



La riforma del *welfare*

Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»

Il mutamento del contesto sociale negli ultimi 10 anni¹

di Linda Laura Sabbadini

I tempi di vita si allungano, gli eventi del ciclo di vita si spostano in avanti

Le trasformazioni demografiche e sociali degli ultimi decenni hanno modificato profondamente il calendario degli eventi decisivi dell'esistenza, determinando un progressivo ritardo nei tempi di transizione da una fase all'altra della vita. I cambiamenti, anche se in misura e con caratteristiche diverse, riguardano ogni classe sociale in tutte le aree del paese, e appaiono rilevanti soprattutto per le giovani generazioni, ma non trascurano nemmeno quelle adulte e anziane.

I giovani affrontano carriere scolastiche più lunghe, escono sempre più tardi dalla casa dei genitori, fanno meno figli e a età più avanzate. Gli adulti vivono la fase del *nido pieno* per durate maggiori e il progressivo allungamento della vita media consente loro di condividere con il coniuge/partner una parte sempre più lunga dell'esistenza. La soglia di età alla vecchiaia slitta in avanti e viene meno lo stereotipo che vede gli anziani poco partecipi alla vita attiva e in cattive condizioni di salute, sebbene nelle età molto anziane siano comunque diffuse condizioni di disabilità e fragilità.

¹ L'autrice è Direttore Centrale dell'Istat. Le opinioni qui espresse sono esclusiva responsabilità dell'autrice e non impegnano in alcun modo l'Istat.

Anche se il prolungamento della permanenza in famiglia non costituisce una peculiarità esclusivamente italiana, il nostro Paese presenta una maggiore diffusione del fenomeno, legandosi alle norme sociali che un tempo regolavano la formazione della famiglia in Europa e che, ancora oggi, lasciano traccia nei legami familiari: tendenzialmente “deboli” nei paesi centro settentrionali e “forti” in quelli meridionali, dove genitori e figli continuano a intrattenere relazioni strette per tutta la vita.

Nel 2006, sono il 73% i giovani fino a 30 anni che vivono ancora in casa con i propri genitori (il 79,3% degli uomini e il 66,4% delle donne). La più lunga permanenza nella famiglia di origine chiama in causa diversi aspetti e, prima di tutto, riguarda le difficoltà di ingresso nel mondo del lavoro e la dilatazione dei tempi necessari al conseguimento di una posizione lavorativa stabile. Sebbene una quota elevata di figli che continuano a vivere in famiglia dichiara di avere già un lavoro (il 48,5% degli uomini e il 34,6% delle donne fino a 30 anni), l'incidenza dell'occupazione dipendente a termine, che può essere considerata come un indice del livello di precarietà, è altrettanto elevata (il 27,5% degli occupati alle dipendenze fino a 30 anni, contro il 9,1% dei dipendenti di età superiore). Inoltre, tra i principali motivi della permanenza nella casa dei genitori, i giovani riferiscono spesso la difficoltà di sostenere il carico economico di una propria abitazione. Effettivamente l'incidenza sul reddito familiare del totale delle spese per la casa è particolarmente elevata anche per chi vive in affitto. Tra le famiglie di giovani fino a 30 anni tale incidenza raggiunge il 31,8%. Inoltre, più della metà di queste famiglie considera gravoso l'onere sostenuto per l'affitto (il 59,0%) e un quinto dichiara di essersi trovato in arretrato con il pagamento di questo tipo di spesa nell'anno.

Le difficoltà di tipo economico che scoraggiano la costituzione di una propria famiglia spiegano però solo in parte la consistenza del fenomeno. La permanenza presso la casa dei genitori rappresenta, infatti, anche un'efficace strategia per conseguire obiettivi più elevati in termini di formazione e sicurezza economica. Del resto, l'affrancamento dall'autorità dei genitori e la conquista dell'autonomia non richiedono l'uscita da casa, come avveniva in passato, ma si realizzano senza particolari conflitti anche rimanendo in famiglia. Per queste ragioni l'avvio di una vita indipendente viene vincolata a condizioni difficilmente realizzabili in tempi rapidi: uomini e donne, specie nel Centro-Nord, costituiscono una nuova famiglia quando possono contare su un doppio reddito, quando possono acquistare un'abitazione e solo quando lasciare la casa dei genitori non significa sacrificare il proprio tenore di vita. Inoltre, i genitori sembrano condividere le aspettative dei figli e spesso forniscono loro il sostegno finanziario per l'avvio di una vita indipendente.

L'incremento dell'età al primo matrimonio, evento che in Italia costituisce ancora il motivo prevalente di uscita dalla casa dei genitori, testimonia il progressivo rinvio della transizione alla vita adulta (solo tra il 1994 e il 2005, l'età media alle nozze aumenta di tre anni sia per le nubili che per i

celibi: rispettivamente, da 26,5 a 29,5 e da 29,3 a 32,2). Tuttavia, alla posticipazione delle nozze si va affiancando anche la presenza di tappe intermedie nel processo di costituzione della famiglia. L'esperienza della convivenza more uxorio, vissuta anche come periodo di prova dell'unione in vista del matrimonio, si sta facendo sempre più frequente rispetto ad un recente passato. In effetti, il maggior investimento femminile in istruzione e la più ampia partecipazione al mercato del lavoro affranca le donne dalla necessità di avere un coniuge che garantisca loro un reddito e una posizione sociale. Inoltre, l'uscita dall'adolescenza dei figli di madri e padri che hanno vissuto i grandi sommovimenti culturali degli anni '70, e che non stigmatizzano la convivenza come le generazioni precedenti, favorisce un contesto meno sfavorevole a modalità alternative di costituzione della famiglia. Se quindi, in passato, era il matrimonio a contrassegnare definitivamente l'uscita dalla condizione giovanile, oggi comincia a configurarsi come una possibile, ma non inevitabile, conclusione di un itinerario in cui la convivenza risulta come una modalità di vita familiare sempre più accettata socialmente.

L'aumento dell'età in cui i figli lasciano la casa dei genitori modifica anche gli orizzonti di uomini e donne nelle fasi più avanzate del ciclo di vita familiare; il numero di anni che madri e padri possono aspettarsi di vivere assieme ai figli è aumentato in misura significativa, mentre il miglioramento dei livelli di sopravvivenza e delle condizioni di salute favoriscono la rappresentazione degli anziani come un universo variegato e in profonda trasformazione. Lo spostamento in avanti dei tempi di vita si è affiancato, infatti, anche a un maggior numero di anni liberi da disabilità e sebbene gli anziani abbiano ancora in maggioranza un titolo di studio molto basso, vivano ancora uno svantaggio economico e presentino bassi livelli di fruizione culturale e partecipazione sociale, l'approssimarsi all'età anziana di individui appartenenti alle generazioni nate a partire dall'ultimo dopoguerra, fanno emergere decisi segnali di miglioramento. Gli anziani dei prossimi anni avranno ben poco in comune con quelli di oggi e per prevederne caratteristiche e bisogni sarà sempre più necessario adottare un'ottica di generazione. L'invecchiamento della popolazione continuerà a caratterizzare la situazione del nostro Paese. Gli anziani, che costituiscono nel 2005 il 19,5% della popolazione, arriveranno a rappresentare il 27% nel 2030, nonostante l'ipotesi di un aumento della fecondità da 1,3 a 1,6 figli per donna e di un apporto positivo della dinamica migratoria (150 mila unità aggiuntive annue)². Tale tendenza porta con sé l'aumento della popolazione della quarta età e conseguentemente la crescita del numero di persone con disabilità. Non va, inoltre dimenticato che l'ultima fase della vita presenta profonde differenze tra uomini e donne. Tenuto conto della differenza di età dei coniugi al matrimonio e dei differenziali di genere nella speranza di vita media, la probabilità di concludere la propria esistenza insieme al proprio compagno continua ad essere molto più elevata per il sesso maschile (nel 2005-06, gli uomini che

² La simulazione prevede anche un ulteriore miglioramento dei livelli di sopravvivenza. La vita media degli uomini cresce da 77,4 anni nel 2005 a 83,6 nel 2050; quella delle donne da 83,3 a 88,8.

dopo i 74 anni vivono ancora in coppia sono addirittura il 73,0%, contro appena il 25,6% delle donne).

Così, nelle classi di età che individuano le persone molto anziane, le donne continuano a sperimentare più degli uomini la vita da sole e, a fronte di una vita media che è di sei anni maggiore, per le donne il numero di anni con malattie invalidanti è superiore a quella degli uomini. Tra le molto anziane la multicronicità e la disabilità sono molto più diffuse che tra gli uomini ultraottantenni (nel 2005 il 57,2% delle donne di 80 anni e più è affetto da almeno tre malattie croniche e il 48,9% è disabile; tra gli uomini di questa stessa classe di età, tali quote sono pari, rispettivamente, a 46,8% e 35,8%). Le donne anziane seguono, dunque, percorsi diversi dai loro coetanei. Gli uomini possono contare sul loro supporto fino alla fine dell'esistenza e godono del privilegio di una vita in buona salute più lunga. Le donne, invece, si trovano più spesso ad affrontare l'ultima parte della vita come *single* (nel 2005-06, si tratta del 49% delle donne di 75 anni e più e del 53,7% di quelle che hanno già raggiunto gli 80 anni, contro il 18,8% degli uomini di 75 anni e più e il 20,9% di quelli di 80 anni e più), e gli ultimi anni sono proprio quelli che maggiormente conoscono il peso della disabilità. Inoltre, le donne molto anziane, più spesso percettrici di pensioni di reversibilità o di pensioni da lavoro che riflettono scarse carriere contributive, sono uno dei segmenti di popolazione più a rischio di povertà. L'assistenza del segmento di donne anziane più fragili, anche a fronte dei segnali di sofferenza manifestati dalle reti di solidarietà, e il loro sostegno economico pone un problema che dovrà assumere maggior peso nelle agende politiche dei prossimi anni.

Guadagni di sopravvivenza crescenti, ma permangono disuguaglianze nelle condizioni di salute

Le prospettive di sopravvivenza della popolazione italiana non sono mai state così favorevoli; in virtù della sensibile riduzione di mortalità nelle età adulte e anziane, la vita media continua a far registrare importanti incrementi (ad eccezione della lieve battuta di arresto verificatasi nel 2003 a causa dell'eccesso di mortalità estiva conseguente all'ondata di calore). Con una speranza di vita di 83,7 anni per le donne e di 77,7 per gli uomini, e che a 65 anni di età è ancora di ben 21 anni per le prime e di 17 anni per i secondi, la popolazione italiana è tra le più longeve del mondo.

I risultati sono importanti anche in termini di qualità della sopravvivenza. Nell'arco di 10 anni (1994-2004), si sono registrati guadagni significativi nella speranza di vita libera da disabilità, questi sono stati più evidenti per gli uomini che per le donne. A 65 anni un uomo può ancora contare su 15 anni di vita libera da disabilità (erano 12,7 nel 1994), mentre per una donna il numero

sale a 16 (un decennio prima erano 14,2). Nel complesso, quindi, le donne possono contare, ad ogni età, non solo su una più elevata speranza di vita, ma anche su un numero maggiore di anni liberi da disabilità. Tuttavia, il vantaggio si va progressivamente riducendo poiché la maggiore longevità delle donne non è stata accompagnata da un miglioramento di pari entità della qualità della sopravvivenza. Le donne sono afflitte, più frequentemente e più precocemente rispetto agli uomini, da malattie meno letali (l'artrite, l'artrosi, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa e il diabete), ma con un decorso che degenera in situazioni invalidanti.

L'incidenza della disabilità risulta dunque in declino nell'ultimo decennio - dal 5,7% al 4,7% (considerando i tassi standardizzati al Censimento 2001) - con una diminuzione che interessa anche la popolazione anziana - dal 21,7% al 18,8% - più maschile (dal 18,5% al 15,2%) che femminile (dal 23,8% al 21,1%).

A fronte di un simile scenario è necessario però evidenziare l'incremento della prevalenza di alcune patologie croniche, connesse soprattutto all'aumento dell'invecchiamento, ma in parte da attribuire anche al miglioramento e ad una maggiore diffusione dei controlli diagnostici. Sempre controllando i tassi per età (Popolazione al Censimento 2001), negli ultimi dieci anni tra gli anziani aumenta la quota di persone che dichiarano di essere affette da artrosi/artrite (dal 52,6% al 56,8%), ipertensione (dal 33,1% al 40,5%), osteoporosi (dal 15,1% al 18,8) e diabete (dal 13,6% al 14,5%), negli ultimi cinque anni, emerge un incremento anche per l'infarto (da 5,3% a 6,3%). Sul versante dei fattori di rischio, si evidenzia la diminuzione della quota di anziani fumatori (dal 11,9% al 9%) ma anche un incremento dell'obesità che passa, tra le persone anziane, dal 9,8% al 13,8%.

Un dato importante che va sottolineato è che è in netta e costante diminuzione la cosiddetta mortalità evitabile, quella cioè che si osserva prima dei 75 anni per cause che possono essere efficacemente contrastate da politiche sanitarie attive, sviluppando la prevenzione, la ricerca clinica, riducendo gli errori, migliorando le capacità diagnostiche e terapeutiche, l'accesso alle cure e i tempi di intervento. In soli sette anni, infatti, sia per gli uomini che per le donne, il numero di morti evitabili è sceso del 16%, sebbene i margini di miglioramento siano ancora ampi. Ogni anno, infatti, un decesso su cinque sotto i 75 anni avviene ancora per cause prevenibili (complessivamente si stimano per il 2002 107 mila decessi evitabili, con un'incidenza che per gli uomini è il doppio rispetto a quella delle donne). Si stima che la mortalità evitabile³ accorci la vita media delle donne di 2 anni e mezzo e quella degli uomini di 4 anni e mezzo, rappresentando in tal modo uno dei determinanti della minore longevità maschile. È possibile, dunque, comprimere ulteriormente la mortalità evitabile. Complessivamente infatti ben il 57% di tali decessi potrebbe essere evitato dalla prevenzione primaria, il 27% grazie a politiche di igiene e di assistenza sanitaria, mentre gli interventi precoci di diagnosi e terapia potrebbero contrastare poco più di un caso ogni sei.

³ ERA. Epidemiologia e Ricerca Applicata. *Atlante 2007. Mortalità evitabile per genere e Usl*, a cura del gruppo di lavoro di ERA, Roma, Tipografia AgenziaD, 2007.

La promozione di corretti stili di vita è un fattore fondamentale che ha contribuito a determinare i risultati ottenuti sul piano della sopravvivenza. In questo senso è emblematico quanto è avvenuto nell'evoluzione della mortalità per tumore⁴, in particolare nel caso delle neoplasie correlate all'abitudine al fumo. Parallelamente alla diminuzione del numero dei fumatori, passati dal 55% nel 1970 al 33% nel 1999, è diminuita anche la mortalità dei tumori dei polmoni, del cavo orale, dell'esofago, della laringe, del rene e della vescica. Va tuttavia evidenziato come il cambiamento di stili di vita di alcuni segmenti di popolazione potrebbe far emergere in prospettiva nuovi problemi. Non va sottovalutato per esempio che per le donne si rilevi, anche tra le giovani, un incremento generalizzato della mortalità per il cancro ai polmoni e per quello del cavo orale, i cui decessi aumentano rispettivamente dell'1% e dell'1,8% (nei 30 anni analizzati), a fronte di una crescita della prevalenza di fumatrici. Un discorso analogo può essere fatto in relazione alle neoplasie associate alle abitudini alimentari: il Sud, a causa dell'introduzione e della diffusione di cibi industriali ricchi di zuccheri e grassi, sta perdendo quel vantaggio che gli derivava dalla "dieta mediterranea", considerata preventiva per diversi tipi di tumore, con una conseguente progressiva riduzione delle tradizionali differenze Nord-Sud.

In sintesi, grandi sono stati gli avanzamenti nella riduzione della mortalità evitabile, ma andrà prestata maggiore attenzione alle nuove tendenze negli stili di vita soprattutto delle donne e della popolazione residente nel Sud che, in prospettiva, potrebbero far peggiorare la situazione.

Ai positivi andamenti segnalati fa da contraltare l'esistenza nel nostro paese di un tratto comune a molte società occidentali evolute, quello delle forti disuguaglianze sociali nelle condizioni di salute. Le persone che godono di una posizione sociale più alta, che hanno un titolo di studio elevato, un lavoro di prestigio e ben remunerato godono di migliori condizioni di salute, si ammalano di meno, sono meno colpiti da disabilità, sanno proteggere meglio la propria salute rispetto a coloro che occupano nella società una posizione più bassa. Le persone con un basso titolo di studio presentano condizioni di salute peggiori, sia in termini di morbosità cronica che di disabilità. In tutte le fasce d'età la quota delle persone che dichiarano di stare male o molto male tra quanti hanno conseguito al massimo la licenza elementare raddoppia o addirittura triplica rispetto alle persone con titolo di studio più alto (laureati e diplomati). Analoghe differenze si osservano per quanto riguarda la morbosità: tra gli adulti di 45-64 anni, soffrono di una patologia cronica grave l'11,1% delle persone con laurea o diploma, mentre la quota raggiunge quasi il doppio (20,9%) tra quanti hanno al massimo la licenza elementare e un analogo andamento si rileva per la multicronicità. Anche la disabilità è più diffusa tra le persone di status sociale più basso (tra le persone di 25 anni e più la quota raggiunge per questi ultimi il 13,7% contro il 5,7% del totale della popolazione considerata). Emerge però una tendenza alla riduzione dello svantaggio sociale tra gli

⁴ Istat, *Nuove evidenze nell'evoluzione della mortalità per tumori in Italia: anni 1970-1999*, Roma, Istat, 2005.

anziani disabili. In un decennio, la probabilità di essere disabile per un anziano con titolo di studio basso si è ridotta infatti di circa 3,5 punti tra i 65 e gli 85 anni.

Rispetto alle condizioni di salute, agli stili di vita e alla disabilità, i dati Multiscopo evidenziano il netto svantaggio del Sud, mostrando come l'effetto sfavorevole di una bassa posizione sociale sia molto più intenso in questa ripartizione geografica rispetto alle altre zone del paese. In altri termini, i 'poveri' del Sud si trovano in condizioni di salute peggiori dei 'poveri' del Nord, a suggerire come un prerequisito per il benessere delle persone e per lo sviluppo dei gruppi e delle comunità, sia la riduzione delle differenze sociali e degli svantaggi relativi nella dotazione di risorse materiali, culturali e relazionali. La necessità di includere la salute tra le priorità delle politiche di intervento non è ancora avvertita in misura sufficientemente forte nella nostra società, quasi che la salute sia solamente una questione di medici ed ospedali. In realtà, gran parte delle variazioni di salute nella popolazione è dovuta a determinanti che poco hanno a che fare col sistema sanitario e molto con le condizioni ambientali e fisiche, di vita e di lavoro, con le risorse e le opportunità che vengono offerte alle persone e ai gruppi sociali. Da poco tempo anche le politiche del lavoro e dell'assistenza, quelle dell'ambiente e del territorio, quelle di sostegno al reddito e di prevenzione della povertà si stanno affidando al criterio *salute* per valutare in modo più efficace gli effetti dei loro interventi in termini di benessere e sviluppo delle persone. Le cure sanitarie stanno avendo un impatto crescente sul livello di salute, ma è anche nel campo di più ampie politiche sociali, come l'istruzione, i trasporti, le condizioni abitative, che dovremmo guardare per garantire futuri miglioramenti di salute.

Un'ultima criticità che ha forti implicazioni in ambito sanitario è quella relativa alla situazione della popolazione immigrata che si è profondamente modificata nell'arco degli ultimi 10 anni. Nel nostro Paese, gli immigrati sono ormai quasi tre milioni e, sebbene ancora non si disponga di un quadro chiaro delle condizioni di salute della popolazione straniera (ma presto lo si avrà con una nuova indagine multiscopo dell'Istat), alcuni elementi meritano particolare attenzione per gli obiettivi di sanità pubblica: tra gli altri, l'elevata frequenza di ricoveri per traumatismi per gli uomini, gli elevati tassi di abortività delle donne straniere (3-4 volte maggiori di quelle delle italiane), e più in generale i problemi connessi alla salute riproduttiva delle donne straniere. Le politiche sanitarie dovranno attrezzarsi per affrontare i problemi di questo nuovo segmento di popolazione e, in particolare, si avrà bisogno di politiche mirate a migliorare prevenzione, cura e accessibilità ai servizi.

Popolazione immigrata in crescita, femminilizzazione, radicamento progressivo, ma rischi elevati di povertà

Sono ormai quasi tre milioni i cittadini stranieri residenti nel nostro Paese. L'aumento della popolazione residente è stato notevole: nel 1998 l'Italia non raggiungeva un milione di immigrati. L'Italia è diventato ormai a tutti gli effetti un normale Paese di immigrazione. Comunque, nonostante la crescita l'Italia si colloca tra i paesi europei con una presenza straniera relativamente contenuta rispetto alla popolazione complessiva, il 5% al 1 gennaio 2007: in Germania i residenti di cittadinanza straniera sono l'8,8%; in Spagna il 6,2% al 1 gennaio 2006. Il problema dell'immigrazione straniera continua a riguardare soprattutto il Centro Nord del Paese, e non è un caso visto che gli immigrati si insediano laddove esistono maggiori opportunità di lavoro. Ciò è dovuto sia alla destinazione dei primi arrivi che alla mobilità degli stranieri, particolarmente elevata. Nel Mezzogiorno risiede soltanto l'11,6% della popolazione straniera, il Sud rappresenta spesso la prima tappa del percorso migratorio. Nelle regioni settentrionali l'incidenza raggiunge il 7% del totale dei residenti, il 6,3% nel Centro, mentre nel Sud e nelle Isole la quota di stranieri è molto inferiore e pari mediamente all'1,6%. La Lombardia, l'Emilia-Romagna e il Veneto sono le regioni con l'incidenza più elevata di popolazione straniera.

La crescita della popolazione residente straniera è stata particolarmente alta dai paesi dell'Europa centro-orientale negli ultimi anni: complessivamente l'incremento solo in tre anni (rispetto al gennaio 2004) è del 48,8%. Se si considerassero ancora in questo gruppo Romania e Bulgaria, paesi neocomunitari, l'incremento sarebbe ancora maggiore, pari al 60,1%. Alcune cittadinanze mostrano incrementi molto elevati: gli ucraini sono passati in tre anni da meno di 58 mila unità a 120 mila, i rumeni da 178 mila a 342 mila, i polacchi da 40 mila a 72 mila e gli albanesi da 270 mila a 376 mila. Se si considerano i cittadini dell'Asia orientale gli aumenti sono anche in questo caso consistenti: vanno segnalati in particolare i cinesi, cresciuti da 87 mila a 145 mila unità. L'aumento degli immigrati provenienti dall'Africa è, invece, più modesto, anche se importante, (+36% nel complesso), e tra questi spicca per importanza numerica la crescita dei marocchini. Va segnalato, inoltre, l'incremento dei cittadini provenienti dall'America centro-meridionale (+52%), soprattutto degli ecuadoriani, una delle comunità cresciute di più (dalle 34 mila unità del 2004 alle 69 mila del 2007) e la prima per numerosità dall'America Latina. Quindi, non solo crescita ma anche cambiamento della composizione per cittadinanza. Nel 1997 La graduatoria per cittadinanza della popolazione residente vedeva al primo posto il Marocco e a seguire Jugoslavia, Tunisia, Filippine, Germania, Senegal. Ora invece la comunità marocchina non ha più il primo posto, ma il secondo dopo quella albanese. Seguono romeni, cinesi, ucraini, filippini. In Italia continuano a vivere numerose e differenti comunità straniere, ma negli ultimi anni si è accentuato il processo di concentrazione. Se si considerano le prime cinque nazionalità

queste raccolgono , infatti il 45,1% del totale, nel 1997 il 32,3%. Considerando invece le prime dieci nazionalità le percentuali si attestano al 58,8% nel 2007 contro il 45,5% di dieci anni prima. L'esistenza di un modello di immigrazione diffuso, seppur che si sta concentrando su un numero più ristretto di comunità, rende complesse le stesse politiche di integrazione sociale che devono fare i conti con approcci realmente multiculturali rispetto ai quali la nostra società non è ancora preparata. Una cosa è infatti rapportarsi nelle scuole a bambini di origine africana, altra ai cinesi, altra ancora a bambini provenienti dai paesi dell'Est. E ciò è importante anche per le politiche di promozione della salute.

Un altro fenomeno fondamentale ha accompagnato la crescita della popolazione immigrata, una forte femminilizzazione. La struttura per sesso si è normalizzata e ciò non è dovuto solamente alla crescita dei ricongiungimenti familiari. Il 44% delle donne ha un permesso di soggiorno per motivi di lavoro un valore più basso di quello maschile, ma comunque non indifferente a dimostrazione del fatto che questo fenomeno non è recente e ha riguardato alcune comunità specifiche già da molto tempo. I cittadini provenienti dall'Ucraina, dalla Polonia, dall'Ecuador, dal Perù, dalle Filippine, per esempio, mostrano un rapporto decisamente favorevole alle donne, e in molti di questi casi lo mostravano già in passato. In molti casi le donne, infatti, svolgono il ruolo di 'apripista', emigrano per prime per motivi di lavoro, spezzando la propria famiglia di origine e poi si fanno raggiungere dai familiari lasciati nel Paese di origine, una volta stabilizzate. In altri casi, come per le ucraine, le donne sono comunque primo migranti anche se poi si sposano più frequentemente con italiani.

Emergono segnali importanti di stabilizzazione: aumentano infatti, i ricongiungimenti familiari, i matrimoni misti, le nascite da genitori stranieri, è crescente la presenza di minori, ci si avvia verso una struttura per sesso e per età più normalizzata con la crescita della presenza femminile e di quella dei coniugati. In particolare la presenza di minori stranieri ha raggiunto 665 mila unità, il 22% della popolazione straniera residente, 80 mila in più solo nell'ultimo anno disponibile. Oltre il 72,1% di tale aumento è dovuto ai nuovi nati. La parte rimanente dei minori stranieri è costituita da quelli giunti in Italia per ricongiungimento familiare. Le immigrate hanno contribuito, tra l'altro, a circa la metà dell'incremento di fecondità degli ultimi anni. Il numero di figli per donna è doppio di quello delle italiane (1,24 e 2,41 nel 2005) con differenze rilevanti tra le diverse comunità: i livelli più alti sono raggiunti dalle pakistane e egiziane (5,5 figli per donna), seguite dalle tunisine (4,52), e dalle marocchine (4,19). I livelli più bassi riguardano, invece le ucraine (1,23), le moldave (1,68), le filippine (1,8). Sempre più da non sottovalutare il peso delle seconde generazioni di immigrati visto che il numero di minori ha ormai superato le 600 mila unità, un problema centrale per le politiche di integrazione dei prossimi anni, che dovrà fare i conti con una popolazione che sta per diventare adulta e che è cresciuta nel nostro Paese con aspettative totalmente diverse da quelle dei genitori arrivati in Italia per migrazione.

Il lavoro continua ad essere la causa prevalente (1 milione 463 mila permessi) dei permessi di soggiorno, soprattutto tra gli uomini (circa il 78%). Negli ultimi anni cresce il numero dei permessi per motivi familiari (764 mila), usati soprattutto dalle donne, ma per alcune comunità anche dagli uomini laddove le donne hanno svolto il ruolo di 'apripista'. Ma la posizione sul lavoro degli immigrati è fortemente caratterizzata da una forte svalorizzazione del capitale umano. I maggiori tassi di occupazione che presentano rispetto alla popolazione italiana sono raggiunti al prezzo dell'inserimento in lavori di bassa specializzazione. Il loro livello di istruzione non sarebbe particolarmente più basso di quello degli italiani, soprattutto tra gli occupati. Ma avere un titolo di studio elevato a parità di altre condizioni, non fa diminuire per gli immigrati la probabilità di essere disoccupato, né fa aumentare quella di trovare una occupazione. Ciò che conta soprattutto è la durata della permanenza in Italia. Inoltre, il rapporto tra numero di occupati e numero di componenti all'interno della famiglia è sfavorevole per gli immigrati: al crescere del numero di componenti non aumenta parallelamente la quota di due o tre occupati nella famiglia, la percentuale di monoreddito non varia di molto. Conseguentemente gli stranieri sono più esposti al rischio di povertà, dovendo mantenere con i proventi del lavoro di un componente un numero di familiari più elevato degli italiani. E paradossalmente la criticità aumenta proprio nel momento in cui cominciano ad avere figli e quindi a radicarsi nel nostro Paese. Ciò è dovuto anche alle difficoltà incontrate sul mercato del lavoro da parte delle donne straniere che presentano in media un tasso di occupazione superiore alle italiane in media, ma più basso se vivono in coppia con figli. La conciliazione tra lavoro e tempi di vita, già molto difficile per le italiane, lo è ancora di più per le immigrate in assenza di una rete solida di servizi sociali per l'infanzia nel nostro Paese, di una rete di aiuto informale sia di familiari che di vicinato, e visti i costi dei servizi privati alle famiglie. Forti differenze si evidenziano per le varie comunità, le situazioni più gravi emergono per marocchine e albanesi, quelle meno critiche per filippine e ucraine che presentano i tassi di occupazione femminili più elevati.

Permane un clima sociale sfavorevole alla maternità e alla paternità

L'Italia è ormai da venti anni un paese a bassa fecondità con un numero medio di figli per donna inferiore a 1,4 (1,35 nel 2006). Solo quaranta anni fa, nel 1964, le nascite ammontavano a 1 milione e 35 mila, nel 2005 se ne contano poco più della metà (557 mila). Il declino si avvia nel 1975 e raggiunge il minimo venti anni dopo con 526 mila nascite. Il trend successivo è invece di costante ma lenta crescita e nel 2005 i nati sono 557 mila. Siamo, dunque, un paese a persistente bassa fecondità che, peraltro, ha visto ridursi l'ampiezza della forbice territoriale per effetto di una diminuzione del numero medio di figli nel Sud (da 1,39 a 1,33) contrapposto a un aumento nel

Nord (da 1,04 a 1,38) e nel Centro (da 1,07 a 1,32). Le aree territoriali che presentano un livello di fecondità superiore alla media sono Bolzano, Trento, la Valle d'Aosta, la Campania, la Lombardia, la Sicilia, il Veneto e l'Emilia Romagna. Queste regioni presentano comunque livelli di fecondità inferiori a Regno Unito, Francia e Svezia.

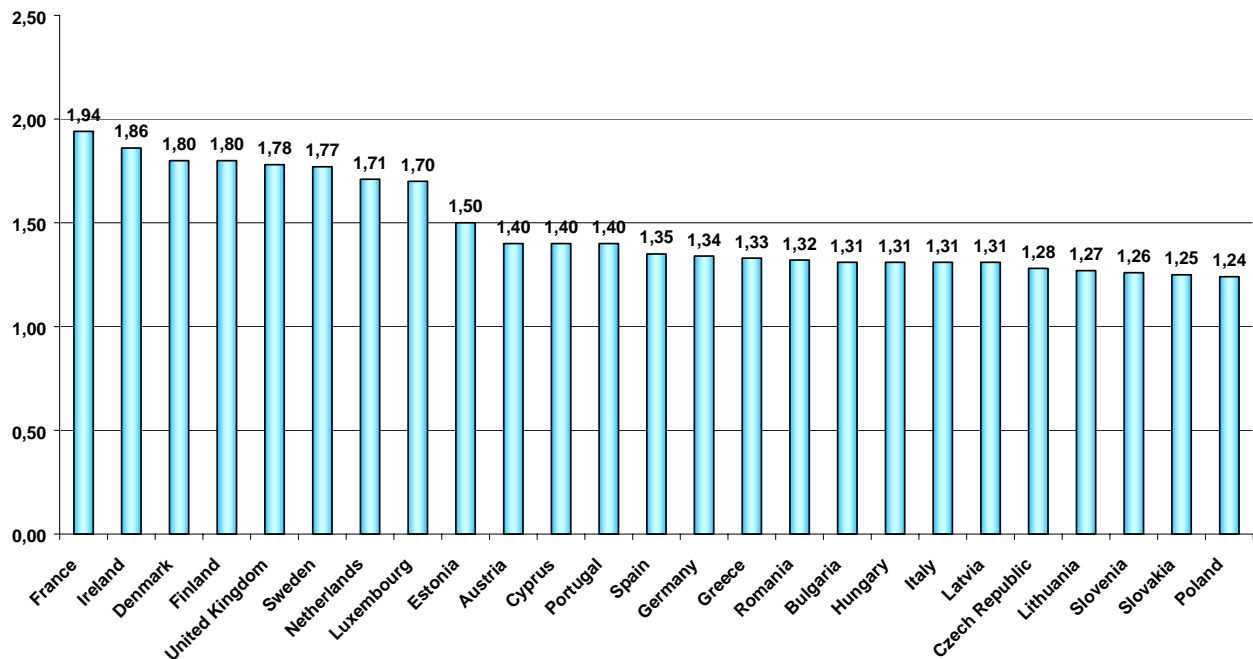
A diminuire nel corso del tempo sono i figli di ordine elevato. Negli anni '50 poco più di un terzo dei nati era primogenito e poco più del 25% riguardava i secondogeniti; nel 2002, i primogeniti raccolgono il 51% delle nascite e i secondogeniti il 37,6%.

L'incremento delle nascite registrato negli ultimi anni è imputabile, per metà, al recupero della posticipazione della fecondità realizzato dalle generazioni nate tra la seconda metà degli anni '60 e primi anni '70. L'altra metà è invece dovuta all'incremento delle nascite da madre straniera che sono passate dal 6% del 1995 al 12% del 2005.

In Italia bassi livelli di fecondità si associano al modello del figlio unico al Centro Nord e di almeno due figli al Sud, ma non emerge un fenomeno di disaffezione alla maternità e alla paternità. Basti pensare che il numero ideale di figli per gli uomini e le donne di tutte le età continua ad essere 2,1; un numero molto più alto di quello che le coppie riescono effettivamente ad avere. Esiste piuttosto un clima sociale sfavorevole alla maternità e alla paternità e sono molti gli elementi che concorrono a determinarlo. La divisione dei ruoli è ancora rigida all'interno della famiglia e il contributo degli uomini al lavoro familiare continua ad essere molto contenuto rispetto a quello delle donne; la rete dei servizi sociali, soprattutto quelli per la prima infanzia è carente, al di sotto delle necessità delle donne che lavorano, ed è molto costosa; il mondo del lavoro è poco flessibile nel venire incontro alle esigenze familiari dei lavoratori e delle lavoratrici (solo un terzo delle donne e degli uomini possono usufruire di flessibilità in ingresso/uscita e sostanzialmente nella Pubblica Amministrazione); il *part time* è cresciuto soprattutto tra le donne, ma l'offerta di questa soluzione lavorativa è più bassa che nel resto d'Europa, soprattutto nel Sud del Paese; i congedi parentali sono fruiti soprattutto dalle donne perchè numerosi ostacoli si frappongono all'utilizzo da parte degli uomini; continuano a verificarsi casi di interruzioni del lavoro o di licenziamenti/dimissioni di donne in gravidanza (come in passato, una donna su 5 lascia il lavoro alla nascita del figlio); i tassi di occupazione continuano a risentire dei carichi familiari e si riducono all'aumentare del numero di figli (si passa dall'83% delle single, al 75% delle donne in coppia senza figli, al 56,9% delle donne in coppia con figli, al 40,5% delle donne in coppia con 3 o più figli); la rete informale, specie quella familiare, continua a essere fondamentale per le donne che lavorano, i nonni sono la principale risorsa, ma la rete è sempre più sovraccarica, perchè è entrata ormai in crisi strutturale; le donne, infatti, che rappresentano i principali care giver, hanno sempre meno tempo da dedicarvi e più persone da aiutare; infine, il peso della spesa sociale sul PIL in Italia si situa al di sotto del valore medio dell'Europa dei 15 e se si considera la graduatoria dei paesi rispetto alla quota di spesa destinata a *famiglia e cura dei figli*, l'Italia rappresenta il fanalino di coda. Tutti questi elementi

contribuiscono a creare un clima sociale connotato da una forte rigidità che si scarica sulle lavoratrici con figli; per farvi fronte le madri occupate si dotano di differenti strategie, agendo soprattutto sugli orari di lavoro, sulla rete informale, sui servizi, ma non riescono a raggiungere gli equilibri desiderati. La ripresa della fecondità potrà avvenire, dunque, solamente se cambierà il quadro in cui si operano le scelte riproduttive e il clima sociale sfavorevole alla maternità e alla paternità attualmente esistente, rimuovendo tutte le rigidità che contribuiscono a determinarlo.

Figura 1 - Numero medio di figli per donna in Europa. Graduatoria 2005

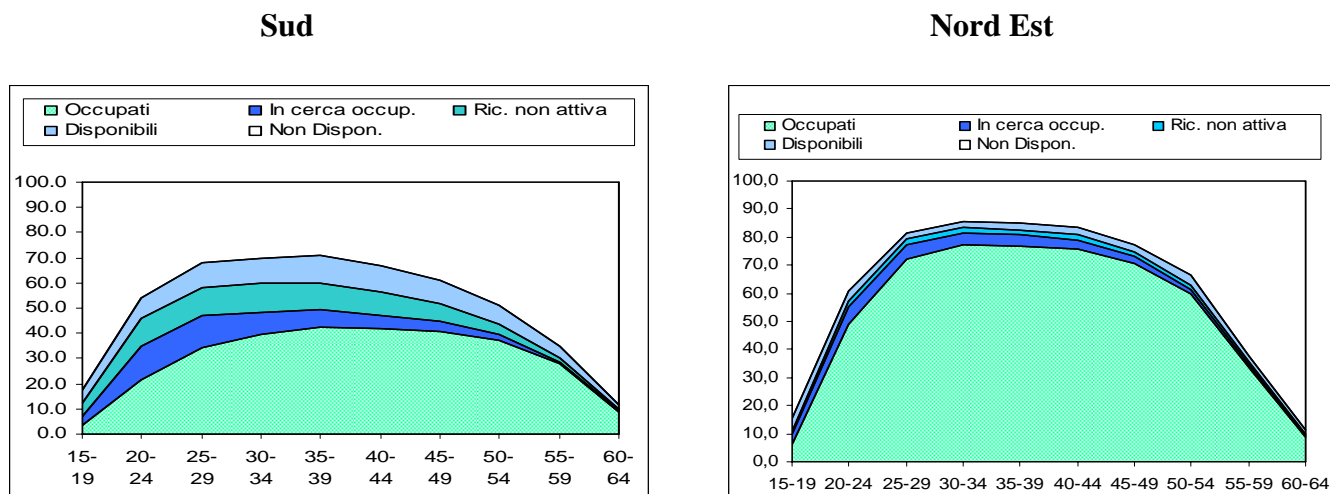


Il lavoro cambia, crescono le lavoratrici, ma riemerge lo spettro dell'inattività femminile al Sud

Grandi trasformazioni stanno attraversando il mondo del lavoro ormai da molti anni. In primo luogo si è andato consolidando un nuovo modello di partecipazione delle donne al mercato del lavoro: cominciano a lavorare in età più avanzata, proprio nel momento in cui le generazioni precedenti iniziavano ad uscirne, con un livello di aspirazioni e un'istruzione più elevata e, soprattutto, con l'intenzione di non abbandonare la propria occupazione prima della pensione. Ciò ha determinato un aumento della partecipazione esplicita delle donne al mercato del lavoro e l'emergere delle indecise, specie al Sud, cioè delle donne che non si trovano completamente fuori dal mondo del lavoro e che si collocano in una situazione di attesa, in quella "zona grigia" che si estende tra la partecipazione attiva e la totale estraneità. Al Sud emerge una cospicua offerta di

lavoro potenziale, specie femminile, che viene scoraggiata e che, pur diminuita in valore assoluto tra il 1993 e il 2006, in realtà prende a crescere a partire dal 2004.

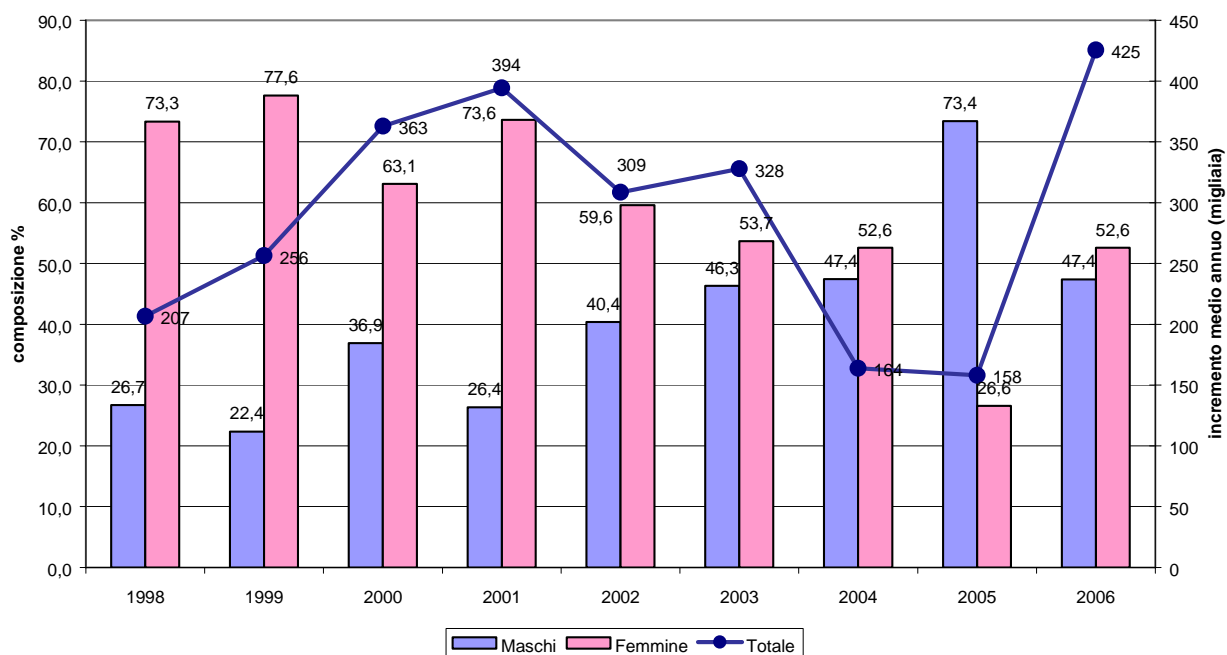
Figura 2. Popolazione femminile da 15 a 64 anni per condizione professionale ed età nel Sud e nel Nord Est – Anno 2007



Se si considera l'andamento complessivo dell'occupazione, a partire dal 1993 si evidenzia una prima fase di particolari difficoltà socio-economiche con una diminuzione di 525 mila occupati nei primi 2 anni. A partire dal 1995 ricomincia la ripresa e già dal 1999 si superano i valori iniziali. Nel 2006 si raggiungono 2 milioni e 224mila occupati in più rispetto al 1993.

Tuttavia, l'andamento dell'occupazione è stato molto differente tra uomini e donne. La componente maschile si è ridotta, dal 1993 al 1995, di 443mila unità. Dopo due anni di stagnazione inizia poi la ripresa e nel 2006 si arriva a 13milioni 962mila occupati, 563mila occupati in più rispetto al 1993. Per quanto riguarda la componente femminile la diminuzione dell'occupazione è stata inferiore ed è durata meno. Già nel 1996 inizia, infatti, una sostenuta ripresa e nel 2006 si arriva a 1milione 681mila occupate in più rispetto al 1993. Larga parte dei posti di lavoro aggiuntivi sono, dunque, stati femminili e l'incidenza del lavoro femminile sull'occupazione complessiva è progressivamente cresciuta fino al 39,4% del 2006. Il processo di riavvicinamento del peso delle diverse componenti di genere ha peraltro subito un rallentamento negli anni più recenti. La componente femminile, infatti, ha contribuito in misura preponderante alla crescita dell'occupazione (con un picco del 78% nel 1999) proprio negli anni di massima espansione della domanda di lavoro (quelli tra il 1998 e il 2002); nel periodo successivo, invece, uomini e donne hanno contribuito all'allargamento della base occupazionale in misura decisamente più simile, con la significativa eccezione del 2005, in cui la crescita è stata in gran parte (per il 73%) da attribuire agli uomini.

Figura 3. Incremento annuo di occupazione e composizione percentuale per sesso (anni 1998 - 2006)



Il grande incremento della componente femminile dal 1993 ad oggi, in gran parte dovuto al part time (per 855 mila unità) si è però distribuito in modo diseguale nel nostro Paese: 1 milione 467 mila lavoratrici in più nel Centro-Nord, e solo 215 mila nel Mezzogiorno. Le differenze tra le donne del Nord e quelle del Sud si sono ampliate. Inoltre, si è trattato di una crescita che non ha permesso all'Italia di raggiungere la media europea in termini di tassi di occupazione femminili. A ciò va aggiunto che la disoccupazione anche femminile comincia a calare dal 1998 (anno di massimo) fino a raggiungere nel 2006 il valore minimo dell'intero periodo. Ma non va sottovalutato che a partire dal 2004 fino al primo semestre del 2007 il calo della disoccupazione si accompagna all'incremento della popolazione inattiva quindi alla rinuncia di una ricerca attiva del lavoro soprattutto da parte delle donne del Sud (110 mila inattive in più nel primo semestre 2007 rispetto al primo semestre dell'anno precedente). In altre parole, non possiamo guardare solo al calo della disoccupazione, il riemergere dell'inattività femminile al Sud sembra essere il nuovo grande problema del nostro mercato del lavoro al Sud che va affrontato rapidamente.

Un ulteriore aspetto di grande rilevanza per le politiche del lavoro e che riguarda in particolare la componente giovanile è la precarietà lavorativa. L'incidenza dell'occupazione dipendente a termine sul totale del lavoro subordinato, che costituisce la parte preponderante anche se non esaustiva dell'area della precarietà, è progressivamente cresciuta dal 1993 al 2006. Nel complesso, l'aumento è stato di 3,2 punti percentuali, portandosi nell'ultimo anno al 13,1%, riguardando in misura analoga gli uomini e le donne. Per i giovani l'aumento è stato decisamente accentuato soprattutto (19,2 punti percentuali per la classe 15-24 anni), configurandosi come quello

più consistente registrato tra i principali paesi dell'Unione europea. Nello stesso periodo, inoltre, l'incidenza del lavoro a termine tra i giovani si è addirittura ridotta in Spagna (-8,6 punti percentuali) e nel Regno Unito (-1,4 punti percentuali). Nel nostro Paese l'incidenza del lavoro a termine era cresciuta in misura consistente negli anni della contrazione dell'occupazione, il 1993 e il 1994, in cui all'espulsione del lavoro permanente si era accompagnata una parziale sostituzione con posizioni a tempo determinato. Ma l'incremento è poi risultato più accentuato negli anni immediatamente successivi al Pacchetto Treu (+0,5 e +0,7 punti nel 1998 e 1999), prima del nuovo recente picco nel 2006.

Le donne presentavano e continuano a presentare livelli di precarietà più elevati in tutte le età a testimonianza di quanto sia più facile entrare e più difficile uscire dalla precarietà. Peraltro, in Italia il lavoro a termine costituisce la principale via di accesso al lavoro. Le assunzioni di persone in cerca di prima occupazione avvengono con contratti a termine in poco meno della metà dei casi (45,4% nella media 2006). Per i giovani fino a 24 anni la probabilità di ottenere un contratto flessibile (incluse le collaborazioni) supera il 50% e rimane molto alta, pari al 48,5%, per i giovani tra 25 e 34 anni. La diffusione delle forme di flessibilità del lavoro ha ridotto solo marginalmente le storiche difficoltà di accesso al lavoro dei giovani, mentre ha reso difficile delineare progetti di vita che non siano limitati ad un orizzonte di breve termine. Le difficoltà sono accentuate quando il lavoro non è adeguatamente remunerato o non corrisponde al livello di preparazione posseduto o ancora quando si sostanzia in forme contrattuali che non garantiscono adeguate tutele in caso di malattia o maternità, o in termini di contributi pensionistici. Questi problemi si aggravano se tali condizioni lavorative si protraggono a lungo nel tempo. Se è vero che in molti casi il lavoro a termine conduce verso il lavoro stabile, è pur vero che i tempi della transizione sono spesso lunghi, e in molti casi la flessibilità lavorativa arriva a costituire una vera e propria trappola della precarietà. Basti pensare che il 57% (circa 1 milione 300 mila) dei dipendenti a termine ha più di 30 anni, e che il 28,8% (641 mila) ne ha più di 40. Nella maggioranza dei casi si tratta di una condizione subita e non di una scelta: in complesso quasi il 90% del totale desidererebbe, infatti, un lavoro a tempo indeterminato, e l'insoddisfazione della propria condizione è diffusa specialmente nelle classi di età centrale.

Le misure di flessibilizzazione del mercato del lavoro, che coinvolgono una quota rilevante di giovani, hanno costituito un fondamentale elemento di competitività per il nostro sistema produttivo, sia favorendo la possibilità di adeguare rapidamente l'input di lavoro in base alla domanda del mercato, sia in virtù della minore onerosità delle forme contrattuali flessibili. Questo secondo elemento ha consentito un contenimento del costo del lavoro nel momento in cui era venuta meno la possibilità di ricorrere alla svalutazione competitiva in seguito all'entrata nell'Unione monetaria. Del resto, l'aver reso le forme contrattuali a termine meno onerose rispetto al lavoro a tempo indeterminato ne ha inevitabilmente incentivato la diffusione al di là delle loro

finalità peculiari. Oltre che per coprire esigenze produttive temporanee o per provare i neo assunti, le aziende hanno spesso utilizzato forme di lavoro flessibili per coprire posizioni permanenti.

Una riflessione va condotta sulle tendenze più recenti dell'occupazione. Negli anni più recenti la crescita dell'occupazione è stata in larga parte sostenuta da due fattori fondamentali, l'aumento della permanenza nel mercato del lavoro delle persone con più di cinquanta anni, con il conseguente ritardo dell'uscita per pensionamento, e la crescita della componente straniera. Dal 1993 al 2006, gli occupati tra 55 e 64 anni sono aumentati di circa 274 mila unità, contribuendo per il 12,3% all'incremento complessivo dell'occupazione. I tassi di occupazione della popolazione in questa fascia di età sono di conseguenza passati al 32,5% del 2006. Da un lato, e conformemente gli obiettivi della Strategia Europea per l'Occupazione, la tendenza a una maggiore permanenza nel mercato del lavoro della componente più anziana costituisce senz'altro un elemento importante. Dall'altro, però, il maggior peso della componente anziana non fa altro che accrescere il dualismo del mercato del lavoro italiano, con una generazione che si giova di una serie di tutele che i più giovani probabilmente non arriveranno mai ad avere.

Per quanto riguarda invece la crescita della componente straniera, a partire dal 2004, ha cominciato a farsi sentire sulle statistiche l'effetto della regolarizzazione seguita alla legge Bossi-Fini, che si è protratto, sebbene in misura via via decrescente, fino a tutto il 2005. L'aumento in valore assoluto dell'occupazione nel 2004 e nel 2005, registrato in un periodo di crescita modesta del prodotto, in effetti è stato essenzialmente dovuto all'iscrizione in anagrafe dei cittadini stranieri regolarizzati e dunque all'aumento della popolazione residente. In effetti, nei due anni in esame il tasso di occupazione della popolazione in età da lavoro è rimasto sostanzialmente immutato al 57,5%. A differenza dei Paesi con storia migratoria più lunga gli stranieri nel nostro Paese presentano tassi di occupazione più alti degli italiani, ma ciò è dovuto alla struttura per età più giovane e all'inserimento nelle professioni a più bassa specializzazione.

Ancora troppo lavoro di cura sulle spalle delle donne

La crescita dell'occupazione femminile è avvenuta nonostante il forte carico di lavoro familiare sulle donne. In effetti, tale crescita non è stata accompagnata da politiche efficaci volte ad alleggerire le donne e a ridistribuire il lavoro di cura nella società. La forte rigidità dei ruoli di genere resta una caratteristica saliente della vita familiare italiana che ben si evince dall'analisi dei bilanci del tempo quotidiano. Continuano a ricadere sulle spalle della donna occupata circa i tre quarti (73,8%) del tempo complessivamente dedicato dalla coppia al lavoro familiare. Nel 1988-89 lo squilibrio era ancora maggiore: alle donne occupate con un figlio spettava il 78,8% del tempo dedicato alla famiglia e addirittura l'86,6% nel caso di madri di 3 o più figli. Ma il miglioramento

registrato è imputabile più alle nuove strategie adottate dalle donne che al maggiore coinvolgimento degli uomini. Le donne, infatti, hanno ridotto il tempo dedicato al lavoro familiare più di quanto gli uomini l'abbiano incrementato. I padri hanno aumentato il loro contributo di soli 16 minuti in 14 anni, in media 1 solo minuto all'anno. Inoltre, le donne hanno ridotto il tempo per il lavoro familiare ridistribuendolo al suo interno: meno tempo al lavoro domestico e di più per il lavoro di cura dei figli.

La criticità relativa alla distribuzione del lavoro di cura si evidenzia anche rispetto alla rete di aiuti informali. Negli ultimi venti anni a fronte di un aumento dei care giver, che continuano a vedere le donne come principali protagoniste delle reti di aiuto (il 25,1%, contro il 20,5% degli uomini), si osserva una generalizzata riduzione delle famiglie aiutate (dal 23,3% del 1983 al 16,7% del 2003) e, in particolare, di quelle con anziani (dal 28,9% del 1983 al 18,3 del 2003); un apparente paradosso che è imputabile, da un lato, alla contrazione del tempo dedicato dai care giver alle varie attività di supporto e, dall'altro, alla più frequente condivisione dell'aiuto fornito alle famiglie (specialmente quando si deve assistere un anziano o un bambino). Va comunque sottolineato che, in questo stesso periodo, e in controtendenza rispetto a quanto avviene per le altre tipologie familiari, le famiglie con bambini e madre occupata che ricevono aiuto da parenti, amici e vicini (analogamente a quelle in cui sono presenti persone che hanno gravi problemi di autonomia) aumentano dal 30,9 al 33%, rappresentando un bisogno emergente. A conferma di questa dinamica si può rilevare come nell'arco di venti anni la composizione delle varie figure di destinatari degli aiuti sia andata lentamente modificandosi a vantaggio delle famiglie che si trovano nelle prima fase del ciclo di vita. Se nel 1983 gli aiuti erano destinati prevalentemente ai propri genitori e a quelli del proprio partner, oggi tra i destinatari si riconoscono sempre più spesso anche i figli e le loro famiglie. La crescente necessità di intervento a sostegno delle famiglie di nuova costituzione, accanto al progressivo invecchiamento della popolazione fa sì che, analogamente a quanto si osserva nelle reti di parentela, anche la struttura per età dei *care giver* mostri un progressivo invecchiamento (in media, da 43,2 anni nel 1983 a 48,4 anni nel 2003) che risulta più accentuato rispetto a quello relativo al complesso della popolazione.

Una crisi strutturale della rete di aiuti informale?

La profonda ristrutturazione delle reti di solidarietà può essere bene illustrata confrontando i percorsi di vita e le reti di parentela di due generazioni di donne nate a distanza di venti anni l'una dall'altra e, precisamente, nel 1940 e nel 1960⁵. A circa 40 anni, età in cui si ha già in media

⁵ La storia familiare della donne nate nel 1940 e di quelle nate nel 1960 è stata ricostruita dall'Istat sulla base dei comportamenti demografici osservati, in media, per le due generazioni di donne e per le generazioni degli altri

almeno un bambino con meno di 14 anni, le differenze nel contesto familiare delle due generazioni di donne si presentano in modo evidente: la donna nata nel 1940 può, potenzialmente dividere il carico delle cure da prestare ai componenti più anziani e ai bambini della sua famiglia con altre nove persone, tra marito, sorelle/fratelli e cognate/i; la donna nata nel 1960, invece, può condividere il lavoro di cura soltanto con altri cinque adulti. Al compimento del quarantesimo anno di età, la donna del 1940 poteva aspettarsi di avere almeno un anziano nell'ambito della rete parentale per circa 12 anni della sua esistenza, per quella del 1960 questo periodo si prolunga fino a raggiungere i 18 anni. A ciò si aggiunga che la compresenza di più individui anziani riguarda solo due anni di vita per la prima delle due donne e ben 12 anni per la seconda. Queste trasformazioni hanno conseguenze sconvolgenti sull'età media della rete parentale: considerando i parenti stretti (genitori, marito, figli, generi/nuore, nipoti), questa passa da 26,1 anni nel primo caso a 44,6 anni nel secondo. Differenze importanti emergono anche rispetto ai genitori delle due donne considerate. All'età di 40 anni la rete di parentela della donna nata nel 1940 presenta una sola nonna per dieci nipoti, mentre, a questa stessa età, per la donna del 1960 la proporzione è di tre nonni per sei nipoti. Nel secondo caso, la nonna è ovviamente favorita da una situazione in cui i carichi per l'accudimento dei nipoti sono ridotti e possono essere condivisi con altri nonni, ma parallelamente emergono nella famiglia nuovi e differenti carichi. Le donne nate nel 1913 e nel 1934 (le madri delle due donne considerate) diventano nonne intorno all'età di 53 anni, ma la composizione della loro rete di parentela in corrispondenza di questa età è assai diversa. La nonna della classe 1913, come la maggior parte delle donne di quella generazione, vive sola con il coniuge: i tre figli avuti in media sono già tutti usciti di casa e nei successivi otto anni le daranno nel complesso almeno sei nipoti. Generalmente, non ha più genitori anziani di cui occuparsi, mentre l'impegno nei confronti della cura dei numerosi nipoti è, almeno in parte, alleggerito dal fatto che due figlie (o nuore) su tre sono casalinghe. La nonna della classe 1934, invece, ha ancora in media almeno un genitore anziano di cui occuparsi, mentre la figlia o la nuora, impegnata più frequentemente nel mondo del lavoro (in media, infatti, una su due risulta occupata), hanno bisogno di maggiore aiuto per la cura e l'affidamento dei figli. Sulla nonna della classe 1934, dunque, tende a concentrarsi un maggior carico di lavoro di cura: anche se ha un minor numero di figli e soprattutto di nipoti da aiutare, può trovarsi a dover assistere genitori molto anziani e, in alcuni casi, i figli adulti che protraggono la loro permanenza in famiglia; senza contare che figlie (e le nuore) sono più spesso occupate ed esprimono maggiori esigenze di aiuto. In altri termini, le trasformazioni demografiche e quelle legate al mercato del lavoro tendono a sovraccaricare sia le donne con figli piccoli, sia le nonne. Madri e figlie si sostengono vicendevolmente con maggiore difficoltà rispetto alle generazioni precedenti.

componenti della rete parentale. L'obiettivo di tale ricostruzione, effettuata a parità di altre condizioni, è meramente esemplificativo.

Rebus sic stantibus, la situazione in futuro non potrà che aggravarsi per la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro e per l'aumento della speranza di vita. Le nonne di domani, del resto, saranno molto più istruite, più spesso avranno ancora un lavoro quando i nipotini saranno piccoli e i loro genitori avranno maggiori probabilità di essere in vita, seppur in gran parte con problemi di non autosufficienza. Il tempo a loro disposizione sarà sempre più ridotto in presenza di bisogni crescenti e, quindi, non potranno rappresentare, come oggi e nel passato, uno degli elementi chiave per rispondere a tali bisogni. Per questo è possibile parlare di crisi strutturale delle reti di aiuto informale, le tendenze in atto sono difficilmente reinvertibili.

La povertà è stabile, eppur si muove

Negli ultimi anni l'incidenza di povertà in Italia è risultata sostanzialmente stabile, interessando il 10-11% delle famiglie e circa il 13% degli individui. In realtà, analizzando più in dettaglio i dati a nostra disposizione, si possono osservare alcuni cambiamenti importanti all'interno dei diversi segmenti di popolazione e di famiglie; in alcuni casi, questi hanno visto migliorare in senso relativo la loro situazione e, in altri, hanno sperimentato un peggioramento.

Innanzitutto va sottolineata la situazione del Sud, che presenta un deciso svantaggio rispetto al Centro-nord e che mostra, tra l'altro, un livello di disuguaglianza interna superiore a quello delle altre aree del paese. Ciò si traduce nella necessità di adottare politiche che puntino non solo a diminuire la distanza tra Nord e Sud del Paese, ma anche ad operare nel senso di una riduzione delle differenze tra gli stessi residenti nel Mezzogiorno. Qui, la presenza in famiglia di disoccupati, così come la presenza di un *breadwinner* con basso titolo di studio, ha più spesso che altrove conseguenze negative sulle condizioni economiche familiari; inoltre, la probabilità di collocarsi nel quinto più ricco della distribuzione dei redditi è elevata solo quando il principale percettore è in possesso di una laurea (40% dei casi, contro il 59% nel Centro-Nord). Del resto, nel Sud risultano a basso reddito anche le tipologie di famiglia che nel Centro Nord sono prevalentemente collocate nei segmenti più alti della distribuzione. In altri termini, il disagio del Sud, pur essendo fortemente connotato, si estende anche a soggetti che nel resto del Paese vivono in una situazione relativamente più agiata.

Rispetto al 1997, un incremento della povertà si osserva tra le famiglie con cinque o più componenti, con almeno tre figli minori, con due o più disoccupati o in cui il capofamiglia ha un lavoro di profilo più basso (i cosiddetti *working poor*). Peggiora anche la situazione delle famiglie dove la presenza di componenti occupati si combina con quella di almeno un persona in cerca di occupazione e di quelle con membri aggregati. Migliora, al contrario, la condizione delle famiglie di un solo componente e, specie al Nord, di quelle con anziani. Il miglioramento della condizione

delle famiglie che si trovano nell'ultima fase del ciclo di vita può essere fatto risalire al progressivo raggiungimento dell'età anziana da parte di generazioni meno svantaggiate rispetto a quelle nate e cresciute a ridosso dei periodi bellici; persone che hanno un titolo di studio un po' più alto e che hanno una storia contributiva migliore.

L'analisi fa dunque emergere una povertà crescente tra le famiglie con minori, in particolare con due o più figli minori e soprattutto nel sud.

Ben 1 milione e 728 mila individui sono poveri di età inferiore ai 18 anni: nel 45% dei casi vivono con i genitori e un solo fratello e nel 29% con i genitori e almeno due fratelli. Ma c'è anche un problema di povertà dei giovani (18-34 anni) di cui si parla ancora troppo poco; si tratta di 1 milione 546 mila individui (il 13% del totale) che vivono in famiglia soprattutto come persone di riferimento o come coniuge/partner in famiglie con un solo occupato. In quest'ultimo caso, l'incidenza di povertà arriva addirittura al 42,2% se sono presenti due o più figli, mentre è pari al 13,5% se il figlio è uno solo.

Tav. 1 - Incidenza di povertà relativa per alcune caratteristiche familiari. Anni 1997, 2006.

<i>Incidenza in aumento:</i>	1997	2006
Famiglie con 5 o più componenti	22,3	24,3
Famiglie con 3 o più figli minori	25,8	30,2
- <i>nel Sud</i>	36,2	48,9
Famiglie con membri aggregati	14,9	17,8
Famiglie con persona di riferimento operaio	11,6	13,8
Famiglie con occupati e almeno un componente in cerca di occupazione	20,6	24,1
Famiglie con almeno un disoccupato con persona di riferimento ritirato dal lavoro	21,6	23,3
Famiglie senza occupati né ritirati dal lavoro	40,8	49,4
Famiglie del Sud (ultimi 3 anni)	21,6*	22,6
- <i>in Sicilia</i>	21,2	28,9
Famiglie con persona di riferimento in possesso di laurea	4,1	5,0
- <i>nel Sud</i>	10,2	11,5
<i>Incidenza in diminuzione:</i>		
Famiglie con 1 componente	11,2	8,1
- <i>nel Nord</i>	7,0	4,8

Famiglie con almeno un anziano	15,5	13,8
- nel Nord	9,9	7,9

* Anno 2003.

Ridistribuire il lavoro di cura, costruire un nuovo sistema di *welfare*

Al quadro fatto sulle tendenze in atto va aggiunta una riflessione sul livello della spesa sociale nel nostro Paese. Nel 2004, questa ha assorbito nei paesi della Ue15 il 27,6% del Pil. L'Italia si colloca al di sotto della media, con il 26,1%, mentre la Svezia è il paese con la percentuale più alta (32,9%). L'Italia si pone ad un livello inferiore alla media Ue15 anche per la spesa per la sanità (25,9%), che rappresenta la seconda voce in termini di risorse assorbite. Nel 2004, come già nel 2000, circa l'8% della spesa per la protezione sociale è stato destinato nella Ue15 alle persone con disabilità sotto forma di pensioni di invalidità, contributi per favorire l'inserimento lavorativo, strutture residenziali, servizi finalizzati all'assistenza e all'integrazione sociale. La quota di spesa maggiore per questa funzione è allocata dalla Svezia con il 14,8%, mentre l'Italia destina a questo capitolo solo il 6,1%, con un aumento di circa un punto percentuale rispetto al 2000. Anche quando si considera la spesa sociale per le famiglie il dato del nostro paese è inferiore alla media europea (4,4% in penultima posizione contro il 7,8% europeo), così come nel caso della spesa sociale per le politiche di sostegno al reddito nei casi di disoccupazione e per le politiche attive finalizzate alla formazione o per il reinserimento nel mercato del lavoro (l'Italia occupa l'ultimo posto con il 2%, contro una media del 6,6%).

Quote ancora più esigue sono assorbite per le altre misure di contrasto dell'esclusione sociale e per le politiche abitative. L'Italia destina molto meno della quota media dell'Ue15 a entrambe queste voci di spesa: rispettivamente, 0,2% e 0,1%, contro valori medi europei pari a 1,5% e 2%.

In questo contesto, il quadro delle trasformazioni sociali si presenta ancora più preoccupante, evidenziando una serie di problemi strutturali che si trascinano da decenni nel nostro Paese, ma le cui conseguenze negative si faranno via via più acute a fronte della crisi di uno dei principali pilastri del nostro welfare, quello delle reti di aiuto informale.

Particolarmente critica appare la situazione del Mezzogiorno. Qui, la situazione del mercato del lavoro, che pure ha conosciuto una diminuzione della disoccupazione, vede il riemergere dell'inattività femminile e non offre garanzie alle famiglie per uscire dalla trappola della povertà. D'altro canto è proprio il lavoro femminile un antidoto per la povertà. Del resto, questa zona del paese non è riuscita ad avvantaggiarsi della fase di crescita dell'occupazione femminile e la situazione delle donne è ancora più critica perché ci sono per loro meno opportunità occupazionali,

meno possibilità di lavoro part-time, più lavori a tempo determinato, meno servizi sociali per la prima infanzia, un minor supporto della rete di aiuto informale, un minor ricorso a baby sitter e agli altri servizi privati alle famiglie, una minore condivisione del lavoro familiare nella coppia. Nel Centro Nord, invece, le donne lavoratrici, pur sperimentando situazioni di sovraccarico, sono comunque relativamente più sostenute rispetto a quelle del Sud.

Le tendenze osservate sono frutto del combinarsi di tutti gli elementi che caratterizzano il contesto di riferimento con le strategie adottate dai singoli, e in particolare dalle donne, in mancanza di politiche adeguate. Le *non* politiche della famiglia del nostro Paese sono diventate sempre meno sostenibili socialmente.

Ripristinare la normalità del susseguirsi delle varie fasi della vita, attraverso interventi che rimuovano le strozzature esistenti deve essere il principale obiettivo strategico: nella transizione dei giovani allo stato adulto, e nell'acquisizione della propria autonomia e indipendenza, nel poter fare i figli che si desiderano nel momento in cui si desiderano, nel potersi realizzare come individui in tutti gli ambiti della vita senza dover essere sovraccaricati dal lavoro familiare, nel poter avere un lavoro adeguato alla propria professionalità, nel poter vivere serenamente l'ultima fase della propria vita, assistiti da servizi adeguati, nel poter avere la chance di uscire dalla situazione di povertà tanto nel Centro-nord, quanto nel Sud.

C'è, in sintesi, la necessità di politiche di ampio respiro, non di misure parziali, e di uno spostamento massiccio di risorse, senza il quale nessuna misura potrà essere efficace. Il rapporto spesa sociale/PIL dovrà innalzarsi per soddisfare le esigenze delle famiglie, non solo nelle situazioni di difficoltà (disagio economico, malattia, handicap, tossicodipendenza, etc.), ma anche in ogni altro aspetto che riguarda la quotidianità. Il modificarsi dei tradizionali equilibri tra le generazioni e le "rigidità incrociate" sul piano familiare, lavorativo e sociale, pongono con insistenza domande nuove al sistema di *welfare* che deve quindi ristrutturarsi profondamente. Se ciò non dovesse avvenire, il pilastro delle reti informali, peraltro già in crisi, difficilmente riuscirà a soddisfare i bisogni di tutte le famiglie. Non si potrà che prendere atto del peggioramento della qualità della vita di tutti, delle famiglie e degli individui che hanno bisogno di aiuto, ma anche dei *care giver*, e soprattutto delle donne che, sempre più sovraccariche, non saranno più in grado di dare risposta ai bisogni emergenti nella società.

Riferimenti bibliografici

ERA. Epidemiologia e Ricerca Applicata. *Atlante 2007. Mortalita evitabile per genere e Usl*, a cura del gruppo di lavoro di ERA, Roma, Tipografia AgenziaD, 2007.

Informazione statistica e politiche per la promozione della salute : atti del Convegno, Roma 10-11-12 settembre 2002, a cura di Linda Laura Sabbadini e Giuseppe Costa, Roma, Istat, 2004.

Istat, *I tempi della vita quotidiana. Un approccio multidisciplinare all'analisi sull'uso del tempo*, Roma, 2007.

Istat, *Nuove evidenze nell'evoluzione della mortalità per tumori in Italia: anni 1970-1999*, Roma, Istat, 2005.

Istat, *Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 1999*, Roma, Istat, 2000.

Ministero per le Pari Opportunità, Istat, *Come cambia la vita delle donne*, a cura di Linda Laura Sabbadini, Roma, 2004.

Ministero per le Pari Opportunità, Istat, *Conciliazione dei tempi di vita e denatalità*, Relazione a cura di Linda Laura Sabbadini, Roma, 2005

(http://www.istat.it/istat/eventi/conciliazionetempidenatalita/relazione_denatalita.pdf).

Reyneri, Emilio, *From underground economy to the occupational downgrading: education and the labour market insertion of migrants in Italy*, Revista Espanola de Investigaciones Sociologicas, n.116, 2006

Sabbadini, Linda Laura *La rete di aiuti informali*, in Osservatorio nazionale sulle famiglie e le politiche locali di sostegno alle responsabilità familiari, *Famiglia: mutamenti e politiche sociali*, vol.II, Bologna, Il Mulino, 2002, pp. 329-356.