dato dal Testo Unico (T.U.) sull'immigrazione che ha conosciuto diverse modifiche e integrazioni. Il T.U. fu introdotto inizialmente con la legge del 6 marzo 1998, n. 40 (conosciuta come Legge Turco-Napolitano) con lo scopo di rendere organica la normativa in questo settore, poi significativamente modificata con la legge 30 luglio 2002, n. 189 (nota come Legge Bossi-Fini). Ai sensi dell'art. 1, comma 2, il T.U. non si applica ai cittadini dell'Unione, ai quali invece si applicano le specifiche disposizioni dei

Trattati istitutivi dell'Unione e la direttiva 2004/38/CE attuata in Italia con d.lgs. 6 febbraio 2007, n. 30. Regole speciali riguardano, inoltre, la materia del diritto di asilo e della protezione internazionale sussidiaria o temporanea. Anche in questo ambito la normativa italiana recepisce e attua la normativa dell'UE che a sua volta attua la Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951.

Il T.U. sulla disciplina dell'immigrazione ha ad oggetto vari aspetti della complessa gestione del fenomeno migratorio. I tre principali pilastri della disciplina sono: la regolamentazione degli ingressi, il contrasto all'immigrazione clandestina e il diritto all'integrazione degli stranieri presenti sul territorio.

Sulla base dell'art. 3 del T.U., ogni tre anni (o meno, se necessario) il Presidente del Consiglio dei Ministri emana un documento programmatico per la politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio italiano. Quest'ultimo ha molteplici funzioni; oltre a quella di fissare i criteri generali per i "flussi di ingresso" (art. 3, comma 3) ha altresì lo scopo di delineare "gli interventi pubblici volti a favorire le relazioni familiari, l'inserimento sociale e l'integrazione culturale degli stranieri residenti in Italia, nel rispetto delle diversità e delle identità culturali delle persone (...)". Esso indica le azioni e gli interventi che lo Stato italiano "anche in cooperazione con gli altri Stati membri dell'UE, con le organizzazioni internazionali, con le istituzioni comunitarie e con organizzazioni non governative, si propone di svolgere in materia di immigrazione, anche mediante la conclusione di accordi con i Paesi di origine". Il documento programmatico, inoltre, indica le misure di carattere economico e sociale nei confronti degli stranieri soggiornanti nel territorio dello Stato (laddove non vi sia la riserva di legge). L'ultimo documento programmatico compiutamente emanato risale al triennio 2004-2006 (D.P.R. 13 maggio 2005).

In materia di flussi, il D.L. 20/2023 del 10 marzo 2023 ha previsto una disciplina derogatoria per il solo triennio 2023-2025. Tale decreto ha validità triennale (invece che annuale) e fissa i criteri generali per la definizione dei flussi di ingresso, tenendo conto dell'analisi del fabbisogno del mercato del lavoro effettuata dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Questo decreto ha disciplinato anche l'ambito dell'integrazione, sebbene questo aspetto dovesse essere regolato nel documento programmatico triennale. Infine, in attuazione del D.L. 20/2023 è stato adottato il DPCM 27 settembre 2023 recante la programmazione dei flussi d'ingresso legale in Italia dei lavoratori stranieri per il triennio 2023-2025.

Il Consiglio dei Ministri del 30 giugno 2025 ha approvato, in esame preliminare, il DPCM relativo ai flussi migratori per il triennio 2026-2028. L'obiettivo del provvedimento è consentire l'ingresso in Italia di manodopera indispensabile al sistema economico e produttivo nazionale e altrimenti non reperibile. Si ritiene che con la stabile individuazione di un meccanismo d'immigrazione legale e controllato si attiverebbero canali di comunicazione fondamentali nel dialogo con i Paesi di origine dei flussi migratori contrastando sia fenomeni di irregolarità nell'ingresso e permanenza nel nostro Paese, sia di lavoro sommerso e sfruttamento dei lavoratori. Il decreto prevede, per il 2026, 164.850 ingressi autorizzati e 497.550 unità autorizzate nel triennio 2026-2028 (230.550 per lavoro subordinato non stagionale e autonomo e 267.000 per lavoro stagionale nei settori agricolo e turistico). Le quote sono state determinate tenendo conto dei fabbisogni espressi dalle parti sociali e delle domande di nulla osta al lavoro effettivamente presentate negli anni scorsi.

La politica per l'integrazione degli stranieri nel territorio nazionale è di competenza degli Stati membri; tuttavia, la Commissione europea ha elaborato un utile Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027. Il trattamento dei lungo soggiornanti è attualmente regolato dalla direttiva 2003/109/CE, del 25 novembre 2003 (recepita in Italia con il d.lgs. 8 gennaio 2007 n. 3), e modificata dalla direttiva 2011/51/UE (recepita con d.lgs. 13 febbraio 2014, n. 12) al fine di estenderne l'ambito di applicazione anche ai beneficiari di protezione internazionale.

2.1 COME DIVENTARE CITTADINI ITALIANI

Con riferimento all'acquisizione della cittadinanza italiana, secondo la normativa attualmente in vigore (legge del 5 febbraio 1992, n. 91 modificata di recente con il D.L. del 28 marzo 2025 n. 36, convertito con legge del 23 maggio 2025, n. 36), il criterio principale per l'acquisto è quello dello *ius sanguinis*; pertanto, in linea di principio la cittadinanza è trasmessa dal padre o dalla madre italiani ai figli e tale regola riguarda anche i figli nati all'estero. La cittadinanza italiana si può acquistare, altresì, con la regola dello *ius soli* per nati sul territorio italiano da genitori ignoti o da apolidi, ovvero se i figli non seguono la cittadinanza dei genitori in base alla legge dello Stato di appartenenza dei genitori. La cittadinanza si trasmette anche ai figli adottivi. Inoltre, la cittadinanza italiana può ottenersi a seguito di matrimonio e, eccezionalmente, per meriti speciali. Un ulteriore metodo per ottenere la cittadinanza è quello della naturalizzazione degli stranieri

regolarmente soggiornanti che abbiano risieduto per un determinato numero di anni nel territorio italiano, qualora soddisfino anche gli altri requisiti previsti dalla legge e siano pienamente integrati nella società di accoglienza. A seguito del mancato raggiungimento del quorum del referendum abrogativo dell'8 e 9 giugno 2025, è rimasta invariata la regola generale dei 10 anni di residenza prevista per gli stranieri maggiori di età. Il numero di anni di residenza è inferiore in casi specifici, tassativamente previsti, in particolare per i cittadini dell'UE è di 4 anni; e per gli apolidi e i rifugiati sono necessari 5 anni.

3. LE "REPLACEMENT MIGRATION"

La struttura per età di una popolazione è determinata da tre fattori: fecondità, mortalità e migrazioni. Nei Paesi sviluppati, come l'Italia, la mortalità incide poco sulla dinamica demografica, vista la sua già bassa intensità. Di conseguenza, nel medio periodo l'aumento della fecondità e, nel breve termine, le migrazioni rappresentano gli unici strumenti reali per rallentare l'invecchiamento della popolazione. L'Italia, con uno dei livelli di fecondità più bassi al mondo (Billari, 2008), si trova in una situazione critica. Le "migrazioni di sostituzione", concetto emerso già negli anni Novanta e formalizzato nel Rapporto delle Nazioni unite del 2001 (United Nations, 2001), sono diventate oggetto di ampio dibattito e studio: un saldo migratorio positivo può influenzare in modo significativo la composizione della popolazione e rallentare il processo di invecchiamento (Coleman, 2008; Sobotka, 2008).

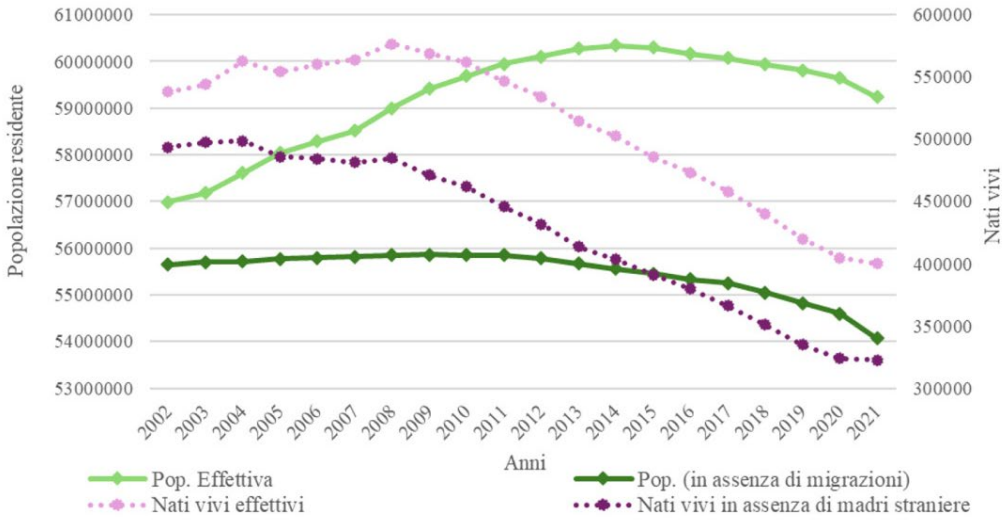
Con fecondità molto bassa, però, per bloccare del tutto la decrescita demografica e l'aumento della quota di anziani il numero degli immigrati necessari sarebbe troppo elevato, generando potenziali criticità nei processi di integrazione sociale, lavorativa e culturale (Billari e Dalla Zuanna, 2011; De Santis, 2011; Paterno, 2011; Gesano, Strozza, 2011). Nonostante questo, le migrazioni si confermano utili per mitigare gli effetti dell'invecchiamento e per contrastare la stagnazione della dinamica naturale della popolazione (Vignoli, Barbi e Paterno, 2024).

L'Italia, come altri Paesi occidentali, sperimenta due forme di invecchiamento: "dall'alto", per via dell'aumento degli anziani, e "dal basso", a causa della diminuzione delle nascite e della popolazione giovane. Secondo l'Istat, nel 2024 le persone con più di 65 anni sono salite a 14,4 milioni, pari al 24,3% della popolazione. Le proiezioni indicano che questa percentuale potrebbe arrivare al 35% entro il 2050.

Parallelamente, il saldo naturale è peggiorato costantemente: da -19 mila nel 2002 a -281 mila nel 2024. Tuttavia, lo stesso periodo ha visto una crescita significativa della popolazione residente, in gran parte grazie ai flussi migratori internazionali, che hanno contribuito per oltre 2 milioni di unità.

Per comprendere l'effetto concreto delle migrazioni, è utile, ancora una volta, confrontare la realtà con lo scenario che si sarebbe delineato in assenza di immigrazione (figura 2). Nel 2022, senza flussi migratori, la popolazione italiana sarebbe scesa a circa 54 milioni, rispetto ai quasi 59 milioni effettivamente registrati. Questo "surplus" è dovuto non solo agli arrivi diretti dall'estero, ma anche al maggiore tasso di fecondità delle donne straniere, che ha attenuato il decremento delle nascite. In assenza di immigrazione, la diminuzione delle nascite sarebbe stata di 177 mila unità, mentre in realtà è stata di 142 mila. Le donne straniere, infatti, hanno in media più figli rispetto alle italiane, e la loro presenza ha temporaneamente compensato la progressiva riduzione delle potenziali madri italiane, legata alla "trappola demografica" in atto dalla seconda metà degli anni Settanta (Mencarini e Vignoli, 2018).

Figura 2 - Popolazione residente totale (asse a sinistra) e numero di nati vivi (asse a destra) effettivi e stimati in assenza di migrazioni, Italia, 2002-2022.



Fonte: Elaborazioni proprie su dati Istat.

Gli immigrati influenzano le dinamiche demografiche anche attraverso comportamenti differenti da quelli dei nativi, soprattutto

in ambito riproduttivo e migratorio interno. Negli anni Novanta, si riponevano grandi speranze nel contributo alle nascite in Italia da parte delle donne straniere: le aspettative si sono in parte ridimensionate negli anni successivi, ma, come detto all'inizio, il ruolo degli stranieri nel sostenere le nascite e rallentare invecchiamento e declino demografico non è trascurabile.

Questo contributo però, per essere realmente efficace e sostenibile, deve essere inserito in un quadro di gestione politico-istituzionale coerente, inquadrato in una strategia più ampia e di lungo periodo, come suggerito dalla Commissione Europea (2020). Ciò significa che accanto alla gestione dei nuovi ingressi, è fondamentale sviluppare politiche per favorire l'integrazione degli stranieri già presenti sul territorio, rimuovendo gli ostacoli economici, sociali, legali e culturali che impediscono una piena partecipazione degli immigrati alla vita del Paese. Le misure dovrebbero essere articolate su più livelli, sia nazionali che locali, e rivolte anche alle cosiddette "seconde generazioni", ossia i figli di immigrati nati o cresciuti in Italia, che rappresentano un'importante risorsa per il futuro. Cruciale, inoltre, appare attuare politiche che favoriscano l'inserimento occupazionale dei nuovi arrivati.

Infine, va sottolineato che anche la popolazione immigrata sta progressivamente invecchiando. Ciò implica la necessità di pianificare misure di welfare non solo per gli anziani italiani, ma anche per quelli stranieri, in modo da assicurare la sostenibilità dei servizi sociosanitari nel lungo periodo. La doppia sfida dell'invecchiamento e dell'integrazione richiede quindi un approccio strategico e multidimensionale, in grado di affrontare le trasformazioni demografiche in atto con strumenti efficaci, equi e lungimiranti.

4. I COMPORTAMENTI FAMILIARI E FECONDI DEGLI STRANIERI

L'immigrazione ha avuto un impatto significativo non solo sulla fecondità in Italia, ma anche sulla formazione delle coppie e delle famiglie, aspetti strettamente legati ai processi di integrazione. I permessi di soggiorno per motivi familiari hanno registrato un andamento crescente nei primi anni Duemila, stabilizzandosi successivamente, segno di un crescente radicamento delle famiglie immigrate.

Tre sono i modelli migratori prevalenti in Italia (Barbiano di Belgiojoso, Terzera, 2018; ISMU-ETS, 2025):

- migrazione maschile apripista, tipica tra africani e asiatici: l'uomo migra per primo e viene successivamente raggiunto dalla moglie, spesso sposata nel Paese d'origine;
- migrazione in coppia o famiglia: comune tra romeni e albanesi, in cui la famiglia arriva già costituita;
- migrazione femminile apripista, frequente tra donne dell'Est Europa e dell'America Latina.

Il momento in cui il progetto migratorio diventa definitivo incide sull'attivazione dei ricongiungimenti familiari. Altri elementi da considerare riguardano le tipologie di coppie formate: sia omogame (entrambi stranieri) che miste (straniero-italiano), e il comportamento riproduttivo delle donne straniere.

L'aumento del numero di immigrati ha reso più variegato il mercato matrimoniale italiano, con aumento delle unioni miste: nel 2023, su 184.000 matrimoni celebrati, il 16,2% aveva almeno un partner straniero (l'8,4% dei casi la sposa, il 3,2% lo sposo, il 4,6% entrambi). Nel 2002, invece, erano stati celebrati 270 mila matrimoni, di cui il 9,5% con almeno un partner straniero (nel 5,8% dei casi la sposa, nell'1,7% lo sposo e nel 5,8% entrambi). A tali cifre dovrebbero essere aggiunte quelle delle unioni libere, sulle quali però non sono disponibili informazioni ufficiali.

A livello interpretativo, la "exchange theory" offre una chiave di lettura delle coppie miste: in queste unioni, le donne straniere offrirebbero giovinezza e istruzione, generalmente superiore a quella del partner nativo, in cambio di stabilità economico-giuridica e accesso a reti sociali autoctone (Maffioli et al., 2014; Guetto e Azzolini, 2015).

La fecondità delle donne straniere ha attirato crescente attenzione, anche in relazione al calo generale delle nascite. Dal 2002 al 2023, i nati totali sono passati da oltre 490 mila a meno di 380 mila, ma la quota dei nati con almeno un genitore straniero è aumentata dall'8,9% al 21,3%. I nati da padre straniero sono passati dallo 0,6% al 2,5%; da madre straniera dal 2,1% al 5,3%; e da entrambi i genitori stranieri dal 6,2% al 13,5%.

Benché la loro fecondità resti in media superiore a quella delle italiane, le straniere hanno mostrato una sempre minor propensione a fare figli. Le cause principali sono l'assimilazione ai modelli riproduttivi locali e l'incertezza economica che le rende vulnerabili nel mercato del lavoro. Questi fattori hanno prodotto una risposta pro-ciclica alla crisi economica iniziata negli anni 2007-2008, ossia un comportamento che si è conformato

al trend generale, in cui al peggioramento del contesto economico è corrisposto un calo della fecondità (García-Pereiro e Paterno, 2024).

Per comprendere meglio il ruolo delle donne straniere nella dinamica naturale della popolazione, si può scomporre il tasso di fecondità generale (nati per 1000 donne in età riproduttiva), differenziando il contributo delle donne native da quello delle straniere. Tra il 2010 e il 2019, il calo nazionale della fecondità è stato dovuto soprattutto alla diminuzione tra le donne italiane. Tuttavia, a livello territoriale si osservano forti differenze (García-Pereiro e Paterno, 2022) ed è possibile raggruppare la maggior parte delle province italiane omogeneamente in tre grandi gruppi:

1. province settentrionali, caratterizzate da cospicua presenza straniera e contributo rilevante al contenimento del calo della fecondità,
2. province centrali, denotate da un equilibrio tra contributo di native e straniere,
3. province meridionali e insulari, contraddistinte da un calo netto della fecondità, attribuibile quasi esclusivamente alle italiane, per la scarsa presenza straniera.

Le differenze nei comportamenti riproduttivi delle donne straniere dipendono dai contesti culturali e demografici di origine, nonché dai progetti migratori, dai valori e dalle aspettative (Impicciatore, Gabrielli e Paterno, 2020). I processi familiari e riproduttivi degli immigrati e delle persone con background migratorio possono essere favoriti da politiche che guardino non solo all'individuo, ma anche alla sua dimensione familiare. Sebbene siano aumentati i ricongiungimenti, molti immigrati vivono ancora lontani dai loro familiari, per scelta o per ostacoli burocratici. È dunque importante semplificare le procedure di ricongiungimento e rivedere le condizioni di accesso.

Un nodo critico per le famiglie migranti è l'alloggio, soprattutto nei contesti urbani, dove gli affitti sono elevati e vi sono fenomeni di segregazione abitativa. Politiche abitative inclusive, come l'ampliamento dell'edilizia popolare, misure di sostegno ai costi o incentivi per alloggi a prezzi accessibili, potrebbero migliorare la qualità della vita di una popolazione che mostra la più elevata incidenza di povertà nel contesto italiano. La pianificazione urbana dovrebbe puntare su comunità miste, per evitare la formazione di quartieri ghettizzati, e sostenere iniziative di integrazione all'interno dei comuni locali.

La conciliazione tra lavoro e vita familiare è una priorità per molte famiglie migranti con figli, che spesso non possono contare su reti familiari

di supporto, come ad esempio i nonni (Trappolini et al., 2024). Il sistema italiano, fortemente basato sull'assistenza familiare intergenerazionale, crea svantaggi per queste famiglie: servono quindi politiche di supporto, come ad esempio l'estensione dei servizi per l'infanzia e interventi di mediazione culturale per migliorare l'accesso ai servizi sociali (Vitiello, 2019).

Un ulteriore ambito di intervento riguarda la partecipazione civica e politica delle persone immigrate e dei loro nuclei familiari. È fondamentale creare spazi di rappresentanza, come comitati consultivi o consigli locali, per coinvolgere attivamente le comunità straniere nella definizione delle politiche che le riguardano. Questo non solo garantisce una maggiore inclusività, ma permette anche di progettare interventi più rispondenti ai loro bisogni.

In sintesi, l'immigrazione ha modificato in profondità la composizione familiare e la dinamica demografica italiana. Questo fenomeno ha un potenziale positivo, che però può essere pienamente valorizzato solo attraverso politiche mirate all'integrazione, al supporto alle famiglie e alla costruzione di una società più coesa e inclusiva.

5. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

1. La crescente incidenza dei flussi migratori in Italia e il loro impatto sul contesto demografico e socio-economico rendono urgente l'adozione di policy specifiche e più incisive di quelle adottate sinora. È essenziale "aprire" il sistema giuridico, sociale ed economico del Paese all'immigrazione regolare e ai discendenti degli immigrati, al fine di garantire il necessario ricambio generazionale nella forza lavoro e rispondere all'aumento del bisogno di assistenza, anche specializzata, derivante dall'invecchiamento della popolazione.
2. Un primo passo in questa direzione è la costruzione di una strategia di comunicazione chiara e obiettiva, capace di diffondere tra la popolazione l'idea che l'immigrazione regolare non è un fenomeno occasionale, ma una componente strutturale e necessaria per mantenere l'equilibrio demografico e la competitività economica dell'Italia. Fondamentale a questo riguardo è il potenziamento dei sistemi di rilevazione e diffusione dei dati, un ambito dove l'Italia mostra ancora carenze. Una migliore disponibilità di dati permetterebbe non solo analisi più approfondite, ma anche una maggiore consapevolezza pubblica.

3. Per favorire l'immigrazione regolare, occorre programmare flussi d'ingresso adeguati, semplificare le procedure per il rilascio e rinnovo dei permessi di soggiorno, e progettare anche schemi ad hoc per il reclutamento di lavoratori da collocare in specifici ambiti occupazionali, come ad esempio il settore socio-sanitario. È necessario anche il riconoscimento rapido dei titoli di studio e delle qualifiche professionali dei lavoratori stranieri, oltre a migliorare salari e condizioni lavorative e, anche promuovendo specifici programmi di sostegno ai migranti, contrastare il lavoro sommerso, causa di emarginazione sociale.
4. Altrettanto importante è promuovere l'integrazione dei migranti e dei loro familiari, compresi i loro discendenti, in modo da consentire loro di condurre una vita dignitosa. Perché i giovani possano essere competitivi dal punto di vista salariale occorrono investimenti adeguati, accompagnati da buone politiche. Oltre a cercare di attrarre migranti con particolari qualificazioni, è necessario investire nelle misure volte a favorire l'integrazione, applicando il principio di non discriminazione, previsto nella normativa dell'UE e in quella italiana, in relazione sia alla vita lavorativa sia all'accesso a forme di protezione sociale ed assistenziale (Di Comite, 2024). Mirare a un'integrazione efficace, infatti, non è solo un atto di giustizia sociale, ma una scelta imprescindibile per la crescita del Paese nel lungo termine.
5. È opportuno pervenire a una gestione armonizzata delle immigrazioni per motivi di lavoro con quelle di richiedenti asilo e altre forme di protezione sussidiaria o temporanea, in quanto anche agli immigrati per motivi umanitari, una volta riconosciuto lo status di rifugiato, si dovranno riconoscere le dovute tutele giuridiche e adeguate forme di integrazione. Qui però occorre prestare attenzione ai rischi di discriminazioni indirette (misure rivolte solo a particolari categorie di migranti). E' proprio per evitarne il rischio che nella recente sentenza n. 31 del 12 febbraio 2025, la Corte costituzionale ha esplicitamente indicato in cinque anni di permanenza in Italia il periodo di riferimento utilizzabile "al fine di ricomporre la ragionevole correlazione con il requisito di radicamento territoriale".

PER SAPERNE DI PIÙ

Barbiano di Belgiojoso, E., & Terzera, L. (2018). Family reunification–who, when, and how? Family trajectories among migrants in Italy. Demographic Research, 38, 737-772.

Billari, F. C. (2008). Lowest-low fertility in Europe: Exploring the causes and finding some surprises. The Japanese Journal of Population, 6(1), 2-18.

Billari, F. C., & Dalla-Zuanna, G. (2011). Is replacement migration actually taking place in low fertility countries? Genus, 67(3), 105-123.

Coleman, D. (2008). The demographic effects of international migration in Europe. Oxford Review of Economic Policy, 24(3), 452-476.

Commissione Europea (2020). Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni. Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027. COM(2020)758 final, Bruxelles.

De Santis, G. (2011). Can immigration solve the aging problem in Italy? Not really…Genus,67(3), 37-64.

Di Comite, V. (2014). Accoglienza di studenti, ricercatori e docenti provenienti dai Paesi terzi. In (ed): Caggiano, G. I percorsi giuridici per l'integrazione. Migranti e titolari di protezione internazionale tra diritto dell'Unione e ordinamento italiano. 345-364, Torino: Giappichelli.

Di Comite, V. (2024). La parità di trattamento in materia di prestazioni sociali per i cittadini di Paesi terzi lungo soggiornanti: alcune riflessioni in occasione della sentenza della Corte di giustizia sul reddito di cittadinanza. Freedom, Security & Justice: European Legal Studies, n. 3: 26-39.

Fondazione ISMU ETS (2025). A cura di Zanfrini, L., & Pasini, N., 30° Rapporto sulle migrazioni 2024, Milano

García-Pereiro, T., & Paterno, A. (2022). The role played by migration and fertility on Italy's aging trends: a provincial-level analysis. In Books of the Short Papers of the SIS 2022 Statistical Conference (pp. 250-259). Pearson.

García-Pereiro, T., & Paterno, A. (2024). Nonnationals' Fertility and the Great Recession in Italy: A Panel Analysis of Quantum and Tempo Responses. Italian Economic Journal, 1-35.

Gesano, G., & Strozza, S. (2011). Foreign migrations and population aging in Italy. Genus, 67(3), 83-104.

Guetto, R., & Azzolini, D. (2015). An empirical study of status exchange through migrant/native marriages in Italy. Journal of Ethnic and Migration Studies, 41(13), 2149-2172.

Impicciatore, R., Gabrielli, G., & Paterno, A. (2020). Migrants' fertility in Italy: A comparison between origin and destination. European Journal of Population, 36(4), 799-825.

Maffioli, D., Paterno, A., & Gabrielli, G. (2014). International married and unmarried unions in Italy: Criteria of mate selection. International Migration, 52(3), 160-176.

Mencarini, L., & Vignoli, D. (2018). Genitori cercasi: l'Italia nella trappola demografica. EGEA spa.

Paterno, A. (2011). Is immigration the solution to population aging?. Genus, 67(3), 65-82.

Sobotka, T. (2008). Overview Chapter 7: The rising importance of migrants for childbearing in Europe. Demographic Research, 19, 225-248.

Trappolini, E., Barbiano di Belgiojoso, E., Rimoldi, S. M., & Terzera, L. (2024). Migrants' choices pertaining to informal childcare in Italy and France: A complex relationship between the origin and destination countries. Population, Space and Place, 30(1), e2736.

United Nations (2001). Replacement migration: Is it a solution to declining and ageing populations? United Nations Publication, Sales No. E.01.XIII.19.

Vignoli, D., Barbi, E., & Paterno, A. (2024). La demografia dell'invecchiamento: una lettura positiva. Rivista Il Mulino, 73(4), 12-30.

Vitiello, M. (2019). Bisogni sociali e integrazione delle famiglie di origine immigrata. La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 4, 141-156.

6. ISTRUZIONE, FORMAZIONE, LAVORO E SALUTE DEGLI IMMIGRATI IN ITALIA: ALCUNE SFIDE DI UNA SOCIETÀ CHE INVECCHIA

Cinzia Conti, Patrizia Farina, Giuseppe Gabrielli, Rosa Gatti, Anna Paterno e Salvatore Strozza

IN PRIMO PIANO

- In un contesto demografico, come quello italiano, caratterizzato da declino e invecchiamento, l'integrazione degli immigrati e delle immigrate (ma in seguito, per brevità, useremo solo la forma maschile) e ancor più l'integrazione dei loro discendenti rappresenta una leva strategica per garantire la sostenibilità sociale ed economica del Paese.
- Le dinamiche migratorie, infatti, da una parte contribuiscono al riequilibrio demografico, ma dall'altra pongono sfide cruciali in termini di inclusione, equità e coesione almeno in alcuni aspetti chiave della condizione socioeconomica ed educativa della popolazione immigrata e di quella con background migratorio (Strozza, 2023).
- Riguardo a questa popolazione, quattro in particolare sono gli ambiti sui quali sembra opportuno concentrare gli sforzi di integrazione e superamento delle barriere esistenti, visibili e invisibili: 1) inclusione scolastica; 2) attiva partecipazione sociale e politica; 3) inserimento nel mercato del lavoro; 4) promozione della salute fisica e mentale.
- Quella che l'Italia ha di fronte, sul tema dell'integrazione degli stranieri e dei loro discendenti, è una sfida ma anche un'opportunità di crescita e coesione, che potrà essere coronata da successo solo valorizzando l'apporto positivo che deriva dagli arrivi dall'estero.

1. PER UNA SOCIETÀ INCLUSIVA: FORMAZIONE E LAVORO DEI GIOVANI DI ORIGINE STRANIERA

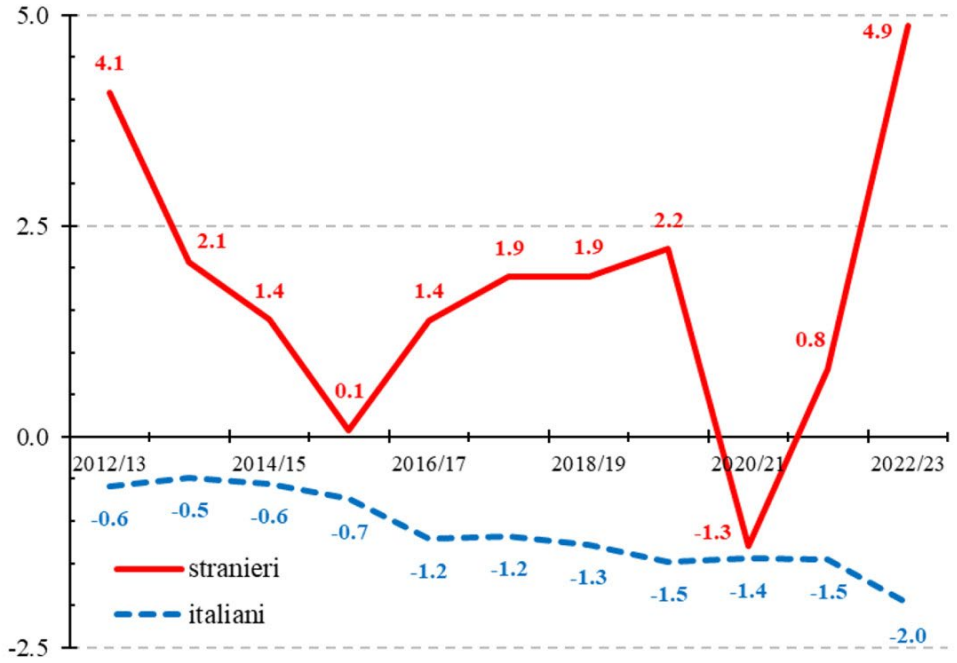
L'immigrazione straniera ha dato un importante contributo numerico alla popolazione residente, in particolare a quella più giovane, in età scolare e lavorativa, con effetti significativi sull'equilibrio demografico complessivo e sul potenziale produttivo del Paese. Se all'inizio degli anni '80 del secolo scorso c'erano in Italia quasi 17 milioni di under 20 (poco meno del 30% dei residenti), quarant'anni dopo erano scesi a 10,3 milioni (17,5% de totale), con una contrazione di circa 6,6 milioni che, senza l'immigrazione straniera, sarebbe stata ancora più intensa: ulteriori 2 milioni in meno (Strozza, 2025). Anche la diminuzione tra i 20-49enni è stata contenuta a circa 2,3 milioni per effetto delle migrazioni internazionali, senza le quali si valuta che la perdita avrebbe potuto raggiungere i 5,6 milioni, cioè altri 3,3 milioni.

Più in generale, al censimento permanente del 2020, gli stranieri erano quasi 5,2 milioni e i nuovi italiani 1,5 milioni, pari complessivamente all'11,2% dei residenti, e senza contare i figli di coppie miste che sono italiani dalla nascita. Un collettivo composto non solo da immigrati ma anche dai loro discendenti, che sempre più spesso nascono in Italia.

Attualmente i bambini e i giovani sono quasi il 22% degli stranieri, quasi 5 punti percentuali in più rispetto agli italiani alla nascita. Tra gli under 20, l'insieme di stranieri e nuovi italiani ammonta a più di 1,4 milioni (il 13,7% dei residenti in questa fascia d'età), tra i giovani adulti sono poco meno di 2,3 milioni (il 17,6% dei 20-39enni), ci sono anche più di 2,5 milioni di adulti (quasi l'11,6% dei 40-64enni), mentre la quota di anziani (over 65) è ancora abbastanza contenuta (meno di 400.000 persone, solo il 2,8% del collettivo, contro il 26% tra gli italiani).

Il quadro appena delineato segnala, in un'ottica di sostenibilità sociale dell'invecchiamento, la necessità di rivolgere un'attenzione specifica alle giovani generazioni, di cui andrebbero rafforzati il capitale umano e la competitività sul mercato del lavoro. Nel contesto scolastico, sono oltre 900.000 gli alunni stranieri che hanno frequentato una scuola italiana nell'anno scolastico 2022-2023 (senza considerare i nuovi italiani); essi rappresentano circa l'11% del totale degli alunni, con un incremento di quasi il 5% rispetto all'anno scolastico precedente, tanto più rimarchevole a fronte di una calo, invece, degli alunni italiani (figura 1).

Figura 1. Variazione percentuale rispetto all'anno scolastico precedente degli alunni iscritti a scuola distinti per cittadinanza (italiana e non italiana). Italia, aa.aa. 2012/2013 – 2022/2023



Fonte: dati Ministero dell'Istruzione e del Merito - Ufficio di Statistica, 2025.

Nonostante l'attenzione che il Ministero dell'Istruzione rivolge da anni a questo segmento della popolazione scolastica (si vedano, ad esempio, *le Linee guida per l'accoglienza e l'integrazione degli alunni stranieri*), lo svantaggio dei bambini e dei ragazzi stranieri rispetto ai loro coetanei autoctoni persiste. Questo divario è evidente se si considerano tre indicatori.

- Il primo riguarda i livelli di scolarizzazione, con particolare riferimento al fenomeno dell'abbandono scolastico: nell'anno 2022-23, il 25,2% dei bambini e ragazzi stranieri non ha conseguito il diploma, a fronte del 18,4% tra gli studenti nativi. In generale, il livello di scolarizzazione diminuisce significativamente dopo i 14 anni e risulta sensibilmente inferiore a quello dei nativi, soprattutto per i ragazzi arrivati in Italia in età scolare.
- Il secondo indicatore riguarda il ritardo scolastico, che riguarda il 26,4% degli alunni stranieri rispetto al 7,9% degli italiani, con punte che raggiungono il 48,0% nella scuola secondaria superiore, contro il 16,0% dei nativi.

- Il terzo elemento critico riguarda la scelta del tipo di scuola secondaria di secondo grado da frequentare. Gli alunni stranieri vengono indirizzati, spesso dagli stessi insegnanti, verso gli istituti professionali e tecnici in misura maggiore rispetto ai loro coetanei, risultando fortemente sottorappresentati nei licei, dove sono difatti solo il 5,5% del totale, e appena l'1,8% tra gli iscritti ai licei classici.

A questi segnali di svantaggio si aggiungono voti mediamente più bassi, maggiori rischi di insuccesso scolastico e un minore accesso alla formazione terziaria. Segnali che sollecitano il monitoraggio continuo, l'approfondimento delle cause dello svantaggio educativo, nonché l'adozione e la verifica di strategie e dispositivi volti quantomeno a ridurre le differenze.

Differenze che possono invece amplificarsi a seguito di situazioni particolari. Utilizzando i dati dell'indagine ISTAT "Bambini e ragazzi: comportamenti, atteggiamenti e progetti futuri" (2021) è stato possibile studiare le connessioni tra le caratteristiche personali e familiari degli studenti e gli effetti percepiti della didattica a distanza sul loro rendimento scolastico durante la pandemia di Covid-19. I risultati hanno evidenziato che il rendimento scolastico degli studenti stranieri, così come di quelli provenienti da famiglie povere, ha maggiormente risentito dell'influenza negativa dell'apprendimento a distanza (Buonomo et al., 2024). I genitori di questi studenti incontrano infatti maggiori difficoltà nel sostenere i propri figli nell'apprendimento a distanza, a causa di limitate competenze linguistico-digitali e di insufficienza di adeguati dispositivi informatici (PC, tablet, ecc.). Ciò evidenzia l'importanza di politiche che coinvolgano non solo i bambini e i giovani, ma anche i loro genitori e le loro famiglie, a partire da corsi di alfabetizzazione linguistica e digitale. In altre parole, l'integrazione degli immigrati di prima generazione risulta essere una condizione fondamentale anche per la piena inclusione della seconda generazione in senso stretto (ragazzi nati in Italia figli di immigrati) e di quelle cd. "decimali" (ragazzi arrivati da minorenni, in età prescolare e scolare).

Il tema del completamento della formazione secondaria e dell'accesso a quella terziaria va acquisendo maggiore rilevanza man mano che cresce il numero dei maggiorenni delle seconde generazioni. L'analisi del ruolo delle aspirazioni scolastiche durante la scuola superiore sulla successiva frequenza universitaria in Italia ha confermato la complessità del percorso di transizione all'età adulta per i giovani con background migratorio,

mostrando che l'aspirazione a proseguire gli studi ha un impatto positivo sulla decisione di frequentare l'università. Tuttavia, le analisi mostrano anche che la percentuale di studenti stranieri che riesce a realizzare tale aspirazione è significativamente inferiore rispetto ai pari italiani (Buonomo et al., 2023a). È quindi cruciale sostenere le aspirazioni dei giovani, affinché possano tradursi in percorsi realizzabili, e non si trasformino invece in traiettorie di assimilazione verso il basso e di marginalizzazione.

Sul versante dell'ingresso nel mercato del lavoro, interessanti sono i risultati delle analisi svolte sui discendenti degli immigrati 18-29enni residenti in Italia. Sulla base dei dati del modulo ad hoc sugli stranieri dell'indagine ISTAT sulle forze di lavoro del 2021, è stato possibile notare che gli appartenenti alla seconda generazione hanno, rispetto a quelli delle generazioni decimali, maggiori probabilità di essere esclusi dal mercato del lavoro, in parte a causa della giovane età del collettivo e della transizione ancora in corso tra formazione e occupazione. Tuttavia, tra coloro che lavorano, i giovani di seconda generazione tendono a occupare posizioni più qualificate e coerenti con il proprio livello educativo rispetto a quelli appartenenti agli altri gruppi considerati (Buonomo et al., 2023b). Questi giovani sembrano quindi avvicinarsi maggiormente ai percorsi di inserimento scolastico e lavorativo dei loro coetanei italiani. Particolare attenzione va rivolta ai minori arrivati in età prescolare o scolare, che spesso incontrano maggiori difficoltà nel completare gli studi e si inseriscono nel mondo del lavoro in posizioni poco qualificate o subalterne. Per questi ragazzi e giovani adulti la prima accoglienza nel sistema scolastico italiano è fondamentale, richiedendo la garanzia dell'adozione di dispositivi adeguati al rapido apprendimento della lingua e all'inserimento ad uno stadio del percorso formativo corrispondente alla loro età. L'accesso più rapido alla cittadinanza potrebbe ridurrebbe le difficoltà di inserimento lavorativo e favorire una più ampia partecipazione alla vita di una società a cui sentono di appartenere.

Sul piano della partecipazione alla sfera pubblica, l'analisi del ruolo dell'identità etnica e della discriminazione percepita sull'impegno politico delle diverse generazioni migratorie, basata sui dati ISTAT "Condizione sociale e integrazione dei cittadini stranieri" (2011-2012), mostra che, né la prima generazione né quelle decimali subiscono effetti negativi dalla conservazione dell'identità etnica minoritaria, purché accompagnata dall'acquisizione dell'identità nazionale. Inoltre, emerge che la discriminazione percepita agisce da catalizzatore dell'impegno politico:

all'aumentare della discriminazione, cresce l'impegno politico per entrambe le generazioni (Buonomo et al., di prossima pubblicazione). Questi risultati evidenziano l'urgenza di attuare misure in grado di contrastare le varie forme di discriminazione e promuovere la partecipazione alla vita sociale e politica italiana dei giovani con background migratorio.

In linea con il Piano d'azione 2021-2027 della Commissione europea sull'integrazione e l'inclusione (Commissione Europea, 2020), l'Italia è chiamata a attuare politiche educative più inclusive, che mirino a favorire l'accesso dei bambini migranti o con un background migratorio a un'istruzione di alta qualità fin dalla prima infanzia; formare gli insegnanti alla difficile gestione di classi multiculturali e multilingue; creare comunità di apprendimento multi-stakeholder che coinvolgano scuole, servizi sociali e genitori; semplificare il riconoscimento delle qualifiche acquisite in Paesi non UE; promuovere programmi di educazione linguistica e civica fin dal primo arrivo e durante tutto il processo di integrazione.

Infine, i risultati delle ricerche ribadiscono l'importanza dell'acquisizione della cittadinanza italiana per i giovani figli degli immigrati, come passaggio fondamentale, sia dal punto di vista legale che identitario. In questo quadro, la riforma della legge sulla cittadinanza (legge n. 91 del 1992), da anni sollecitata dalla società civile, dalle associazioni pro-immigrati e dai giovani di seconda generazione, assume un ruolo centrale: il riconoscimento formale della cittadinanza deve riflettere l'appartenenza sostanziale di chi è nato e/o cresciuto in Italia. Rimuovere gli ostacoli alla piena inclusione dei giovani discendenti di immigrati significa combattere la discriminazione, riconoscere la loro appartenenza al Paese e valorizzare le identità plurime che li caratterizzano. Come sancito dalla Costituzione, è necessario "rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Queste raccomandazioni si inseriscono pienamente negli obiettivi dell'Agenda dell'Organizzazione delle Nazioni Unite 2030, orientando l'azione pubblica verso una società più equa, inclusiva e sostenibile.

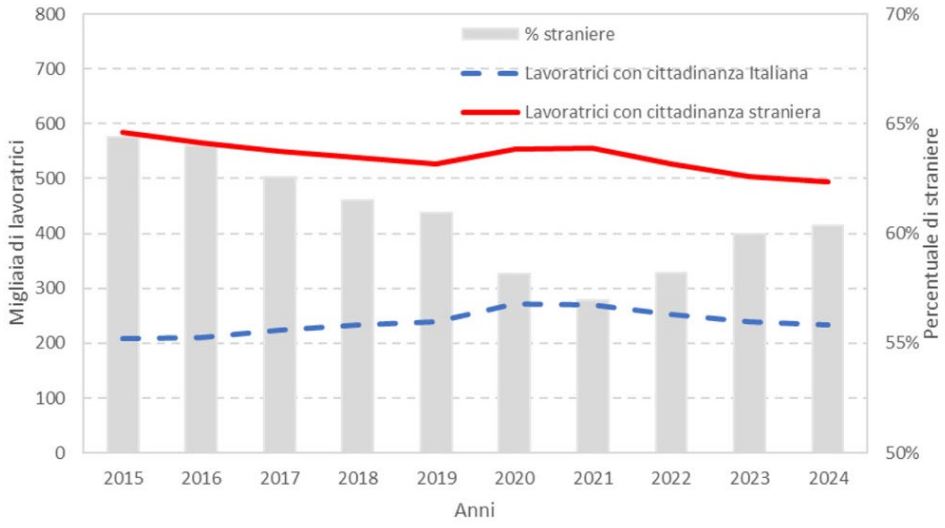
2. IL RUOLO DEGLI IMMIGRATI NEL SETTORE DEGLI AIUTI ALLE PERSONE ANZIANE

Negli ultimi decenni, è emersa con forza la centralità della componente straniera nel mercato del lavoro, non solo per l'importanza che i lavoratori stranieri hanno avuto e continuano ad avere nello svolgimento di specifiche

mansioni, ma anche in virtù dell'effetto compensativo che essi hanno determinato, allineandosi alla teoria delle *replacement migrations* (Grant, 2001). L'invecchiamento della popolazione nei Paesi europei, combinato con il crescente afflusso di donne nel mercato del lavoro, ha innescato un progressivo aumento della domanda di assistenza, programmi di cura e servizi domestici, in particolare per gli anziani e soprattutto per quelli affetti da malattie, patologie croniche e disabilità. Questa trasformazione ha avuto conseguenze significative sull'Italia, riconosciuta come uno dei Paesi più anziani al mondo e con risorse di welfare limitate in tale ambito. Per far fronte a questa crescente domanda di collaboratori familiari, la popolazione immigrata ha rappresentato e continua a rappresentare una risorsa fondamentale.

I dati dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) sui lavoratori assistenziali e domestici in Italia (figura 2) evidenziano che, nonostante una diminuzione del numero di lavoratrici straniere impiegate nei servizi domestici, da 583.820 a 560.336 tra il 2015 e il 2024 con un andamento non lineare, esse continuano a costituire la componente principale della forza lavoro in questo settore (60%). Si noti che si tratta di un comparto che ha impiegato soltanto 233.181 donne italiane nel 2024 (INPS, 2025) e che risulta altamente segregante, con gravi conseguenze sulla qualità della vita di chi vi opera.

Figura 2. Lavoratrici domestiche italiane e straniere. Italia. 2015-2024. Valori assoluti (in migliaia) e percentuale delle donne straniere sul totale (uomini e donne) dei lavoratori domestici.



Fonte: dati INPS - Osservatorio sui lavoratori domestici, 2025.

Gli impieghi nei servizi domestici e di cura alle famiglie, come altri ambiti lavorativi in cui si inserisce prevalentemente la componente straniera (ad. es. l'agricoltura, l'industria manifatturiera e a bassa tecnologia, il settore commerciale, la ristorazione e i servizi per il turismo), sono caratterizzati da condizioni occupazionali precarie, basse retribuzioni, cattive condizioni di lavoro, scarse tutele, limitate opportunità di carriera professionale e alti tassi di turnover (Reyneri e Fullin, 2011). In particolare, il lavoro domestico e assistenziale viene spesso svolto in un mercato informale, in condizioni di vulnerabilità, con scarsa copertura previdenziale e assicurativa, e con tendenza all'isolamento dei lavoratori.

La penalizzazione etnica (o *ethnic penalty*), poi, accentua ulteriormente la vulnerabilità dei lavoratori immigrati nei servizi domestici e assistenziali rispetto alle loro controparti italiane, esponendoli a maggiori rischi di sfruttamento e a condizioni di lavoro disagevoli. Spesso vivono condizioni di sottoqualificazione, con evidente *mismatch* tra il livello professionale e quello educativo (Buonomo, Gabrielli e Strozza, 2020). Un ulteriore aspetto riguarda la "sottoccupazione percepita", che è la condizione di chi non riesce a svolgere un numero di ore adeguato alle proprie aspirazioni, a causa della natura discontinua e instabile del lavoro richiesto.

Utilizzando il modulo ad-hoc dell'Indagine sulle Forze di Lavoro in Italia del 2021, sono state analizzate alcune condizioni lavorative (sovraistruzione, sottoccupazione e lavoro part-time) e di vita (isolamento) delle donne straniere impiegate nei servizi alla persona e alla famiglia, misurando quanto si trovino ad affrontare condizioni sfavorevoli rispetto sia alle loro colleghe italiane, sia ad altre lavoratrici immigrate impiegate in altri settori (Gabrielli et al., 2023). I risultati mostrano innanzitutto che esiste uno specifico profilo socio-demografico che caratterizza tali lavoratrici. Queste tendono ad avere un'età più avanzata rispetto a chi lavora in altri settori, ad avere un titolo di studio più elevato rispetto alle colleghe italiane, ad essere in percentuale significativa separate/divorziate o vedove, a risiedere prevalentemente nel Nord-Est d'Italia, a non avere la cittadinanza italiana ed essere nate nell'Europa dell'Est (Romania, Ucraina e Moldavia) o in America Latina (Perù) o nelle Filippine.

L'analisi ha evidenziato che queste lavoratrici, e in particolare quelle straniere, continuano a vivere condizioni occupazionali disagevoli: sono più esposte al lavoro part-time, alla sottoqualificazione e alla percezione di un svolgere un impiego poco gratificante. Inoltre, la penalizzazione etnica emerge chiaramente nel confronto tra lavoratrici italiane e straniere,

soprattutto in termini di sovra-istruzione, isolamento e insoddisfazione lavorativa. Si tratta di una sorta di paradosso, data l'importanza sociale e l'aumento numerico della componente immigrata nei settori domestico e assistenziale. Le analisi, dunque, sottolineano la necessità di concentrare l'intervento pubblico sulla definizione di standard minimi e misure concrete per garantire un trattamento adeguato dei lavoratori da parte dei datori di lavoro.

Tuttavia, l'integrazione dovrebbe essere perseguita anche nelle dimensioni culturale, sociale e politica, al fine di promuovere benessere e coesione sociale. È pertanto fondamentale attuare politiche che riducano gli effetti negativi della segregazione e dell'isolamento sociale. Il riconoscimento e la valorizzazione del capitale umano degli immigrati consentirebbe loro di occupare posti di lavoro in base alle proprie capacità; mentre incoraggiare lo sviluppo del capitale sociale consentirebbe di uscire dall'isolamento e prendere parte attivamente alla vita sociale e politica del Paese (Gatti, 2025).

Altro tema di particolare importanza è quello del "prendersi cura di chi si prende cura", che richiede di mettere al centro del sistema di welfare gli stessi caregiver. Ciò necessita un ripensamento del sistema di welfare, e in particolare di quello che è stato definito il "triangolo della cura" tra anziani, collaboratori e familiari (Hajer e Artero, 2022).

3. LE CONDIZIONI DI SALUTE DEGLI IMMIGRATI

Uno degli elementi centrali nello studio della salute della popolazione migrante riguarda le fasi del processo di insediamento. In letteratura è ampiamente condivisa l'osservazione secondo cui, all'arrivo nei Paesi di destinazione, i migranti presentano in media buoni livelli di salute, fenomeno interpretato attraverso il cosiddetto "effetto migrante sano". Tale effetto è attribuito a un processo di autoselezione e selezione sociale che tende a favorire la mobilità di individui relativamente giovani e non affetti da patologie croniche o invalidanti (Feliciano, 2020).

Tuttavia, le trasformazioni recenti nelle dinamiche migratorie hanno contribuito a ridimensionare tale vantaggio. In particolare, l'incremento dei flussi legati ai ricongiungimenti familiari e alle richieste di asilo – che comportano l'ingresso di soggetti in età più avanzata o non filtrati sulla base delle condizioni di salute – unitamente al deterioramento delle condizioni di vita durante i percorsi migratori, in particolare lungo le rotte balcaniche e mediterranee, ha favorito l'arrivo di popolazioni con uno

stato di salute già compromesso o significativamente vulnerabile fin dalle prime fasi del soggiorno nel contesto di accoglienza italiano.

Con l'aumentare dell'età, la salute delle persone migranti peggiora a causa del cosiddetto "effetto migrante esausto", dovuto principalmente alle condizioni di vita, alle opportunità lavorative, al mancato o tardivo accesso ai servizi sanitari e alla mancanza di reti di supporto sociale. Uno studio recente ha evidenziato che il contesto di insediamento e le difficoltà di integrazione possono incidere negativamente sullo stato di salute degli immigrati, indipendentemente dalla durata del soggiorno (Barbiano di Belgiojoso et al., 2024).

Il declino del benessere psico-fisico è più accentuato tra le donne, che in generale risentono del doppio ruolo e carico di lavoro, dati dalle esigenze di lavoro domestico e di cura familiare non retribuite e da quelle del lavoro all'esterno della famiglia. Per quante, al contrario, hanno percorsi meno orientati all'esterno della famiglia, lo svantaggio linguistico e la poca dimestichezza ad abitare i luoghi cittadini rendono l'accesso ai servizi sanitari ancora più difficile. Le condizioni di emarginazione ed esclusione sociale che vivono alcune donne condizionano anche la salute sessuale e riproduttiva, amplificando ostacoli istituzionali tra cui la mancanza di un servizio adeguatamente attrezzato a rispondere alle domande di un'utenza multi etnica (Istituto Superiore di Sanità, 2022).

In riferimento al profilo di salute connesso ai fattori di rischio, i migranti di prima generazione sembrerebbero maggiormente protetti rispetto alla popolazione nativa. In particolare, questo avviene per il minore rischio di avere un'alimentazione carente di frutta e verdura, consumare alcol e tabacco, soprattutto per alcune provenienze e in particolare per le donne. D'altro canto, all'aumentare dell'anzianità migratoria si registra un progressivo avvicinamento a uno stile di vita meno salutare, che riguarda anche le nuove generazioni.

L'esperienza migratoria influisce anche sulla salute mentale. Al di là delle conseguenze che storie personali e viaggi migratori traumatici e traumatizzanti hanno nella vita delle persone, anche l'assenza di reti di supporto familiare e sociale, la marginalizzazione economica e le difficoltà di acculturazione possono favorire l'insorgenza di disturbi come ansia e depressione (García-Pereiro et al., 2024). La percezione di rifiuto nel sistema socio-sanitario concorre ad aggravare le disuguaglianze di salute e rafforzare le barriere già esistenti nel processo di inclusione.

Da un punto di vista normativo, gli immigrati regolari hanno pieno accesso ai servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), al pari dei cittadini italiani. Anche le persone irregolarmente presenti possono ricevere assistenza presso strutture dedicate del SSN, previa identificazione come "stranieri temporaneamente presenti". La normativa garantisce loro l'accesso alle cure, qualora siano essenziali e non derogabili, senza il rischio di segnalazione alle autorità.

Le politiche sanitarie, però, non sono ancora in grado di promuovere strategie adeguate per il soddisfacimento dei bisogni di salute espressi da questa popolazione. Barriere linguistiche, culturali ed economiche continuano a limitare l'accesso ai servizi sanitari con ripercussioni sulla salute nel lungo periodo. In particolare, le difficoltà di comunicazione con il personale sanitario, il costo delle cure e la scarsa disponibilità di servizi, in termini tanto di tempo di apertura quanto di capacità di ascolto della diversità culturale, riducono l'utilizzo dell'assistenza sanitaria (Mendola e Busetta, 2021).

Quanto detto, diventa ancora più evidente per i migranti anziani, che mancano del supporto di una rete amicale e familiare tale da controbilanciare le mancanze di un welfare, come quello italiano, che demanda alle famiglie l'assistenza domiciliare. Inoltre, le discriminazioni e lo stigma generato sulla base dell'appartenenza etnica, dello status migratorio e della religione incidono negativamente sulla capacità o possibilità di avvicinarsi ai servizi.

L'equità dell'offerta sanitaria si può raggiungere con la promozione di politiche attente alle diversità, inclusive e adatte ad un'utenza più vulnerabile dal punto di vista della salute. Tutto ciò con un approccio collaborativo che metta insieme decisori politici, personale socio-sanitario, organizzazioni del terzo settore e organizzazioni migranti. Per offrire servizi più adeguati servirebbero non solo l'attivazione di servizi di mediazione culturale, ma anche una migliore preparazione linguistica degli operatori e una maggiore diversità nelle équipe di assistenza socio-sanitaria. Inoltre, in ottica di prevenzione, sarebbe auspicabile un coinvolgimento diretto dei target interessati nelle campagne di educazione alla salute, per promuovere stili di vita sani e comportamenti consapevoli anche fra la popolazione migrante.

Infine, appare necessario adeguare anche i sistemi di rilevazione sanitaria e di monitoraggio dell'accesso ai servizi, al fine di cogliere le trasformazioni di una popolazione con caratteristiche peculiari, mobile e diversificata (Barbiano di Belgiojoso et al., 2024). Emblematico, in tal

senso, è il fenomeno del rientro nel paese d'origine in caso di malattia grave o in età avanzata, noto come "effetto salmone". Tale dinamica genera apparenti tassi di mortalità più bassi rispetto alla popolazione nativa (Razum, 2006), rischiando di sovrastimare, in assenza di dati integrativi, la reale condizione di salute della popolazione migrante.

4. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

- A causa dell'invecchiamento della popolazione, l'Italia si trova oggi – e si troverà ancor di più nei prossimi decenni – ad affrontare sfide cruciali, che riguardano non solo la necessità di contenere l'emigrazione di giovani italiani e stranieri, ma anche l'urgenza di progettare e attuare politiche di integrazione inclusive e lungimiranti. È pertanto necessario intraprendere politiche che, da un lato, rendano il Paese attrattivo e competitivo rispetto ai flussi migratori regolari provenienti dall'estero e, dall'altro, favoriscano la permanenza sul territorio dei giovani – nativi e non nativi, italiani e stranieri – attraverso percorsi di inclusione sociale, economica e culturale.
- Un aspetto essenziale da considerare è la promozione di azioni concrete che garantiscano ai migranti e ai loro familiari, compresi i loro discendenti, nati o cresciuti in Italia, la possibilità di condurre una vita dignitosa e di essere pienamente inclusi – su base paritaria – nella comunità sociale e politica. A questo fine, occorre agire su quattro ambiti strategici: inclusione educativa, partecipazione sociale e politica, inserimento lavorativo, salute e accesso ai servizi.
- Sul piano educativo, è fondamentale rafforzare le competenze linguistiche, digitali e civiche dei giovani di origine straniera, sostenere i loro percorsi scolastici e universitari, e promuovere ambienti di apprendimento inclusivi, capaci di valorizzare il capitale umano e di coinvolgere attivamente insegnanti, famiglie e territori.
- Per quanto riguarda la dimensione sociale e politica, occorre favorire l'accesso a servizi di supporto alla genitorialità e all'abitare, incentivare la partecipazione civica e politica attraverso strumenti di consultazione e rappresentanza, e promuovere il volontariato come veicolo di inclusione e cittadinanza attiva.
- In ambito lavorativo, è necessario affrontare le discriminazioni etniche e le forme di vulnerabilità occupazionale, semplificare il

riconoscimento delle competenze acquisite all'estero, contrastare il lavoro sommerso e sostenere l'imprenditorialità migrante, integrandola nei programmi di sviluppo locale.

- Infine, sul versante della salute e dell'accesso ai servizi, è prioritario garantire un accesso equo alle prestazioni sanitarie, offrire servizi competenti nel comprendere le diversità culturali, rimuovere le barriere economiche (rappresentate dai costi delle prestazioni) e informative, e promuovere un accesso inclusivo ai servizi basato anche su campagne di educazione alla salute, mettendo a disposizione dati disaggregati provenienti dai sistemi di rilevazione della salute e dell'accesso ai servizi.

PER SAPERNE DI PIÙ

Barbiano di Belgiojoso, E. B., Cela, E., Trappolini, E. (2024). The effect of migration and time spent abroad on migrants' health: A home/host country perspective. Demographic Research, 50, 1113-1150.

Buonomo, A., Gabrielli, G., Strozza, S. (2020). Former Soviet Union migration to Italy: Characteristics and determinants of women condition in the Italian labour market. Migration from the Newly Independent States: 25 Years After the Collapse of the USSR, 395-421.

Buonomo, A., Conti, C., Gabrielli, G., Rottino, F. M. (2023a). La transizione scuola-università degli alunni di origine straniera: un primo approccio esplorativo. La Rivista delle Politiche Sociali (RPS), (1), 57-71.

Buonomo, A., Gabrielli, G., Gatti, R., Strozza, S. (2023b). Occupational characteristics and trajectories of young immigrants' descendants in Italy. Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica, 61-72.

Buonomo, A., Conti, C., Di Patrizio, F., Strozza, S., Terribili, M. D. (2024). Distance learning during the pandemic: opinions and attitudes of young students. Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica, 223-234.

Buonomo, A., Gatti, B., Strozza, S. (di prossima pubblicazione). Political Engagement among migratory generations in Italy: the role of identity and perceived discrimination.

Commissione Europea (2020). Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle regioni. Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027. COM(2020)758 final, Bruxelles, 2020.

Gabrielli, G., Paterno, A., Dezio, M. (2023). Migrants' characteristics, working and living conditions in household services, Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica, vol. LXXVII n. 3, pagg. 67-78.

García-Pereiro, T., Paterno, A., Spijker, J. (2024). Health Status and Type of Couple: A First Glance Across European Countries. In Scientific Meeting of the Italian Statistical Society (pp. 336-342). Cham: Springer Nature Switzerland.

Grant, L. (2001). "Replacement migration": the UN population division on European population decline. Population and Environment, 22(4), 391-399.

Hajer, M., Artero, M. (2022). Anziani, assistenti e familiari: come si può cambiare il "triangolo della cura".

Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Medicina di Genere (2022), Analisi descrittiva e informativa della salute delle persone migranti in ottica di genere Raccomandazioni per il personale sanitario.

Mendola, D., Busetta, A. (2021). Family networks and refugees' health conditions. A picture from Italian informal settlements. Migration Letters, 18(6), 675-685.

Razum, O. (2006). Commentary: of salmon and time travellers–musing on the mystery of migrant mortality. International Journal of Epidemiology, 35(4), 919-921.

Reyneri, E., Fullin, G. (2011). Labour market penalties of new immigrants in new and old receiving West European countries. International Migration, 49(1), 31-57.

Strozza, S. (2023), "La crisi demografica italiana nel contesto europeo: cause e possibili soluzioni", Bancaria, 12: 2-9.

Strozza, S. (2025), "Migrazioni internazionali e dinamiche demografiche: alcune evidenze per l'Italia nel panorama europeo", in Amato F., Gissi A. (a cura di), Demografia e Migrazioni, Centro di elaborazione culturale Mobilità e Migrazioni Internazionali (MoMI), Napoli.

7. LA FRAGILITÀ NEGLI ANZIANI: COMPRENDERLA E MISURARLA PER ORIENTARE LE POLITICHE SANITARIE

Giovanna Boccuzzo, Margherita Silan, Maurizio Nicolaio, Annalisa Donno e Enrico Bovo

IN PRIMO PIANO

- L'aumento della longevità è uno dei più grandi successi delle società moderne, ma gli anni guadagnati non sempre sono vissuti in buona salute.
- Il problema non è solo medico: riguarda i sistemi sanitari, le famiglie, la sostenibilità dei servizi sociali.
- Il concetto di "fragilità" (*frailty*) è ormai diventato fondamentale per spiegare la vulnerabilità degli anziani a eventi avversi come cadute, ricoveri, perdita di autonomia e morte.
- Riconoscere e misurare la fragilità è cruciale per la sanità pubblica e per la programmazione di interventi di prevenzione.

1. INTRODUZIONE

L'aumento della longevità è uno dei più grandi successi delle società moderne. Tuttavia, il cosiddetto "paradosso della longevità", ben descritto, fra gli altri, da Fries nel 1980 e da Garmany e colleghi in anni più recenti, mostra che gli anni guadagnati non sempre sono vissuti in buona salute. In Italia, la speranza di vita alla nascita è aumentata da 79,6 anni nel 2000 a 83,4 anni nel 2019. Naghavi e il gruppo Global Burden of Disease hanno calcolato che la speranza di vita in buona salute (HALE) è aumentata da 68,5 anni (IC 95%: 65,2–71,3) nel 2000 a 70,9 anni (67,4–73,8) nel 2021, confermando che l'allungamento della vita non si traduce in pari misura in anni vissuti in piena autonomia.

Il problema non è solo medico: riguarda i sistemi sanitari, le famiglie, la sostenibilità dei servizi sociali. Negli ultimi vent'anni il concetto di "fragilità" (*frailty*) è diventato fondamentale per spiegare perché alcune

persone anziane, anche senza malattie gravi, siano più vulnerabili a eventi avversi come cadute, ricoveri, perdita di autonomia e morte. Riconoscere e misurare la fragilità è cruciale per la sanità pubblica e per la programmazione di interventi di prevenzione.

2. DALLA LONGEVITÀ ALLA FRAGILITÀ: EVOLUZIONE DI UN CONCETTO

Il concetto di fragilità affonda le radici negli studi demografici sulla mortalità, già a partire da Vaupel e colleghi, che nel 1979 introdussero l'idea che individui della stessa età potessero avere livelli diversi di "robustezza", influenzando i rischi di morte. Negli anni 2000 i lavori di Linda P. Fried costituirono un caposaldo nello studio della fragilità, definendola come un fenotipo clinico caratterizzato da cinque segni fisici: perdita di peso non intenzionale, debolezza, lentezza, ridotta attività fisica e affaticamento. Quasi in parallelo, altri ricercatori, fra cui Arnold Mitnitski, proposero il paradigma dei "deficit cumulativi", considerando la fragilità come risultato dell'accumulo di decine di deficit clinici, funzionali e cognitivi. Pochi anni dopo Robbert Gobbens e il gruppo di ricercatori della Tilburg University svilupparono un approccio bio-psico-sociale, sottolineando che anche fattori psicologici e sociali (come isolamento, depressione e mancanza di supporto) contribuiscono alla fragilità.

Ognuno di questi paradigmi offre una prospettiva un po' diversa della fragilità, ma essi convergono nel considerarla come la ridotta capacità di resistere agli stress e recuperare l'equilibrio (omeostasi), e come una condizione che aumenta il rischio di incorrere in eventi avversi di salute.

Tabella 1 – Confronto tra i paradigmi della fragilità

Paradigma	**Definizione**	**Strumento principale**	**Punti di forza e limiti**
Biomedico	Declino riserve fisiologiche	Fenotipo di Fried (Fried et al., 2001)	Facile da applicare in clinica; trascura fattori sociali
Deficit cumulativi	Somma di deficit clinici e funzionali	Frailty Index (Mitnitski et al., 2001)	Flessibile e predittivo; richiede molti dati
Bio-psico-sociale	Perdita in domini fisici, cognitivi, sociali	Tilburg Frailty Indicator (Gobbens et al., 2010)	Olistico; complesso da implementare su larga scala

3. FRAGILITÀ, MULTIMORBIDITÀ E DISABILITÀ NON SONO LA STESSA COSA

La fragilità, la multimorbidità e la disabilità sono tre condizioni fra loro associate, ma non coincidenti, ed è fondamentale distinguerle per programmare interventi efficaci.

- La fragilità indica una ridotta riserva fisiologica e funzionale, che rende l'organismo più vulnerabile a stress anche modesti (infezioni, cadute, interventi chirurgici). Può esistere anche in persone apparentemente sane e autonome.
- La multimorbidità si riferisce alla presenza di due o più malattie croniche (ad esempio diabete, cardiopatia, BPCO). È frequente negli anziani, ma non implica automaticamente fragilità.
- La disabilità riguarda la difficoltà o l'incapacità di svolgere attività fondamentali della vita quotidiana (spostarsi, lavarsi, vestirsi) o attività strumentali (fare la spesa, gestire il denaro).

Le nostre ricerche hanno mostrato che queste tre condizioni si sovrappongono solo in parte nella popolazione di 65 anni o più della provincia di Padova nel 2018, poiché la relazione tra questi concetti è complessa: fragilità e comorbidità[1] possono essere sia predittori sia esiti l'una dell'altra, ed entrambe contribuiscono alla disabilità.

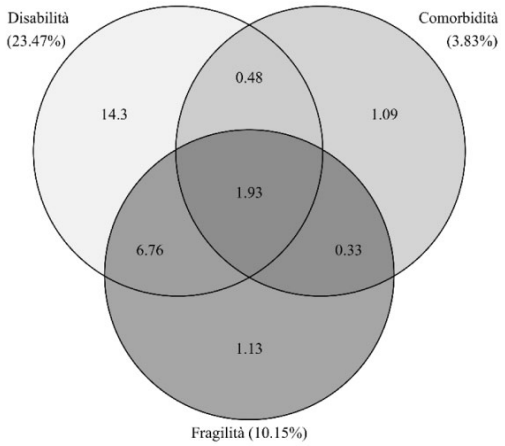
La figura 1 illustra queste interrelazioni mostrando, in un diagramma di Venn, le prevalenze dei tre fenomeni, considerando come fragili il 10% superiore della popolazione secondo l'Indice di Fragilità (FI) proposto nell'articolo. La comorbidità, definita come un punteggio dell'Indice di comorbidità di Charlson pari o superiore a 1, riguarda il 3,8% della popolazione, mentre la disabilità è stata riscontrata nel 23,5% della popolazione totale.

Nella figura 1, possiamo osservare che solo l'1,93% della popolazione presenta contemporaneamente tutte e tre le condizioni, identificando un gruppo ad alto rischio che richiede un'attenzione clinica intensiva e multidisciplinare. Il 6,76% della popolazione mostra una sovrapposizione tra fragilità e disabilità. Al contrario, solo lo 0,33% dei soggetti presenta una combinazione di comorbidità e fragilità senza disabilità, indicando che, quando queste due condizioni coesistono, sono spesso associate anche a limitazioni funzionali. Infine, solo un decimo dei soggetti fragili non presenta né comorbidità né disabilità.

1 I termini multimorbidità e comorbidità sono qui usati come sinomini, anche se tra di loro sussistono lievi differenze concettuali, sulle quali però non ci soffermiamo.

Dal punto di vista della sanità pubblica, ciò implica che gli interventi preventivi dovrebbero concentrarsi sugli individui fragili ma ancora autonomi, perché in questa fase è possibile rallentare il processo di declino funzionale.

Figura 1 - Diagramma di Venn delle prevalenze di fragilità, disabilità e comorbidità. Persone di 65 anni o più, Provincia di Padova, 2018



Fonte: Silan et al. (2025)

4. LA FRAGILITÀ È REVERSIBILE?

Mentre la multimorbidità e la disabilità, per loro definizione, non sono reversibili (a parte casi assai specifici), la fragilità è una condizione di vulnerabilità che presenta margini di miglioramento, specialmente in soggetti che non presentano già multimorbidità e/o disabilità. Negli anni più recenti questo tema ha interessato la ricerca in ambito geriatrico, anche con ricche revisioni di letteratura, al fine di quantificare i tassi di reversibilità, le condizioni e gli interventi che consentono un rientro a condizioni di stabilità.

In uno studio che stiamo svolgendo presso l'Università di Padova, che analizza tutte le coorti dell'indagine SHARE, sono state calcolate le probabilità di transizione ai vari stati di fragilità, a partire dallo stato alla prima wave del 2004, e dopo 3, 7, 9, 11, 13, 16 e 18 anni. Lo studio considera la misura di fragilità basata sul fenotipo di Fried adattata ai dati SHARE, suddividendo quindi i soggetti in non fragili, pre-fragili (1 o 2 condizioni di vulnerabilità su 5) e fragili (da 3 condizioni in su).

Nel complesso, le probabilità di passaggio a un minore stato di fragilità (quindi da fragile a pre-fragile, o da pre-fragile a non fragile) variano da 0,25 a 0,35 nelle donne e da 0,30 a 0,40 negli uomini. Si tratta di valori rilevanti, che però si riducono drasticamente quando si guarda al recupero da fragile a non fragile. In questo caso le probabilità sono molto più basse: fra 0,04 e 0,08 nelle donne e tra 0,06 e 0,18 negli uomini. Il chiaro messaggio è che bisogna intervenire per tempo se si vogliono aumentare le chance di rientrare da una situazione di vulnerabilità.

In letteratura si mostra come la fragilità possa essere recuperata con interventi mirati principalmente ad evitare ricoveri ospedalieri non programmati, politerapia e cadute; si veda, fra gli altri, il recente studio di Serra-Prat e colleghi (2025).

5. MISURARE LA FRAGILITÀ PER LA SANITÀ PUBBLICA

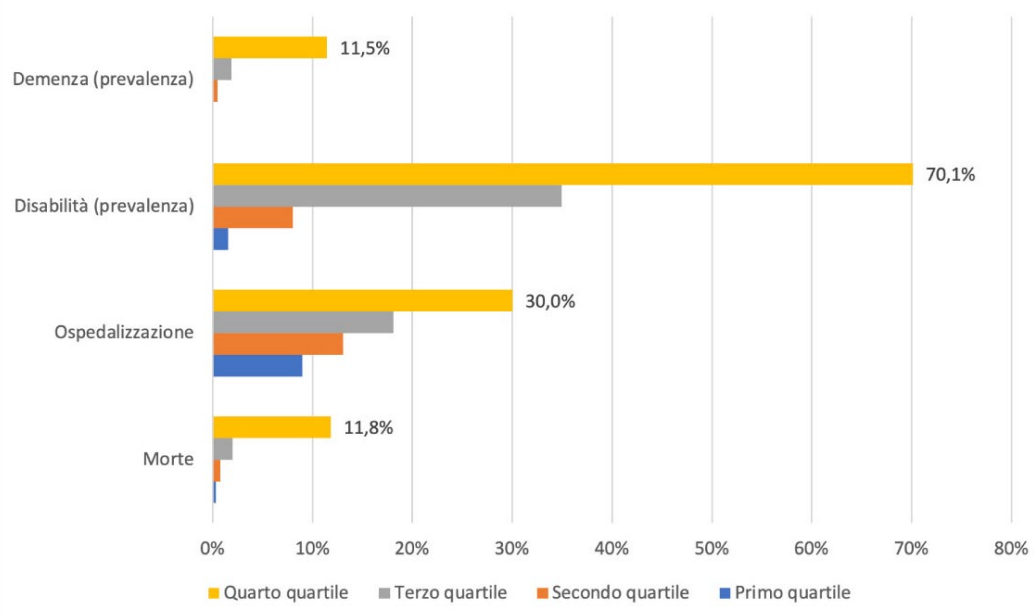
Gli strumenti tradizionali (Fenotipo di Fried, Frailty Index, Tilburg Frailty Indicator) sono strumenti utilizzati prevalentemente nell'epidemiologia clinica, ma meno fruibili nella sanità pubblica. Essi, infatti, richiedono di poter effettuare test o rivolgere questionari alle persone, sono quindi utili per piccoli studi o valutazioni cliniche, o applicabili a partire da dati provenienti da indagini campionarie (es. SHARE). Per questo motivo, soprattutto negli ultimi anni si sono sviluppati approcci basati su dati amministrativi, che producono Electronic Frailty Indexes (eFI) in grado di stratificare la popolazione e indirizzare le politiche sanitarie.

Il gruppo di ricerca dell'Università di Padova ha sviluppato un indice di fragilità parsimonioso, finalizzato a prevedere più esiti avversi di salute (mortalità, ospedalizzazione, accesso al pronto soccorso con codice rosso, frattura del femore, incidenza di disabilità e di demenza) basato su sole otto variabili disponibili nei flussi amministrativi: età, disabilità (usato per gli esiti avversi ad eccezione della stessa disabilità), numero di ricoveri, disturbi mentali, malattie neurologiche, scompenso cardiaco, insufficienza renale e tumore in trattamento. L'indice mostra buona capacità predittiva, misurata mediante l'AUC[2] , per gli esiti avversi: 0,855 per mortalità, 0,806 per accesso al PS con codice rosso, 0,665 per ospedalizzazione, 0,763 per frattura del femore, 0,749 per incidenza di disabilità, 0,805 per incidenza di demenza. In Figura 2 si mostra come l'ultimo quartile, corrispondente ai soggetti più fragili, concentra la gran parte dei ricoveri, dei soggetti disabili o con demenza, e dei decessi.

2 Area under the (ROC) curve. E' una misura della bontà di prestazione di un classificatore binario.

L'indice è stato validato con successo presso la Regione Piemonte ed è stato tradotto in un applicativo di semplice utilizzo, attualmente in fase di test.

Figura 2 – Prevalenza di mortalità, disabilità, demenza e ospedalizzazione nei soggetti classificati secondo i quartili dell'indice di fragilità. Popolazione di 65 anni o più nella provincia di Padova nel 2018



Fonte: Silan et al. (2025).

6. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

Il concetto di fragilità sta assumendo un ruolo crescente nella sanità pubblica, in quanto la sua applicazione permette di individuare le persone più vulnerabili, con maggiore rischio di eventi avversi, ricoveri e perdita di autonomia. Conoscere i livelli di fragilità della popolazione consente di orientare le risorse e programmare interventi più efficaci, con benefici sia per i pazienti sia per la sostenibilità del sistema sanitario.

Agire in modo tempestivo è essenziale. Nei cosiddetti "giovani anziani" occorre puntare sulla prevenzione della fragilità con azioni che favoriscano stili di vita sani, attività fisica, corretta alimentazione, riduzione della polifarmacia e sostegno sociale. Nelle persone già fragili o disabili diventa prioritario garantire continuità assistenziale, potenziando le cure a domicilio, i servizi territoriali integrati e il sostegno ai caregiver.

Un tema rilevante è la riduzione dei ricoveri evitabili, legati a patologie croniche che possono essere prevenute o gestite in modo appropriato sul territorio. Limitare questi ricoveri significa non solo contenere i costi e ridurre la pressione sugli ospedali, ma anche evitare agli anziani il rischio di complicazioni, perdita di autonomia e peggioramento della qualità della vita.

Per rendere possibili strategie così mirate è fondamentale disporre di dati sanitari accessibili e aggiornati. Oggi l'uso di queste informazioni a fini proattivi è limitato da vincoli normativi, ma le recenti iniziative europee sullo Spazio dei dati sanitari potrebbero offrire soluzioni per utilizzare i dati in modo sicuro e rispettoso della privacy, a beneficio della ricerca, della programmazione sanitaria e dell'assistenza agli individui più fragili.

PER SAPERNE DI PIÙ

AGENAS – Ministero della Salute (2024) Programma Nazionale Esiti, Ed. 2024.

Costa G., Stroscia M., Zengarini N., Demaria M. (2017). 40 anni di salute a Torino. Spunti per leggere i bisogni e i risultati delle politiche, Inferenze, Milano.

Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., MCBurnie M.A., Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., Vol. 56, pp. M146-156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.

Fries J.F. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. N Engl J Med., 303(3):130-5. doi: 10.1056/NEJM198007173030304. PMID: 7383070.

Garmany A., Yamada S., Terzic A. (2021). Longevity leap: mind the healthspan gap, NPJ Regen. Med., Vol. 6, p. 57. doi: 10.1038/s41536-021-00169-5

Gobbens R.J.J., Luijkx K.G., Wijnen-Sponselee M.T., Schols J.M.G.A. (2010). In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts, J. Am. Med. Dir. Assoc., Vol. 11, pp. 338-343. doi: 10.1016/j.jamda.2009.09.015

Kolle A.T., Lewis K.B., Lalonde M., Backman C. (2023). Reversing frailty in older adults: a scoping review. BMC Geriatr. 23(1):751. doi: 10.1186/s12877-023-04309-y.

Mitnitski A.B., Mogilner A.J., Rockwood K. (2001). Accumulation of deficits as a proxy measure of aging, Scientific World Journal, Vol. 1, pp. 323-336. doi: 10.1100/tsw.2001.58.

Naghavi M; GBD (2025) Italy Subnational Burden of Disease Collaborators. State of health and inequalities among Italian regions from 2000 to 2021: a systematic analysis based on the Global Burden of Disease Study. Lancet Public Health. 10(4):e309-e320. doi: 10.1016/S2468-2667(25)00045-3.

OECD (2020). Avoidable hospital admissions. In Health at a Glance: Europe 2020. OECD Publishing.

Rockwood K., Mitnitski A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits, J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., Vol. 62, pp. 722–727. doi: 10.1093/na/62.7.722

Santos-Eggimann B., Cuénoud, P. Spagnoli J., & Junod J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community dwelling Europeans living in 10 countries. The Journals of Gerontology, Series A: Biological Sciences and Medical Sciences; 64: 675–681. doi:10.1093/gerona/glp012.

Serra-Prat M., Fortuny Borsot A., Burdoy E., et al. (2025). Frailty reversal and its main determinants: a population-based observational and longitudinal study. Fam Med Com Health; 13:e003250. doi:10.1136/fmch-2024-003250.

Silan M., Nicolaio M., & Boccuzzo G. (2025). Profiling frailty: A parsimonious Frailty Index from health administrative data based on POSET theory. doi:10.48550/arXiv.2506.23158

Silan M., Signorin G., Ferracin E. et al. (2022) Construction of a Frailty Indicator with Partially Ordered Sets: A Multiple-Outcome Proposal Based on Administrative Healthcare Data. Soc Indic Res 160, 989–1017. doi: 10.1007/s11205-020-02512-7.

Vaupel J.W., Manton K.G., Stallard E. (1979). The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality, Demography, Vol. 16, pp. 439-454.

8. CURARSI DI CHI CURA: LE SFIDE PER I CAREGIVER INFORMALI IN UNA SOCIETÀ CHE INVECCHIA

Francesca Zanasi, Eva Bei, Rebecca Graziosi e Carlo Lallo

IN PRIMO PIANO

- I caregiver informali – familiari, amici o vicini che offrono assistenza senza un riconoscimento formale – sono una risorsa indispensabile, ma troppo spesso invisibile: frammentati sono i dati che consentono di comprendere il fenomeno.
- Non tutti gli anziani vivono la vecchiaia nelle stesse condizioni, e le persone appartenenti a background socio-economici svantaggiati, o a minoranze identitarie, incontrano maggiori ostacoli nell'accesso a cure e servizi, con effetti che si riflettono anche sui loro caregiver.
- I dati disponibili sul fenomeno sono pochi, non sufficientemente dettagliati, e derivano da fonti non integrate tra di loro.
- Le politiche pubbliche a sostegno dei caregiver in Italia sono in generale insufficienti: frammentarie, diseguali sul territorio e poco in linea con gli standard europei.

1. INTRODUZIONE

L'Italia sta attraversando una trasformazione demografica profonda, che pone il paese tra i più anziani al mondo. La combinazione di una longevità crescente e di una persistente bassa natalità sta modificando in modo strutturale l'equilibrio tra generazioni e la domanda e l'offerta di cura. Sebbene gli italiani vivano più a lungo, non necessariamente vivono meglio: a 65 anni, l'aspettativa di vita in buona salute è di circa nove anni, al di sotto della media europea. Parallelamente, la quota di donne senza figli è in aumento, con effetti rilevanti sulla disponibilità di reti familiari di supporto e, quindi, sul sistema di long-term care (LTC). Le famiglie si trovano così a dover fronteggiare bisogni di cura crescenti, spesso senza un adeguato sostegno pubblico. Tra il 2003 e il 2016, infatti, il ricorso ad assistenza retribuita è aumentato

sensibilmente, mentre l'accesso ai servizi pubblici di assistenza è rimasto fermo intorno al 10%.

In questo contesto, la cura informale continua a rappresentare una risorsa fondamentale, pur tra crescenti pressioni economiche e sociali. I caregiver informali – familiari, amici o vicini – svolgono un ruolo indispensabile ma ancora poco riconosciuto, e la loro condizione evidenzia tre grandi criticità: la mancanza di dati sistematici per comprenderne caratteristiche e bisogni; le disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi, che penalizzano anziani e caregiver più fragili; e l'assenza di politiche pubbliche coerenti e strutturate di sostegno. Affrontare queste sfide è essenziale per garantire un sistema di cura equo, sostenibile e realmente inclusivo.

2. REALTÀ, BISOGNI E RISORSE NELLA SOCIETÀ ANZIANA: STRUMENTI NUOVI PER UN PENSIERO NUOVO

L'invecchiamento della popolazione sta trasformando profondamente la società italiana, ridefinendo equilibri demografici, bisogni di cura e sistemi di scambio di aiuto. Per orientare politiche efficaci servono strumenti di analisi più adeguati: molti degli indicatori e delle indagini oggi disponibili, nati per leggere una società diversa, mostrano infatti limiti e incongruenze.

Le informazioni su domanda e offerta di assistenza agli anziani in Italia si presentano frammentate in diverse indagini e banche dati, difficilmente incrociabili dalla ricerca scientifica a causa di limitazioni tecniche e legali. In particolare, le informazioni sulla salute sono spesso slegate da quelle sulla non autosufficienza, sulle condizioni di vita, sull'accesso ai servizi sanitari e ai servizi di cura non sanitaria: è difficile cioè associare correttamente domanda e offerta né è possibile avere un quadro della stessa non autosufficienza informato al pensiero più recente in materia.

È necessario quindi che l'Istat, il Parlamento e il Governo si impegnino a superare la frammentazione dell'informazione statistica ufficiale e l'impossibilità da parte della ricerca – università, CNR, enti di ricerca – di incrociare dati che solo combinati possono offrire le informazioni necessarie a governare il cambiamento che ci attende. In particolare occorrerebbe disporre di un'indagine, o consentire l'incrocio di dati anche di fonte amministrativa, che permetta l'analisi congiunta di:

1. condizione demografica e territoriale (genere, età, stato civile, residenza);

2. condizione socio-economica (istruzione, tipologia lavorativa o ex-lavorativa, benessere finanziario e stili di vita);
3. stato di salute percepito e oggettivo;
4. stato di salute funzionale (ADL[1] , IADL[2] e GALI[3]);
5. accesso e utilizzo di servizi sanitari (distinti tra pubblici e privati), distanza e relativo grado di soddisfazione;
6. accesso e utilizzo di servizi di cura formale (distinti tra pubblici e privati), distanza e relativo grado di soddisfazione;
7. scambio di aiuto informale, oggi ancora basato prevalentemente sui legami familiari ma in trasformazione: andrebbe rilevato distinguendo tra coabitante ed esterno al nucleo familiare, per tipologia di relazione (coniugi, figli, nipoti, fratelli, vicinato, amicizia), distanza e grado di soddisfazione.

Un ultimo aspetto riguarda la granularità delle informazioni accessibili alla ricerca scientifica e all'azione informata dei responsabili politici ed amministrativi. La popolazione italiana affronterà a breve un processo di redistribuzione territoriale senza precedenti. Sebbene processi di polarizzazione presso i centri abitati più grandi siano sempre stati presenti nella storia del nostro Paese, la diminuzione complessiva della popolazione innescherà fenomeni di spopolamento e dispersione di vaste aree. L'equilibrio tra domanda e offerta di assistenza agli anziani subirà dunque una crescente e capillare diversificazione territoriale.

Le informazioni disponibili a livello comunale, tuttavia, sono limitate: le indagini campionarie garantiscono un livello di rappresentatività che non scende al di sotto del dettaglio regionale, mentre le fonti censuarie e amministrative, pur offrendo dettaglio comunale, non permettono l'incrocio con le indagini campionarie. La ricerca scientifica non può quindi fornire ai decisori strumenti di analisi adeguati alle nuove eterogeneità. Sebbene siano già stati elaborati alcuni indicatori comunali dello squilibrio tra domanda e offerta, la loro precisione risente della mancanza di informazioni specifiche e dipende quasi esclusivamente da assunzioni basate sulla struttura demografica, il livello di istruzione, la densità abitativa e la tipologia del comune (Lallo, Del Balso, Tomassini, 2024).

1 Attività della vita quotidiana (o *activities of daily living*)
2 Attività strumentali della vita quotidiana (o *instrumental activities of daily living*)
3 Indicatore di limitazione funzionali (o *global activity limitation indicator*)

3. DIVERSITÀ E DISUGUAGLIANZE NEI BISOGNI DI CURA

3.1 Lo status socioeconomico come linea di stratificazione nell'accesso all'assistenza

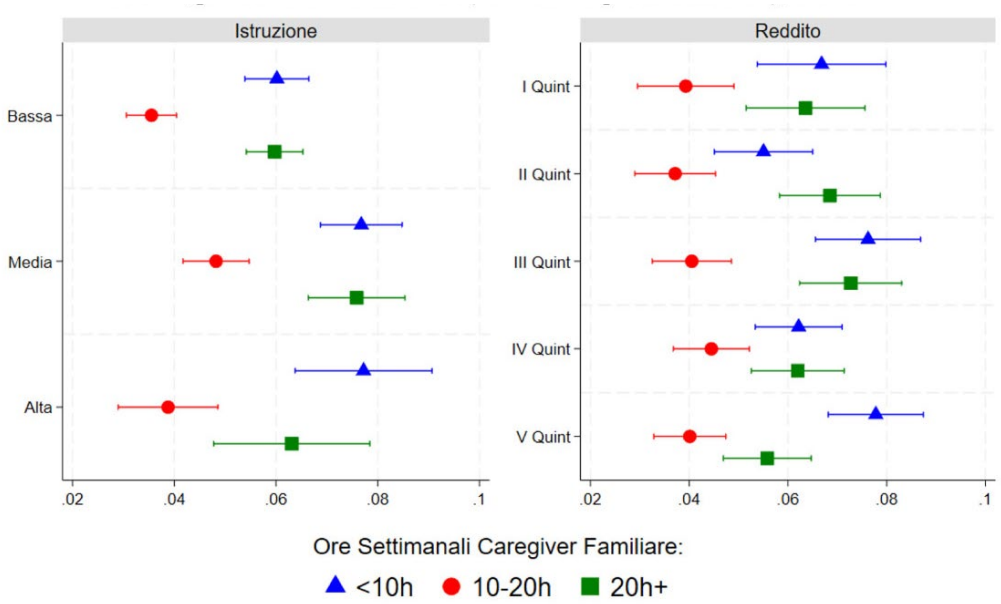
L'assistenza informale disponibile per la popolazione anziana è distribuita in modo molto diseguale. In Italia, nel 2007, il valore dell'indice di Gini calcolato sulla quantità di assistenza informale fornita o ricevuta da individui di età pari o superiore a 50 anni era superiore a 0,6, mentre nello stesso anno l'indice di Gini per i redditi familiari era appena superiore a 0,3 (Albertini e Prandini, 2021). Per avere dunque un quadro completo delle disuguaglianze che contano nella vita anziana, è importante analizzare l'associazione tra status socio-economico (SES) e assistenza informale.

Una prospettiva di stratificazione sociale considera risorse come istruzione, reddito e ricchezza. Un livello di istruzione più elevato fornisce competenze relazionali e cognitive utili a orientarsi nei sistemi di cura e si associa a una maggiore aspettativa di vita. Reddito e ricchezza, invece, catturano aspetti economici diversi: il reddito riflette il potere d'acquisto immediato, mentre la ricchezza rappresenta la stabilità finanziaria di lungo periodo. Il reddito può essere più facilmente utilizzato per accedere ai servizi di cura, mentre la ricchezza, spesso legata a beni patrimoniali, può essere più difficile da mobilitare e, nei sistemi di welfare basati sulla verifica delle risorse economiche, può persino limitare l'accesso ai benefici pubblici di assistenza.

La ricerca mostra che gli anziani più istruiti hanno maggiori possibilità di ricorrere a servizi a pagamento; il reddito è positivamente associato al ricorso a soluzioni formali (pubbliche e private). Guardando la relazione dal lato di chi fornisce assistenza informale, le disuguaglianze socio-economiche incidono sulla probabilità e sull'intensità dell'assistenza fornita. In particolare, chi ha un livello di istruzione elevato tende più frequentemente a offrire cure di bassa intensità (<10 ore settimanali, figura 1). Questo risultato può avere diverse spiegazioni: da un lato, i caregiver con maggiori risorse economiche possono esternalizzare i compiti più onerosi e concentrarsi su attività meno impegnative quali piccoli lavori domestici o la spesa. Inoltre, livelli di istruzione più alti sono associati a una maggiore familiarità con forme di aiuto "cognitivo" o di *knowledge support*, che si traducono in supporti sporadici e qualificati. Anche la longevità più elevata delle persone istruite fa sì che abbiano genitori in vita, in condizioni di salute relativamente buone, e quindi bisognosi solo di un sostegno limitato.

Unitariamente, questi risultati sottolineano la possibilità delle persone anziane con maggiori risorse di appoggiarsi a una rete di supporto sia pubblica che privata, sia nel senso di servizi acquistati sul mercato, sia di familiari disponibili a fornire assistenza a livelli e modalità non necessariamente problematici per la loro salute fisica e mentale. Per ciò che riguarda gli anziani di estrazione sociale più svantaggiata, invece, rimane il ricorso al supporto pubblico, che nel contesto italiano presenta forti criticità come verrà sottolineato nel prossimo paragrafo.

Figura 1: Probabilità di prestare assistenza meno di 10, da 10 a 20, e più di 20 ore settimanali, a un familiare, per status socioeconomico (istruzione e quintili di reddito), donne



Note: Risultati di un modello di regressione logistica multinomiale, stimato separatamente per genere, su un campione di 22.286 individui (11.961 donne) di età pari o superiore a 50 anni, senza genitori conviventi e/o figli con disabilità. La variabile dipendente include le seguenti categorie: 0) nessuna cura prestata, o cura prestata a una persona non familiare; 1) cura prestata a un familiare per meno di 10 ore a settimana; 2) cura prestata a un familiare tra 10 e 20 ore a settimana; 3) cura prestata a un familiare per 20 o più ore a settimana. La variabile è stata costruita sulla base della seguente domanda: «Si prende cura o assiste, almeno una volta a settimana, una o più persone con problemi dovuti a invecchiamento, malattia cronica o infermità?». Le variabili di controllo incluse nel modello sono: età del rispondente, macro-regione di residenza, condizione occupazionale, composizione familiare, nascita in Italia o all'estero. Fonte: Elaborazioni proprie su dati dell'European Health Interview Survey (2019). IC al 95%.

3.2 La sfida di una cura inclusiva: il caso delle persone anziane LGBTQAI+

Le politiche di promozione dell'invecchiamento in salute devono riconoscere la diversità dei bisogni nella popolazione anziana e promuovere un approccio inclusivo anche nella LTC (OMS, 2015). Le persone anziane appartenenti a minoranze affrontano ostacoli nell'accesso a strutture LTC, come la paura di discriminazioni, la mancanza di fiducia nelle istituzioni e la difficoltà di comunicazione con gli operatori (Scott et al., 2022). Nel caso delle persone anziane LGBTQAI+ emergono alcune necessità: superare l'isolamento, mantenere le reti sociali e ridurre il rischio di povertà (Kneale et al., 2021; Valenti et al., 2020). In questo contesto, la formazione dei caregiver – formali e informali – diventa cruciale per garantire equità e qualità nella cura.

Secondo Rosati et al. (2021), un percorso efficace per favorire l'inclusione delle persone anziane LGBTQAI+ passa attraverso tre azioni fondamentali. In primo luogo, la creazione di sistemi di valutazione delle competenze dei caregiver, in grado di misurare il livello di conoscenza e di consapevolezza sui temi dell'invecchiamento e dell'appartenenza a minoranze sessuali. In secondo luogo, la promozione di campagne di sensibilizzazione rivolte agli operatori e alla cittadinanza, per contrastare stereotipi e diffondere una cultura della cura rispettosa delle diversità. Infine, l'organizzazione di attività di formazione e visibilizzazione – come workshop, materiali didattici e momenti di confronto – per rendere centrali i temi legati all'anzianità LGBTQAI+ nelle pratiche di assistenza. Tali interventi, in linea con le raccomandazioni di Caceres et al. (2020) e Buczak-Stec et al. (2023), rafforzano le competenze relazionali dei caregiver e migliorano la qualità dei servizi.

4. DAL RICONOSCIMENTO AL SUPPORTO: COLMARE I VUOTI NELLE POLITICHE PER I CAREGIVER

Negli ultimi dieci anni, le politiche italiane rivolte alla cura informale degli anziani con bisogni di assistenza a lungo termine hanno acquisito crescente rilevanza nel dibattito sulla riforma della LTC. Questo cambiamento è stato in gran parte stimolato dalla pressione dal basso esercitata dalle organizzazioni che rappresentano anziani e caregiver, le quali chiedono interventi più solidi per compensare la disponibilità limitata dei servizi formali.

Le regioni, responsabili dell'attuazione delle politiche, hanno assunto un ruolo centrale: dal 2014 dieci su venti hanno approvato leggi che riconoscono i caregiver informali. Tuttavia, la produzione legislativa presenta significative differenze tra territori. Alcune leggi garantiscono sostegno concreto, come voucher, assegni, servizi di sollievo domiciliari o in struttura e registri dei caregiver; altre si limitano a un riconoscimento simbolico del ruolo dei caregiver. Differenze emergono anche nelle modalità di finanziamento e di erogazione: molte misure sono sperimentali o "a progetto", con risorse, bandi e calendari variabili nel tempo e tra regioni.

La definizione di "caregiver" adottata dalle leggi regionali varia da restrittiva (basata sui legami di parentela) a più inclusiva (basata sui legami affettivi), influenzando l'accesso ai servizi. A queste disparità si aggiungono criteri di ammissibilità eterogenei e pratiche amministrative differenziate, come tempi di attesa e procedure complesse. Ciò determina una presa in carico irregolare e poco prevedibile a seconda del luogo di residenza, evidenziando come, nonostante i progressi normativi, l'Italia presenti ancora forti disuguaglianze territoriali nella tutela dei caregiver informali.

A livello nazionale, i progressi sul sostegno ai caregiver familiari sono stati più lenti. La Legge di Bilancio 2018 ha definito il caregiver e istituito un Fondo nazionale (20–25 milioni annui) per servizi di sollievo e assistenza domiciliare, risorse però limitate rispetto a 7–8 milioni di caregiver. Il Decreto Legislativo 29/2024 ha ampliato le misure, includendo formazione, partecipazione alla pianificazione delle cure, reinserimento lavorativo e advocacy. Restano criticità: non è chiaro il diritto dei non conviventi o non parenti, i benefici non sempre seguono l'effettiva assistenza e la conciliazione lavoro-cura riguarda solo disabilità grave, aggravata da forti disparità territoriali.

Per rispondere alle esigenze dei caregiver familiari, le politiche italiane hanno sviluppato diversi strumenti di sostegno, che possono essere raggruppati in quattro principali ambiti: sostegno economico, permessi retribuiti e congedi, servizi di *respite care* e supporto psicologico.

4.1 Sostegno economico

Il principale strumento di supporto finanziario ai caregiver italiani è l'indennità di accompagnamento, introdotta dalla legge n. 18/1980, un assegno mensile universale di circa 525 euro destinato a cittadini

totalmente invalidi e non autosufficienti. Questo contributo, pensata per favorire la permanenza a domicilio delle persone fragili, pur non essendo specificamente diretto ai caregiver, viene spesso utilizzato per compensare il loro lavoro o assumere assistenti privati. Alcune regioni, come Lombardia, Toscana e Friuli-Venezia Giulia, hanno aggiunto voucher o assegni mensili per caregiver di disabili gravissimi. L'Emilia-Romagna ha formalmente riconosciuto il ruolo del caregiver familiare con contributi economici. Nonostante ciò, il sostegno resta limitato rispetto alla platea potenziale di caregiver.

4.2 Permessi retribuiti e congedi

Le politiche di conciliazione lavoro-cura sono regolamentate principalmente dalla Legge 104/1992 e dal Decreto Legislativo 151/2001. I caregiver dipendenti possono usufruire di permessi retribuiti fino a tre giorni al mese e di congedi straordinari retribuiti fino a due anni per assistere familiari con disabilità grave. Possono inoltre accedere al pensionamento anticipato se hanno assistito persone anziane per almeno sei mesi. Tuttavia, tali misure riguardano solo caregiver di disabili gravi, escludendo molti caregiver di anziani non riconosciuti come tali. Barriere burocratiche e scarsa informazione ne limitano ulteriormente l'accesso.

4.3 Servizi di sollievo (respite care)

I servizi di respite care presentano forti disparità regionali e mancanza di standard nazionali. Nel Centro-Nord, regioni come Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto e Piemonte hanno introdotto servizi strutturati: registri dei caregiver, RSA aperte, Centri Residenziali Multiservizio e voucher per cure domiciliari. Questi centri offrono ricoveri temporanei, cure palliative, riabilitazione e supporto per Alzheimer. Al Sud, invece, i servizi strutturati sono quasi assenti, con famiglie che gestiscono quasi interamente il carico assistenziale. La diffusione dei servizi dipende da risorse locali e priorità politiche, senza coordinamento nazionale.

4.4 Formazione e supporto psicologico

L'offerta pubblica di formazione e supporto psicologico ai caregiver resta marginale e disomogenea, con iniziative sporadiche di ASL e Comuni. Gran parte dell'offerta è gestita dal terzo settore, attraverso corsi pratici, gruppi di auto-aiuto e counseling su gestione delle demenze e assistenza sicura. Questi interventi, pur fondamentali,

hanno copertura limitata e accesso variabile tra regioni, lasciando molti caregiver privi di supporto educativo e psicologico strutturato. La mancanza di un programma nazionale coordinato rende il sistema frammentato e ineguale.

5. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

I caregiver informali rappresentano un pilastro nascosto del welfare italiano: si stima che circa il 60% degli anziani con bisogni di assistenza a lungo termine riceva esclusivamente assistenza informale, a conferma del ruolo strutturale della cura non retribuita e dei costi sociali ed economici che ne derivano. Svolgono un compito essenziale, ma a un costo spesso elevato in termini di benessere psicologico, salute fisica e stabilità economica. La loro condizione ci ricorda che il sistema di cura non può reggersi soltanto sul lavoro invisibile delle famiglie.

Per alleggerire questo carico è necessario, in primo luogo, colmare il vuoto informativo che ancora ostacola la conoscenza del fenomeno: senza dati più accurati e integrati non è possibile progettare politiche efficaci. Questo limite potrebbe essere superato solo se Istat, Parlamento e Governo si impegnassero a rendere l'integrazione di dati amministrativi e campionari – Anagrafe e servizi comunali, Sistema Sanitario Nazionale, archivi sanitari regionali, INPS, INAIL e indagini statistiche – disponibile alla ricerca scientifica, creando nuovi canali amministrativi trasparenti e certi, in grado di contemperare da un lato la tutela del diritto alla privacy e dall'altro l'effettivo esercizio del diritto alla libera ricerca e all'informazione pubblica.

In secondo luogo, emerge la necessità di affrontare simultaneamente due dimensioni della disuguaglianza nella cura: quella socioeconomica e quella legata all'inclusione identitaria. Lo status socioeconomico rappresenta una linea di stratificazione decisiva, che incide tanto sulla possibilità di ricevere assistenza quanto sulla capacità di fornirla. Risorse come istruzione, reddito e ricchezza determinano non solo l'accesso a servizi di cura pubblici e privati, ma anche il tipo e l'intensità dell'assistenza informale prestata. Gli individui e le famiglie con maggiori mezzi economici possono combinare sostegni retribuiti e familiari, delegando le forme più impegnative di cura, mentre chi si trova in condizioni economiche svantaggiate tende a dipendere maggiormente da reti informali o da servizi pubblici spesso insufficienti. In questo senso, il caregiving riflette e riproduce le disuguaglianze accumulate nel corso della vita, diventando uno dei punti in cui gli effetti della stratificazione sociale si concentrano e si trasmettono tra generazioni.

Parallelamente, rendere i servizi realmente inclusivi significa garantire che i caregiver, formali e informali, siano formati per rispondere ai bisogni delle persone anziane nelle loro diverse identità e condizioni di vita. È essenziale sviluppare percorsi di formazione che rafforzino le competenze culturali, la sensibilità verso le minoranze e la consapevolezza delle disuguaglianze socioeconomiche. Solo un approccio integrato, che unisca giustizia sociale e inclusione culturale, può assicurare un sistema di LTC equo, sostenibile e capace di promuovere benessere e dignità per tutti.

Infine, è necessario rafforzare le politiche pubbliche a sostegno dei caregiver, superando la frammentarietà attuale e garantendo strumenti concreti di supporto economico, psicologico e sociale. La futura legislazione dovrebbe adottare una definizione più ampia e inclusiva di caregiver, riconoscendo i legami affettivi oltre a quelli familiari e rimuovendo il requisito di convivenza. Occorre inoltre prevedere flessibilità per rispondere ai bisogni di cura in evoluzione e riconoscere formalmente i caregiver professionali come caregiver secondari, in linea con la Direttiva europea sull'equilibrio tra vita privata e lavoro. Gli sviluppi recenti indicano che, pur aumentando i fondi disponibili, i benefici rischiano di concentrarsi solo sui caregiver conviventi, escludendo molti altri. Per ridurre gli effetti selettivi, sarebbe strategico introdurre livelli essenziali di sostegno che includano standard minimi su: servizi di sollievo domiciliare e residenziale temporaneo, sportelli dedicati, supporto psicologico, percorsi formativi e tutele previdenziali come i contributi figurativi per i periodi di cura. Parallelamente, è fondamentale istituire un sistema nazionale di monitoraggio con indicatori condivisi e dati comparabili, in modo da uniformare accesso e prestazioni sul territorio e sostenere un modello di "supporto familiare attivo" coerente con la strategia europea.

Solo un approccio che tenga insieme conoscenza, inclusione e politiche può dare risposte durature. Prendersi cura dei caregiver significa prendersi cura dell'intera società: riconoscerne il ruolo, sostenerne il benessere e costruire un futuro in cui il peso della cura non ricada più sulle spalle di pochi, ma sia condiviso come responsabilità collettiva.

6. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

1. Circa il 60% degli anziani con bisogni di assistenza a lungo termine riceve assistenza esclusivamente informale. I caregiver informali svolgono quindi un compito essenziale, ma spesso pagando un alto

prezzo in termini di benessere psicologico, salute fisica e stabilità economica.

2. Il primo passo per un intervento efficace in questo campo è la conoscenza del fenomeno: servono quindi più informazioni (tempestive, accurate e dettagliate), il che è possibile solo con integrazione delle fonti.
3. I servizi di cura, formali e informali, vanno resi più inclusivi, prestando attenzione alle minoranze (es. persone LGBTQAI+) e alle persone più fragili, ad esempio in termini identitari o economici.
4. La futura legislazione deve puntare a una definizione più ampia e inclusiva di caregiver, eliminando i requisiti di convivenza e riconoscendo i legami affettivi oltre a quelli familiari. Deve inoltre garantire maggiore flessibilità, per rispondere ai bisogni di cura in evoluzione e consentire il riconoscimento formale dei caregiver professionali come caregiver secondari, in linea con la Direttiva europea sull'equilibrio tra vita privata e lavoro.
5. Occorre introdurre livelli essenziali dedicati ai caregiver, con standard minimi su, ad esempio, sollievo domiciliare e residenziale temporaneo, sportelli dedicati, supporto psicologico e percorsi formativi, tutele previdenziali.
6. È opportuno istituire un sistema nazionale di monitoraggio con indicatori condivisi e dati comparabili, per valutare l'attuazione e orientare il riparto delle risorse, così da rendere più uniformi accessi e prestazioni sul territorio.

PER SAPERNE DI PIÙ

Albertini, M., Prandini, R. (2021), Care inequality in later life in ageing societies: The unequal distribution of the intensity of informal support in Europe, in M. Nico, G. Pollock (a cura di), The Routledge Handbook of Contemporary Inequalities and the Life Course, New York: Routledge.

Albertini, M., Piccitto, G. e Zanasi, F. (2024). La prospettiva sociologica. La disuguaglianza socio-economica nella domanda di cura, in Tomassini, C., Albertini, M. e Lallo, C. (eds): Avanzare insieme nella società anziana. Considerazioni multidisciplinari sulla domanda di assistenza agli anziani in Italia, Bologna, il Mulino, 2024, pp. 111-127

Caceres, B. A., Travers, J., Primiano, J. E., Luscombe, R. E., & Dorsen, C. (2020). Provider and LGBT Individuals' Perspectives on LGBT Issues

in Long-Term Care: A Systematic Review. The Gerontologist, 60(3), e169–e183. https://doi.org/10.1093/geront/gnz012

Calvi C., Sofritti F., Casanova G., Lamura G. (2025, in press). Le politiche regionali di supporto ai caregiver di anziani non autosufficienti in Italia. Salute e Società, 1.

Eurocarers (2024) National Reports on the implementation of the Council Recommendation on access to high-quality Long-Term Care: Policy Takeaways for Informal Carers. Brussels: Eurocarers.

Jakobsen, M. D., Bromseth, J., Siverskog, A., & Krane, M. S. (2023). The provision of healthcare services to older LGBT adults in the Nordic countries: A scoping review. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 41(4), 359–371. https://doi.org/10.1080/02813432.2023.2242713

Kneale, D., Henley, J., Thomas, J., & French, R. (2021). Inequalities in older LGBT people's health and care needs in the United Kingdom: A systematic scoping review. Ageing and Society, 41(3), 493–515. https://doi.org/10.1017/S0144686X19001326

Lallo C, Del Balso C, Tomassini C (2024). I micro dati sulla domanda di assistenza degli anziani non autosufficienti in Italia: una ricognizione ragionata delle fonti disponibili. Epidemiologia&Prevenzione.

Lallo, C. & Tomassini, C. (2024), Studiare la cura di lungo termine: definizioni e quadro concettuale, in C. Tomassini, M. Albertini, e C. Lallo (a cura di), Avanzare insieme nella società anziana, Bologna, Il Mulino.

Meli, E. & Tomassini, C. (2024), Gli scambi di aiuto in Italia, in C. Tomassini, M. Albertini, e C. Lallo (a cura di), Avanzare insieme nella società anziana, Bologna, Il Mulino.

Rosati, F., Pistella, J., & Baiocco, R. (2021). Italian Sexual Minority Older Adults in Healthcare Services: Identities, Discriminations, and Competencies. Sexuality Research and Social Policy, 18(1), 64–74. https://doi.org/10.1007/s13178-020-00443-z

Scott, M. M., Mayhew, A., Jeong, A., Shaver, N., Lapenskie, J., Hsu, A. T., Tanjong-Ghogomu, E., Tanuseputro, P., Huang, E., & Welch, V. (2022). Access to Long-Term Care for Minority Populations: A Systematic Review. Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement, 41(4), 577–592. https://doi.org/10.1017/S0714980822000046

Smith, R., & Wright, T. (2021). Older lesbian, gay, bisexual, transgender,

queer and intersex peoples' experiences and perceptions of receiving home care services in the community: A systematic review. International Journal of Nursing Studies, 118, 103907. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103907

Valenti, K. G., Jen, S., Parajuli, J., Arbogast, A., Jacobsen, A. L., & Kunkel, S. (2020). Experiences of Palliative and End-of-Life Care among Older LGBTQ Women: A Review of Current Literature. Journal of Palliative Medicine, 23(11), 1532–1539. https://doi.org/10.1089/jpm.2019.0639

World Health Organization. (2015). World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization.

Zanasi, F. & Albertini, M. (2024), Il peso della cura: disuguaglianze sociali nel *caregiving* informale in Italia. Stato e Mercato, *forthcoming*.

9. LA SILVER ECONOMY IN ITALIA

Claudio Lucifora, Nicole Di Natale e Marco Piotti

IN PRIMO PIANO

- L'invecchiamento non deve essere visto solo come un costo, ma anche come una risorsa e un'opportunità.
- La *silver economy* è un sistema economico complesso, che risponde alle necessità della popolazione senior e coinvolge trasversalmente diversi ambiti produttivi. Si tratta di un settore dalle grandi potenzialità, spesso sottovalutate, che la Commissione Europea prevede in forte crescita nei prossimi anni.
- La ricchezza privata detenuta dalla popolazione senior è rilevante, ma spesso sottoutilizzata. Le potenzialità sono grandi, pur se ancora poco sfruttate.

1. INTRODUZIONE

Le proiezioni demografiche dei principali istituti di statistica evidenziano con sempre maggiore insistenza che l'invecchiamento della popolazione mondiale è destinato ad accelerare nei prossimi decenni. Sebbene tali tendenze non siano nuove, è solo di recente che la cosiddetta "transizione demografica" – l'insieme dei cambiamenti che interessano la composizione della popolazione – è diventata un tema centrale nel dibattito pubblico. Finora, l'attenzione si è concentrata prevalentemente sugli aspetti problematici dell'invecchiamento: la sostenibilità del welfare, l'aumento dei costi sanitari e la gestione della non autosufficienza, che grava sia sulle famiglie che sulla società. L'invecchiamento viene spesso percepito come un peso, trascurando le opportunità che una società più longeva e matura potrebbe offrire. Affrontare la transizione demografica richiede un cambiamento culturale: l'invecchiamento non deve essere visto solo come un costo, ma anche come una risorsa e un'opportunità. La popolazione senior gioca un ruolo vitale nella società e nell'economia: molti continuano a lavorare o a gestire imprese, tutti sono consumatori e risparmiatori, e una parte significativa detiene una quota rilevante della ricchezza accumulata. Questo insieme di attività economiche, che risponde alle esigenze e alle

preferenze delle persone anziane, è stato definito dagli economisti come *silver economy* o economia d'argento. La *silver economy* non si limita a rappresentare un gruppo sociale o a interessare singoli settori come salute, turismo e tempo libero. Si configura piuttosto come un'economia trasversale che tocca molteplici ambiti: consumi e alimentazione, risparmi, finanza e assicurazioni, edilizia abitativa, tecnologie innovative (inclusa la gerontecnologia), salute (con particolare attenzione all'e-health), sport, comunicazioni, tempo libero e viaggi. Si tratta di un settore dalle enormi potenzialità, spesso sottovalutate, ma che la Commissione Europea prevede in forte crescita nei prossimi anni. La spesa pubblica nell'UE per l'assistenza sanitaria e per la cura degli anziani potrebbe superare rispettivamente i 1.600 miliardi di euro e i 1.200 miliardi di euro entro il 2025 (Commissione Europea, 2024). Inoltre, la ricchezza privata detenuta dalla popolazione senior è spesso sottoutilizzata, rappresentando un'opportunità ancora in gran parte inesplorata. Se si considerano le risorse pubbliche e quelle utilizzabili nei mercati legati alla popolazione silver, il potenziale economico complessivo potrebbe superare i 2.500 miliardi di euro, con un impiego di forza lavoro stimato in oltre 37 milioni di persone. Alcuni analisti arrivano persino a ipotizzare che, se fosse una nazione, la *silver economy* si collocherebbe al terzo posto tra le economie mondiali, dopo Stati Uniti e Cina.

In sintesi, la sfida della *silver economy* consiste nel convertire le criticità e i costi associati a una popolazione tra le più longeve al mondo in opportunità di sviluppo e benessere. Ci proponiamo qui di esplorare e analizzare questa dimensione, evidenziando come la *silver economy* possa rappresentare un motore di crescita economica e sociale per il futuro.

2. *SILVER ECONOMY*: UNA TASSONOMIA DELLE RISORSE E DEI BISOGNI

Nella ricerca scientifica e nelle analisi istituzionali, la *silver economy* è un sistema economico complesso, che risponde alle necessità della popolazione senior e coinvolge trasversalmente diversi ambiti produttivi. Secondo la definizione della Commissione Europea, la *silver economy* comprende "le opportunità economiche derivanti dalla spesa pubblica e privata legata all'invecchiamento della popolazione e alle esigenze specifiche degli over 50". La soglia dei 50 anni, scelta come riferimento, riflette un approccio che considera l'intero processo di invecchiamento, piuttosto che focalizzarsi esclusivamente su una fase della vita caratterizzata

da fragilità o limitazioni funzionali. Questo approccio si differenzia da altre definizioni, come quelle che identificano gli anziani con la popolazione di oltre 65 anni, superando il concetto tradizionale di vecchiaia come una fase rigidamente ancorata a un'età cronologica.

L'idea di valorizzare l'invecchiamento come opportunità si traduce in politiche pubbliche che promuovono investimenti in innovazione tecnologica per un invecchiamento attivo e in salute. Questo approccio incentiva non solo la "buona salute", ma anche l'indipendenza della popolazione anziana, generando un ciclo virtuoso che stimola consumi, risparmi e scelte di vita, oltre a favorire lo sviluppo dei mercati e dei settori legati alla *silver economy*.

La *silver economy* si articola lungo diverse dimensioni, che includono il contributo del settore pubblico, il ruolo del settore privato e le dinamiche sociali:

- Settore pubblico. Svolge un ruolo cruciale nel sostenere le fasce più anziane della popolazione attraverso interventi di welfare, servizi sanitari e socio-assistenziali, e pensioni. La dimensione pubblica è fondamentale sia per il numero di beneficiari sia per le risorse finanziarie impiegate, entrambe in crescita.
- Settore privato. Offre beni e servizi in un regime di "quasi-mercato", spesso regolato o sussidiato da interventi pubblici. Il settore privato è inoltre un motore di innovazione, sviluppando prodotti e servizi dedicati alla popolazione silver, anche attraverso start-up e tecnologie assistive.
- Dinamiche sociali. Comprendono il ruolo delle organizzazioni non-profit, delle fondazioni, delle cooperative sociali e del volontariato, che svolgono un'azione complementare e spesso fondamentale nel soddisfare i bisogni della popolazione anziana.

La tabella 1 fornisce una classificazione delle risorse pubbliche e private per la popolazione *silver* (50+) e una mappatura dei bisogni, delle preferenze di consumo e delle condizioni nel mercato del lavoro.

Per sostenere la *silver economy*, la Commissione Europea ha avviato iniziative come l'*Active Ageing Index*, che monitora indicatori chiave come partecipazione lavorativa, autonomia e salute. Tuttavia, limitare l'analisi ai consumi di mercato rischia di trascurare il contributo economico fornito dai servizi in regime non di mercato, come il volontariato e i compiti di cura.

Tra le politiche più rilevanti per la *silver economy* si trovano:

- Interventi per migliorare l'autonomia abitativa, come il co-housing.
- Promozione del turismo fuori stagione con agevolazioni dedicate.
- Sviluppo di sistemi di assistenza a lungo termine sostenibili.
- Investimenti in innovazione tecnologica per il supporto all'invecchiamento attivo.

Tabella 1. Tipologie di invecchiamento e risorse (pubbliche-private)

Risorse	
Pubblico	*Privato*
- Redditi da pensione	- Prodotti dedicati
- Servizi sanitari e socio assistenziali	- Servizi finanziari e assicurativi
- Welfare	- Tecnologie assistive
- Mobilità	- Co-housing
- Redditi da lavoro/capitale	- Welfare aziendale

SFIDE CULTURALI E SOCIALI

Un altro aspetto da affrontare è quello culturale: l'ageismo, ovvero i pregiudizi legati all'età, limita le opportunità occupazionali e sociali dei lavoratori più anziani. Questo fenomeno, spesso radicato nei luoghi di lavoro, porta a discriminazioni che riducono le possibilità di formazione, carriera e partecipazione attiva. Contrastare l'ageismo è essenziale per garantire una maggiore inclusione sociale e valorizzare il contributo della popolazione senior.

In conclusione, la *silver economy* rappresenta non solo una sfida, ma anche un'opportunità per trasformare i costi e le criticità legate all'invecchiamento in fattori di crescita economica e benessere sociale. Sfruttare appieno questo potenziale richiede un approccio integrato che combini politiche pubbliche, innovazione tecnologica e un cambiamento culturale nel modo in cui viene percepito l'invecchiamento.

3. CONSUMI, RISPARMI E RICCHEZZA FINANZIARIA DELLA POPOLAZIONE SILVER

L'invecchiamento della popolazione in Italia sta modificando in modo significativo le dinamiche di consumo, risparmio e accumulazione patrimoniale. I bisogni della popolazione *silver* sono sempre più diversificati, includendo

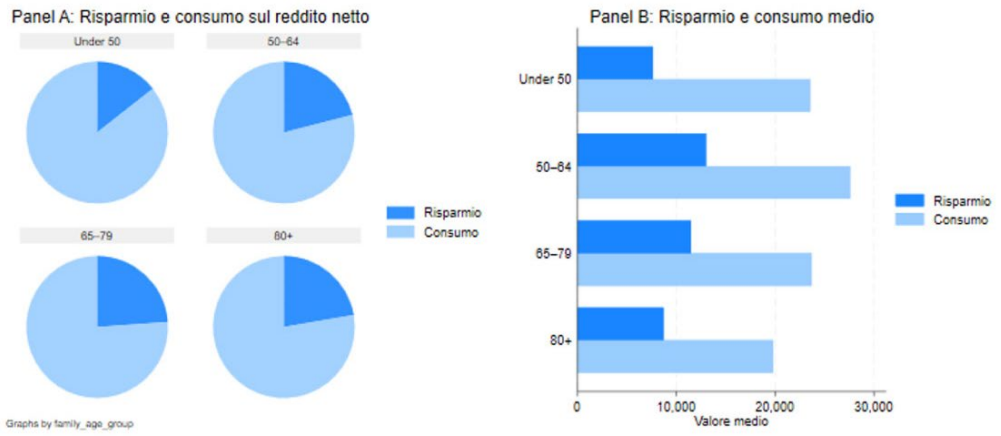
salute, partecipazione sociale, accesso ai servizi di cura, turismo e attività culturali. Tuttavia, le principali fonti di reddito per questa fascia demografica derivano principalmente da prestazioni pensionistiche, la cui entità varia considerevolmente in base a genere, età e carriera lavorativa pregressa.

3.1 Consumi e risparmi

Analizzare i modelli di consumo e risparmio della popolazione *silver* è essenziale non solo per comprendere il loro comportamento economico, ma anche per valutare l'impatto di questa fascia demografica sulla domanda aggregata e sulla sostenibilità del sistema economico e di welfare. Le loro scelte di consumo riflettono sia vincoli di reddito e aspettative di longevità, sia preferenze che evolvono con l'età, la salute, la composizione familiare e la disponibilità di servizi sul territorio.

La figura 1 (panel A) mostra che la quota di reddito destinata al consumo diminuisce leggermente con l'età, mentre il risparmio relativo è più elevato tra i 65–79enni, superando il 20% del reddito disponibile. Anche gli over 80 mantengono una quota di risparmio significativa, suggerendo comportamenti precauzionali legati all'incertezza sanitaria e alla volontà di trasferimento intergenerazionale del patrimonio. Il panel B conferma che il picco di capacità economica si colloca tra i 50 e i 64 anni, riflettendo la fase di massima produttività e accumulo. Le fasce 65–79 e 80+ mostrano una progressiva riduzione dei volumi di spesa e risparmio, ma con livelli ancora rilevanti, indicando una domanda potenziale significativa per beni e servizi adattati alle esigenze della popolazione anziana.

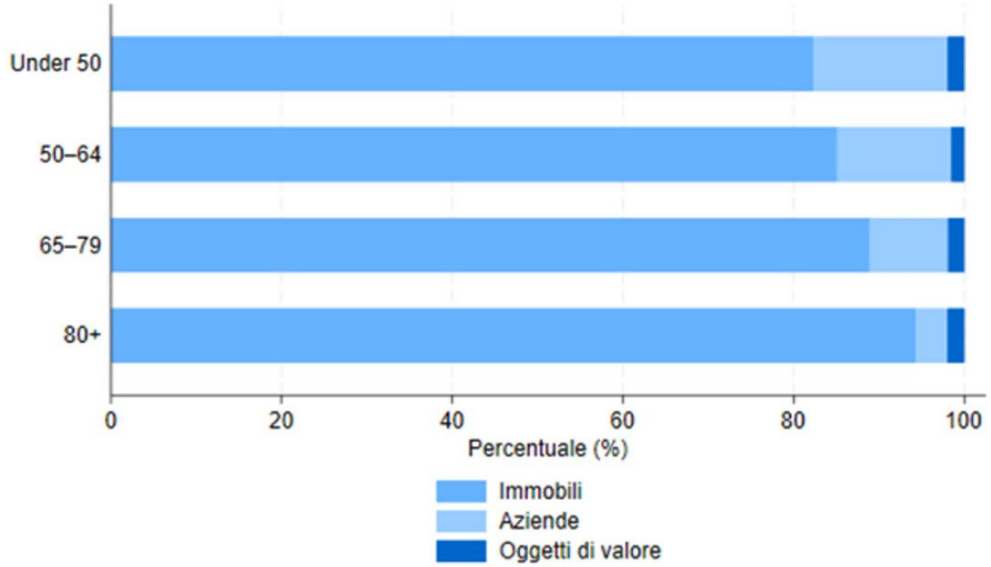
Figura 1. Risparmio e consumo per fasce d'età. Italia, 2022.



Fonte: Banca d'Italia - Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, 2022

La ricchezza della popolazione *silver* è principalmente concentrata in attività immobiliari, che rappresentano un asset fondamentale per la sicurezza economica delle famiglie. La figura 2 mostra che la percentuale degli immobili sul totale della ricchezza aumenta con l'età, andando oltre il 90% negli over 80.

Figura 2. Attività reali per fasce d'età. Italia, 2022.



Fonte: Banca d'Italia - Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, 2022

La proprietà della casa è particolarmente diffusa tra gli anziani, con circa l'80% degli over 65 che vive in abitazioni di proprietà e il 28% che possiede uno o più immobili oltre alla prima casa. Questo riflette un processo di accumulo patrimoniale consolidato nel tempo. Il patrimonio medio della popolazione silver, stimato dalla Banca d'Italia (2022), ammonta a circa 330.000 euro. Complessivamente, la ricchezza totale della popolazione over 50 è stimata in 9.231 miliardi di euro, pari al 53% della ricchezza nazionale, di cui il 20,6% in attività finanziarie e l'84,9% in attività reali. Questa solidità patrimoniale rende i *silver* una componente fondamentale della spesa in beni e servizi, con un contributo stimato al PIL lordo di 655 miliardi di euro nel 2023, pari al 31,5% del PIL italiano.

4. Implicazioni macroeconomiche dell'invecchiamento

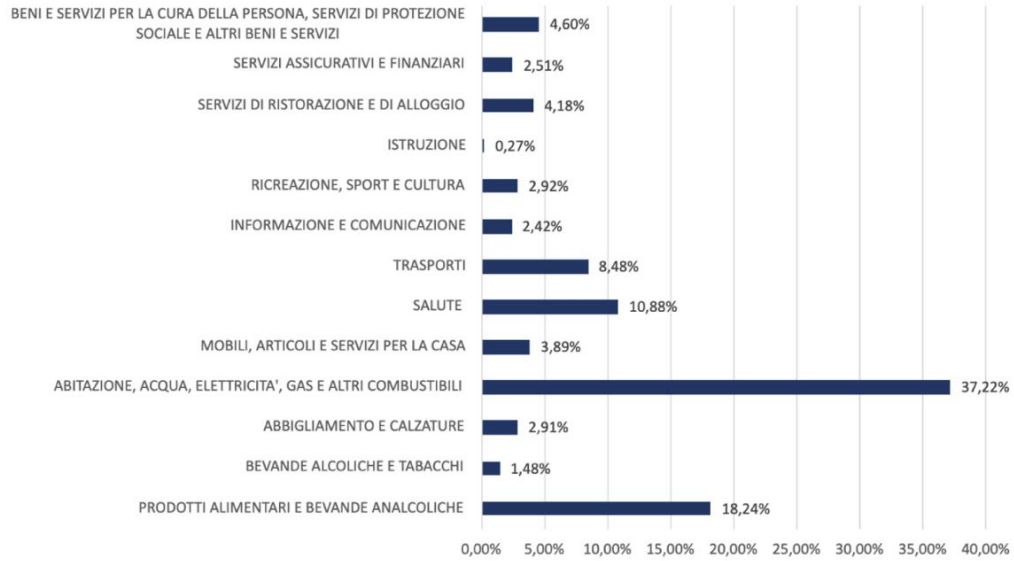
Le trasformazioni demografiche previste per i prossimi decenni determineranno cambiamenti significativi nei modelli di consumo e risparmio. Secondo l'Istat, entro il 2050 quasi il 38% delle famiglie sarà composto da persone sole e anziane, mentre le coppie con figli

rappresenteranno solo il 25%. In questo scenario, un over 50 su tre vivrà da solo, gestendo i propri redditi e la ricchezza accumulata nel tempo.

La popolazione *silver*, secondo i dati Istat, ha nel 2023 una platea totale costituita da 28 milioni di over 50, circa il 47% della popolazione, con gli ultra65enni che rappresentano il 23,7%, pari a circa 14.1 milioni di persone (di cui oltre la metà donne). Come già detto, i *silver* risultano, rispetto alle altre classi d'età, la fascia con il valore medio immobiliare più alto, oltre che quella con maggiori investimenti nel settore: circa l'80% degli over 65 vive in case di proprietà e il 28% detiene uno o più immobili oltre alla prima casa. A questo si aggiunge un reddito spendibile netto annuo stimato di circa 1.068 miliardi di euro (al netto di contributi e imposte, ma comprendente anche i proventi da patrimonio mobiliare e immobiliare o partecipazioni). Data la loro solidità patrimoniale, i *silver* rappresentano una componente importante della spesa in beni e servizi, con un contributo sostanziale al PIL. Secondo le stime a partire dai dati Istat (Indagine sulle Spese delle Famiglie) basate sul modello della spesa, il peso sul PIL degli ultra 50enni avrebbe un valore stimabile lordo di 655 miliardi di euro, pari al 31,5% del PIL italiano nel 2023. Questa stima "lorda" include sia la spesa privata sia le componenti pubbliche, tra cui trasferimenti e spesa sanitaria e socio-assistenziale a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Il valore netto, escluse quindi le componenti sanitarie a carico del sistema sanitario nazionale, è di circa 615 miliardi di euro. Da una scomposizione dei consumi lordi della popolazione *silver*, emerge una concentrazione delle spese in alcune categorie principali: abitazione e utenze (37%), alimenti (18,2%), salute (10,9%) e trasporti (8,5%) (figura 3). Altre categorie includono ricreazione, sport e cultura (2,9%), abbigliamento (2,9%), mobili (3,9%) e servizi vari (cura della persona, assicurazioni, ristorazione). Questa struttura di consumo sfata lo stereotipo che la *silver economy* sia esclusivamente basata sulla spesa sanitaria, dimostrando invece un tessuto economico diversificato. Il PIL corretto attribuibile a questi settori è stimato in circa 566 miliardi di euro. La spesa della popolazione over 50 contribuisce all'occupazione e al reddito da lavoro per 9,5 milioni di lavoratori, calcolato come il rapporto tra PIL generato e valore aggiunto per lavoratore nei settori di riferimento. In un'ottica prospettica, con la crescita della popolazione anziana aumenterà anche la sua quota di consumi.

Figura 3. Composizione della spesa della popolazione over 50. Italia, 2022



Fonte: Istat. Indagine sulla spesa delle famiglie italiane (2023)

Sulla base della distribuzione della spesa, è possibile identificare i settori economici maggiormente alimentati dai consumi della popolazione *silver*, tra cui alimentari, abitazione, salute, trasporti, ricreazione e servizi finanziari. Il PIL generato da questi settori è stimato in circa 566 miliardi di euro, con un impatto significativo anche sull'occupazione. La spesa degli over 50 sostiene circa 9,5 milioni di lavoratori, distribuiti prevalentemente nei settori sopra elencati.

In prospettiva, con l'aumento della popolazione anziana, crescerà anche la loro quota di consumi, rappresentando un'opportunità strategica per lo sviluppo economico e l'innovazione. Sfruttare appieno questo potenziale richiede politiche mirate a sostenere la domanda, migliorare l'accesso ai servizi e promuovere l'inclusione della popolazione *silver* nei processi economici.

5. UNA STRATEGIA PER LA SILVER ECONOMY

Negli ultimi quindici anni, il quadro delle politiche per l'invecchiamento, in Italia, si è sviluppato all'interno di una cornice in cui lo Stato ha mantenuto un ruolo centrale nella definizione delle prestazioni essenziali, mentre le Regioni e le Province autonome hanno potuto intervenire in ambiti complementari come la formazione, la salute, l'innovazione e il welfare territoriale. Tuttavia, in molte altre Regioni, le leggi approvate sull'invecchiamento attivo sono rimaste prive di risorse e strumenti operativi, limitandosi a dichiarazioni di intenti.

Questa architettura, pur garantendo flessibilità, ha prodotto una forte

eterogeneità nell'approccio e nell'implementazione delle misure, con significative differenze territoriali. Un limite di queste misure è dato dalla loro frammentazione e l'assenza di un quadro generale più ampio e integrato di politiche. L'invecchiamento della popolazione, spesso descritto come un problema o un costo, può diventare una leva di innovazione, coesione e crescita sostenibile. Perché ciò avvenga, occorre superare approcci frammentati e politiche di settore isolate, e adottare una strategia integrata che tenga insieme sanità, lavoro, formazione e previdenza, con strumenti di monitoraggio capaci di cogliere aspetti oggi invisibili o sottostimati, come il *caregiving* informale, l'isolamento sociale, la salute cognitiva o le transizioni critiche delle fasi della vita. Il coordinamento integrato delle politiche potrebbe essere affidato ad un'istituzione dedicata alla longevità e all'invecchiamento attivo, e all'analisi di soluzioni e al disegno delle politiche.

La *silver economy* rappresenta una sfida e un'opportunità cruciale per l'Italia: richiede politiche integrate, fondate su dati aggiornati e capaci di misurare dimensioni spesso trascurate, come caregiving informale, isolamento sociale, salute cognitiva e transizioni di vita. Per valorizzare l'invecchiamento come risorsa, è necessario formulare una strategia integrata che dovrebbe partire dai seguenti punti chiave:

- Riformulare la narrazione sull'età, superando l'idea di declino e riconoscendo l'invecchiamento come processo dinamico di contributi, adattamenti e partecipazione.
- Allineare i criteri di accesso ai servizi ai bisogni funzionali, evitando automatismi legati alla sola età anagrafica e riconoscendo la diversità delle condizioni individuali.
- Promuovere l'occupazione senior e il ricambio generazionale, attraverso incentivi pubblici, percorsi di riqualificazione digitale, servizi di ricollocamento dedicati e strategie di age management nelle imprese.
- Contrastare l'ageismo e rafforzare l'inclusione, tramite campagne nazionali, certificazioni per le aziende inclusive e programmi di diversity management che valorizzino la dimensione generazionale.
- Sostenere la partecipazione sociale, la salute e l'assistenza, investendo in telemedicina, assistenza domiciliare, reti comunitarie e tecnologie per l'invecchiamento attivo, con il contributo sinergico di pubblico, privato e terzo settore.
- Riconoscere la cura familiare come responsabilità pubblica,

integrandola nei sistemi di welfare e sostenendo in particolare la "generazione sandwich", che oggi regge un carico insostenibile e poco riconosciuto.

- Ridurre il gender gap pensionistico, tramite crediti contributivi per i periodi di cura, servizi di assistenza accessibili e modelli di carriera flessibili che garantiscano equità economica alle donne anziane.
- Valorizzare i consumi e il patrimonio silver, sostenendo soluzioni abitative innovative, educazione digitale e prodotti/servizi su misura, così da alimentare crescita e innovazione in chiave sostenibile.
- Coordinare le politiche intersettoriali (sanità, educazione, lavoro, previdenza) per assicurare coerenza e continuità lungo tutto il ciclo di vita.
- Migliorare la misurazione ed il monitoraggio delle transizioni di vita, sviluppando indicatori più efficaci su cura informale, status funzionale, benessere sociale e coesione intergenerazionale.

Con questo proposito, più sotto, vengono formulate, 10 proposte di policy che, a partire dai punti chiave sopra elencati, sviluppano un insieme di interventi integrati che includono: mercato del lavoro e previdenza, salute e cure di lungo termine, contrasto della discriminazione promozione di una nuova narrazione sull'invecchiamento, misure di sostegno ed incentivo alla ricerca e sviluppo nei settori e nei prodotti destinati al mercato Silver.

6. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

1. Riformulare la narrazione sull'invecchiamento non come declino inevitabile, ma come processo dinamico fatto di adattamenti, partecipazione e contributo sociale. Allo stesso tempo, è urgente riconoscere che l'età anagrafica non può più essere l'unico criterio per l'accesso a servizi, cure e diritti. L'età anagrafica è spesso disgiunta dalle condizioni funzionali, autonomia e capacità nei contesti di vita. Politiche fondate su indicatori più accurati, una personalizzazione delle misure e degli interventi, in grado di cogliere la diversità delle esperienze, risulterebbero non solo più giuste ma anche più efficaci nell'allocazione delle risorse pubbliche.
2. La sfida del lavoro e dell'occupazione senior: l'aumento della partecipazione dei lavoratori senior al mercato del lavoro rende necessaria una strategia che garantisca sia la valorizzazione dell'esperienza dei più anziani, sia il ricambio generazionale. Sul

fronte pubblico, sono fondamentali incentivi fiscali e contributivi per le imprese che assumono o mantengono in servizio lavoratori over 50, oltre a programmi di riqualificazione e aggiornamento digitale pensati per favorire la permanenza e il reinserimento lavorativo. Un rafforzamento delle politiche attive e dei servizi di ricollocamento, specificamente rivolti agli anziani disoccupati o inattivi, può ridurre la durata della disoccupazione o l'inattività della popolazione senior. Nel settore privato, le imprese dovrebbero riorganizzare il lavoro per garantire una migliore inclusione dei lavoratori senior, attraverso l'introduzione di pratiche organizzative di age management che includano, ad esempio, flessibilità oraria, percorsi di mentoring intergenerazionale e strumenti di trasferimento delle competenze. In particolare, le buone pratiche organizzative mostrano come sia possibile trasformare la permanenza dei lavoratori senior in azienda fino all'età di pensionamento ordinaria (e anche oltre) in un fattore competitivo e di efficienza, mentre l'affiancamento ai giovani lavoratori in entrata crea le condizioni per accelerare la formazione delle nuove generazioni e non disperdere il capitale di esperienza e conoscenze delle vecchie generazioni.

3. Il contrasto alla discriminazione di età. Accanto al lavoro, resta fondamentale la lotta all'ageismo. Nonostante il crescente peso dei lavoratori senior, persistono stereotipi che ne minano la piena valorizzazione. Le politiche pubbliche dovrebbero promuovere campagne nazionali di sensibilizzazione contro l'ageismo e introdurre certificazioni per le imprese che adottano pratiche inclusive verso l'età. Le aziende, a loro volta, possono rafforzare le strategie di diversity management, includendo esplicitamente la dimensione generazionale, e realizzare percorsi di formazione manageriale per superare bias cognitivi legati alla performance o alla capacità di adattamento dei senior. Misurare il clima aziendale e adottare strumenti di monitoraggio interno può inoltre favorire ambienti di lavoro più inclusivi.
4. Integrazione degli interventi socio-sanitari diretti alla popolazione anziana. Sul fronte sociale e sanitario, in primo luogo i programmi di prevenzione e il miglioramento degli stili di vita, possono migliorare la qualità dell'invecchiamento nell'ottica di *Active and Healthy Ageing* come indicato dall'Organizzazione Mondiale della sanità. In secondo luogo, la partecipazione attiva e la possibilità di

mantenere relazioni significative rappresentano fattori protettivi di primaria importanza per la salute fisica e mentale. Investire in servizi di assistenza domiciliare, telemedicina e reti comunitarie consente di preservare autonomia, ridurre il ricorso alle strutture residenziali e contrastare l'isolamento sociale. In questo quadro, il contributo del settore privato – attraverso welfare aziendale, benefit mirati alla salute psico-fisica e collaborazioni con il terzo settore – può moltiplicare l'impatto delle politiche pubbliche. Le tecnologie per l'invecchiamento attivo, inoltre, rappresentano un'area strategica di innovazione con benefici economici e sociali.

5. Le cure di lungo termine. Una questione centrale resta quella della cura familiare. La cosiddetta "generazione sandwich", composta soprattutto da donne tra i 40 e i 60 anni, sostiene gran parte del carico assistenziale verso figli, genitori anziani e talvolta nipoti, spesso in assenza di un adeguato sostegno pubblico. Continuare a considerare la cura come una responsabilità privata e illimitata delle famiglie non è sostenibile, né equo. È necessario riconoscere e integrare la cura informale nei sistemi di welfare, ripensandola come responsabilità condivisa della collettività. Solo così si può ridurre l'impatto negativo di questo doppio carico sulla salute, sulla parità di genere e sulla sicurezza economica.
6. La sostenibilità pensionistica e il gender gap. Strettamente connesso è il tema del gender gap pensionistico, che riflette disuguaglianze accumulate lungo tutto il percorso di vita. Crediti contributivi per i periodi di cura, incentivi al rientro delle donne nel mercato del lavoro, servizi di assistenza diffusi e modelli di carriera più flessibili sono strumenti indispensabili per correggere questo squilibrio. Allo stesso tempo, le imprese possono contribuire con welfare aziendale orientato alla conciliazione vita-lavoro e congedi specifici per caregiver, contribuendo a ridurre il "soffitto di cristallo pensionistico" che penalizza le donne anziane.
7. Lo sviluppo del *silver market*. La popolazione *silver* è anche un attore economico centrale, con consumi concentrati in settori chiave come alimentazione, salute, abitazione e finanza. Valorizzare questa domanda significa investire in digitalizzazione, soluzioni abitative innovative come cohousing e smart home, e prodotti e servizi su misura, accessibili anche a chi ha competenze digitali limitate. L'offerta privata, dal turismo lento alla finanza inclusiva, può trovare

in questo target un motore di sviluppo sostenibile e di innovazione.

8. Un nuovo patto sociale intergenerazionale. L'insieme di queste sfide e opportunità rimanda a una questione più ampia: la necessità di un nuovo patto sociale intergenerazionale. L'attuale modello, fondato su lavoro stabile, famiglie nucleari e diritti basati unicamente sull'età, non riflette più la realtà delle vite contemporanee. Serve una governance che sappia bilanciare solidarietà e giustizia, riconoscendo che tutte le generazioni contribuiscono in forme diverse – lavoro retribuito, cura, volontariato, cittadinanza attiva – e che il benessere collettivo nasce da questo intreccio. In questa prospettiva, due priorità appaiono decisive: (i) il coordinamento delle politiche intersettoriali, superando le frammentazioni che oggi limitano l'efficacia degli interventi, e (ii) lo sviluppo e il monitoraggio di indicatori più efficaci a misurare le transizioni di vita, il benessere sociale, la condizione funzionale e la coesione intergenerazionale.
9. Integrazione delle politiche. Nonostante, le politiche nazionali e regionali possano fare molto per orientare e governare le politiche per la longevità, spesso il sovrapporsi di interventi nazionali e locali, la mancanza di coordinamento tra pubblico e privato, tra centri urbani e realtà rurali o aree interne e isolate dai servizi, nonché a livello inter-settoriale tra i diversi settori economici della *silver economy*, finiscono per rendere l'azione pubblica e il funzionamento della *silver economy* spesso inefficiente o inefficace. Solo adottando questa visione ampia e integrata sarà possibile trasformare l'invecchiamento della popolazione da sfida percepita a motore di sviluppo equo, innovativo e sostenibile per l'Italia.
10. Creazione di un'istituzione nazionale per l'invecchiamento. La dispersione e la sovrapposizione delle aree di intervento tra i diversi attori soffre di mancanza di coordinamento delle politiche. La maggior parte dei paesi, sia europei, sia extra-europei si sono dotati di un Ministero per la longevità o di un Istituto nazionale sull'invecchiamento. L'esperienza decennale di questi paesi costituisce un punto di riferimento globale per il governo delle politiche orientate alla longevità.

PER SAPERNE DI PIÙ

Age-It. "Invecchiare Bene in una Società che Invecchia." PE8-PNRR Le Sfide dell'Invecchiamento.

European Commission. 2015. "Growing the European silver economy." Background Paper, EC Report.

Commissione Europea. 2023. "The Impact of Demographic Change - In a Changing Environment." SWD/2023/21 final. European Union.

Istat. 2023a. Indicatori Demografici – Anno 2022.

Istat. 2023b. Rapporto Annuale – La Situazione del Paese.

10. INDICE DI GIUSTIZIA INTERGENERAZIONALE: UNO SGUARDO SULL'EQUITÀ TRA ETÀ IN EUROPA

Vincenzo Galasso, Anna Elisabetta Galeotti, Asya Bellia, Enrico Biale, Carlo Burelli, Davide Pala, Cristóbal Ruiz-Tagle Coloma, Laura Santi Amantini e Gloria Zuccarelli

IN PRIMO PIANO

- L'Indice di Giustizia Intergenerazionale (IGI) misura le disuguaglianze tra giovani e anziani in 19 paesi europei lungo quattro dimensioni: equità economica, accesso ai servizi, uguaglianza relazionale e uguaglianza politica.
- I risultati mostrano un'Europa in equilibrio solo apparente: gli anziani godono di maggiore sicurezza economica e influenza politica, mentre i giovani risultano più forti nelle relazioni sociali e nell'accesso ai servizi digitali.
- L'Italia emerge come un caso emblematico: fortemente pro-anziani nell'equità economica, ma più favorevole ai giovani nell'accesso ai servizi e nella vita sociale.
- Le disuguaglianze tra età non sono un gioco a somma zero: sostenere i giovani significa rafforzare la sostenibilità del welfare e della democrazia, senza indebolire la protezione degli anziani.
- Servono politiche integrate che combinino occupazione giovanile, casa, sanità e rappresentanza politica per riequilibrare le opportunità tra generazioni e rafforzare la solidarietà sociale.

1. INTRODUZIONE

L'Europa sta attraversando una trasformazione demografica senza precedenti. L'aumento costante della speranza di vita e il persistente calo dei tassi di natalità stanno modificando in profondità la struttura delle popolazioni europee e, con essa, il contratto sociale che regola i rapporti

tra generazioni. Una quota crescente di popolazione anziana, unita alla riduzione della popolazione in età lavorativa, solleva interrogativi cruciali sulla sostenibilità economica, sociale e politica delle nostre democrazie.

La longevità rappresenta una conquista, ma produce anche nuove diseguaglianze: i giovani adulti affrontano mercati del lavoro sempre più instabili, difficoltà di accesso alla casa, precarietà finanziaria e un crescente rischio di esclusione politica; gli anziani, pur sostenuti da pensioni e da diritti sociali consolidati, vivono spesso condizioni di isolamento, peggioramenti nella salute mentale e difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

Queste tensioni non si esauriscono nei bilanci pubblici, ma toccano la questione più profonda della giustizia intergenerazionale, intesa come l'equa distribuzione di risorse, opportunità e voce politica tra gruppi di età coesistenti. Garantire che ciascuna generazione possa vivere con dignità in ogni fase della vita non significa soltanto correggere disuguaglianze materiali, ma anche assicurare pari riconoscimento sociale e partecipazione democratica.

Per affrontare questa sfida è necessario disporre di strumenti empirici capaci di misurare in modo sistematico e comparabile i divari generazionali. L'Indice di Giustizia Intergenerazionale (IGI) risponde a questo obiettivo. Sviluppato nell'ambito del progetto *Age-It – Ageing Well in an Ageing Society*, l'indice offre una misura multidimensionale dell'equità tra giovani e anziani e può essere applicato in contesti diversi: nel nostro caso, in diciannove paesi dell'Unione Europea.

Rispetto ai tradizionali approcci basati sulle coorti di nascita, l'IGI adotta una prospettiva "istantanea": confronta la condizione attuale dei giovani adulti (25–34 anni) con quella degli adulti più anziani (55–64 anni per gli indicatori del mercato del lavoro, 65+ anni per gli altri ambiti). Questa scelta metodologica consente di individuare in tempo reale gli squilibri presenti e di fornire indicazioni utili ai decisori pubblici.

L'indice considera quattro dimensioni fondamentali della giustizia sociale: equità economica, accesso ai servizi essenziali, uguaglianza relazionale e uguaglianza politica. Insieme, esse offrono una visione ampia dell'equità tra generazioni, che integra fattori materiali, sociali e istituzionali.

L'obiettivo di questo paper è fornire una sintesi analitica dei risultati del Report 2025 sull'Indice di Giustizia Intergenerazionale, concentrandosi sulle figure principali che rappresentano le quattro dimensioni e l'indice

aggregato complessivo. Il lavoro è organizzato come segue: la Sezione 2 illustra i fondamenti metodologici dell'indice, la Sezione 3 descrive i dati e gli indicatori utilizzati, la Sezione 4 presenta i risultati comparati nei paesi dell'UE, la Sezione 5 discute le principali implicazioni di policy.

Nel loro insieme, questi elementi delineano un quadro coerente delle disuguaglianze tra generazioni in Europa, fornendo una base empirica per orientare le politiche di welfare verso una maggiore giustizia intergenerazionale.

2. METODOLOGIA

2.1 Fondamenti teorici e approccio generale

La costruzione dell'Indice di Giustizia Intergenerazionale (IGI) parte da un principio normativo chiaro: una società può dirsi giusta solo se tutte le generazioni, in ogni fase della vita, dispongono di risorse e opportunità sufficienti per vivere con dignità e partecipare pienamente alla vita sociale e politica. L'equità intergenerazionale, in questa prospettiva, non è intesa come uguaglianza perfetta, ma come sufficienza di risorse e opportunità specifiche per età – un equilibrio che riconosce bisogni differenti a seconda delle fasi del ciclo di vita.

L'IGI adotta una prospettiva sincronica, concentrandosi sui gruppi di età attualmente coesistenti (giovani adulti e anziani), piuttosto che sulle coorti di nascita. Questa scelta metodologica si fonda su due motivazioni principali. In primo luogo, i dati disponibili non consentono di ricostruire in modo completo i flussi di risorse e benefici lungo l'intera vita delle diverse coorti. In secondo luogo, la prospettiva sincronica è più rilevante per l'analisi delle politiche pubbliche, poiché consente di valutare le disuguaglianze presenti e di intervenire su di esse nel breve periodo.

2.2 Dimensioni della giustizia intergenerazionale

L'indice si articola in quattro dimensioni, che corrispondono ai principali ambiti in cui si manifestano le disparità tra generazioni:

1. Equità economica, che riflette la distribuzione delle risorse materiali, la stabilità del lavoro e la resilienza finanziaria;
2. Accesso ai servizi essenziali, che misura la possibilità di fruire di beni pubblici fondamentali come sanità, sicurezza, ambiente e infrastrutture digitali;

3. Uguaglianza relazionale, che valuta il grado di integrazione sociale, il rispetto e la libertà dalla discriminazione basata sull'età;
4. Uguaglianza politica, che considera la partecipazione democratica, la rappresentanza istituzionale e l'attenzione ai temi generazionali nei programmi dei partiti.

Queste dimensioni rappresentano quattro pilastri della giustizia intergenerazionale – economica, sociale, relazionale e politica – e sono state scelte per catturare l'insieme dei fattori che determinano la qualità della vita e la parità di status tra generazioni.

L'IGI è costruito su due livelli di aggregazione. Il primo combina gli indicatori elementari (ad esempio povertà, disoccupazione o partecipazione politica) in un indice composito per ciascuna delle quattro dimensioni. Il secondo aggrega le quattro dimensioni in un indice complessivo di giustizia intergenerazionale. Qui presentiamo i risultati solo per il caso di aggregazioni ottenute dando la stessa importanza a tutti gli indicatori. Nel Report 2025 sull'Indice di Giustizia Intergenerazionale si mostrano i risultati ottenuti anche con criteri di aggregazione alternativi, che non portano comunque a risultati troppo dissimili.

2.3 Interpretazione dei risultati

Tutti gli indicatori sono codificati secondo la regola "più è meglio": i valori positivi indicano che gli esiti favoriscono gli anziani, quelli negativi che favoriscono i giovani. I risultati sono normalizzati rispetto alla media dei 19 paesi europei analizzati (*benchmark EU-19*), in modo da evidenziare le disparità interne a ciascun paese piuttosto che le differenze generali tra paesi.

Questa impostazione consente un'interpretazione intuitiva e comparabile:

- valori positivi dell'indice indicano una condizione mediamente migliore per gli anziani;
- valori negativi, una condizione più favorevole per i giovani.

In sintesi, la metodologia dell'Indice di Giustizia Intergenerazionale unisce rigore analitico e chiarezza normativa. Essa fornisce un quadro integrato per valutare se – e in quale misura – le società europee garantiscano alle diverse generazioni pari accesso a risorse, servizi, riconoscimento sociale e voce politica, elementi essenziali per la sostenibilità del patto tra età.

3. DATI E INDICATORI

3.1 Fonti dei dati

L'Indice di Giustizia Intergenerazionale (IGI) si fonda su un insieme di dati armonizzati a livello europeo che garantiscono comparabilità, affidabilità e aggiornamento periodico. Le principali fonti sono due:

- EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*): fornisce informazioni dettagliate su reddito, povertà, occupazione, condizioni abitative e accesso ai servizi. Costituisce la base per le dimensioni dell'equità economica e dell'accesso ai servizi essenziali.
- ESS (*European Social Survey*): raccoglie dati biennali su atteggiamenti, valori e comportamenti dei cittadini europei, inclusi fiducia, partecipazione politica, relazioni sociali e benessere mentale. È la principale fonte per le dimensioni dell'uguaglianza relazionale e politica.

Per la dimensione politica, l'analisi è stata arricchita da due fonti istituzionali aggiuntive:

- il Manifesto Project, che codifica e analizza i programmi elettorali dei partiti politici nei paesi europei, consentendo di valutare la salienza dei temi generazionali nell'agenda politica;
- il WARP Project (Weighted Age Representation in Parliaments), che fornisce dati armonizzati sulla distribuzione per età dei membri dei parlamenti nazionali, permettendo di stimare la rappresentanza anagrafica nelle istituzioni.

L'anno di riferimento per l'analisi è il 2023, scelto per massimizzare la sovrapposizione temporale tra EU-SILC e ESS. Il campione include 19 paesi dell'Unione Europea: Austria, Belgio, Croazia, Cipro, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Irlanda, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Slovacchia, Slovenia, Spagna e Svezia.

Conviene ribadire che tutti i dati sono stati armonizzati e normalizzati rispetto al benchmark EU-19, in modo da misurare le differenze interne a ciascun paese e non le disuguaglianze strutturali tra paesi.

3.2 Indicatori per ciascuna dimensione

Equità economica

Riguarda la distribuzione delle risorse materiali e le opportunità di autonomia economica. Comprende sei sotto-indicatori:

1. rischio di povertà,
2. disoccupazione,
3. incidenza dei contratti permanenti,
4. differenziale salariale (età 25–34 vs 55–64),
5. sovraffollamento abitativo,
6. capacità di sostenere spese impreviste.

Questi indicatori descrivono i principali ostacoli all'indipendenza economica dei giovani e riflettono differenze strutturali nei mercati del lavoro e nella distribuzione della ricchezza.

Accesso ai servizi essenziali e beni pubblici

Misura la possibilità, per individui di età diverse, di accedere ai servizi fondamentali per il benessere e la sicurezza. Gli indicatori sono cinque:

1. bisogni sanitari insoddisfatti (per motivi economici o organizzativi),
2. trasferimenti sociali non pensionistici sul reddito disponibile,
3. esposizione a inquinamento, sporcizia e rumore,
4. percezione di criminalità, violenza o vandalismo,
5. accesso a Internet domestico.

Questi elementi riflettono la capacità dei sistemi di welfare di garantire a tutte le generazioni un livello minimo di sicurezza, salute e inclusione digitale.

Uguaglianza relazionale

Si concentra sugli aspetti sociali e psicologici della giustizia intergenerazionale, considerando la partecipazione alla vita sociale, la qualità delle reti di supporto e l'esperienza di discriminazione. Gli indicatori selezionati sono cinque:

1. frequenza delle attività di svago,
2. frequenza dei contatti sociali,
3. disponibilità di relazioni strette (almeno tre persone di fiducia),
4. percezione di discriminazione legata all'età,
5. benessere mentale (rischio di depressione).

Questa dimensione cattura la condizione relazionale delle generazioni, mostrando se le differenze d'età si traducono in esclusione o isolamento.

Uguaglianza politica

Analizza la distribuzione del potere e dell'influenza politica tra età diverse, includendo indicatori individuali e istituzionali. I sette indicatori sono:

1. percezione di avere voce in politica,
2. percezione di capacità di influire sulle decisioni,
3. partecipazione al voto,
4. vicinanza a un partito politico,
5. interesse per la politica,
6. salienza dei temi generazionali nei programmi dei partiti,
7. rappresentanza anagrafica nei parlamenti (indice ARI).

Questa dimensione permette di verificare se le istituzioni democratiche garantiscano un'effettiva parità di voce tra giovani e anziani, sia sul piano della partecipazione individuale sia su quello della rappresentanza istituzionale.

4. RISULTATI

L'analisi comparata dei diciannove paesi europei inclusi nel campione rivela un quadro complesso e articolato della giustizia intergenerazionale. Nessun paese risulta pienamente favorevole né ai giovani né agli anziani: l'apparente equilibrio complessivo nasconde però forti squilibri interni tra le diverse dimensioni dell'indice.

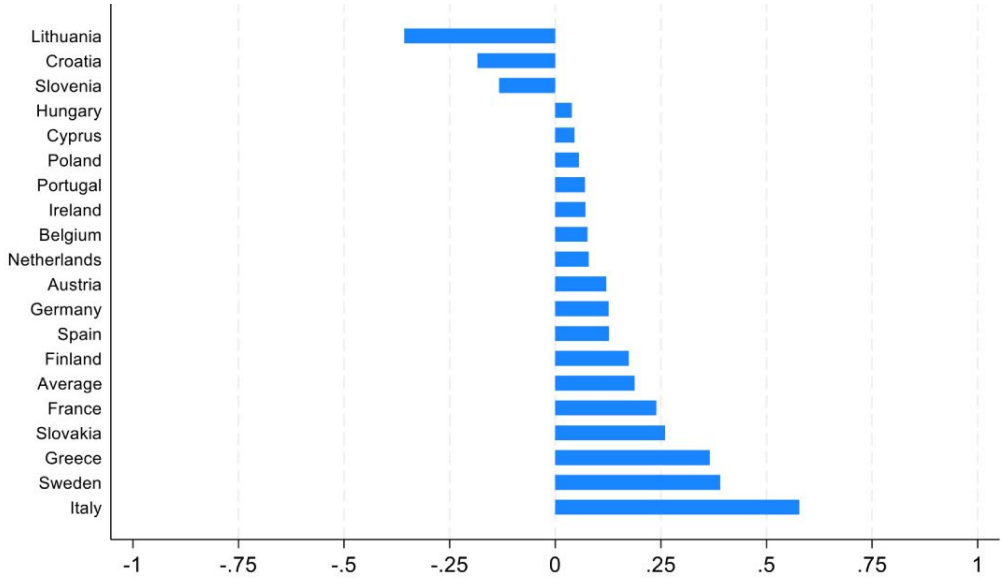
4.1 Equità economica

La dimensione economica mostra con chiarezza un vantaggio strutturale per gli anziani in gran parte dei paesi europei (figura 1). Gli adulti di 55–64 anni e gli over 65 beneficiano più spesso di contratti stabili, redditi più elevati e maggiore sicurezza finanziaria, mentre i giovani adulti (25–34 anni) sperimentano livelli più alti di disoccupazione, precarietà contrattuale e sovraffollamento abitativo.

Queste disparità sono particolarmente accentuate nell'Europa meridionale – in Italia, Grecia, Spagna e Portogallo – dove le difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro e l'elevato costo dell'abitazione ritardano l'autonomia dei giovani. Al contrario, nei paesi del Nord Europa (Svezia, Finlandia, Danimarca) la distanza economica tra età risulta più contenuta, grazie a politiche attive del lavoro e a un sistema di welfare più inclusivo.

Nel complesso, l'equità economica rappresenta la dimensione più sbilanciata a favore delle generazioni anziane, evidenziando una trasmissione incompleta delle opportunità economiche tra età.

Figura 1 – Equità economica: differenze per gruppo di età, EU-19, 2023



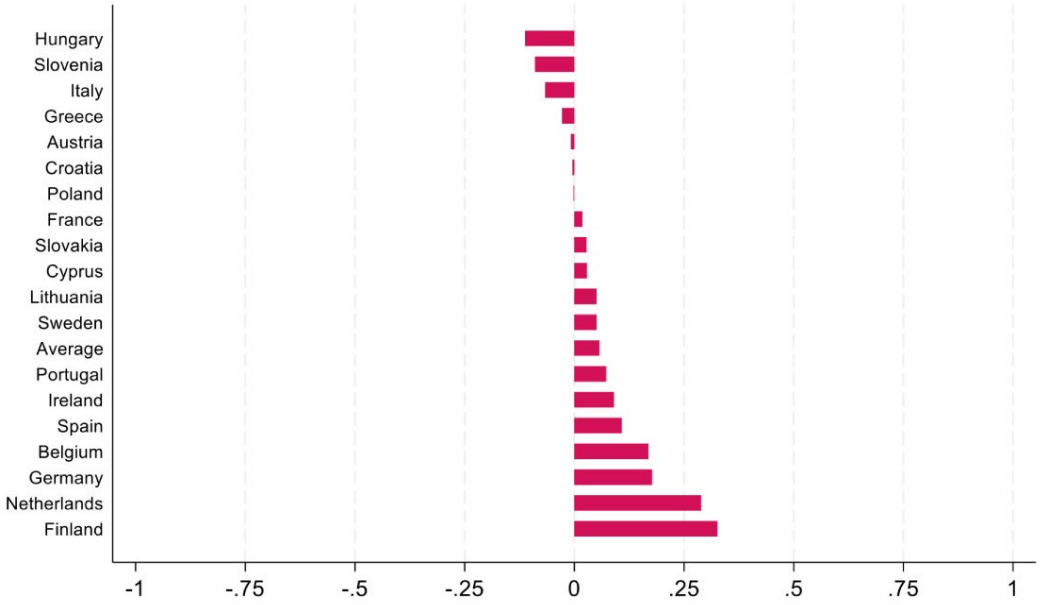
Nota: indice normalizzato, che per valori negativi (positivi) segnala una condizione di vantaggio (svantaggio) dei giovani adulti (25–34 anni) rispetto a adulti più maturi (55–64 anni per gli indicatori del mercato del lavoro, 65+ anni per gli altri ambiti).

4.2 Accesso ai servizi essenziali e beni pubblici

La seconda dimensione restituisce un quadro più sfumato. Gli anziani riportano più spesso bisogni sanitari insoddisfatti, soprattutto nei paesi mediterranei e in Belgio, indicando barriere persistenti nell'accesso alle cure anche in sistemi sanitari universalistici. Tuttavia, gli anziani vivono in media in ambienti più sicuri e salubri e beneficiano di quartieri meno esposti a criminalità e inquinamento, mentre i giovani, pur godendo di una quasi universale connettività digitale, tendono a vivere in contesti urbani più congestionati e meno sicuri. Nei paesi nordici e in alcuni dell'Europa orientale (Ungheria, Slovacchia), l'accesso ai servizi appare più equilibrato: i giovani ricevono trasferimenti sociali non pensionistici più consistenti e riferiscono minori ostacoli alla sanità.

In sintesi, l'accesso ai servizi rappresenta una dimensione ibrida: i giovani vantano migliori condizioni di accesso digitale e trasferimenti più mirati, ma gli anziani restano avvantaggiati per qualità ambientale e sicurezza.

Figura 2 – Accesso ai servizi: differenze per gruppo di età, EU-19, 2023



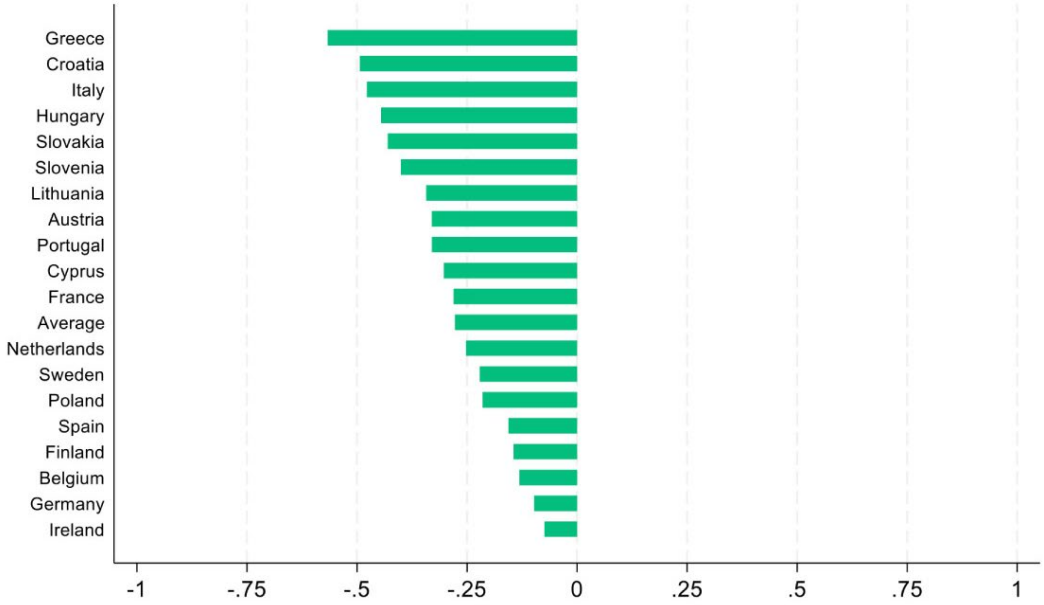
Nota: indice normalizzato, che per valori negativi (positivi) segnala una condizione di vantaggio (svantaggio) dei giovani adulti (25–34 anni) rispetto a adulti più maturi (55–64 anni per gli indicatori del mercato del lavoro, 65+ anni per gli altri ambiti).

4.3 Uguaglianza relazionale

L'uguaglianza relazionale – intesa come partecipazione sociale, ampiezza delle reti di supporto, libertà dalla discriminazione e benessere mentale – favorisce chiaramente i giovani. In tutti i paesi analizzati, le persone tra i 25 e i 34 anni partecipano più attivamente ad attività di svago, incontrano più frequentemente amici e parenti e dispongono di reti sociali più ampie. Al tempo stesso, i giovani dichiarano più spesso esperienze di discriminazione legate all'età, soprattutto in paesi come Slovacchia, Finlandia e Francia, dove emergono stereotipi di immaturità e inaffidabilità. Gli anziani, invece, riportano livelli più elevati di isolamento sociale e disagio psicologico, in particolare nei paesi dell'Europa centrale e meridionale.

Questa dimensione mette in luce una forma di asimmetria generazionale inversa: se gli anziani dominano sul piano economico e politico, i giovani risultano avvantaggiati nelle relazioni sociali e nella qualità della vita quotidiana.

Figura 3 – Uguaglianza relazionale: differenze per gruppo di età, EU-19, 2023



Nota: indice normalizzato, che per valori negativi (positivi) segnala una condizione di vantaggio (svantaggio) dei giovani adulti (25–34 anni) rispetto a adulti più maturi (55–64 anni per gli indicatori del mercato del lavoro, 65+ anni per gli altri ambiti).

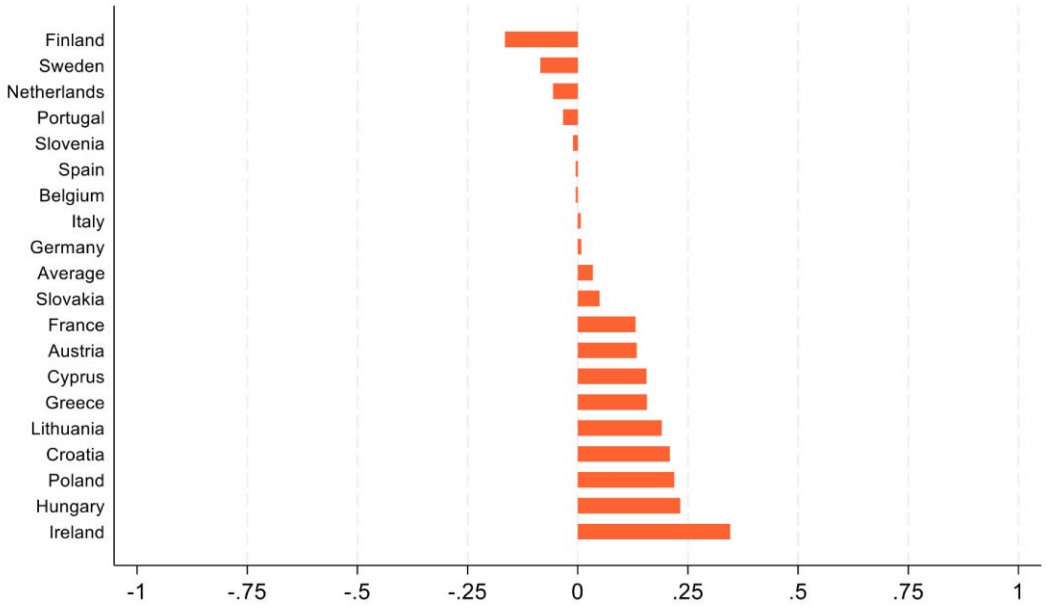
4.4 Uguaglianza politica

La dimensione politica mostra il divario più netto a favore degli anziani. In tutti i paesi europei, le generazioni più mature presentano tassi più alti di partecipazione al voto, maggiore identificazione partitica e un più forte interesse per la politica.

Sul piano istituzionale, i parlamenti nazionali restano sovra-rappresentati da politici over 50, mentre le questioni giovanili occupano un peso minore nei programmi elettorali. Paesi come Irlanda, Polonia e Germania mostrano un'elevata attenzione alle esigenze degli anziani nei manifesti dei partiti; al contrario, in Italia e Lituania si rileva una salienza relativamente maggiore dei temi legati ai giovani.

In sintesi, la rappresentanza politica e la distribuzione dell'influenza istituzionale risultano fortemente sbilanciate verso le generazioni anziane, con un impatto potenziale sulla definizione delle priorità di policy e sulla sostenibilità democratica.

Figura 4 – Uguaglianza politica: differenze per gruppo di età, EU-19, 2023



Nota: indice normalizzato, che per valori negativi (positivi) segnala una condizione di vantaggio (svantaggio) dei giovani adulti (25–34 anni) rispetto a adulti più maturi (55–64 anni per gli indicatori del mercato del lavoro, 65+ anni per gli altri ambiti).

4.5 Indice complessivo di giustizia intergenerazionale

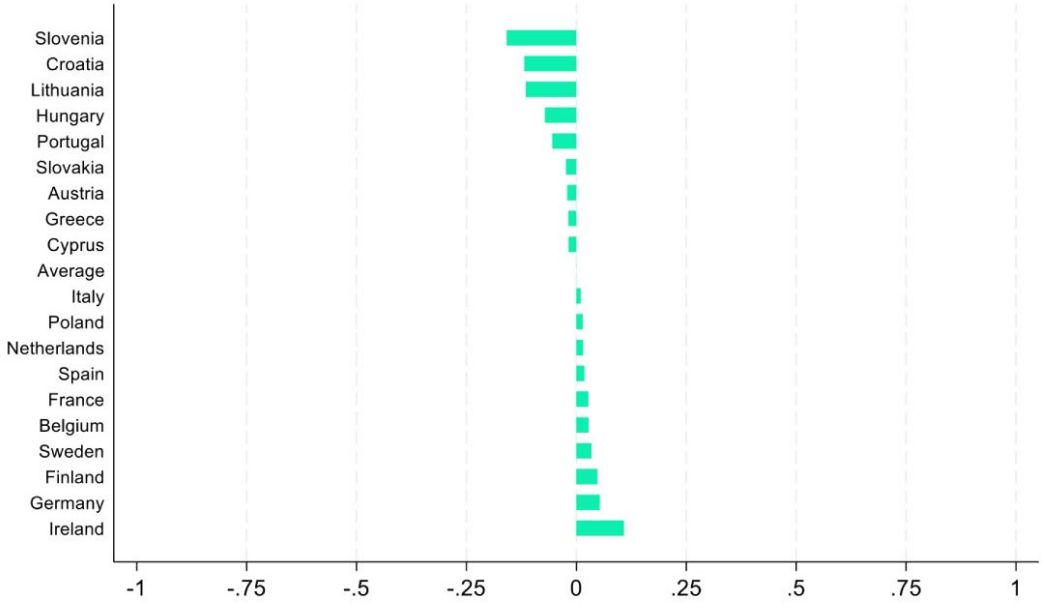
L'indice complessivo, che aggrega le quattro dimensioni, suggerisce un apparente equilibrio tra giovani e anziani nella media europea (figura 5). Tuttavia, questo equilibrio è spesso ingannevole, poiché nasconde compensazioni tra ambiti diversi: vantaggi pro-anziani nell'economia e nella politica bilanciati da vantaggi pro-giovani nelle relazioni sociali e nell'accesso ai servizi.

Tra i paesi, emergono cluster distinti:

- un gruppo pro-anziani (Irlanda, Germania, Francia), caratterizzato da forte protezione economica e politica delle generazioni più mature;
- un gruppo pro-giovani (Slovenia, Croazia, Lituania), dove la partecipazione sociale e l'accesso ai servizi compensano disuguaglianze economiche;
- un gruppo intermedio (Italia, Spagna, Grecia), in cui i divari economici e politici a favore degli anziani sono parzialmente bilanciati da reti sociali più ricche e dinamiche tra i giovani.

Nel caso italiano, il quadro risulta particolarmente interessante: l'Italia appare fortemente pro-anziani nell'equità economica, ma più equilibrata o persino pro-giovani nell'uguaglianza relazionale e nell'accesso ai servizi.

Figura 5 – Indice aggregato: punteggi complessivi per gruppo di età, EU-19, 2023



Nota: indice normalizzato, che per valori negativi (positivi) segnala una condizione di vantaggio (svantaggio) dei giovani adulti (25–34 anni) rispetto a adulti più maturi (55–64 anni per gli indicatori del mercato del lavoro, 65+ anni per gli altri ambiti).

4.6 Sintesi interpretativa

Nel complesso, i risultati evidenziano una doppia disuguaglianza:

- i giovani sono penalizzati nelle sfere economica e politica;
- gli anziani risultano svantaggiati sul piano relazionale e sanitario.

Questo modello a "compensazione incrociata" riflette la complessità della giustizia intergenerazionale nelle società europee contemporanee, dove vantaggi e svantaggi si distribuiscono lungo linee di età e di istituzione. Le figure dell'Indice 2025 mostrano che la giustizia tra generazioni non può essere analizzata come una relazione a somma zero, ma come una configurazione dinamica di trade-off e complementarità tra età, politiche e dimensioni del benessere.

5. INDICAZIONI PER LA POLITICA E TUTTI GLI ATTORI COINVOLTI

I risultati dell'Indice di Giustizia Intergenerazionale evidenziano un quadro di squilibrio multidimensionale tra giovani e anziani in Europa. Le disparità economiche e politiche si combinano con differenze nei legami sociali e nell'accesso ai servizi, delineando un sistema in cui ogni generazione presenta al contempo vantaggi e vulnerabilità. Per i decisori pubblici, questo implica la necessità di politiche capaci di riequilibrare risorse e opportunità tra età, senza compromettere la sostenibilità complessiva dello stato sociale.

5.1 Politiche per i giovani: autonomia, occupazione e rappresentanza

I giovani adulti risultano penalizzati soprattutto nell'equità economica e nell'influenza politica. Affrontare questi squilibri richiede interventi mirati in tre ambiti chiave:

1. *Mercato del lavoro e sicurezza contrattuale*. Occorre ridurre il dualismo occupazionale che separa lavoratori protetti e precari, promuovendo contratti stabili e investimenti nella formazione continua. Incentivi fiscali e contributivi mirati all'assunzione di giovani e meccanismi di "transizione garantita" tra studio e lavoro possono favorire l'ingresso stabile nel mercato.
2. *Accesso all'abitazione e resilienza finanziaria*. La difficoltà dei giovani a ottenere indipendenza abitativa costituisce un vincolo strutturale alla piena cittadinanza sociale. Programmi di edilizia accessibile, garanzie pubbliche sui mutui e forme di co-housing sostenuto possono ridurre l'asimmetria patrimoniale tra generazioni.
3. *Rappresentanza politica e partecipazione democratica*. La sottorappresentazione dei giovani nei parlamenti e nei partiti riduce la loro influenza sulle priorità pubbliche. Meccanismi come le quote di età, i consigli giovanili consultivi e l'abbassamento dell'età per l'elettorato passivo potrebbero migliorare l'equilibrio generazionale nella sfera politica.

Queste misure, nel loro insieme, non solo sostengono l'autonomia individuale, ma rafforzano la legittimità democratica di istituzioni percepite come sempre più lontane dalle generazioni emergenti.

5.2 POLITICHE PER GLI ANZIANI: ACCESSO AI SERVIZI E INTEGRAZIONE SOCIALE

Gli anziani, pur avvantaggiati sul piano economico e politico, affrontano crescenti svantaggi nei settori sanitario e relazionale. La giustizia intergenerazionale richiede che il sostegno ai giovani non si traduca in un arretramento della tutela degli anziani, ma in una riqualificazione del welfare.

1. *Sanità e long-term care*. È prioritario migliorare l'accessibilità ai servizi sanitari e di assistenza a lungo termine, riducendo i tempi di attesa e le barriere economiche. L'integrazione tra servizi sanitari e sociali, insieme a investimenti nella telemedicina e nell'assistenza domiciliare, può sostenere l'autonomia nella terza età.
2. *Inclusione sociale e salute mentale*. Gli indicatori di isolamento e disagio psicologico tra gli anziani segnalano la necessità di interventi comunitari: centri sociali di prossimità, programmi intergenerazionali e politiche urbane che favoriscano la socialità. Le iniziative di volontariato intergenerazionale possono svolgere un ruolo cruciale nel ricostruire reti di fiducia e appartenenza.
3. *Welfare sostenibile*. Le pensioni devono restare un pilastro di sicurezza, ma occorre evitare che assorbano una quota eccessiva delle risorse pubbliche. Un riequilibrio selettivo – ad esempio collegando l'età di pensionamento alle aspettative di vita o rafforzando i meccanismi redistributivi interni – è indispensabile per preservare la sostenibilità a lungo termine.

5.3 Un nuovo equilibrio per il welfare europeo

Le evidenze dell'Indice mostrano che la giustizia intergenerazionale non è un gioco a somma zero: politiche che migliorano le opportunità dei giovani possono, nel medio periodo, rafforzare la sicurezza e la dignità degli anziani, e viceversa.

Un sistema equo e sostenibile deve perseguire tre obiettivi complementari:

- Prevenire svantaggi cumulativi. Investire nelle prime fasi della vita – istruzione, salute, occupazione – è la forma più efficace di assicurazione intergenerazionale.
- Promuovere solidarietà reciproca. I legami sociali e il riconoscimento reciproco tra età riducono i conflitti distributivi e rafforzano la coesione democratica.

- Integrare le politiche pubbliche. Occupazione, welfare, sanità e partecipazione politica devono essere trattate come leve interdipendenti della giustizia tra generazioni.

PER SAPERNE DI PIÙ

Alderotti, G., Vignoli, D., Baccini, M., Matysiak, A. (2021). Employment Instability and Fertility in Europe: A Meta-Analysis. Demography, 58(3): 871-900.

Bidadanure, J. (2016). Making sense of age-group justice: A time for relational equality?. Politics, Philosophy & Economics, 15(3), 234-260.

Bidadanure, J. (2021). Justice across Ages. Oxford: Oxford University Press.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. Annals of the new York Academy of Sciences, 1231(1), 17-22.

Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. Humanities and Social Sciences Communications, 8(1).

Colasanti, T., King, N., & Carr, D. (2021). Beyond successful aging 2.0: Inequalities, ageism and the case for normalizing age. Journal of Gerontology, 76(9), 1817–1827. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa037

Daniels, N. (2008). Justice between Adjacent Generations: Further Thoughts. Journal of Political Philosophy, 16: 475-494.

Jefferson -Correia Da Serra, T. (2023). An intergenerational justice index for Portugal. Institute of Public Policy.

Gagné, A., O'Laughlin, L., Isabelle, M., Bérubé-Mimeault, N., Bélair, C., & Fontaine, I. (2016). The index of intergenerational equity. The Generations Institute.

Garstka, T. A., Hummert, M. L., & Branscombe, N. R. (2005). Perceiving age discrimination in response to intergenerational inequity. Journal of Social Issues, 61(2), 321-342.

Gosseries, A. (2023), What is Intergenerational Justice? Cambridge (UK): Polity Press.

Howker, E., Malik, S. 2010. Jilted Generation: How Britain Has Bankrupted Its Youth. London: Icon Books.

Leach, J., Broeks, M., Østensvik, K. S., & Kingman, D. (2016). European intergenerational fairness index: A crisis for the young. London.

Macnicol, J. (2015a). Intergenerational equity: Historical reconstruction. In C. Torp (Ed.), Challenges of aging (pp. 229–250). Palgrave-Macmillan.

Mckerlie, D. (2012). Justice between the Young and the Old. Oxford: Oxford University Press.

McQuilkin, J. (2018). Doing Justice to the Future: A global index of intergenerational solidarity derived from national statistics. Intergenerational Justice Review, 4(1), 4-21.

Monti, L. (2017). Generational Divide: A New Model to Measure and Prevent Youth Social and Economic Discrimination. Review of European Studies 9 (3), 151-175.

Report Indice di Giustizia Intergenerazionale (2025) mimeo.

Roscigno, V. J., Mong, S., Byron, R., & Tester, G. (2007). Age discrimination, social closure and employment. Social Forces, 86(1), 313-334.

Thompson, D. (1996). Selfish Generations? How Welfare States Grow Old. Cambridge: Cambridge University Press.

Torp, C. (Ed.). (2015). Challenges of aging. Palgrave-Macmillan.

Valente, M.S., Gosseries, A. (2023). Intergenerational Index: Are We Measuring What Matters? Institute of Public Policy. Lisbon: Policy Paper 27: 1-17.

Vanhuysse, P. (2013). Intergenerational Justice in Aging Societies: A Cross-National Comparison of 29 OECD Countries. Available at SSRN or http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2309278