

emergeva, in Italia in generale, come tendenzialmente sempre più aperto nei riguardi di lesbiche e gay.

Dall'ultimo Rapporto IARD sui giovani (dai 15 ai 24 anni) viene ancora confermata la tendenza ad assorbire e promuovere un clima sociale sempre più liberale nei riguardi della (omo)sessualità (Buzzi, Cavalli e de Lillo, 2007, p. 211). I giovani che ritengono ammissibile il comportamento omosessuale costituiscono il 46,2% del totale (ivi, p. 221). Tuttavia, la percentuale di quanti ritengono quella omosessuale un'esperienza che potrebbe capitare anche a loro nel corso della vita scende all'11,5%, mentre per tutti gli altri *items* relativi all'area dei rapporti sessuali, la forbice tra questi due indicatori è molto più ridotta. Appare cioè maggiore la disponibilità ad accettare l'omosessualità in quanto realtà sociale quotidiana, ma rimane evidente la percezione di una realtà separata, che non può riguardare direttamente, se non marginalmente, il campione (ivi, p. 223).

Inoltre, rimane di fatto alta la percezione che il campione ha di una non accettazione sociale dell'omosessualità: si è passati dal 88,2% del 1983 al 83,0% del 2004 (ivi, pp. 212-3). Una stabilità certo indicativa se si pensa che gli altri *items*, relativi ai rapporti familiari e sessuali (relazioni con persone sposate, divorzio, convivenza *more uxorio* e rapporti sessuali fuori dal matrimonio), hanno invece visto una notevole riduzione della percezione di non accettazione sociale. Al di là di quello che individualmente pensano, i giovani percepiscono un clima sociale ostile all'omosessualità.

Se tuttavia passiamo dall'analisi di ciò che è percepito come condannato dalla società a ciò che è ritenuto criticato dalla più ristretta cerchia degli amici, emerge una notevole differenza: la percentuale di giovani che ritiene l'omosessualità rifiutata dai coetanei scende al 66,3% (ivi, pp. 212 e 217). I giovani hanno cioè la percezione di una società omofobica in generale ma tra i loro coetanei percepiscono una maggiore apertura.

Appare, però, esserci una discrepanza notevole tra la tendenziale migliore accettazione sociale percepita negli studi indicati e la percezione che gli stessi omosessuali hanno. Infatti se, in ricerche Ispes pubblicate nel 1989 e nel 1990, solo il 45,3% della popolazione totale riteneva l'omosessualità un pericolo per la società e solo il 28,5% auspicava interventi restrittivi e illiberali (Ispes, 1989), la percezione da parte degli omosessuali di una società discriminatoria e repressiva era del 69,1% e saliva addirittura all'81,9% tra i minori di 19 anni (Ispes, 1991).

La situazione appare tale ancora oggi e generalizzabile a tutta l'Europa: la vasta indagine pubblicata nell'aprile 2006 dall'ILGA-Europe e dall'IGLYO mostra come tra i giovani e le giovani omosessuali il 61,2% abbia sofferto pregiudizi e discriminazioni a scuola, il 51,2% in famiglia, il 37,7% nella propria comunità di residenza e il 29,8% nella propria cerchia di amici (ILGA Europe e IGLYO, 2006).

2.2.10 ACCESSO ALL'ALLOGGIO

Anche in questo ambito l'analisi della percezione dei comportamenti omosessuali da parte della collettività disegna un quadro non confortante. Le persone omosessuali potrebbero incontrare difficoltà nella ricerca di un'abitazione, potendosi ritenere che una certa parte di persone che non vorrebbero omosessuali come vicini di casa, potenzialmente non sarebbero disposte a coabitare con persone omosessuali o a conceder loro un'abitazione in locazione.

Il quotidiano La Repubblica ha pubblicato il giorno 5 luglio 2010 un articolo⁷² che riporta un esperimento svolto a campione sull'intero territorio nazionale, da cui sarebbe risultato che su 50 proprietari contattati ben 30 non avrebbero dato la loro abitazione in locazione a persone omosessuali. Sebbene tale ricerca non può ritenersi rappresentativa della realtà nazionale, né tantomeno di quella delle ROC, l'esperimento appare comunque lanciare un allarme da non sottovalutare e il Ministro per le Pari Opportunità si è espresso nettamente su tali forme di discriminazione.⁷³

Il riferimento alla percezione come filo conduttore per l'individuazione della discriminazione rende facilmente comprensibile il motivo per il quale episodi di rifiuto di giungere alla conclusione di un contratto di locazione avrebbero riguardato più spesso le persone transessuali o transgender, che le persone omosessuali. La particolare visibilità della condizione transessuale, si realizza sia sotto il profilo della percezione estetica sia, al momento della stipula del contratto, per via della discordanza tra aspetto fisico e dato anagrafico.

Come evidenzia Ornella Obert, Responsabile dello Sportello Giuridico *Inti* del Gruppo Abele: "nella ricerca della casa, le persone transessuali subiscono una doppia discriminazione. Da un lato, esiste un rifiuto basato sul pregiudizio: i padroni di casa e le agenzie non affittano volentieri alle persone transessuali per paura delle reazioni dei vicini, perché assimilano la transessualità alla prostituzione. Dall'altro, a partire proprio dal pregiudizio che la persona transessuale sicuramente si prostituisce, vengono richiesti affitti fuori mercato e senza registrazione".⁷⁴

⁷² http://www.repubblica.it/cronaca/2010/07/04/news/non_si_affitta_agli_omosessuali-5372525/index.html?ref=search

⁷³ http://www.repubblica.it/cronaca/2010/07/05/news/affitti_gay_5_luglio-5392589/.

⁷⁴ Manoscritto non pubblicato, disponibile online all'URL: http://www.gruppoabele.org/Images/File/IRIS_Obert.pdf

2.2.11 LA DISCRIMINAZIONE IN AMBITO SANITARIO

L'omosessualità è stata studiata per un certo tempo come un disturbo psicopatologico. Questo approccio è stato rimosso dal "Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" (DSM) dell'Associazione degli Psichiatri Americani (APA), nel 1973. Il 17 maggio 1990, l'Assemblea Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha cancellato l'omosessualità dall'elenco delle malattie mentali (*International Classification of Diseases*), definendola una "variante naturale della sessualità umana". In seguito, la data della ricorrenza di questo evento è stata assunta dalla comunità LGBT internazionale come "La Giornata Mondiale contro l'Omofobia".

Sono oggi marginali e scientificamente screditate, per quanto condivise e sostenute da alcune realtà religiose, le cosiddette "teorie riparative": approcci psicoanalitici che continuano a considerare l'omosessualità una patologia e tentano di "curarne" i soggetti affetti.⁷⁵ Inoltre, la pratica di tale approccio appare in Italia preclusa dal Codice deontologico dell'Ordine Nazionale degli Psicologi Italiani, che all'articolo 4 impegna il professionista al rispetto dell'autodeterminazione e dell'autonomia del paziente.⁷⁶

Discriminazione nell'ambito sanitario si può presentare in diverse forme. Da un lato, potrebbero emergere disparità di trattamento o anche veri e propri abusi, molestie e maltrattamenti da parte del personale, che comunque, anche ad un livello di minore gravità, potrebbe mancare di formazione adeguata all'opportuna interazione con pazienti LGBT. D'altro lato, alcune conseguenze patologiche della discriminazione (conseguenze fisiche, nel caso di bullismo e violenza, o psicologiche, nel caso dell'esclusione sociale) devono essere adeguatamente affrontate anche all'interno del servizio sanitario.

2.2.12 LE DONAZIONI DI SANGUE DA PARTE DI PERSONE OMOSESSUALI DI SESSO MASCHILE

Una questione che la comunità omosessuale vive come una pesante discriminazione riguarda la possibilità di donare il sangue presso i centri trasfusionali. Alcune persone omosessuali (maschi) si sono viste respingere come donatori di sangue in quanto considerate "categoria a rischio". Tale

⁷⁵ Si veda ad esempio Marchesini (2005), "Colloquio con Gerard J. M. van den Aardweg", *Studi Cattolici*, vol. 535, pp. 616-622; oppure Nicolosi, J. (1993), *Healing Homosexuality: Case Stories of Reparative Therapy*, New York: Jason Aronson. Tra le autorevoli fonti che si esprimono in maniera contraria, si può ricordare ad esempio il *Royal College of Psychiatrists* ha affermato che le "posizioni esposte [...] in ordine alla ricerca e la terapia dell'omosessualità non sono supportati dalla scienza. Non vi è alcuna prova scientifica che l'orientamento sessuale può essere cambiato", intervento disponibile alla URL <http://www.rcpsych.ac.uk/pressparliament/pressreleases2009/statement.aspx>

⁷⁶ http://www.psy.it/documenti/Omosessualita_terapie.pdf

considerazione riguarderebbe il comportamento omosessuale maschile, anche se consistente in rapporti “protetti”, mentre non riguarderebbe l’omosessualità femminile.

In effetti, un divieto di donazione da parte degli omosessuali maschi fu imposto negli Stati Uniti nel 1983, a causa del dilagare dell’epidemia di AIDS, e rimosso nel 2009.⁷⁷ Anche in Italia, è quanto meno doveroso chiedersi se un tale ordine di cautele abbia ancora senso, dal momento che non risulta che la maggioranza delle persone sieropositive sia composta da maschi omosessuali, né che questi presentino un rischio di contagio superiore ad altri cittadini. Inoltre, per qualsiasi persona, il sangue donato deve superare molti test diagnostici, prima di essere accettato.

In Italia, il divieto di donare sangue per gli omosessuali maschi fu introdotto per effetto di un decreto del ministro della salute del 15 gennaio 1991, che considerava motivo di esclusione l’esistenza di rapporti omosessuali nella storia personale. In seguito, il D.M. del 26 gennaio 2001 “Protocolli per l’accertamento della idoneità del donatore di sangue e di emocomponenti” intervenne a modificare le regole per la donazione, stabilendo che fossero prese in considerazione non le “categorie a rischio”, concetto privo di rilevanza scientifica, ma i **comportamenti** sessuali ad alto rischio.

La Direttiva Europea 2004/33 chiarifica la definizione di persone a rischio, all’allegato III, come quelle “persone che hanno un comportamento sessuale che le mette ad alto rischio di acquisire malattie virali severe che possano essere trasmesse per via sanguigna”, e nello stesso senso si esprime il Decreto Ministeriale 13 aprile 2005, allegato 4. Questa è anche la pratica auspicata dall’Avis, il principale ente del terzo settore attivo nell’ambito della donazione di sangue.⁷⁸

Evidentemente, l’equiparazione tra persone omosessuali ed eterosessuali, in questo ambito, deriva semplicemente dall’osservazione che alcuni comportamenti sessuali sono a rischio di contagio, sia se attuati con *partner* dello stesso sesso, sia di sesso opposto, mentre altri, semplicemente, sono a rischio molto basso o nullo, di nuovo, indipendentemente dal sesso del *partner*.

2.2.13 LE ESIGENZE DI TIPO SANITARIO DELLE PERSONE TRANSESSUALI E TRANSGENDER

La situazione delle persone transessuali presenta numerose specificità, che in campo sanitario consigliano una trattazione separata.

⁷⁷ <http://gaylife.about.com/od/stdsgeneralhealth/a/blooddonation.htm>

⁷⁸ <http://www.avisgiarre.it/informavis/IV-06.php>

Com'è noto, secondo il DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), redatto dall'Associazione Americana degli Psichiatri, e l'*International Classification of Diseases* (10ª edizione) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la persona transessuale soffre di "disturbo dell'identità di genere" o "disforia di genere" (DIG). Si tratta di una condizione umana classificata come disturbo psichiatrico, ma non suscettibile di un approccio terapeutico di tipo psichiatrico.⁷⁹

Il percorso di transizione parte dall'accertamento diagnostico e si sviluppa attraverso il sostegno psicoterapeutico, un percorso endocrinologico che consiste nella T.O.S. (terapia ormonale sostitutiva), fino all'intervento di riconversione genitale (RCS) insieme ad altri eventuali interventi di chirurgia estetica.

Non sempre la disforia di genere si presenta nella specie del transessualismo. Molte persone (transgender) riescono infatti a raggiungere un equilibrio psicofisico indipendentemente da un intervento di riassegnazione chirurgica del sesso, attraverso una transizione di genere, ovvero l'acquisizione di caratteri secondari e dello stile di vita del genere di arrivo. Ovviamente, anche per loro valgono comunque molte delle considerazioni che seguono, nella misura in cui le persone transgender intraprendono (almeno da alcuni punti di vista) un percorso di transizione che include aspetti sanitari.

Il percorso di transizione è piuttosto complesso e per certi versi disciplinato dalla legge, in quanto l'ordinamento italiano non permette di intervenire su organi sani a fini non terapeutici, in forza dell'articolo 5 del codice civile.⁸⁰ La RCS è specificamente disciplinata dalla legge n. 164 del 1982, nel suo testo vigente modificato dal DPR n. 396/2000, che all'articolo 3 dispone che "il Tribunale, quando risulta necessario un adeguamento dei caratteri sessuali da realizzare mediante trattamento medico-chirurgico, lo autorizza con sentenza". Tale valutazione del Tribunale può essere supportata da una consulenza

⁷⁹ Le fallimentari terapie riparative tentate nel corso dell'1800 e 1900, anche attraverso la somministrazione di ormoni del sesso biologico, in moltissimi casi hanno portato al suicidio della persona sottoposta a tali trattamenti. Soltanto intorno al 1960 si fece strada l'idea che l'unica "guarigione" della persona transessuale si potesse ottenere adeguando il corpo alla psiche e non viceversa. La psicoterapia odierna, quindi, non mira più a guarire la persona transessuale, non si pone l'obiettivo di farla sentire a proprio agio con il suo sesso di origine, ma la avvia alle terapie endocrinologiche e/o chirurgiche per iniziare il percorso di transizione androginoide (cosiddetto MtF, "male-to-female", da uomo a donna) o ginandroide (FtM, "female-to-male", o da donna a uomo).

⁸⁰ Che recita: "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume".

psicologica e a domanda della persona è seguita da una sentenza di rettificazione anagrafica dei dati personali (nome proprio e sesso attribuito alla nascita).⁸¹

L'iter autorizzativo, pertanto, si innesta in genere nel percorso di transizione, ma non necessariamente. È infatti possibile ricorrere direttamente al giudice in momenti diversi e questi fonderà la propria decisione sulle risultanze della eventuale consulenza tecnica d'ufficio. Il percorso psicodiagnostico e di supporto psicoterapeutico potrà essere intrapreso dalla persona transessuale o attraverso il ricorso all'opera di professionisti privati o presso strutture pubbliche come i Centri di Salute Mentale.

In alternativa a questo percorso esiste la possibilità di rivolgersi a centri specializzati. Non tutti i centri citati presentano le stesse caratteristiche e offrono gli stessi servizi, a partire dal protocollo terapeutico applicato. Infatti, mentre Bari e Napoli seguono il cosiddetto Protocollo ONIG (Osservatorio Nazionale Identità di Genere), il centro di Messina applica il protocollo WPATH (*World Professional Association for Transgender Health*).

Da una valutazione comparativa, effettuata dall'Associazione Crisalide Onlus, emerge che "La differenza sostanziale fra i due protocolli è che mentre quello italiano preclude in assoluto la possibilità di accedere alla terapia ormonale prima di un periodo minimo di sei mesi di psicoterapia, quello internazionale (mondiale) prevede che la psicoterapia non sia obbligatoria, ma eventualmente consigliata da uno psichiatra in casi specifici e particolari, e senza un periodo minimo di durata della stessa. I protocolli WPATH, più dei protocolli ONIG, si attengono alle indicazioni del DSM IV e dell'ICD 10, nei quali, per la diagnosi (e quindi l'inizio della terapia) è essenziale escludere la comorbilità con altre gravi patologie psichiatriche (che comunque i protocolli WPATH non considerano una controindicazione assoluta, *omnia valens*) e la presenza di una "sintomatologia" indicata sia dal DSM sia dall'ICD [...] i protocolli ONIG attribuiscono allo psicoterapeuta una sorta di "potere assoluto decisionale" e [...] non si adatta[no] alle differenti soggettività che si rivolgono alle strutture. Richiedere sei mesi per tutti è in molti casi una prassi diagnostica inutile".⁸²

Allo scopo di indurre determinate caratteristiche generalmente proprie del genere di arrivo, le persone transessuali (e alcune persone transgender) intraprendono in genere una terapia endocrinologica, consistente nell'assunzione di ormoni per la quale, secondo quanto ha stabilito il Tribunale di Torino (con sentenza n. 6673 del 06/10/1997), non è necessaria alcuna autorizzazione. Si tratta di una terapia ormonale sostitutiva (TOS). Nell'adeguamento Femmina-

⁸¹ Da quel momento, la variazione risulta solo nell'atto di nascita integrale: tutti gli altri certificati riportano esclusivamente i nuovi dati personali, ai sensi dell'art. 5 della citata legge 164 del 1982.

⁸² <http://www.azionetrans.it/doveiniziare.html>

Maschio (FtM) l'obiettivo si presta a essere raggiunto con l'uso del solo ormone mascolinizante (testosterone), mentre nell'adeguamento Maschio-Femmina (MtF) è quasi sempre necessario unire agli estrogeni femminilizzanti (estrogeni progestinici) almeno un farmaco antiandrogenico. Il Servizio Sanitario Nazionale non dispensa i suddetti farmaci i cui costi gravano quindi normalmente sulla persona transessuale.

Questo a dispetto del fatto che, come si è detto, la DIG è un disturbo da anni conosciuto e classificato sia dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, sia dall'American Psychiatric Association, e che lo Stato Italiano riconosce in modo esplicito sia l'esistenza della DIG, sia l'assunzione a carico del SSN delle cure adeguate con la legge 14 aprile 1982, n. 164. Anche la Corte Europea per i Diritti Umani (le cui decisioni sono vincolanti anche per lo Stato Italiano) nella sentenza Van Kück contro Germania del 12 giugno 2003 (caso n. 35968/97), dichiarando che *"il transessualismo è ampiamente riconosciuto a livello internazionale come condizione medica"* per la quale la terapia ormonale e l'intervento chirurgico costituiscono un rimedio terapeutico, ha condannato la Germania sulla base degli articoli 6 ed 8 della Convenzione Europea per i Diritti Umani per aver negato, in sede giudiziaria, il rimborso dei costi del trattamento ormonale e chirurgico alla parte attrice. In particolare, la Corte ha stabilito che il mancato rimborso delle spese mediche (terapia ormonale ed intervento chirurgico) costituisce una *"violazione degli obblighi positivi dello Stato"* ai sensi dell'articolo 8 della Convenzione, con riferimento al *"diritto al rispetto della vita privata, e nella fattispecie del diritto all'identità di genere ed allo sviluppo della personalità della parte attrice"*; la risoluzione del Parlamento europeo n. 1117 del 12 settembre 1989, comma 4 invita *"gli Stati membri a prendere le opportune misure affinché i costi del trattamento psicologico, endocrinologico, chirurgico-plastico e estetico per le persone transessuali siano rimborsati dall'assicurazione contro le malattie"*.

Ad esempio nella Regione Toscana, che ha reso gratuite le terapie ormonali, hanno effettuato il trattamento ormonale, necessario per circa un anno prima dell'intervento chirurgico circa una trentina di persone, che tutte insieme costano al servizio sanitario meno di 4 mila euro all'anno. In Regione hanno calcolato che si tratta dello 0,0003 per cento dell'intera spesa farmaceutica".⁸³

A un certo punto del percorso, le persone transessuali autorizzate all'intervento di riconversione chirurgica del sesso hanno la possibilità di sottoporvisi presso uno dei centri specializzati (Napoli o Bari nelle ROC) in regime di convenzione, confrontandosi col problema di lunghissime liste d'attesa

⁸³ Intervistato da Michele Bocci, su *la Repubblica* dell'8 giugno 2006.

(attualmente pari a circa 4 anni a Bari, con tempi più contenuti a Napoli), ovvero in regime di *intramoenia* presso cliniche private, affrontando i relativi costi.

2.3 LA CONDIZIONE DELLE PERSONE CON ETÀ SUPERIORE AI 50 ANNI

2.3.1 IL FENOMENO DELL'INVECCHIAMENTO IN ITALIA

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è un processo che si osserva in tutti i paesi industrializzati, ma che appare particolarmente incidente in Italia ed in molti dei paesi membri dell'Unione Europea. Alla base del fenomeno vi sono due tendenze di lungo periodo: il progressivo declino dei tassi di fertilità e l'aumento secolare della speranza di vita.

Nonostante il crescente ingresso di lavoratori stranieri, mediamente più giovani e più prolifici dei cittadini europei, nei prossimi anni non è previsto l'attenuarsi di tali dinamiche.

Nell'ambito delle azioni di contrasto delle diverse forme di discriminazione che possono sussistere nei confronti di individui o gruppi sociali, particolare rilevanza assume nel nostro paese l'ambito specifico della discriminazione basata sull'età, che spesso si somma ad altri fattori discriminanti, quali il sesso, l'origine etnica, la condizione sociale ed economica, ecc. L'Italia è infatti uno dei paesi al mondo con il maggior peso di popolazione matura ed anziana.

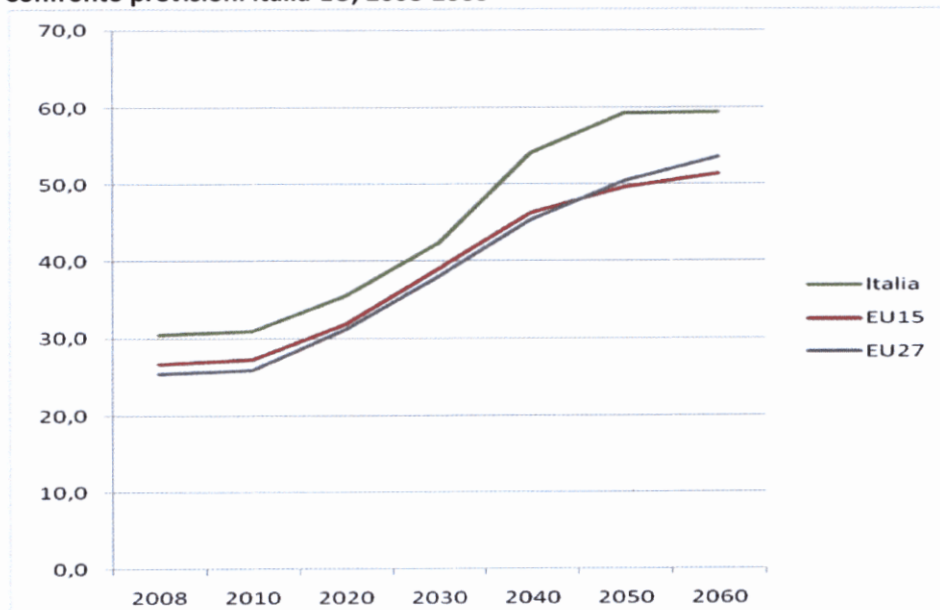
Nell'ultimo rapporto sull'invecchiamento in Europa "The 2009 Ageing Report", la Commissione Europea sottolinea che, tra il 2008 ed il 2060, nella UE27 il tasso di dipendenza passerà dal 25,4% al 53,5% (fig. 1).

L'Italia continuerà ad essere il paese europeo con il più elevato tasso di dipendenza, avvicinandosi al 60% (59,3% nel 2050 contro il 30,5% del 2008).

Sul versante della struttura occupazionale, tale fenomeno, unitamente all'azione di politiche finalizzate a prolungare la permanenza sul mercato del lavoro, anche innalzando progressivamente l'età pensionabile, porterà ad avere una struttura del capitale umano disponibile fortemente sbilanciata verso le classi d'età più elevate.

Anche solo in termini di vantaggio competitivo, appare dunque necessario governare questo fenomeno, sia incentivando gli individui e le imprese a valorizzare le persone in età "matura", sia adottando politiche di contrasto alle diverse discriminazioni tutt'ora imperanti nel nostro paese nei confronti degli over 50 (se non degli over 40-45), soprattutto dal punto di vista occupazionale e di carriera.

Fig. 1 - Tasso di dipendenza della popolazione anziana (65+/(15-64)) – Confronto previsioni Italia-EU, 2008-2060



Fonte: elaborazioni Censis su dati Eurostat, Europop2008

Assistiamo, infatti, ad una situazione contraddittoria in cui, da un lato, si tende a favorire la permanenza dei lavoratori sul mercato del lavoro e dall'altro, non si riesce ancora del tutto a contrastare la tendenza alla loro espulsione, sia per fattori economici (i "giovani" costano di meno) sia per ragioni culturali e sociali (gli "anziani" sono meno produttivi, si investe meno su di loro in termini di aggiornamento professionale e carriera).

Se anche i dati ci mostrano un lieve incremento dei tassi di attività ed occupazione degli over 50 (tab. 1), si tratta essenzialmente di una progressione "automatica", correlata alle dinamiche demografiche, e soggetta a stalli nei periodi di crisi e di conseguente aumento dei tassi di disoccupazione.

Inoltre, ancora ampio risulta essere il divario tra uomini e donne, a causa di diversi fattori tra cui è possibile includere anche l'esistenza di fenomeni di discriminazione "multipla", basata su età e sesso.

Un indicatore di discriminazione correlato è quello relativo alla partecipazione ad attività formative. Nonostante, tra gli occupati, i 50-64enni costituiscano quasi il 23% del totale, la frequenza di attività formative riguarda solo il 4,5% dei lavoratori over50.

Nell'ambito dell'indagine Isfol Plus 2008, il 21,2% degli occupati tra i 50 ed i 64 anni ha dichiarato di avere difficoltà a svolgere il proprio lavoro e/o a tenersi aggiornato. Inoltre, quote intorno al 10% di intervistati over 50 hanno segnalato la

presenza di atteggiamenti di insofferenza da parte del datore di lavoro o della dirigenza o di emarginazione da parte dei colleghi.

Altri indicatori significativi ricavabili dall'indagine Isfol Plus sono:

- **solo il 13% degli over 50 ha dichiarato di aver visitato un CPI;**
- **il 13% degli inattivi over 50 ha segnalato di essere stato costretto a smettere di lavorare per cause riconducibili al lato della domanda (licenziamento, termine contratto, chiusura, ecc.).**

Tab. 1 - Popolazione di 15 anni e più per condizione sesso, età e condizione professionale, 2005-2008 (tassi)

		Tasso di occupazione		Tasso di disoccupazione		Tasso di inattività	
		2005	2008	2005	2008	2005	2008
Maschio	15-49 anni	74,2	74,1	7,1	6,4	20,1	20,9
	50-64 anni	57,6	60,2	3,3	3,1	40,5	37,9
	Totale 50 e più	33,1	34,3	3,1	2,9	65,9	64,6
	Totale 15-64 anni	69,7	70,3	6,3	5,6	25,6	25,6
	Totale 15 e più	57,2	57,3	6,2	5,5	39,0	39,4
Femmina	15-49 anni	51,1	52,2	11,5	9,9	42,3	42,1
	50-64 anni	30,5	34,8	4,0	3,4	68,2	63,9
	Totale 50 e più	14,5	16,5	3,9	3,4	84,9	82,9
	Totale 15-64 anni	45,3	47,2	10,1	8,6	49,6	48,4

	Totale 15 e più	34,1	35,4	10,1	8,5	62,1	61,3
Totale	15-49 anni	62,8	63,2	8,9	7,8	31,1	31,4
	50-64 anni	43,7	47,3	3,5	3,2	54,7	51,2
	Totale 50 e più	22,9	24,6	3,4	3,1	76,3	74,6
	Totale 15-64 anni	57,5	58,7	7,8	6,8	37,6	37,0
	Totale 15 e più	45,3	45,9	7,7	6,7	51,0	50,7

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat-Forze Lavoro

Un ultimo aspetto riguarda il confronto europeo. I dati relativi ai tassi di occupazione, disoccupazione ed attività degli over50 appaiono al di sotto delle medie europee (tab. 2). Particolarmente basso, nonostante l'incremento verificatosi tra il 2005 ed il 2008, in virtù di specifiche politiche finalizzate all'"invecchiamento attivo" ed all'aumento dell'età effettiva di pensionamento, è soprattutto il tasso di attività, che nel 2008 risulta pari, per i 50-64enni a 48,8%, contro il 59,8% dell'Europa a 25 paesi (59,5% UE27) ed al 3,4% per gli ultrasessantatrenni (UE25: 4,4%; UE27: 4,8%).

Tab. 2 - Tassi di occupazione, disoccupazione, attività 50 e oltre - confronto europeo, 2005-2008 (val. %)

		50-64 anni		65 anni e oltre	
		2005	2008	2005	2008
Tasso di occupazione					
Italia		43,7	47,3	3,1	3,3
Unione paesi)	Europea (27)	53,3	56,5	4,3	4,8
Unione paesi)	Europea (25)	53,6	56,7	3,9	4,3
Tasso di disoccupazione					
Italia		3,5	3,2	1,2	1,6
Unione paesi)	Europea (27)	6,7	5,2	1,3	1,4
Unione paesi)	Europea (25)	6,8	5,3	1,4	1,6
Tasso di attività					
Italia		45,3	48,8	3,1	3,4
Unione paesi)	Europea (27)	57,1	59,5	4,3	4,8
Unione paesi)	Europea (25)	57,5	59,8	3,9	4,4

Fonte: dati Eurostat

2.3.2 LA DISCRIMINAZIONE PER ETÀ IN ITALIA: CONCETTO DI DISCRIMINAZIONE PER GLI OVER 50

Man mano che è aumentata la consapevolezza delle conseguenze attuali e future del progressivo invecchiamento della popolazione sulle dinamiche sociali ed economiche, anche in Italia si è cominciato a considerare il nodo critico della popolazione adulta, matura ed anziana, in primo luogo, come “costo sociale”, come evidenzia il lungo processo di riforma del sistema pensionistico e di innalzamento dell’età pensionabile ed, in secondo luogo, come “risorsa” soprattutto economica, attivando politiche per favorire il cosiddetto “invecchiamento attivo” della popolazione.

Nel contempo, è andata maturando una riflessione più accurata sul fenomeno della discriminazione per età, che a partire dal terreno di analisi più evidente, ovvero quello dell’occupazione e delle condizioni di lavoro, ivi compreso l’accesso alle opportunità formative, ha consentito di mettere a fuoco anche altri ambiti di discriminazione nei confronti della popolazione “matura”, spesso misconosciuti o “relegati” alla sola popolazione in età avanzata e con problemi di autosufficienza o condizione economica insufficiente.

D’altra parte, in letteratura si evidenzia come per gli over 50 ancora attivi, non pensionati o comunque senza altre entrate economiche, se non quelle derivanti dalle prestazioni lavorative, è proprio lo stato anche momentaneo di disoccupazione a rendere difficoltoso, se non proprio ambito di veri e propri fenomeni di discriminazione, anche l’esercizio dei propri diritti e doveri di cittadinanza.

Il riconoscimento di una discriminazione basata (anche) sull’età è testimoniato anche dalla diffusione del neologismo in lingua anglosassone “ageism”, che si è affiancato a termini, quali sessismo, razzismo, classismo, ad indicare la attuale crescente percezione negativa, da parte del tessuto sociale, dell’invecchiamento.

D’altro canto, è opportuno considerare che la discriminazione in base all’età, si caratterizza per un livello di complessità particolarmente elevato.

In primo luogo, il contrasto alle discriminazioni basate su stereotipi e pregiudizi deve comunque tenere presente che nel corso della propria vita, una persona può cambiare bisogni e aspirazioni, e che, quindi, per ciascuna classe d’età, esistono specifici elementi culturali e differenti concezioni della qualità della vita. In riferimento alle fasce d’età mature ed anziane, ad esempio, le politiche per l’invecchiamento attivo, devono agire al contempo sui pregiudizi sociali e del mondo del lavoro, a volte fatti propri dallo stesso lavoratore “anziano”, ma anche operare affinché il mondo del lavoro sia “appetibile” e più adatto alle caratteristiche ed ai bisogni di tale lavoratore.

In secondo luogo, i mutamenti sociali ed economici stanno in parte modificando alcuni ambiti di discriminazione per età, sia pur solo mutando gli equilibri tra le diverse classi d’età: è il caso dell’accesso ai mutui bancari per

l'acquisto di immobili, dove la precarizzazione del lavoro che ha interessato soprattutto le giovani generazioni, ha determinato una "rivalutazione" da parte delle banche delle persone anziane, chiamate a garantire, con la loro pensione o il loro stipendio fisso, l'acquisto di una casa da parte di figli e nipoti.

Infine, per la popolazione over50, la discriminazione in base all'età è spesso correlata ad altri fattori discriminatori, aggravando i fenomeni di esclusione sociale e lavorativa basati sul genere, sulla razza o etnia, sulla disabilità, sull'orientamento sessuale, ecc.⁸⁴

Così come in altri ambiti di discriminazione – e come segnalato dalle vigenti normative europee ed italiane⁸⁵ – anche per quanto riguarda i fenomeni di discriminazione nei confronti degli over50, è possibile distinguere tra discriminazioni dirette ed indirette⁸⁶.

Entrambe le tipologie sono ampiamente testimoniate soprattutto sul versante lavorativo e della formazione ed aggiornamento professionale, sia in relazione alle difficoltà di occupazione che si incontrano dopo "una certa età"⁸⁷, sia alle opportunità di accesso all'offerta formativa, soprattutto se organizzata in ambito aziendale. In virtù del Decreto legislativo 216 del 2003, contro le discriminazioni sul lavoro, alcuni dei fattori di esclusione diretta, come quello di

84 Cfr. Isfol-Unità Pari opportunità, "Individuazione e diffusione di modalità specifiche di intervento per il superamento dei fattori economici e socio-culturali derivanti dall'origine etnico-razziale, dalla religione o dalla diversità di opinione, dalle disabilità o dall'età e dall'orientamento sessuale. Prime riflessioni", marzo 2009 "Sebbene non esista una definizione condivisa, negli ultimi anni sempre più frequentemente si parla di discriminazioni multiple o incrociate, laddove i diversi fattori di rischio della discriminazione non si sommano semplicemente, ma agiscono sinergicamente e in maniera esponenziale producendo effetti negativi non sempre facilmente definibili a priori"

85 Nell'Unione Europea, nel 2000, sono state emanate due Direttive, la n. 43 sull'Uguaglianza razziale e la n. 78 relativa alle discriminazioni sul lavoro. In Italia, il decreto legislativo n. 216 del 2003, attuativo della direttiva 2000/78, sancisce il divieto di trattare in modo differenziato uno o più soggetti sulla base della loro età.

86 Più precisamente le direttive europee individuano quattro forme di discriminazione: diretta, indiretta, molestie e "istruzioni a discriminare". Si verifica una discriminazione diretta quando sussiste un trattamento meno favorevole e non giustificato, rispetto ad altri individui con le medesime caratteristiche (a parte l'età) o gruppi sociali. Nel caso dell'età, possono sussistere alcune specifiche eccezioni (ad esempio età minima per partecipare alla vita pubblica, ma la legislazione europea prevede anche possibili eccezioni in ambito lavorativo). La discriminazione indiretta è molto più difficile da individuare, in quanto colpisce il singolo o gruppi sociali in maniera non evidente; è il caso, ad esempio, di una norma, apparentemente neutra, che però mette in una situazione di svantaggio una categoria di persone. La molestia è definita come una condotta non richiesta in relazione a determinate caratteristiche di una persona, con il fine o l'effetto di violarne la dignità o creare un ambiente intimidatorio, ostile, degradante, umiliante o offensivo. Infine, sono considerate discriminazioni anche eventuali ordini da parte dei superiori ad assumere comportamenti discriminatori.

87 Il confine è abbastanza vago, tanto che numerosi progetti ed associazioni preferiscono individuare come soglia minima quella dei 40 anni.

individuare un limite di età per ricoprire una determinata posizione professionale, senza giustificato motivo, sono stati soppressi. Permangono elementi di discriminazione indiretta, laddove pur in presenza di un mercato del lavoro più flessibile e di modalità contrattuali più diversificate (ed anche strumenti di discriminazione positiva, come nel caso del contratto di inserimento, applicabile anche ai lavoratori over50), non sussistono ancora le condizioni ambientali e culturali che consentono un prolungamento dell'attività lavorativa, possibilità di carriera in tarda età e nuovi inserimenti lavorativi.