

Quaderno n.28 / 2017

di **New Welfare** | 07 Marzo 2017 | In: [Quaderno n.28 / 2017](#), [Sommaro Quaderni](#)

Eutanasia?

di **Aldo Dobrina** | 07 Marzo 2017 | In: [Quaderno n.28 / 2017](#)

Un problema venuto alla ribalta nella "civiltà" occidentale in questi anni è quello della legalizzazione del suicidio. Senza alcuna pretesa di risolvere l'ampiezza degli interrogativi proposti dalla drammatica decisione del suicidio, possiamo ragionare sui condizionamenti culturali e di convenienza alla base di queste proposte. Potrebbe sembrare facile sarcasmo l'annotazione che esistono problemi vitali, altrettanto drammatici, che interessano un numero assai più ampio di individui rispetto ai suicidi e che, invece, incontrano la più assoluta indifferenza della nostra società.

Piuttosto, l'annotazione vuole giustificarsi nella ricerca delle motivazioni di questa nuova, specifica compassione. Istinto di conservazione è definito il senso di paura che ci porta ad allontanarci dai pericoli mortali. Dobbiamo effettivamente riconoscere la forza istintuale di questa nostra paura, ad esempio quando ci allontaniamo dalla balaustra della top deck al 102° piano dell'Empire State Building oppure al luna park, quando iniziamo la discesa in un carrello del loop. Razionalmente, non sono spiegabili gli innumerevoli esempi di persone che non hanno trovato la forza di uccidersi pur di evitare torture mortali. Il suicidio, attualmente, è considerato l'esito più grave della malattia ansioso-depressiva, un'alterazione della psiche mediamente conosciuta dal punto di vista biomedico nelle componenti fisiopatologiche e biochimiche e trattabile, entro certi limiti, sia farmacologicamente che con la psicoterapia. Mentre nelle forme più gravi e più difficilmente curabili lo stato depressivo prescinde dalla realtà dell'individuo, esiste un'ampia gamma di forme meno gravi di questa malattia. In questi casi, la realtà dell'individuo, quanto la terapia, giocano un ruolo importante nel determinarne l'andamento. Si parla, ad esempio, di "depressione situazionale" per le persone che si tolgono la vita in seguito a un lutto, o alla perdita del lavoro, o della persona che amano. A dire, che situazioni capaci di causare sofferenza in chiunque, in queste persone emotivamente più labili e in assenza di un supporto affettivo o farmacologico possono portare alla decisione del suicidio. Durante le guerre, non si contano le donne che perdono il marito, il padre dei loro figli, eppure il suicidio tra queste vedove è eccezionale. Leggevo, ormai molti anni fa, nella relazione di una direttrice del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center di New York, l'osservazione che in nessun caso di pazienti in fin di vita assistiti dai famigliari era richiesta la possibilità di affrettare la morte, mentre questo avveniva in qualche caso di persone rimaste completamente sole. Pur essendo che oggi è possibile eliminare ogni tipo di sofferenza fisica nelle persone malate, indubbiamente, il condizionamento di una mentalità che limita il valore dell'individuo alla sua realizzazione nell'avere e nel fare da una parte e una labilità emotiva in senso depressivo dall'altra possono portare le persone a non ritrovare più un senso per la propria esistenza, ogni desiderio di vivere. Finora, nel credere alla preminenza dell'istinto di conservazione in ognuno, si era naturalmente portati a impedire a queste persone di portare a compimento l'idea suicida. Avendone la possibilità, nell'aiutarle a uscire dalla spirale depressiva che le attanaglia. Comunque, nel tentare in ogni modo di salvarle dalla morte. Sia nel caso uno si sporga da un ponte o da un cornicione di un palazzo in atteggiamento suicida, sia che venga ricoverato per auto-avvelenamento in un reparto di emergenza. Se posso spendere ancora una parola di giustificazione per questa volontà di soccorso, dico che l'idea di fondo è che se uno effettivamente desidera morire riesce a farlo prevenendo ogni possibilità di essere aiutato. Appare, altrimenti, come un'estrema richiesta di aiuto, di considerazione, di un minimo affetto, di solidarietà. L'idea di legalizzare il suicidio è congeniale alla mentalità relativista/soggettivista: non sono giustificato nel discutere le ragioni che portano un altro al suicidio, non ho nessun diritto di fermarlo. Atto di giustizia è preoccuparsi di normalizzare il suicidio. Fermare un suicida diventa una colpa, un atto illegale. Dunque, atteggiamento assolutamente congeniale all'ideologia relativista, ma resta ancora da individuare chi può ottenere una convenienza nella legalizzazione del suicidio, o buona morte (eutanasia) che desideri definirsi. Non è poi tanto difficile. La compassione per i malati terminali è argomento di effetto, comunque un argomento toccante. Nella mentalità edonistica che ci accompagna, quella del malato terminale è una situazione di perdente, senz'altro assai compassionevole. Dal punto di vista delle convenienze, i malati terminali non sono più utili a nessuno, sono diventati cose inutili. Essi stessi si sentono inutili fantocci. Dunque, la loro eliminazione non nuoce ad alcuno. Ogni partito politico avrà interesse a cavalcare la causa dell'eutanasia. La maggioranza sarà chiamata a esprimere una verità assoluta di giustizia, a favorire la libertà del singolo nelle proprie decisioni: soddisfatta la pietosa maggioranza, soddisfatti i politici. Ma chi, in definitiva trova il maggiore interesse nel suscitare il problema? Chi ne trarrebbe i maggiori guadagni? Assolutamente le compagnie assicurative, come quanti abbiano a gestire pensioni e sanità pubblica, che man mano si troveranno a sostenere le spese di un numero sempre più ridotto di pazienti terminali e individui affetti da malattie croniche in genere, situazione che prima o dopo riguarda la quasi totalità degli individui. Oggi, la quasi generalità dei medici si opporrebbe all'idea di sopprimere volutamente un paziente. Chi ha scelto di dedicare la vita a curare chi soffre per una malattia, nell'avvertire intimamente l'adagio "se puoi

curare, cura, se non puoi curare, lenisci, se non puoi lenire, consola" nell'uccidere i propri pazienti verrebbe a vanificare il senso della propria professione, probabilmente della propria esistenza. Ma possiamo aspettarci che, tra breve tempo, all'atto dell'assunzione in qualsiasi struttura sanitaria, ai medici verrà richiesto di sottoscrivere la propria disponibilità a farlo. Indubbiamente, fino ad allora, il condizionamento mediatico avrà operato nel convincere i medici della naturalezza di queste operazioni. Subentrerà il concetto della giustezza della legge, perché è voluta dalla maggioranza, perché è legge. Stimolati dal comune modo di sentire, i pazienti stessi si convinceranno a richiedere l'eutanasia contestualmente alla diagnosi dell'inguaribilità della loro malattia. Comunque, le assicurazioni saranno giustificate nel negare la copertura economica per cure o pensionamento a pazienti definiti inguaribili, indipendentemente dall'ampiezza delle loro prospettive di vita. Le ragioni dei pazienti inguaribili che desiderino continuare a vivere, una minoranza senza più forza e voglia di combattere, in quanto espressione di una minoranza in una società relativista, per definizione appariranno infondate, atteggiamento capriccioso, risulteranno perdenti. Ormai abituati a eliminare i pazienti, gli stessi medici saranno portati ad affrettare il decesso di pazienti di particolare gravità e complessità di cura, possibilmente a richiesta dei parenti dell'ammalato. A leggere le proiezioni della spesa sanitaria nei prossimi decenni [v. articolo online di Nicola C. Salerno in Quaderni europei sul nuovo welfare n.23, 2014 – Suppl. Dicembre], sinceramente, non vedo alternative a queste possibilità del prossimo futuro, possibilità di soddisfazione per quasi tutti. Quanto vale per il termine eutanasia, riesumato dalla Germania Hitleriana per questo programma, voce che ottiene ormai da parte nostra una qualche gradevolezza, pure includendo il termine di thanatos della lingua greca, da leggere tzanatos, violento quanto lugubre, alquanto espressivo della repulsione per la morte.

La vecchiaia e gli altri sguardi

di Rita Farneti | 17 Ottobre 2017 | In: [Quaderno n.28 / 2017](#)

Davvero la vecchiaia è lo sguardo degli altri che ti incolla al tuo destino senza futuro, come afferma con disincantata ironia Amery ? Ed è altrettanto vero che la persona che invecchia diventa consapevole di ciò che non può più fare o non può più fare come prima? La percezione del processo di invecchiamento si presenta nella sua valenza più amara, in quel sottile dispiacere che intinge la presa d'atto di un cambiamento impastato nella riflessione del non più mentre ci si industria alla conservazione dell'ancora .La consapevolezza dell'essere diventati già dei vecchi ci punge in quell'attimo , in maniera intensa e difficilmente dimenticabile : accade di cedere allo smarrimento ed alla malinconia volgendo lo sguardo con rimpianto alla nostra giovinezza di appena ieri. Nella società occidentale , centrata sulla giovinezza e dominata da un costume culturale che riconosce imperio alla produttività economica, l'auspicio a non invecchiare, anzi, ad apparire quanto più possibile (e per quanto più a lungo possibile) più giovani di quello che si è, assume davvero la valenza di imperativo categorico.

Vere, ancora, le parole di O. Wilde che per bocca di un' indistruttibile Dorian Gray esclama : nel mondo solo la giovinezza è ciò che conta ?

Dovrebbe il tempo della vecchiezza , invece, come sottolinea C.Magris nella prefazione all'opera di Amery , diventare un tempo liberato dall'obbligo di attestare a noi stessi e ad altri un nostro valore, nostre capacità e vitalità.

Assunto il processo di invecchiamento a condizione psicofisica non brutalmente antitetica alla giovinezza, proprio perché consolidata dalla prevenzione e suggellata da stili di vita salutari, è ancora possibile cogliere del quotidiano la qualità più affrontabile? Sono conquistati ulteriori anni di benessere , sempre più facilmente si lima l'inquietudine di una probabile non autosufficienza , usualmente evocata dalla stessa condizione anziana .

Il vivere le vecchieie dei nostri cari, il dover sperimentare la tristezza della loro perdita , il sostenere mentalmente la pesante e deludente rappresentazione della temporalità dell'esistenza possono diventare copioni già di per sé in grado di dare anima ad un fantasma inquieto, che ci costringe a pensare alla finitezza dell'esistenza come ad un qualcosa in grado di ridurre e costringere il nostro divenire in tempi brevi.

Per S.de Beauvoir maggiori sono le ombre e sempre più scomode e turbanti le voci del tempo che va : è un crescere negli anni amaro, a insindacabile giudizio della scrittrice francese, il soluto di una riprovazione senza via d'uscita indissolubilmente connesso con un'inevitabile esclusione sociale . Diventa l'ospizio l'ultima spiaggia, l'istituzione disumana, il luogo ove aspettare la morte, dunque il moritorio. Già in Pragmatica della comunicazione umana P.Watzlawick assimilava l'anzianità ad una fase particolare del tempo di vita, sostanzialmente tempo in cui all'anziano era diabolicamente concessa una libertà assoluta nei suoi atti.

In parallelo, però, assumeva risalto l'inevitabile incoerenza di una società nella quale l'esistere dell'anziano era poco (o nulla) riconosciuto ed apprezzato. Affrontare l'invecchiamento della popolazione significa dunque dare voce ad un fenomeno naturalmente complesso sia perché include elaborazioni personali sia perché subisce l'influenza di un copione frutto

dell'ageism

sociale.

Stereotipi e pregiudizi nei confronti della persona anziana non solo esprimono accettazione di luoghi comuni, di conoscenze non verificate e di giudizi pre-confezionati, ma traducono anche e soprattutto tratti di un'economia della mente sovente espressione di avarizia del cuore. L'esplorazione dell'universo della vecchiaia esige quindi una sempre più profonda riflessione in merito al senso dell'esistere: ogni fase di passaggio nella nostra esistenza è soggettivamente sostenuta, consapevolmente e non, da una certa ambivalenza. La crisi legata alla personale (sconcertante e veritiera) rappresentazione del proprio essere diventati dei vecchi si esprime, inesorabilmente, in flussi incoerenti di emozioni malinconiche, nutrite dalla nostalgia per ciò che più non sarà mentre si è alla ricerca di ciò che può, invece, ancora bastare. E' Gibran a rendere centrale questa inquietudine rispetto al più impegnativo tema della morte. Voi vorreste conoscere il segreto/della morte. Ma come lo scoprirete/ se non cercando nel cuore della vita?/Il gufo i cui occhi notturni/ sono ciechi al giorno/non può svelare il mistero della luce./Se davvero volete vedere lo spirito/ della Morte, spalancate il cuore/al corpo della vita. Vista da una prospettiva medica, psicologica, sociologica, la vecchiaia assume la consistenza di un processo inarrestabile, nel quale confluiscono variabili legate alla biologia dell'individuo ed ai tratti del suo essere psicologico, con conseguenti interazioni e scambi finalizzati alla co-costruzione di legami fra un soggetto sociale e l'ambiente che ancora ne permette l'inclusione. Come afferma Duccio Demetrio si rende necessario allargare spazi per momenti capaci di dare continuità a quanto di formativo gli individui hanno sperimentato nella prima e seconda età adulta. Contemporaneamente risulta importante inserire elementi provocatori di discontinuità, in grado di nutrire esistenze e far vivere (e rivivere) esperienze significative di crescita intellettuale, culturale ed autoriflessiva.

Invecchiare nella desolazione di un presente mal tollerato porterebbe, invece, a scontare una pena, duplice: il giogo di un passato eccessivo e l'insopprimibile inconsistenza di un futuro incerto, potenzialmente poco vivificante, nel quale sarà più facile leggersi emarginati. Non è però più necessario dare buona prova di sé, è permesso osare, mollare gli ormeggi, anche navigare a vista. Per dirla con Levinson si tratta di lavoro altro nella prospettiva di una vita più adatta a noi stessi. E nel guardare in faccia l'avanzare del tempo rasserena il pensiero di Seneca: confortami nelle difficoltà, dammi la serenità contro l'inevitabile, allunga la brevità del mio tempo, insegnandomi che il bene della vita non consiste nella sua durata ma nell'uso che se ne fa. Può avvenire, anzi molto spesso avviene, che proprio chi è vissuto a lungo sia vissuto poco.

Riferimenti bibliografici

Amery J.,(1988)*Sull'invecchiare. Rivolta e rassegnazione*, Torino, Bollati Boringhieri

Beauvoir de S.,(2002) *La terza età*, Milano, Einaudi

Gibran K.,(2011) *Parole sussurrate*, Roma, Newton Compton

Levinson D. et coll.,(1978) *Seasons of a Man's life*, New York,Random House

Mazzara B.M.(1997) *Stereotipi e pregiudizi*, Bologna, Il Mulino

Seneca L.A.,(2014) *De brevitae vitae*, Milano, Mondadori

Watzlawick P. e coll.,(1967)*Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio

* Rita Farneti

Psicologa e Psicoterapeuta

Ravenna

La condizione della donna tra conciliazione e flessibilità

di Michela Luzi | 05 Novembre 2017 | In: [Quaderno n.28 / 2017](#)

Le difficoltà delle madri lavoratrici

Le donne italiane che lavorano riducono in misura minima il tempo dedicato alle attività di svago, anche familiari, perché spesso i loro partner non partecipano né contribuiscono alle attività necessarie alla vita domestica¹. Infatti, benché tra le giovani generazioni si rilevino significativi mutamenti, i maschi italiani sono ancora quelli che dedicano minor tempo alle attività casalinghe². Per evitare che il tempo dedicato al sonno e alla cura di sé non si riduca eccessivamente, è indispensabile che per le donne lavoratrici l'aggravio dovuto ai figli sia almeno in parte compensato dal ricorso ad aiuti esterni, siano essi servizi pubblici o privati, o anche aiuti intergenerazionali³.

In Italia i servizi di cura per i bambini piccolissimi sono scarsi. Nel Centro-Nord, le domande di iscrizione agli asili nido sono molto superiori ai posti disponibili e per di più è probabile che i genitori siano scoraggiati dalla scarsità dei posti, dalle lunghe liste di attesa e dai costi, che anche per gli asili pubblici sono sempre più alti, in quanto il loro finanziamento grava su enti locali con bilanci sempre più difficili⁴.

Altro aspetto che frena il ricorso agli asili pubblici è la rigidità degli orari (un problema molto serio anche per le scuole materne ed elementari), mentre l'alto costo limita l'uso di strutture private.

Gran parte dell'aiuto per la cura dei figli è prestato dalle reti parentali, in particolare dalle nonne, che vivono spesso vicino ai figli e alle figlie. L'aiuto delle giovani nonne, che negli ultimi anni è stato fondamentale, è però destinato ad esaurirsi. In primo luogo, una percentuale crescente di donne ultracinquantenni sarà ancora al lavoro quando le loro figlie diverranno madri e non avranno quindi molto tempo da dedicare ai nipoti. Inoltre, sulle donne in questa fascia di età graverà sempre più il faticoso compito di assistere la crescente fascia dei genitori ultra-ottantenni. Infatti, ancor meno che per i bambini piccoli, i servizi non ospedalieri di cura e assistenza per gli anziani fragili e non autosufficienti sono largamente al di sotto delle crescenti necessità, in quanto si stima che la percentuale di ultra-settantacinquenni residenti in casa di riposo non raggiunga il 3% e non presenti alcun segnale di aumento, anche perché negli ultimi quindici anni si è diffusa una particolare forma di assistenza domiciliare privata, svolta dalle migliaia di donne immigrate che lavorano come badanti⁵. Alcune donne italiane spesso non riescono ad assolvere a quel ruolo di *caregiver* che ci si attende da loro, e non avendo alcun sostegno concreto e reale nella gestione delle persone anziane o disabili, che gravano su di loro, sono costrette a coinvolgere delle figure esterne alla famiglia, soprattutto straniere, per riuscire a gestire la situazione, senza essere costrette a lasciare il lavoro⁶.

Se esistesse un sistema di welfare efficiente per l'assistenza agli anziani, non ci sarebbe la necessità di precettare donne immigrate con la funzione di badanti, che spesso lavorano in nero⁷. Un anziano su dieci viene assistito a domicilio da una persona immigrata, per lo più donna e nella maggior parte dei casi non risulta essere registrata presso gli istituti previdenziali⁸.

Il costo che le famiglie devono sostenere per una prestazione che di fatto copre l'intera giornata per l'intera settimana è inferiore a quello del ricovero presso una casa di riposo, la cui frequenza perciò è andata addirittura diminuendo negli ultimi anni⁹. Questa forma di assistenza per gli anziani è stata agevolata, oltre che dall'ampia offerta di donne immigrate disposte a svolgerla a condizioni economiche e di lavoro non conformi, anche dalla grande diffusione dell'assegno di accompagnamento, al quale la famiglia dovrebbe rinunciare, nel caso in cui decidesse di affidare l'anziano ad una casa di cura¹⁰. Tuttavia, le centinaia di migliaia di immigrate che lavorano presso le famiglie italiane, spesso senza contratto di lavoro e quindi a costi ridotti, ha sicuramente dato un importante contributo all'aumento della partecipazione al lavoro delle donne italiane.

Tutto questo dimostra quanti interventi dovrebbero essere fatti in Italia al fine di migliorare i servizi di assistenza per l'infanzia e per gli anziani¹¹. Qualcosa sembra stia realmente cambiando, perché la società contemporanea «privilegia la prontezza e la flessibilità, la disponibilità ad adattarsi e a piegarsi a un passaggio economico che muta rapidamente, l'essere sensibili agli spunti della società. [...] è possibile che la Donna Plastica abbia delle qualità innate che la rendono più adatta al mondo di oggi, ma è anche possibile che, dopo essere rimasta dietro agli uomini per molti anni, abbia semplicemente la tipica energia dello sfavorito. O forse secoli passati ad allevare bambini l'hanno resa un'esperta nel fare più cose contemporaneamente»¹².

Tra conciliazione e flessibilità

Per far sì che la donna riesca a lavorare senza ulteriori complicazioni è importante che si pratichi la conciliazione. Un concetto concreto, mediante il quale si può giungere ad un equilibrio tra la vita lavorativa e quella familiare¹³. La Commissione Europea descrive la conciliazione tra famiglia e lavoro come un insieme di sistemi che valutano e considerano i bisogni familiari¹⁴, i congedi dal lavoro da parte dei genitori e l'ottimizzazione del tempo lavorativo per agevolare la concertazione degli impegni familiari con quelli lavorativi¹⁵. Il punto di partenza per trattare il problema è l'individuazione della variabile politica e culturale della società considerata. Questo è fondamentale perché ogni governo che programma interventi risolutivi si poggia su tradizioni e modelli welfare differenti e, purtroppo, questo non agevola il raggiungimento di una soluzione a breve termine¹⁶. Dovrebbe essere attuata una «conciliazione intesa come nuova relazionalità reciprocamente sussidiaria fra lavoro e famiglia. Una sussidiarietà che attribuisca la dignità che compete sia alla famiglia che al lavoro e che armonizzi i loro contributi specifici allo sviluppo civile della società. Ciò implica riconoscere le funzioni sociali della famiglia come insostituibili e come prioritarie dal punto di vista esistenziale»¹⁷.

Le donne nella vita quotidiana hanno capacità organizzative che permettono di conciliare i tempi e gli spazi, in modo che i ritmi familiari restino immutati pur gestendo un doppio lavoro. Ma quanto riescano a fare le donne lavoratrici è soprattutto una pratica rappresentazione di quel processo di flessibilità, che oggi sembra essere molto in voga. Anche là dove la flessibilità per le donne significa accettare diversi tipi di lavoro o di orari che meglio si conciliano con la famiglia, cosa che richiede di dover accettare percorsi lavorativi anche discontinui¹⁸.

Le politiche per la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro sono il terreno sul quale s'incontrano le politiche attive per il lavoro e le misure e la creazione di servizi che aiutano le famiglie nella gestione dei tempi. Le politiche di conciliazione coinvolgono il lavoro, le politiche sociali, la famiglia, le pari opportunità, l'economia, e devono essere in grado di disegnare un nuovo assetto sociale. «Esse interessano gli uomini, le donne e le organizzazioni, toccano la sfera privata, ma anche quella pubblica, politica e sociale e hanno un impatto evidente sul riequilibrio dei carichi di cura all'interno della coppia, sull'organizzazione del lavoro e dei tempi delle città nonché sul coordinamento dei servizi di interesse pubblico»¹⁹.

William Faulkner scriveva che le donne lavorano secondo le circostanze mentre gli uomini secondo le leggi e le regole. Lavorare secondo le circostanze significa adattare il proprio lavoro a eventi che impongono tempi, ritmi, luoghi e ruoli lavorativi mutevoli, mentre, invece, lavorare secondo le regole e le leggi significa attenersi rigorosamente alla regolarità disciplinata della prestazione²⁰.

Perché vi sia flessibilità è necessario che anche i carichi familiari non siano solo femminili, ma che ci sia una divisione delle responsabilità in modo equo, e questo rappresenta un altro modo di interpretare ed intendere la conciliazione²¹.

Con il termine flessibilità si fa anche riferimento ad un lavoratore, che non rimane costantemente ancorato al proprio posto di lavoro, ma più volte nell'arco della propria vita cambia sia la tipologia della propria attività occupazionale che il datore di lavoro.

In America, e non solo, i mariti, falciati dai licenziamenti della crisi, girano a vuoto depressi e si ritrovano mantenuti da mogli intraprendenti, che diventano imprenditrici innovative e non esitano a riqualificarsi per trovare un impiego. Ci sono esempi di madri autonome che preferiscono allevare da sole i propri figli piuttosto che legarsi a un compagno 'peso morto'. Anche nelle università è sempre più in voga la cosiddetta *hook-up culture*, secondo la quale le studentesse non sembrano più essere attratte da relazioni sentimentali che, anzi, potrebbero rallentarle negli studi, pertanto, vanno a caccia di avventure di una notte, spesso ubriache e molto più disinibite dei loro colleghi maschi²².

La donna (tartaruga) è al centro di un fenomeno di ascesa che la vede prevalere in numero tra i laureati, nelle posizioni prima occupate da uomini (lepre), e con salari in crescita vorticoso rispetto al passato. La favola non si attaglia del tutto poiché la donna non ha dalla sua unicamente una cocciuta costanza, ma una peculiarità che più delle altre la sta differenziando dall'uomo, la sta sostenendo e la sta facendo avanzare: la flessibilità appunto. La donna di *plastica*, è duttile, ed è riuscita nel corso del tempo ad adattarsi alla dimensione sociale e culturale in continua evoluzione e mutamento; lo ha fatto molto più dell'uomo di *cartone*, che, incapace di uscire dal ruolo atavico che la vecchia struttura della società gli aveva dato, è rimasto intrappolato in un retaggio che rimanda ad un ruolo che ormai non esiste più. L'uomo di cartone vuole essere, e sente di dover essere, capofamiglia, sostegno economico unico o quantomeno preponderante, del suo nucleo familiare e tuttavia, in un momento storico che vede i settori maggiormente 'testosteronici' in crisi, rifiuta di adattarsi alla nuova realtà²³, e appare incapace di far leva sulle risorse della flessibilità assumendo un ruolo proattivo nel contesto sociale e, soprattutto, in quello familiare.

Dr. Michela Luzi: Ricercatore in Sociologia dei processi economici e del lavoro – Università Unicusano – Roma

1 L. Todesco, *Quello che gli uomini non fanno*, Roma, Carocci, 2013.

2 S. Meggiolaro, *Household labor allocating among married and cohabiting couplet in Italy*, in "Journal of Family Issues", 6, 2014, pp. 851-876.

3 M. Santoro, *Copie conviventi e divisione dei compiti domestici*, in "Sociologia Italiana. AIS Journal of Sociology", 8, 2016, pp. 79-98.

4 D. Del Boca, A. Rosina, *Famiglie sole. Sopravvivere con un welfare insufficiente*, Bologna, Il Mulino, 2009.

5 R. Deluigi, *Legami di cura. Badanti, anziani e famiglie*, Milano, FrancoAngeli, 2017, pp. 58-92.

6 A. Rosina, C. Saraceno, *Interferenze Asimmetriche. Uno studio sulla discontinuità lavorativa femminile*, in "Economia e Lavoro", 42, 2008, pp. 149-167.

7 D. Flynn, E. Kofman, *Women, trade, and migration*, in "Gender & Development", 12, 2004, pp. 66-72.

8 C. Tomassini, G. Lamura, *Struttura familiare e assistenza formale e informale*, in A. Golini, A. Rosina (a cura di), *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Bologna, Il Mulino, 2011, pp. 73-95.

9 C. Saraceno, *Welfare State Studies in European Sociology*, in S. Koniordos, A.A. Kyrtis (eds.), *Routledge Handbook of European Sociology*, New York, Routledge, pp. 238-251.

10 C. Ranci, E. Pavolini, *Le politiche di welfare*, Bologna, Il Mulino, 2014.

11 F. Vitali, *I luoghi della partecipazione*, Milano, FrancoAngeli, 2009, p. 193

12 H. Rosin, *The End of Man: And the Rise of Woman*, New York, Penguin Group, 2012; trad. It., *La fine del maschio e l'ascesa delle donne*, Roma, Cavallo di ferro, 2013, p. 303.

13 F. Deriu, *Donne, occupazione e fecondità: nuova prospettive nelle politiche di conciliazione*, in E. Pfössl (a cura di), *Condizione femminile e welfare*, Roma, Apes, 2011, pp. 129-166.

14 S. Molendini, *Conciliazione vita/lavoro: le donne nella ricerca*, in A.M. Cherubini, P. Colella, C. Mangia, *Empowerment e orientamento di genere nella scienza. Dalla teoria alle buone pratiche*, Milano, FrancoAngeli, 2011, pp. 101-102.

15 Q.M. Zabarino, M. Fortunato, *La conciliazione famiglia-lavoro in Italia e in Europa*, *Compendio di documentazione*, Torino, Centro Risorse Servizi, 2008, p. 40.

16 L. Pelamatti, A. Peluso, *Gonna e pantaloni. Maschile e femminile nella coppia*, Milano, Edizioni San Paolo, 2004.

17 P. Donati, *Ripensare la conciliazione famiglia-lavoro nell'ottica della sussidiarietà*, *Postfazione* in G. Faldetta, *Corporate*

family responsabilità e work-life balance, Milano, FrancoAngeli, 2008, p. 107.

18 E. Riva, L. Zanfrini (a cura di), Non è un problema delle donne. La conciliazione lavorativa come chiave della qualità della vita sociale, Milano, FrancoAngeli, 2010.

19 Art. 9 L 53/2000, Le politiche di conciliazione, Governo italiano, 2011, (<http://www.politichefamiglia.it>)

20 M.L. Pruna, Donne al lavoro, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 102

21 R. Sennet, L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale, Milano, Editore Feltrinelli Universale Economica, 2001, p. 34 – 65.

22 P.N.E. Roberson, S.B. Olmstead, F.D. Fincham, Hooking up during the college years: is there a pattern?, in "Culture, Health & Sexuality", 17, 2015, pp. 576-591.

23 H. Rosin, La fine del maschio e l'ascesa delle donne, op. cit., p. 87.

Stato di salute e "lavoro di cura" della popolazione anziana in Italia: aspetti quantitativi ed evolutivi

di **Velia Bartoli** | 26 Novembre 2017 | In: **Quaderno n.28 / 2017**

Note introduttive e fonti statistiche

E' generalmente noto che, in conseguenza del prolungato calo della mortalità e della natalità, il fenomeno dell'invecchiamento interessa da tempo gran parte delle popolazioni mondiali, risultando particolarmente intenso nei paesi ad avanzato sviluppo economico e tecnologico, così da determinare l'insorgere di preoccupanti problematiche di natura sociologica, sanitaria ed assistenziale. In Italia in particolare, e segnatamente in alcune regioni del Centro-nord, stante il perdurare oramai da lungo tempo di livelli di fecondità tra i più bassi in assoluto, il fenomeno mostra caratteristiche che qualcuno, forse non a torto, definisce "patologiche", con prospettive nel medio e lungo periodo quanto mai allarmanti, evidentemente determinate da un sempre più marcato squilibrio numerico tra la popolazione in età lavorativa e quella in età anziana.

Negli ultimi due decenni l'impiego di lavoratori immigrati presso le famiglie con anziani ha rappresentato la principale risposta al considerevole aumento del fabbisogno di cure non-specialistiche e all'inadeguatezza dei servizi socio-assistenziali destinati alle fasce di popolazione in età avanzata.

Pur con i limiti legati alle difficoltà di rilevazione della popolazione immigrata irregolare con indagini campionarie, le stime che se ne ricavano mostrano che si tratta di un fenomeno che, pur con caratteristiche alquanto diverse, è del pari diffuso in molti altri paesi europei.

Questo lavoro nella prima parte analizza la struttura demografica e il processo di invecchiamento dell'ultimo decennio della popolazione italiana attraverso l'analisi di una serie di indicatori demografici che consentono di sintetizzarne la struttura per età e lo stato di salute della popolazione anziana, rendendo possibili confronti territoriali e temporali. La seconda parte dello studio fornisce un'analisi descrittiva di un segmento del mercato del lavoro, quale quello dei servizi agli anziani e alla famiglia: ciò anche per mostrare come l'immigrazione possa far fronte a particolari necessità in relazione a tipologie lavorative non gradite alla generalità degli italiani.

Per quanto riguarda le fonti statistiche, si è fatto ricorso sistematico ai dati dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" eseguita dall'ISTAT e alla "Banca Dati e Statistiche" dell'INPS, mentre quale popolazione di riferimento è stata considerata quella delle rilevazioni ISTAT in materia di "popolazione residente".

Struttura per età della popolazione residente e condizioni di salute: alcuni indicatori

Per invecchiamento della popolazione si intende l'aumento dell'incidenza della popolazione anziana (65 anni e oltre) rispetto all'ammontare demografico in totale.

Similmente a quanto accade nella generalità degli altri paesi a sviluppo avanzato, l'Italia presenta da diversi anni a questa parte una struttura per età (tavola 1) fortemente squilibrata. Nel 2006 le persone ultra-65enni costituivano il 19,9% della popolazione e quelle fra 0 e 14 anni il 14,1%, sicché la popolazione anziana superava quella dei giovani di 5 punti percentuali. Nel successivo decennio tale disparità si accentua: infatti negli ultimi anni la percentuale di individui di 65 anni e oltre è aumentata fino al 22,0% (2016), mentre nello stesso periodo la quota dei meno che quindicenni scende al 13,7%.

Detta riduzione è in parte dovuta alla comparsa nella "piramide delle età" delle più esigue generazioni di neonati mai riscontrate nella storia nazionale. E' pure da osservare che le perdite riguardanti le fasce di età giovanili sono state solo in parte compensate dall'effetto positivo del saldo migratorio con l'estero.

Anche la popolazione in età attiva (15-64 anni) ha oggi minor peso percentuale rispetto al 2006: il 66,0% contro il 64,3% nel 2016. Particolarmente veloce è stata la crescita della popolazione di 80 anni e oltre. Nel 2006, i cosiddetti "grandi vecchi" erano pari al 5,0% del totale, mentre oggi rappresentano il 6,7 con una crescita del 34%.

Occorre tuttavia sottolineare come tale processo non sia omogeneo all'interno del territorio nazionale.

Dalla tavola 1 si evince come la quota di popolazione over 80 sia sensibilmente più contenuta nelle regioni del sud Italia che nel resto del Paese. Nel Nord, al contrario, il processo di invecchiamento

demografico appare particolarmente accentuato.

Il nostro Paese sconta attualmente un crescente "debito demografico" nei confronti delle generazioni future in termini di "sostenibilità", previdenza, oneri sanitari, assistenza e welfare. L'indice di dipendenza strutturale (rapporto percentuale tra la popolazione in età non attiva 0-14 anni e 65 anni e più e quella in età attiva 15-64 anni) cresce nel decennio considerato (tabella 2), dal 51,5 al 55,5% (+7,8), mentre quello di dipendenza degli anziani (rapporto percentuale tra la popolazione di 65 anni e più e quella in età attiva 15-64 anni) passa dal 30,1 al 34,3% (+13,9). Nello stesso periodo, l'indice di vecchiaia (rapporto % tra la popolazione di 65 anni e più e quella in età 0-14 anni) aumenta da 140,6 al 161,4% (+14,8%). In definitiva, i dati fin qui riportati mettono quanto mai in evidenza una crescita più che proporzionale, rispetto alle altre fasce di popolazione, della categoria degli ultra-80enni, segnatamente nel Nord Italia, mentre le proiezioni per gli anni futuri ne stimano una presenza che va ulteriormente rafforzandosi. È importante rimarcare che ai cambiamenti demografici sin qui illustrati in questo paragrafo si accompagnano mutamenti sociali che implicano, in prospettiva, un impatto significativo sulle "cure informali" delle persone anziane:

- l'aumento dei divorzi e delle separazioni rende più probabile che le persone anziane di domani siano sole, piuttosto che in coppia;
- la diminuzione del numero di figli farà sì che gli anziani potranno contare su un numero molto ristretto di persone potenzialmente in grado di fornire assistenza;
- i figli tendono a rimanere in famiglia più a lungo, quando la salute dei genitori dovrebbe essere ancora relativamente buona, ma una volta usciti di casa tendono più frequentemente che in passato a vivere lontani, rendendo la cura quotidiana impraticabile;
- aumentano rispetto al passato le donne che lavorano, e crescono quelle il cui reddito è il principale sostegno per la famiglia, dunque il tempo che esse potranno dedicare alla cura informale andrà verosimilmente riducendosi;
- le persone sono indotte a lavorare più a lungo, a fronte dell'aumento dell'età pensionabile, dunque la loro disponibilità all'assistenza ancora tende a ridursi rispetto ad oggi.

Tabola 1 – Struttura per età della popolazione residente italiana al 1° gennaio degli anni indicati

Ripartizioni	2006				2016				Var. % sul 2006			
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	80 anni e oltre	01-4 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	80 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	80 anni e oltre
Nord	13,2	65,7	21,1	5,4	13,6	63,4	23,1	7,1	3,0	-3,5	9,5	75,9
Centro	13,1	65,5	21,4	5,5	13,3	63,9	22,9	7,3	1,5	-2,4	7,0	27,3
Sud	16,1	66,7	17,2	4,2	14,2	66,0	19,9	5,9	-11,8	-1,0	15,9	40,5
Italia	14,1	66,0	19,9	5,0	13,7	64,3	22,0	6,7	-2,8	-2,6	10,6	34,0

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati ISTAT

Tabola 2 – Indicatori della struttura per età della popolazione italiana al 1° gennaio degli anni indicati

Ripartizioni	2006			2016			Var. % sul 2006		
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia
Nord	52,1	32,0	159,7	57,9	36,5	170,5	11,1	14,1	6,8
Centro	52,7	32,7	163,3	56,6	35,8	172,3	7,4	9,5	5,5
Sud	50,0	25,9	107,0	51,6	30,2	140,4	3,2	16,6	31,2
Italia	51,5	30,1	140,6	55,5	34,3	161,4	7,8	13,9	14,8

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati ISTAT

Gli anni futuri, dunque, vedranno verosimilmente crescere la richiesta di assistenza alle persone anziane non autosufficienti, a fronte di risorse di "cure familiari" che tenderanno fatalmente ad assottigliarsi. La presenza e diffusione di nuove tecnologie applicate alle cure mediche ha comportato un aumento della sopravvivenza, anche se non necessariamente in buone condizioni di salute. Il progressivo allungamento della vita impone infatti alla società di creare le condizioni per assicurare agli anziani di vivere il più a lungo possibile e in assenza di patologie invalidanti. Per raggiungere tale obiettivo è necessario un monitoraggio sempre aggiornato delle condizioni di salute degli anziani mirando gli interventi di policy

così da garantir loro, per quanto possibile, una vita sana e attiva.

La diffusione delle malattie croniche tra gli anziani è oggetto dell'Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta dall'ISTAT (tavola 3) basata sulle dichiarazioni rese dagli intervistati, negli ultimi giorni precedenti l'intervista. Per una valutazione globale delle condizioni di salute, i dati concernenti la "percezione" dello stato di salute consentono di determinare importanti indicatori di riferimento, molto usati anche in ambito internazionale. Essi infatti consentono di cogliere la "multi-dimensionalità" del concetto di buona salute, da intendere, secondo la definizione dell'O.M.S., come stato di "completo benessere fisico, mentale e sociale". Inoltre, nel soggetto anziano la percezione che l'individuo ha del proprio stato psico-fisico è un parametro di particolare interesse perché è inversamente correlato alla mortalità.

Nella Multiscopo del 2016, al quesito "come va in generale la sua salute?" il 70,1% degli intervistati ha dato un giudizio positivo sul proprio stato di salute, rispondendo "molto bene" o "bene". La prevalenza di persone che dichiarano di godere di un buono stato di salute decresce sensibilmente, com'è ovvio, all'aumentare dell'età: scende al 62,3% tra le persone di 55-59 anni, al 54,0% nella successiva classe 60-64, si riduce ulteriormente al 42,6% per le persone con età compresa tra 65 e 74 anni e raggiunge soltanto il 24,0% in relazione agli ultra-75enni.

Alla diffusione delle patologie cronico-degenerative fa riferimento un altro importante indicatore dello stato di salute: molte di dette malattie assai raramente comportano la guarigione e, una volta insorte, condizionano in modo permanente la qualità della vita degli individui che ne sono affetti, compromettendo il loro livello di autonomia e determinando la necessità di assistenza e cura.

Già nella classe 55-59 anni soffre di almeno una patologia cronico-degenerativa il 53,0% della popolazione, e la quota raggiunge ben l'85,3% per le persone ultra-75enni. Nella popolazione anziana aumenta anche la "comorbidità", che nel caso delle persone di 75 anni e più si attesta al 66,7%. Nella stessa classe di età tra le malattie più diffuse si registrano l'artrosi e l'artrite (56,4%), l'ipertensione arteriosa (54,1%) e l'osteoporosi (32,8%).

E' infine da rimarcare come con l'invecchiamento aumenti fortemente il numero di persone con limitazioni funzionali legate allo svolgimento delle usuali attività quotidiane. Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute generali e riducono sia la mobilità fisica che le capacità sensoriali a causa di malfunzionamenti e patologie raramente letali ma comunque invalidanti come, ad esempio, l'osteoporosi, l'artrosi e l'artrite. Fondamentale sarà in questo caso, concentrare gli interventi assistenziali sulla prevenzione primaria nei confronti delle malattie cronico-degenerative in modo da poter favorire quello che viene definito "invecchiamento attivo". L'obiettivo diventa individuare l'anziano fragile, in modo da poter da una parte migliorare la sua qualità della vita, e al tempo stesso diminuire i ricoveri impropri, con una conseguente riduzione della spesa socio-sanitaria.

Tavola 3 – Popolazione residente per condizioni di salute e malattie croniche dichiarate. Valori percentuali per classe di età *. Anno 2016

Tipo dato	persone per condizioni di salute			persone con malattie croniche									
	in buona salute	con almeno una malattia cronica	con almeno due malattie croniche	croniche in buona salute	affetti da diabete	affetti da bronchite cronica	affetti da artrosi, artrite	affetti da osteoporosi	affetti da malattie del cuore	affetti da malattie allergiche	affetti da disturbi nervosi	affetti da ulcera gastrica o duodenale	
Classe di età													
55-59 anni	62,3	53	25,4	46,8	5,9	25	5,9	20,1	7,8	2,9	12,5	5,7	
60-64 anni	54	60,9	33,9	38,2	8,7	32,5	6,9	26,9	12,1	5,4	9,7	4,7	
65-74 anni	42,6	74,1	47,2	33,4	13,4	44,7	9,7	37,6	18,8	9,3	9,4	7	
75 anni e più	24	85,3	66,7	18,8	19,5	54,1	18,9	56,4	32,8	18,6	8,8	12,2	
0 anni e più	70,1	38,1	20,7	42,3	5,3	17,4	5,8	15,9	7,6	3,9	10,7	4,5	

Fonte: ISTAT, Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari"
*Gli anziani cumulano più tipi di limitazioni funzionali, quindi il totale non corrisponde alle singole voci

Le prestazioni professionali individuali per l'assistenza agli anziani

In Italia, in base a una [indagine Censis](#), circa il 7,8 % degli anziani ultra-75enni si avvale dell'ausilio di una/un "badante"; tale percentuale si presenta più elevata nelle regioni del Nord: è questa la forma più diffusa di assistenza, dopo quella, ovviamente, fornita dagli stessi familiari.

I dati dell'Osservatorio sui lavoratori domestici dell'INPS mostrano che dal 2006 al 2016 le persone regolarmente occupate in questo settore sono quasi raddoppiate, anche se il fenomeno, negli ultimi anni, ha rallentato la sua corsa e sembra tendere a stabilizzarsi. A tale andamento certo contribuiscono le spese non irrilevanti che gravano sulle famiglie, i cui bilanci sempre più spesso risultano in stato di "sofferenza".

Nel corso del 2016 i lavoratori domestici che avevano ricevuto almeno un versamento contributivo erano 866.747, di cui solo il 43,7% occupati in qualità di "badante" (379.046). Si tratta, evidentemente, di dati che sottostimano la reale diffusione del lavoro privato di cura, principalmente in ragione delle motivazioni che seguono:

- sono esclusi dal computo i lavoratori impiegati irregolarmente, quelli cioè a cui il datore di lavoro non versa gli oneri contributivi;

- alcuni dei lavoratori classificati come "colf" possono in realtà svolgere anche attività di cura e assistenza alle persone anziane; in effetti, la distinzione che sussiste dal punto di vista del contratto di lavoro può non comportare una suddivisione univoca tra le due mansioni, laddove i confini delle stesse diventino nella pratica piuttosto indefiniti.

Osservando i dati della serie storica, negli ultimi dieci anni, riguardanti i lavoratori domestici (tavola 4), emerge che il numero di lavoratori maschi ha un andamento temporale simile a quello dell'insieme dei due sessi, mentre il numero delle femmine cresce fino al 2012 per poi calare leggermente. La distinzione per sesso evidenzia inoltre una netta prevalenza di lavoratrici, la cui incidenza sul totale raggiunge nel 2016 il valore massimo della serie presentata, pari all'88,1%.

Dr. Velia Bartoli: Ricercatore di Statistica presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Facoltà di Scienze Politiche, Sociologia e Comunicazione dell'Università "La Sapienza" di Roma.

Tavola 4 – Lavoratori domestici regolari in Italia negli anni indicati

Anni	Maschi	%	Femmine	%	Totale
2006	48.648	10,1	431.013	89,9	479.661
2007	70.334	11,2	555.178	88,8	625.512
2008	78.807	11,5	605.003	88,5	683.810
2009	213.195	21,7	770.564	78,3	983.759
2010	159.986	17,1	773.747	82,9	933.733
2011	121.221	13,5	776.337	86,5	897.558
2012	189.955	18,8	818.585	81,2	1.008.540
2013	157.763	16,5	798.280	83,5	956.043
2014	119.735	13,2	786.908	86,8	906.643
2015	108.328	12,2	777.797	87,8	886.125
2016	102.867	11,9	763.880	88,1	866.747

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati INPS

Tavola 5 – Aree di provenienza dei lavoratori domestici, anno 2016 e differenze 2016-2008

	Assistente familiare Badante			Collaboratore domestico Colf		
	Distr. % 2016	Differenza% 2016-2008	Incidenza % donne 2016	Distr. %2016	Differenza % 2016-2008	Incidenza % donne 2016
Italia	19,8%	+10,7	88,9	29,0%	+5,4	92,8
Europa Est	59,8%	-13,6	97,7	33,8%	-9,9	94,5
Europa Ovest	0,2%	+0,1	92,3	0,4%	+0,1	86,6
America Centrale	1,4%	+0,3	91,7	1,5%	+0,3	90,2
America Sud	6,5%	-1,3	86,5	7,3%	-0,5	87,5
Asia Medio Orientale	2,1%	+1,8	96,6	0,7%	+0,4	88,1
Asia: Filippine	2,6%	+0,4	73,6	12,4%	+2,7	75,2
Asia Orientale	2,8%	+1,2	58,2	7,8%	+1,1	42,3
Africa Nord	3,4%	+1,4	86,7	4,1%	+0,5	55,4
Africa Centro -Sud	1,2%	+0,2	84,4	2,8%	+0,1	66,6
Senza indicazione	0,2	-0,4	88,3	0,2	-0,5	71,9
Totale	100,0%			100,0%		

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati INPS

Analizzando i dati dei lavoratori domestici per tipologia di rapporto, zona geografica di provenienza e genere (tavola 5), si nota che per tutte le nazionalità nel 2016 la composizione per sesso evidenzia una netta preponderanza di lavoratrici donne; fa eccezione l'Asia Orientale dove prevalgono gli uomini nella tipologia di rapporto collaboratore domestico (le donne sono il 42,3%). Ancora per quanto riguarda la tipologia di rapporto e la zona geografica di provenienza, è evidente una maggioranza dei lavoratori dell'Est europeo, incidenza che raggiunge il 59,8% con riguardo alle "badanti", risultando invece meno evidente per le "colf" (33,8%). La seconda area di appartenenza per la "tipologia badante" è rappresentata dall'Italia stessa (19,8%), seguita dal Sud America (6,5%) e dall'Africa del Nord (3,4%). Osservando la differenza tra il dato del 2008 – anno che precede l'inizio della crisi economica – e quello del 2016, è interessante evidenziare in relazione alle "badanti", l'aumento della quota di lavoratori domestici italiani (+10,7 punti percentuali) e il contemporaneo calo di quella dell'Est Europa (-13,6 punti percentuali).

Occorre infine tener presente che l'aumento dei lavoratori domestici italiani viene generalmente considerato un effetto indiretto della recente ben nota crisi economica. Molte donne, infatti, sono entrate – ovvero ri-entrate – nel mercato del lavoro domestico a causa della perdita o della diminuzione del lavoro da parte del partner, nonché in ragione della loro inadeguata esperienza professionale in ambiti diversi dalle usuali attività casalinghe.

Considerazioni conclusive

Il futuro vedrà verosimilmente crescere il divario fra il numero delle persone potenzialmente bisognose di cura e assistenza – rappresentate, ad esempio, dalla popolazione di 80 anni e oltre – e quello di quanti sarebbero, in quanto più giovani, potenzialmente in grado di accudirle.

Sul ridimensionamento delle risorse di "cura informale" incidono fortemente anche alcuni cambiamenti in atto delle strutture sociali, quali l'aumento dei divorzi e delle separazioni, la riduzione del numero dei figli, il più frequente allontanamento di questi ultimi dal luogo di residenza dei genitori, l'incremento delle donne che lavorano e lo slittamento dell'età pensionabile: tutti fattori che senza meno contribuiranno ad accrescere la condizione di "solitudine" degli anziani di domani.

Delle molteplici emergenze sociali non adeguatamente affrontate nel nostro Paese quella dell'assistenza alle persone in età avanzata non rappresenta certamente la meno grave e importante. Si consideri, tra l'altro, che le risposte assistenziali possono risultare insufficienti non soltanto per l'obiettivo scarsità delle risorse disponibili, ma anche per le inefficienti modalità di organizzazione e di utilizzo delle stesse.

Ancora qualche considerazione è opportuno formulare circa le assistenti familiari o "badanti", che continuano attualmente a fornire a gran parte delle famiglie italiane la soluzione alle problematiche cui sopra si è fatto cenno. Tuttavia sembra quanto mai improbabile che tale soluzione possa continuare a sussistere anche in un futuro non lontano, in cui le persone anziane verosimilmente potranno disporre di redditi da pensione sempre più limitati, nonché di sempre più scarsi – o inesistenti – sostegni da parte dei familiari.

Bibliografia

Censis (2013), Servizi alla persona e occupazione nel welfare che cambia: Il fabbisogno di servizi assistenziali nel mercato del lavoro italiano. Note e Commenti. N. 7/8. Roma.

Censis (2008), Il sociale non presidiato, Rapporto di ricerca, Roma, giugno.

Gori, C. (2008), Le riforme regionali per i non autosufficienti. Roma, Carocci.

INPS (2006-2016), Osservatorio sui lavoratori domestici.

IREF (2007), Il welfare "fatto in casa". Rapporto di ricerca, Roma.

IREF (2007), Territori e non autosufficienza. Rapporto di ricerca, Roma.

IREF (2014), Viaggio nel lavoro di cura, le trasformazioni del lavoro domestico nella vita quotidiana tra qualità del lavoro e riconoscimento delle competenze, anticipazione dei risultati della ricerca.

ISTAT (2011), Il futuro demografico del Paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065. Statistiche Report, Roma.

ISTAT (2012), Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale. Rapporto.

ISTAT (2017), Statistiche popolazione residente al 1° gennaio 2016

ISTAT (2017), Indagine Multiscopo condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anni 2006 e 2016.

Merotta V. (2016), Il ruolo delle assistenti familiari nel welfare italiano. Paper Ismu.

Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2011), Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia.

Rossi G., Meda S. (2010), La cura agli anziani. Sociologia del Lavoro.

Rusmini, G. (2008), Badanti, la nuova generazione: Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura. Rapporto di ricerca.

Pasquinelli, S., Sala M. (2013), Assistenti familiari e lavoro somministrato. L'esperienza di Cooperjob. Prospettive Sociali e Sanitarie, 7.

Pasquinelli, S., Barbot M. (2001), Anziani, reti di cura e servizi alla persona. In: Gori, C. (a cura di), Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte, Franco Angeli, Milano.

Pasquinelli S. (2015), Primo rapporto sul lavoro di cura in Lombardia. Gli anziani non autosufficienti, (a cura di), Maggioli. Santarcangelo di Romagna.

Perego G., Cantini B. (2013), Assistenti familiari e cooperazione. Welfare Oggi n.6.

Unicredit Foundation (2013), Indagine sull'assistenza familiare in Italia: il contributo degli immigrati. Rapporto di ricerca.