

Per "fare sindacato" la Cisl e la Fnp hanno come unica risorsa il contributo degli iscritti, con la loro libera quota di adesione. Siamo un sindacato LIBERO e AUTONOMO proprio perchè viviamo solo delle quote del tesseramento. Ogni iscritto in più è un pezzo di libertà e di autonomia maggiore che ci consente di continuare a garantire servizi e tutele. Aiutaci anche tu ad aumentare le adesioni alla Cisl ed alla Fnp.



CISL PENSIONATI
Brescia e Valle Camonica

Newsletter Anno VI



3 ottobre

2019

88

Brescia - Via Altipiano d'Asiago, 3 - Tel. 0303844630 Fax 0303844631 - pensionati.brescia@cisl.it - www.cislbrescia.it

Anziane e Relazioni di Cura *Donne in forma* FNP-CISL

Per avere un più ampio contesto dei bisogni e di analisi siamo partite da un approfondimento di livello internazionale ed europeo da cui si evince che, secondo l'OMS, "quasi ovunque non esiste ancora la consapevolezza che la long-term care rappresenta una **priorità di salute pubblica**".

In Italia la situazione è, se si vuole, ancora più variopinta. Nonostante siano disponibili normative atte a favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, in assenza di una vera parità retributiva e quindi previdenziale, le donne sono ancora viste e vissute come i care-giver elettivi.

I dati non solo lo dimostrano ma denunciano anche quanto sia ritenuta marginale la **rilevazione statistica di genere**.

La più corposa quantità di dati disponibili sono relativi alla famiglia assumendo, quindi, che la cura e l'assistenza siano una sua prerogativa, coadiuvata, quando e se economicamente possibile, dai servizi pubblici, siano essi sanitari che socio-sanitari.

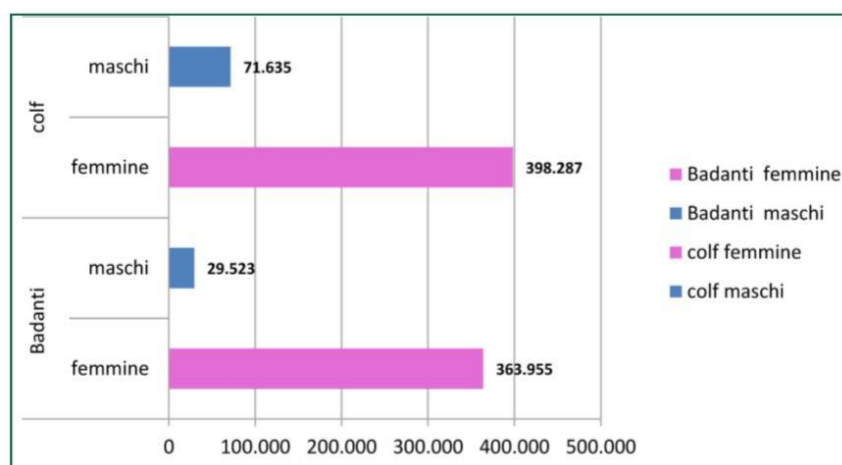
Ne deriva che le **famiglie anziane monocomponenti**, prevalentemente **donne** vista la loro maggiore longevità, o composte da soli anziani debbano trovare al proprio interno le risposte ai sempre maggiori bisogni. In alternativa possono abbassare le aspettative arrivando alla rinuncia della cura.

Altra, e non secondaria, strategia è il ricorso alle **badanti**, prevalentemente donne di cui molte straniere. Il ricorso al **badantaggio** porta con sé una serie di problemi tra cui il costo e il fenomeno degli **orfani di madre vivente**.

Il costo che l'anziano, in quanto parte datoriale, dovrebbe sostenere per garantirsi un'assistenza adeguata alla non autosufficienza è tale da non poter fare a meno del sostegno economico dei familiari, di ogni tipologia e grado. Gli strumenti istituzionali sono così scarsi da raggiungerne una quota quasi insignificante, fatta eccezione per l'indennità di accompagnamento che, in quanto strumento universalistico, dovrebbe raggiungere tutte le persone in condizione di gravissima disabilità. Usiamo il condizionale visti i criteri stringenti per il riconoscimento formale della non autosufficienza.

Le badanti straniere - volutamente declinate al femminile in quanto ancora maggioritarie - lasciano la propria famiglia, figli compresi, nei luoghi di provenienza rinunciando, di fatto, all'esercizio della genitorialità di prossimità e creando, potenzialmente, un danno alla propria discendenza.

Lavoratori domestici per tipologia di rapporto e sesso (v.a.). Anno 2017



Fonte: nostra elaborazione su dati INPS, 2018

In attesa di una organica riforma dell'intero settore dei servizi, l'unica vera risorsa sono le cure informali variamente erogate dal terzo settore e dai care-giver familiari.

Tra questi, le donne di età compresa tra 65-74 anni sono tra le più attive nell'assistenza fornita a familiari smentendo, in buona misura, la diffusa convinzione che l'anziano sia solo un costo sociale collettivo.

Non possiamo, però, dimenticare che sono le donne di età compresa tra 45-64 anni a subire il maggior onere di cura informale ed è soprattutto per loro che reputiamo fondamentale il riconoscimento giuridico di questo impegno attraverso la promulgazione della legge sui care-giver. Legge nazionale che eviterebbe il pericolo di non avere un trattamento uniforme in tutto il Paese considerato che alcune Regioni hanno già deliberato in tal senso.

Pensiamo che la figura del *care-giver familiare* debba essere connotata quale componente a pieno titolo, anche se non professionale, nella rete dei servizi e sulla quale convergano una serie di azioni a partire dalla formazione, spendibile professionalmente una volta terminato l'accudimento familiare, fino all'ottenimento di agevolazioni fiscali, previdenziali e di sostegno psicologico.

In questo lavoro abbiamo dovuto individuare su quale tipologia di lavoro di cura focalizzare la nostra attenzione.

Questo non impedisce ulteriori approfondimenti relativi anche ai contesti in cui si compie la vita delle persone e, nello specifico, delle anziane.

Tante sono, infatti, le dinamiche che possono innestare od evitare le condizioni alla base della buona o cattiva senilità e, nella misura in cui sarà possibile, non ci stancheremo di esplorarle.

Milton Mayeroff, uno dei pochi uomini che ha scritto di cura, diversamente dalla tendenza dominante che vede l'azione di cura come riguardante prevalentemente se non esclusivamente le donne, quando ne parla usa il soggetto maschile; afferma che per l'uomo la possibilità di dar senso alla sua vita sta nell'aver cura per altri e interpreta il senso della cura come un «ministero». Si trova il proprio posto nel mondo solo «avendo cura e ricevendo cura».

ADI: principali indicatori

| Regioni | Popolazione residente (al 1° gennaio 2017) | Percentuale di anziani (≥65) (al 1° gennaio 2017) | Numero assistiti in ADI (anche non anziani) anno 2014 | Tasso di assistiti in ADI (anche non anziani) x 100 abitanti-anno2014 | % di anziani sul totale dei trattati in ADI – anno 2014 | Tasso (per 100) di anziani assistiti –anno 2014 | Tasso (per 100) di anziani assistiti –anno 2016 | Totale ore per caso trattato –anno 2013 | Incidenza del costo della ADI sul totale della spesa sanitaria per Regione (anno 2012) |
|-----------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Piemonte | 4.404.246 | 25,0 | 38.800 | 0,9 | 86,7 | 3,2 | 3,2 | 14 | 2,4 |
| Valle d'Aosta | 127.329 | 23,2 | 131 | 0,1 | 83,2 | 0,4 | 0,4 | 30 | 0,7 |
| Lombardia | 10.008.349 | 22,2 | 60.328 | 0,6 | 86,6 | 2,6 | 3,0 | 20 | 1,4 |
| P.A. Bolzano | 520.891 | 19,3 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 36 | 1,3 |
| P.A. Trento | 538.223 | 21,4 | 6.303 | 1,2 | 88,5 | 4,1 | 3,9 | 15 | 1,3 |
| Veneto | 4.915.123 | 22,3 | 32.489 | 0,7 | 86,2 | 2,8 | 4,2 | 10 | 2,3 |
| Friuli Venezia Giulia | 1.221.218 | 25,7 | 5.338 | 0,4 | 86,0 | 1,5 | 2,7 | 7 | 6,2 |
| Liguria | 1.571.053 | 28,3 | 15.745 | 1,0 | 90,9 | 3,3 | 3,4 | 28 | 1,7 |
| Emilia Romagna | 4.448.146 | 23,7 | 49.306 | 1,1 | 85,7 | 4,2 | 4,2 | 13 | 5,6 |
| Toscana | 3.744.398 | 25,1 | 26.967 | 0,7 | 89,1 | 2,8 | 3,6 | 8 | 2,8 |
| Umbria | 891.181 | 25,1 | 3.836 | 0,4 | 90,4 | 1,5 | 2,3 | 26 | 4,9 |
| Marche | 1.543.752 | 24,3 | 6.312 | 0,4 | 88,4 | 1,6 | 2,1 | 28 | 4,7 |
| Lazio | 5.888.472 | 21,2 | 14.868 | 0,3 | 87,8 | 1,1 | 0,3 | 19 | 2,1 |
| Abruzzo | 1.326.513 | 23,2 | 11.181 | 0,8 | 89,2 | 2,9 | 3,6 | 31 | 2,5 |
| Molise | 312.027 | 23,9 | 2.333 | 0,7 | 87,7 | 2,9 | 5,1 | 54 | 3,2 |
| Campania | 5.850.850 | 18,2 | 14.160 | 0,2 | 88,0 | 1,2 | 1,9 | 35 | 1,6 |
| Puglia | 4.077.166 | 21,3 | 15.869 | 0,4 | 85,0 | 1,6 | 3,0 | 38 | 1,4 |
| Basilicata | 573.694 | 22,3 | 2.901 | 0,5 | 88,6 | 2,1 | 1,1 | 41 | 2,5 |
| Calabria | 1.970.521 | 20,9 | 2.002 | 0,1 | 85,8 | 0,3 | 1,4 | 23 | 1,5 |
| Sicilia | 5.074.261 | 20,5 | 31.787 | 0,6 | 86,9 | 2,9 | 3,5 | 30 | 1,7 |
| Sardegna | 1.658.138 | 22,6 | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | n.d. | 23 | 2,0 |
| ITALIA | 60.665.551 | 22,3 | 340.656 | 0,6 | 87,1 | 2,3 | 2,8 | 18 | 2,4 |