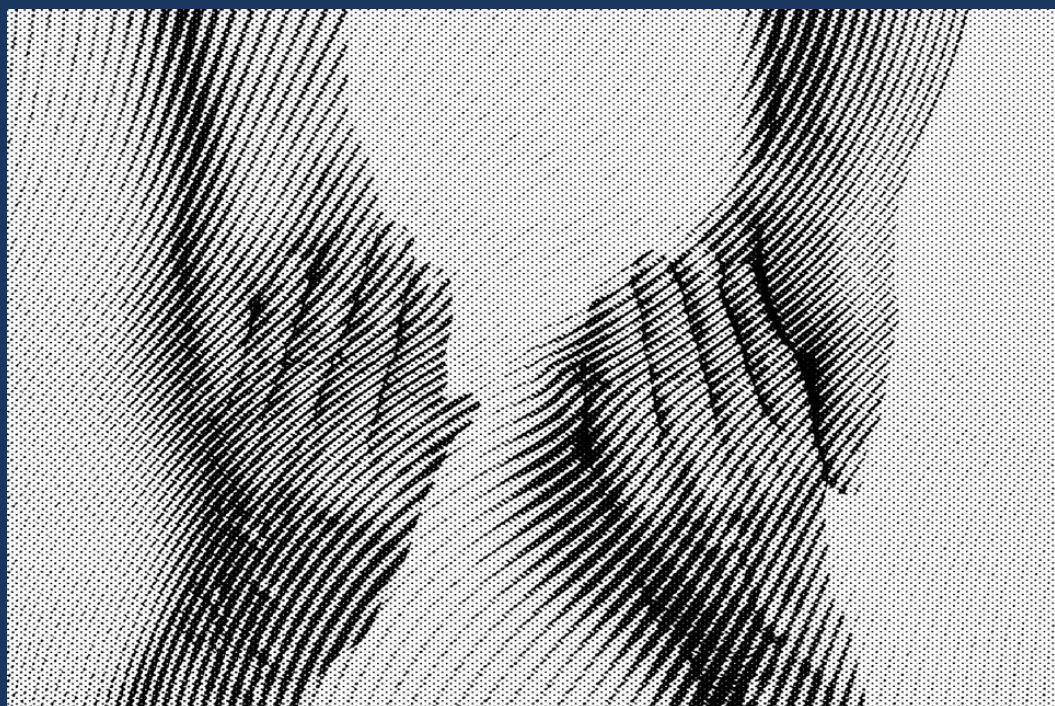


CAREGIVER FAMILIARI E ANZIANI PROFILI GIUSLAVORISTICI DELLE RELAZIONI DI CURA

di Marianna Russo

Prefazione di Tiziana Tesaro



IRPPS MONOGRAFIE

Caregiver familiari e anziani

Profili giuslavoristici delle relazioni di cura

di

Marianna Russo

Prefazione

di Tiziana Tesauro

Caregiver familiari e anziani. Profili giuslavoristici delle relazioni di cura, di Marianna Russo. Roma: Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali 2025, pp. 201 (IRPPS Monografie).

DOI: 10.14600/9788898822287

ISBN 978-88-98822270 versione cartacea

ISBN 978-88-98822287 versione elettronica

Editing, composizione ed elaborazione grafica della copertina: Cristiana Crescimbene

Citare come segue:

Caregiver familiari e anziani. Profili giuslavoristici delle relazioni di cura, di Marianna Russo. Roma: Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali 2025, pp. 201 (IRPPS Monografie).

Il saggio monografico è realizzato nell'ambito del Progetto "Age-it: *Ageing Well in an Ageing Society*" - Spoke 6 "*Silver Economy: lavoro, partecipazione e welfare in età avanzata*" - WP 4 "*Welfare e benessere nel ciclo di vita*", a valere sulle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 4 "Istruzione e ricerca" – Componente 2 "Dalla ricerca all'impresa" – Investimento 1.3., finanziato dall'Unione Europea – NEXTGENERATIONEU PE00000015. Avviso Pubblico D.D. n. 341/2022 Ministero dell'Università e della Ricerca.

Comitato editoriale CNR-IRPPS *e-Publishing*

Sveva Avveduto, Massimiliano Crisci, Mario Paolucci, Fabrizio Pecoraro, Claudia Pennacchiotti, Tiziana Tesaro e Sandro Turcio.

[Editoria elettronica IRPPS](#)

© 2025 CNR-IRPPS



CNR - Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali
Via Palestro, 32 - 00185 Roma, Italia.

INDICE

PREFAZIONE

<i>Traiettorie di cura in bilico</i> tra obbligazioni morali e mancate tutele13	
di <i>Tiziana Tesaurò</i>	

INTRODUZIONE

La cura familiare nell'attuale scenario demografico. La domanda di ricerca21	
--	--

CAPITOLO 1 | La cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti:

perimetrazione del fenomeno oggetto di indagine29	
---	--

SEZIONE PRIMA | *La cura nella prospettiva giuridica*.....29

1. La nozione di cura e la sua riconduzione nel diritto costituzionale alla salute.....29	
2. L'assenza di una specifica definizione giuridica di cura, anche alla luce dei più recenti interventi normativi in materia32	
3. La dimensione sociale della cura in una prospettiva multilivello33	
3.1 La (difficile) sostenibilità economica35	
4. La cura tra sanità pubblica, mercato e famiglia: il c.d. <i>welfare</i> fai-da-te36	
4.1 I rischi del <i>cash for care</i> (IDA, Bonus Anziani e altri sussidi)37	

SEZIONE SECONDA | *I prestatori e i destinatari della cura in ambito familiare*.....41

1. Premessa sui prestatori di cura tra le mura domestiche41	
1.1 I caregiver professionali. Cenni41	
1.2 I caregiver familiari (o informali). Distinzione tra puri e ibridi43	
2. L'individuazione dei destinatari dell'assistenza familiare nel contesto demografico in trasformazione45	
2.1 L'inafferrabilità della categoria degli anziani46	
2.2 La definizione di persona anziana nel d. lgs. n. 29/202447	
3. Anzianità, vulnerabilità e fragilità nell'intreccio tra il d. lgs. n. 29/2024 e il d. lgs. n. 62/2024.....49	
4. Disabilità, anzianità e non autosufficienza negli ultimi interventi normativi51	

CAPITOLO 2 | I fondamenti giuridici del dovere di cura familiare.....55

1. Premesse sul dovere di “prendersi cura” dei familiari anziani non autosufficienti tra etica e diritto	55
2. I principi costituzionali del caregiving familiare	57
3. La cura verso gli anziani non autosufficienti nel diritto di famiglia	58
3.1 I soggetti obbligati: il coniuge	59
3.2 Il partner dell'unione civile	63
3.3 Il convivente di fatto	64
3.4 I figli conviventi	65
3.5 I figli non conviventi, i parenti, gli affini e l'obbligo alimentare	66
4. I profili penalistici della violazione degli obblighi di assistenza familiare	68
5. Il perimetro dell'obbligo di cura familiare in chiave giuslavoristica	71
6. Il rapporto tra caregiver e assistito nella legge e nella giurisprudenza.....	75
6.1 Il confronto con una stimolante pronuncia della <i>Cour de cassation</i> francese	77
7. La dimensione sociale della cura familiare nel prisma della giurisprudenza	78

CAPITOLO 3 | L'inquadramento giuridico del caregiver familiare tra lavoro e non-lavoro: nodi irrisolti e contraddizioni.....81

SEZIONE PRIMA | *Il riconoscimento giuridico del caregiver familiare*.....81

1. Il lento percorso di riconoscimento giuridico del caregiver familiare: le sollecitazioni provenienti dal diritto europeo e internazionale.....	81
2. Il (faticoso) riconoscimento del caregiver familiare nell'ordinamento italiano: i prodromi nella legge n. 104/1992.....	85
2.1 La legge n. 205/2017: la definizione di caregiver familiare.....	86
2.2 L'individuazione del destinatario dell'attività di cura	87
3. Il confronto tra la definizione nazionale e la legislazione regionale antecedente: poche luci e molte ombre.....	87
4. Lacune e criticità nell'applicazione dell'attuale disciplina sul caregiver familiare.....	90
4.1 Il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare: risorse stanziare e non erogate ai destinatari originari	91
4.2 L'assenza di coordinamento con le disposizioni sulla non autosufficienza	92
4.3 L'individuazione del caregiver tra scelta, consenso e registrazione	93
4.4 Critiche al riconoscimento del valore economico e sociale sprovvisto di tutele.....	97
4.5 Le modalità di svolgimento della cura familiare: problemi aperti	99

SEZIONE SECONDA <i>Il caregiving familiare tra lavoro e non-lavoro</i>	101
1. Lavoro produttivo vs. lavoro riproduttivo	101
2. Gratuità vs. onerosità	103
3. Professionalità vs. non professionalità	106
3.1 Il caso dell'impresa familiare	109
4. L'insostenibilità a lungo termine del vincolo familiare come <i>discrimen</i>	111
CAPITOLO 4 Le tutele per i caregiver familiari	113
1. Quale tutela per i caregiver familiari nell'ordinamento italiano?	113
1.1 Quali caregiver?	116
1.2 Quale lavoro?	119
2. Le misure di conciliazione per i <i>working carers</i>	120
2.1 Sospensione del rapporto di lavoro: permessi e congedi per i caregiver familiari	121
2.2 La flessibilità dei tempi di lavoro: il part-time	124
2.3 La scelta del luogo di lavoro	128
2.4 La priorità nella modalità di lavoro agile	130
2.5 I benefici previdenziali	132
3. Il ruolo del <i>welfare</i> aziendale nel rafforzamento delle tutele per i caregiver familiari	135
4. Sussidi economici, agevolazioni fiscali e servizi per i caregiver <i>tout court</i> : esperienze regionali	137
5. L'effettività delle tutele al vaglio giurisprudenziale	140
5.1 Gli accomodamenti ragionevoli per i caregiver familiari: la sentenza della Corte di Giustizia UE dell'11 settembre 2025	142
CAPITOLO 5 Le tutele per i caregiver informali nei Paesi Bassi: profili comparatistici	145
1. servizi formali e informali di assistenza a lungo termine in Europa: le differenze Nord e Sud	145
2. Le ragioni di una comparazione tra l'Italia e i Paesi Bassi	147
3. Cenni sul quadro demografico e socioeconomico olandese	148
4. L'evoluzione del sistema di assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi	149
4.1 I destinatari dell'assistenza	151
4.2 Le modalità di <i>long-term care</i>	152

4.3 Le criticità del sistema olandese	154
5. I Paesi Bassi e la sfida della cura informale	156
6. Il riconoscimento giuridico del caregiver informale olandese (<i>mantelzorg</i>)	158
7. Le tutele per i caregiver informali	160
7.1 Tutele specifiche per i <i>working carers</i>	161
8. Spunti di riflessione dalla comparazione con il modello olandese	164
OSSERVAZIONI CONCLUSIVE: PROPOSTE PER LA DEFINIZIONE DI UNO “STATUTO” DEL CAREGIVER FAMILIARE	167
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	175
IRPPS MONOGRAFIE.....	199

RINGRAZIAMENTI

Il lavoro del ricercatore non è solitario come potrebbe apparire e ne è conferma la gestazione di questo volume, nato e sviluppato all'interno dell'IRPPS-CNR, dove ha trovato un terreno fecondo nel confronto interdisciplinare e nello spirito di collaborazione.

Desidero, perciò, esprimere la mia gratitudine nei confronti del Direttore, dott. Mario Paolucci, per aver accolto e incoraggiato questa iniziativa, della responsabile scientifica del mio progetto di ricerca, dott.ssa Tiziana Tesauro, per aver ispirato e seguito ogni passo di questo percorso di studio e riflessione, della sig.ra Cristiana Crescimbene per l'accurato lavoro di editing dell'opera e di tutti i ricercatori coinvolti nel progetto Age-It per lo scambio di idee sempre stimolante.

Rivolgo, infine, un sentito ringraziamento a chi, con generoso impegno, ha dedicato tempo e attenzione al referaggio di questo saggio monografico, arricchendolo con i suoi preziosi suggerimenti.

«Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale
e ora che non ci sei è il vuoto ad ogni gradino.
Anche così è stato breve il nostro lungo viaggio».

Eugenio Montale, *Ho sceso, dandoti il braccio, almeno un milione di scale*, 1967

«Dove è che corre, non sarà stanca?
Ma no, solo un poco, molto, non importa.
O lo ama, o si è intestardita.
Nel bene, nel male, e per l'amor di Dio».
Wisława Szymborska, *Gente sul ponte*, 1986

«Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie,
dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via,
dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo,
dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai.

Ti solleverò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore,
dalle ossessioni delle tue manie.

Supererò le correnti gravitazionali,
lo spazio e la luce per non farti invecchiare

E guarirai da tutte le malattie
perché sei un essere speciale
ed io avrò cura di te».

Franco Battiato, *La cura*, 1997

«Anni fa, uno studente chiese all'antropologa Margaret Mead quale riteneva che fosse il primo segno di civiltà in una cultura. Lo studente si aspettava che Mead parlasse di ami, pentole di terracotta o macine di pietra. Ma non fu così. Mead disse che il primo segno di civiltà in una cultura antica era un femore rotto e poi guarito. Spiegò che nel regno animale, se ti rompi una gamba, muori. Non puoi scappare dal pericolo, andare al fiume a bere qualcosa o cercare cibo. Sei carne per bestie predatrici che si aggirano intorno a te. Nessun animale sopravvive a una gamba rotta abbastanza a lungo perché l'osso guarisca. Un femore rotto che è guarito è la prova che qualcuno si è preso il tempo di stare con colui che è caduto, ne ha bendato la ferita, lo ha portato in un luogo sicuro e lo ha aiutato a riprendersi. Mead disse che aiutare qualcun altro nelle difficoltà è il punto preciso in cui la civiltà inizia. Noi siamo al nostro meglio quando serviamo gli altri. Essere civili è questo».

PREFAZIONE

di *Tiziana Tesauro*

Traiettorie di cura in bilico tra obbligazioni morali e mancate tutele

Questo saggio monografico costituisce indubbiamente una significativa occasione per riflettere da una duplice prospettiva, sociale e giuridica, su un tema di grande rilevanza: il *caregiving*, ovvero la cura familiare di anziani non autosufficienti. Fin dal titolo l'autrice introduce i protagonisti della sua lunga e appassionata riflessione: da un lato gli anziani, sempre più numerosi e longevi, dall'altro i caregiver ovvero, nella definizione di Eurocarers¹, i familiari, di qualsiasi età, che forniscono assistenza, in genere senza remunerazione, al di fuori di un rapporto di lavoro formale o professionale, ad un altro familiare. I caregiver dunque non sono professionisti della cura, quali per esempio medici, infermieri, terapisti, bensì mariti/compagni, mogli/compagne, il più delle volte figli, che diventano prestatori di cura nelle pieghe della quotidianità e all'ombra delle mura domestiche.

Con ogni probabilità in molti abbiamo, o abbiamo avuto, esperienza più o meno diretta di questo tipo di cura che affonda le sue radici nell'attività dell'*ad-assistere*, cioè in quella pratica dello *stare vicino* all'altro offrendo il proprio aiuto nelle svariate dimensioni della vita, anche nelle dimensioni materiali.

Per indicare questa particolare tipologia di cura la lingua inglese usa il termine *care*, differenziandola da *cure*, ovvero dalla cura finalizzata alla guarigione, attraverso trattamenti e terapie. La cura come *care* non si configura quasi mai, o almeno mai soltanto come guarigione, ma piuttosto come una *presa in carico* e si può esprimere attraverso la costruzione di una progettualità nuova *essendo-con* colui di cui si prende cura. In questo senso rinvia, in una cornice filosofica e fenomenologica, alla nozione heideggeriana di cura, che caratterizza la relazione con l'altro ed è iscritta nella categoria del senso dell'esistenza stessa che è appunto una *co-esistenza*, ovvero un *essere-con* l'altro nel mondo. Secondo Heidegger dunque è questo *essere-con* il principio costitutivo dell'esistenza e della nostra condizione umana: siamo umani perché co-esistiamo, nel mondo con i nostri simili, e il vero

¹ European Association Working for Carers, <https://eurocarers.org/about-carers/>

co-essere è un *co-esserci*, ovvero un *avere cura* offrendo agli altri la possibilità di trovare se stessi e di realizzare il proprio essere (Galimberti 2018: 237).

Nell'esperienza quotidiana il *caregiving*, spesso, si declina proprio in questo modo, ovvero come pratica dell'assistere, *essendoci* per aiutare l'altro a trovare se stesso e a realizzare il proprio essere nella situazione di bisogno in cui si trova.

Così come lo conosciamo il *caregiving* è un fenomeno diffuso in tutta Europa dal momento che in tutti i paesi europei la *fonte principale di cura* è da sempre costituita dai *familiari*, siano essi conviventi o meno (Ranci, Pavolini 2024). Si stima che circa il 15% della popolazione adulta europea svolga compiti di cura, rivolta a familiari oppure amici, in qualità di caregiver informale (European Commission 2021b); in Italia i caregiver sono circa sette milioni.

Come nasce questo fenomeno? In cosa si radica?

È questo il primo cruciale interrogativo che l'autrice, in una prospettiva giuridica, pone quando si chiede: «Il *caregiving* nasce dal legame di sangue e affettivo e si fonda esclusivamente sul dovere morale e sociale di prendersi cura del familiare anziano non autosufficiente oppure sussistono veri e propri fondamenti giuridici dell'obbligo di cura familiare?» (introduzione).

Il Codice Civile agli artt. 433 e ss. disciplina gli obblighi degli alimenti, prevedendo espressamente l'obbligo di mantenimento da parte dei figli, anche adottivi, se il genitore anziano versa in stato di bisogno. Si tratta dunque *solo* di un'obbligazione alimentare, non riguarda la dimensione pratica e materiale del prendersi cura. Per quanto riguarda invece questa dimensione, l'obbligo giuridico si limita ai nuclei conviventi. Chiarisce l'autrice «il dovere giuridico di cura familiare, così come emerge dalla disanima della disciplina codicistica, risulta circoscritta al *nucleo familiare convivente*, ossia a quei familiari che hanno la stessa residenza anagrafica e una comunione di vita e di affetto basata sulla condivisione quotidiana» (cap. 2, § 6). Per tutti gli altri, per coloro cioè che conviventi non sono, non sussiste nessun obbligo giuridico che fonda le relazioni di cura perché, per la disciplina giuridica, queste relazioni si inscrivono nell'obbligazione morale che lega genitori e figli, anche quando non più sotto lo stesso tetto. Così facendo si interpreta la cura come un "affare" di cui le famiglie sanno, possono e (debbono) occuparsi, senza che sia necessario un qualche intervento esterno.

Le norme, di fatto, sono lo specchio della società che le produce, riflettono la cultura di un popolo, evolvono e cambiano sulla spinta di fattori storici, sociali e politici. In questo caso la giurisprudenza riflette, e rafforza, una concezione familista della cura che in Italia ha radici lontane e storicamente permea le (mancanti) politiche pubbliche.

Saraceno e Keck (2011), osservando come in diversi paesi europei vengono trattate le obbligazioni familiari, giungono a distinguere tre regimi intergenerazionali fondamentali:

1. regimi di *defamilizzazione*, in cui i diritti della cura sono attribuiti su base individuale e conducono alla realizzazione di una rete di servizi pubblici dotata di notevole completezza, oppure alla creazione di un ampio mercato privato della cura, riducendo in ogni caso le obbligazioni familiari;

2. regimi di *familismo sostenuto* dove l'intervento pubblico, fondato soprattutto su misure di *cash for care*, sostiene, sia finanziariamente sia tramite servizi sociali, le attività di cura della famiglia, anche promuovendo forme di conciliazione tra lavoro e cura;

3. regimi di *familismo implicito* in cui le politiche pubbliche non offrono alternative alle famiglie né sono in grado di garantire loro un adeguato sostegno economico, limitandosi a interventi limitati e/o residui.

Secondo questa classificazione i regimi possono essere identificati in base alla loro capacità di creare sistemi di diritti e/o prestazioni in grado di liberare le famiglie da obbligazioni specifiche, in grado cioè di realizzare un processo di defamilizzazione. Si deve a Esping-Andersen (1999) una definizione precisa del concetto: si dà defamilizzazione ogni volta che una responsabilità sociale in carico alle famiglie viene spostata, sulla base di interventi pubblici o privati, al di fuori di esse. In base a questo concetto dunque l'estensione delle responsabilità pubblica di fornire servizi di cura è vista in contrasto con le obbligazioni familiari; è così soprattutto nei paesi scandinavi, dove la cura viene garantita dallo stato sulla base di diritti universalistici, meno nei paesi dell'Europa continentale e meridionale, caratterizzata dalla privatizzazione della cura entro le mura domestiche.

In Italia l'estensione della responsabilità pubblica si è scontrata con una persistente inerzia istituzionale (Ranci, Arlotti e Garavaglia 2024) e al tempo stesso, leggendo questo testo, con una concezione della cura come realtà metagiuridica che appartiene al mondo della morale piuttosto che del diritto. Perché, spiega l'autrice, «se il caregiving consistesse nell'adempimento di un obbligo giuridico, l'ordinamento dovrebbe riconoscerne il ruolo e individuare le tutele più adeguate ed efficaci contro il rischio di marginalizzazione sociale, economica e professionale che affligge i congiunti che prestano assistenza» (introduzione).

È questo il cuore di questo lavoro che prova a suggerire la strada di una maggiore responsabilità collettiva, proprio attraverso il riconoscimento giuridico del caregiving.

Sembra quasi un paradosso e sorge spontanea la domanda: derubricare il caregiving come l'adempimento di un obbligo giuridico potrebbe, in prospettiva, caricare una volta di più le famiglie, incasellandole dentro il dovere di cura non perché *solo* moralmente indotte, ma perché giuridicamente obbligate? E ancora. Piuttosto che defamilizzare, è lecito pensare che si potrebbe favorire un rafforzamento del familismo che da implicito, assumerebbe sempre più una connotazione esplicita e ulteriormente disciplinata normativamente?

Sono questioni aperte. Eppure, secondo l'autrice, il riconoscimento giuridico è la strada da imboccare nell'interesse stesso dei caregiver e per uscire dall'attuale empasse in base al quale «dietro l'apparenza di un'innovativa presa di coscienza del ruolo sempre più essenziale svolto dal caregiver familiare, si finisce per ribadire la tradizione familista, racchiusa nello spontaneismo di una condotta celebrata come preziosa, ma relegata nel segreto delle mura domestiche. È l'ennesima occasione mancata per un serio approfondimento della questione, al fine di verificare se, sotto un profilo giuridico e, in particolare, giuslavoristico, altre soluzioni siano possibili» (cap. 3, sez. 1, § 4.4). Soluzioni che potrebbero migliorare le condizioni di vita di molti caregiver, soprattutto quando le vite diventano per lo più centrate sull'organizzazione quotidiana di pratiche e azioni finalizzate alla cura dell'altro.

La questione non è banale soprattutto se si considera che le mancate tutele minano la salute del caregiver, indebolendo la sua capacità di cura e la tenuta della rete familiare.

Da tempo la letteratura psicologica ha rilevato il fenomeno del *Caregiver Burden*, ovvero il peso dell'assistenza percepito dal caregiver, un aumento del livello di stress che si traduce in un disagio psicologico e facilità ad ammalarsi (Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, Lachs 2014).

Da tempo le associazioni dei familiari chiedono maggiore attenzione al tema (cfr. Patto per il nuovo welfare della non autosufficienza, <https://www.pattononautosufficienza.it/>) dal momento che la cura, soprattutto quando risponde a esigenze complesse e prolungate nel tempo, cambia la vita quotidiana e le biografie individuali *di chi cura*.

Negli anni sessanta del secolo scorso Anselm L. Strauss, uno dei pensatori più innovativi della scuola interazionista americana, e Barney Glaser, a seguito di una ricerca durata sei anni sulla gestione della morte in ospedale, elaborano un concetto capace di far luce sugli effetti reciproci che i malati, i professionisti e la struttura istituzionale hanno sulla gestione della morte in ospedale, il concetto di *traiettorie*. Successivamente il concetto fu applicato alle malattie croniche facendo riferimento non solo al percorso fisiologico della patologia e conseguentemente

del paziente, ma anche a tutta l'organizzazione del lavoro ad esso finalizzata (ruoli, compiti, competenze, ma anche una buona dose di *savoir faire*) (Strauss, Corbin). Il concetto venne così utilizzato per fare luce sul lavoro di cura domiciliare dove, la gestione della malattia cronica, si incrocia con tutte le altre dimensioni della vita quotidiana e con le biografie personali (Vicarelli) e tocca tutte le sfere della vita *di chi cura*.

In questa sede è utile richiamare il concetto per pensare la cura non come un evento isolato e sporadico, ma come un *percorso* che ha una *direzione* e una *durata*: chi cura si muove intorno a chi ha bisogno di assistenza e per tutto il tempo necessario. E nel farlo impara a organizzare e fronteggiare un lavoro che richiede competenze e disponibilità e che, sovente, finisce per impattare su molte altre dimensioni di vita. Non è raro infatti che la direzione e l'organizzazione della cura diventino il centro della vita quotidiana di chi cura, in virtù di un impegno costante e prolungato nel tempo. A questo proposito l'autrice riporta i dati (CNEL 2024) in base ai quali il 47,3% dei caregiver familiari è impegnato per più di 40 ore alla settimana e nel 70% dei casi, il carico assistenziale si protrae per oltre 5 anni, impedendo lo svolgimento di altre occupazioni al di fuori delle mura domestiche.

A fronte di ciò le (urgenti) questioni poste dal saggio monografico di Marianna Russo ci invitano ad una riflessione non solo sulla resistenza delle famiglie che, in assenza di adeguati supporti, non scelgono ma si adeguano e fronteggiano i carichi di cura spesso (quasi) in solitaria, ma su come le mancate tutele per i caregiver siano, di fatto, il prodotto del mancato riconoscimento della cura come un diritto sociale di cittadinanza.

È di questi giorni la notizia: a Castelfranco Emilia, un uomo di 92 anni ha ucciso la moglie di 88, malata di Alzheimer e poi si è tolto la vita. È l'ennesima tragedia che racconta il dramma di chi è al collasso, è un grido disperato nella solitudine. In un'intervista a VITA la ministra per la disabilità Locatelli diceva «è venuto il momento di trovare un punto di caduta e un accordo trasversale per un'adeguata cornice normativa» che inquadri appunto la figura del caregiver (<https://www.vita.it/caregiver-la-tragedia-della-solitudine>). In attesa che ciò accada, vale la pena sottolineare l'importanza di una riflessione dedicata, soprattutto in considerazione del fatto che la tenuta del caregiving è messa a dura prova dai cambiamenti socio-demografici in atto.

Da un lato lo squilibrio demografico determinatosi a causa del contemporaneo aumento della popolazione anziana e della progressiva riduzione della popolazione giovanile per via del calo delle nascite, dall'altro l'aumento dell'occupazione

femminile, comportano una riduzione della platea dei potenziali caregiver, rendendo sempre più arduo immaginare che le famiglie possano assolvere da sole ai crescenti compiti di cura. A ciò si aggiunge un cambiamento delle opinioni della popolazione verso la cura. Una rilevazione recente dell'Eurobarometro (Berlingieri et al. 2023) segnala che i cittadini europei richiedono maggiori investimenti finanziari pubblici soprattutto in due settori: le cure sanitarie e il *long-term care*. La priorità per questi due settori è un segnale importante perché mostra un iniziale cambiamento di rotta: i valori della solidarietà familiare sono ancora forti e largamente sentiti nella popolazione, ma cresce la consapevolezza che il *caregiving* familiare non sia più sufficiente a fronteggiare i bisogni di cura, e che lo spazio delle politiche sia destinato a diventare sempre più importante, non solo per la cura delle persone non autosufficienti, ma anche per sostenere e coadiuvare le stesse reti di aiuto familiare.

È allora di queste reti che possiamo prenderci cura, iniziando a far uscire dall'ombra delle mura domestiche la figura del caregiver, facendo luce sulle complesse dinamiche della cura con una riflessione consapevole e (magari) accogliendo alcuni dei suggerimenti che l'autrice ci dà a chiusura del suo lavoro.

Bibliografia

- Adelman R. D., Tmanova L. L., Delgado D., Dion S. & Lachs M. S. (2014). *Caregivers burden: a clinical review*. Jama, 311(10)
- Berlingieri F., Casabianca E., D'Hombres B., Kovacic M., Mauri C., Nurminen C., Schnepf S., Stepanova E. (2023). *Preferences for Redistribution and Social Policies in the EU*, European Commission, JRC131983.
- Galimberti U. (2018). *Coesistenza*, voce in *Nuovo dizionario di psicologia. Psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*. Milano: Feltrinelli.
- Esping-Andersen G. (1999). *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford: Oxford University Press; trad.it *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*. Bologna: il Mulino. 2000
- European Commission (2021). *Study on Exploring the Incidence and Costs of Informal Long-Term Care in the EU*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ranci C., Arlotti M., Garavaglia E. (2024). Policy inaction. L'inerzia delle politiche LTC in Italia e le sue ragioni. *Politiche Sociali, Addio welfare all'italiana? Mutamento e resistenze tra investimento e protezione sociale*, Anno XI, 3: 531-552. Bologna: il Mulino.
- Ranci C., Pavolini E. (2024). *Le politiche di welfare*. Bologna: il Mulino.

- Saraceno C., Keck W. (2011). Towards an Integrated Approach for the Analysis of Gender Equity in Policies Supporting Paid Work and Care Responsibilities. *Demographic research*, vol. 25, 11: 371-406.
- Strauss A.L., Corbin J. (1988). *Unending work and care: managing chronic illness at home*. Jossey-Bass Publishers.
- Vicarelli G. (2023). Un gigante misconosciuto. *Salute e società*, XXII, 3: 11-13 Milano: Franco Angeli.

INTRODUZIONE

La cura familiare nell'attuale scenario demografico. La domanda di ricerca

«La cura è al centro dell'umanità. Tutti gli esseri umani dipendono dalla cura, sia come destinatari che come prestatori» (OIL 2018: 6)².

L'interesse manifestato dall'OIL nell'ampio report del 2018 esprime chiaramente quanto l'attività di cura sia «cruciale per il futuro del lavoro dignitoso» (OIL 2018: 1). D'altronde, non si tratta di una novità: per la sua rilevanza e il notevole impatto multidimensionale, la cura – nell'accezione più ampia del termine (v., *infra*, cap. 1, sez. 1, § 1) e nelle sue innumerevoli sfaccettature – è da oltre cinquanta anni oggetto di studi pluridisciplinari a livello internazionale, europeo e italiano³.

I dati sull'entità del fenomeno sono impressionanti, sia per il numero di soggetti coinvolti che per i costi pubblici e privati della c.d. *care economy*. Secondo le stime dell'OIL (2024: 5), l'economia dell'assistenza rappresenta 381 milioni di posti di lavoro a livello globale, pari a circa l'11,5% dell'occupazione totale. L'attività di cura non retribuita, principalmente svolta all'interno dei nuclei familiari, contribuisce all'economia globale con un apporto stimato di 11.000 miliardi di dollari all'anno e, sempre a livello mondiale, 606 milioni di donne in età lavorativa sono escluse dal circuito produttivo perché impegnate nella responsabilità e nella gestione della cura, incrementando le disuguaglianze di genere.

Inoltre, l'esperienza emergenziale causata dalla pandemia di Covid-19 e la forte pressione della transizione demografica in atto – concetto mutuato dalle scienze sociali, che ormai rappresenta la premessa e la cornice di riferimento di molte riflessioni giuridiche (Cnel 2025) – hanno impresso una forte accelerazione all'attenzione mediatica e al dibattito scientifico sull'attività di cura (ONU 2023), nonché alla produzione legislativa in materia, come dimostrano le rilevanti novità normative degli ultimi anni⁴.

² Il report non è disponibile in italiano e, per tale ragione, la traduzione non è ufficiale.

³ Non è possibile elencare in un'unica nota una rassegna degli innumerevoli studi in materia, sia dal versante istituzionale che dottrinale, per cui ci si riserva di richiamare, di volta in volta, i principali riferimenti bibliografici sugli argomenti trattati.

⁴ Per citare i capisaldi, v. l. 22.12.2021, n. 227; d. lgs. 30.06.2022, n. 105; l. 23.03.2023, n. 33; d. lgs. 15.03.2024, n. 29; d. lgs. 3.05.2024, n. 62.

L'attuale tendenza demografica è caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione⁵, che rappresenta il risultato della combinazione tra l'incremento dell'aspettativa di vita⁶ e la riduzione della natalità⁷. Ciò comporta un aumento del numero dei *seniores*, in un processo di "degiovanimento"⁸ della società (Battisti 2025: 18; Battisti 2024).

Pur trattandosi di un fenomeno di portata globale, che sta interessando tutte le regioni del mondo, benché con estensione e velocità variabili⁹, l'Italia è uno dei Paesi maggiormente colpiti dalla nuova fase demografica: con il 24,3% della popolazione di età superiore ai 65 anni¹⁰ è al secondo posto a livello mondiale, subito dopo il Giappone¹¹, e al primo posto tra le nazioni europee.

A questo primato consegue l'arduo compito di precursore nell'affrontare le numerose sfide poste dalla longevità nei diversi ambiti sociali ed economici (Commissione UE 2024): uno di questi è sicuramente il considerevole aumento della domanda di cura nei confronti degli anziani. Per quanto, nell'ultimo decennio, gli ultrasessantacinquenni abbiano guadagnato più di un anno di speranza di vita in buona salute, il Rapporto Istat (2020) evidenzia come, nel 2019, il 44,3% degli anziani tra i 65 e i 74 anni presenti multimorbilità, ossia almeno tre patologie croniche. Per la fascia della popolazione di età superiore (tra i 75 e gli 84 anni) la percentuale sale al 56,1%, mentre si attesta al 66% tra coloro che hanno compiuto gli 85 anni. Per di più, nel 2019 le demenze senili e l'Alzheimer hanno colpito circa seicentomila ultrasessantacinquenni che vivevano in famiglia (dalla

⁵ Secondo le previsioni ONU, il numero di persone di età pari o superiore a 65 anni raddoppierà nel 2050, superando 1,6 miliardi a livello globale (ONU 2023: 3).

⁶ Secondo il Report Istat 2024, pubblicato il 31.03.2025, nel 2024 la speranza di vita alla nascita è stimata in 81,4 anni per gli uomini e in 85,5 anni per le donne, valori superiori rispetto a quelli registrati nel 2019.

⁷ Secondo le previsioni ONU (2024), il tasso di fecondità totale globale, attualmente di 2,25 figli per donna in età fertile, notevolmente inferiore al 3,2 del 1990, è destinato ad un'ulteriore riduzione nel 2050 (2,1 secondo le previsioni). In Italia i dati si presentano ancora più allarmanti: secondo l'Istat (2024), si registra un ulteriore calo della fecondità rispetto all'anno precedente, e il numero medio di figli per donna si attesta a 1,18. V. anche Cnel 2024a.

⁸ Neologismo coniato dal demografo Rosina e accolto dall'Enciclopedia Treccani.

⁹ I dati statistici (ONU 2023) indicano che l'invecchiamento demografico è più avanzato nei Paesi maggiormente sviluppati (Europa, nord America, Australia, Nuova Zelanda e nella maggior parte dell'Asia orientale e sud-orientale), ma sta progredendo a rapidità vertiginosa nei Paesi in via di sviluppo.

¹⁰ Dati Eurostat estratti nel mese di febbraio 2025: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing#Median_age_is_highest_in_Italy_and_lowest_in_Cyprus.

¹¹ Con il 29,6% della popolazione *over* 65: dati pubblicati il 17.02.2025 in <https://www.statista.com/statistics/1149301/japan-share-of-population-aged-65-and-above/>.

stima sono stati esclusi gli anziani istituzionalizzati), pari al 4,2% della popolazione anziana, percentuale che tocca il 15,4% se si prendono in considerazione gli ultraottantacinquenni. Dal citato Rapporto Istat emerge che circa un milione e cinquecentomila anziani hanno gravi difficoltà nella cura personale e l'84,4% di questi riferisce di ricevere aiuti dai familiari (conviventi e non).

A completare il quadro si aggiunge il crescente squilibrio demografico, ossia il progressivo divario tra popolazione anziana e infantile: in Italia il rapporto tra i bambini di età inferiore ai sei anni e gli anziani ultrasessantacinquenni è di 1 a 6 (Istat 2020).

L'analisi di questi dati evidenzia non soltanto un incremento della domanda di cura nei confronti di un numero sempre maggiore di anziani e per un lasso temporale più lungo – conseguenza dell'allungamento dell'aspettativa di vita – ma anche la trasformazione dei bisogni da soddisfare in ambito familiare, che, a causa della denatalità, sono sempre meno rivolti alle esigenze dei minori e all'assolvimento delle funzioni genitoriali e risultano maggiormente assorbiti dai familiari che invecchiano.

In questo scenario fenomenologico si inserisce il crescente interesse del legislatore nei confronti dell'attività di cura: la produzione normativa in materia è, al tempo stesso, frutto delle trasformazioni del contesto socioeconomico sopra tratteggiato e fattore di accelerazione per il suo sviluppo.

Il tema della cura si presenta così vasto e variegato da offrire alla riflessione giuslavoristica molteplici profili d'indagine in territori poco esplorati o, comunque, molto fertili, sia nella dimensione individuale che collettiva, nonché nella prospettiva della sicurezza sociale, mettendo in discussione le tradizionali categorie giuridiche e sfidando l'interprete a superare i rigidi confini tra lavoro e non-lavoro, tra gratuità e retribuzione, evidenziando le criticità e le smagliature nella fragile rete di tutele apprestate dall'ordinamento giuridico, ma anche le potenzialità di un serio sforzo sistematico alla ricerca di punti fermi e diritti esigibili.

Pur nella consapevolezza dell'ampia gamma di percorsi di ricerca che potenzialmente si dipanano, il presente studio monografico si concentra sull'attività di cura svolta in ambito familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti, intraprendendo, così, il sentiero forse più nascosto, eppure imprescindibile, stante la pressione del cambiamento demografico in corso e del primato italiano nella percentuale di popolazione ultrasessantacinquenne.

Tale scelta, da un lato, si inserisce nel solco tracciato dall'ampio progetto di ricerca europeo "*Age-It: Ageing Well in an Ageing Society*"¹², stimolata dal confronto interdisciplinare con le scienze sociali ed economiche; dall'altro, intende raccogliere idealmente il testimone dagli studi giuslavoristici sul tema della cura, sia i più risalenti (Gottardi 2001: 121), sia quelli recenti (D'Onghia 2024: 82), in particolare il lavoro monografico di Borelli (2020) e il volume collettaneo a cura di Casano (2022a), sviluppando lo spunto di indagine sul ruolo del caregiver familiare nella transizione demografica, che nelle loro opere è *in nuce*.

Infine, proprio la recente produzione normativa in materia, in particolare la legge delega n. 227/2021 e il d. lgs. n. 62/2024, nonché la legge delega n. 33/2023 e il d. lgs. n. 29/2024, menzionando ripetutamente la figura del caregiver familiare e riconoscendo il valore economico e sociale della sua attività, rendono improcrastinabile l'approfondimento del tema della cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti. Fino a qualche anno fa l'attenzione del legislatore sembrava focalizzata sulla cura materna o, al massimo, genitoriale nei confronti dei figli minori, come dimostrano le misure di conciliazione vita-lavoro, principalmente introdotte nei provvedimenti dedicati alla genitorialità¹³ o, comunque, rivolte in prima istanza ai genitori lavoratori¹⁴. Meno approfonditi risultano, invece, i bisogni di cura provenienti dagli anziani in condizioni di fragilità e le esigenze dei congiunti coinvolti come caregiver.

Invecchiamento demografico e attività di cura sono inevitabilmente legati perché vivere più a lungo – senza l'elisir dell'eterna giovinezza – «significa ammalarsi di più ed essere maggiormente esposti al disagio economico e all'emarginazione sociale» (Fili 2022a: VII). Da questa consapevolezza scaturiscono quesiti fondamentali su chi sia tenuto a prestare assistenza, in quali modalità e con quali tutele.

Tradizionalmente, in Italia – a fronte della cronica inadeguatezza della rete sociosanitaria, della carenza di investimenti pubblici nel sistema di *long-term care*,

¹² Programma di ricerca PNRR Missione 4 "Istruzione e ricerca" – Componente 2 "Dalla ricerca all'impresa" – Investimento 1.3., finanziato dall'Unione Europea – NEXTGENERATIONEU PE00000015 "*Age-it: Ageing Well in an Ageing Society*" - Spoke 6 "*Silver Economy: lavoro, partecipazione e welfare in età avanzata*" - WP 4 "*Welfare e benessere nel ciclo di vita*".

¹³ Basti pensare alla l. 30.12.1971, n. 1204, sulla tutela delle lavoratrici madri; l. 8.03.2000, n. 53; d. lgs. 26.03.2001, n. 151.

¹⁴ V., ad esempio, il comma 3-*bis* dell'art. 18 l. 22.05.2017, n. 81, introdotto dall'art. 1, comma 486, l. 30.12.2018, n. 145, per riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità. L'estensione ai caregiver familiari è avvenuta successivamente, ad opera dell'art. 4, comma 1, lett. b), d. lgs. 30.06.2022, n. 105.

nonché della atavica convinzione che l'assistenza di un soggetto anziano non autosufficiente sia una questione privata – è la famiglia a farsi carico della domanda di cura, cercando soluzioni ed equilibri all'interno delle mura domestiche.

Da queste considerazioni sorge la domanda che muove il presente studio monografico: il caregiving nasce dal legame di sangue e affettivo e si fonda esclusivamente sul dovere morale e sociale di prendersi cura del familiare anziano non autosufficiente oppure sussistono veri e propri fondamenti giuridici dell'obbligo di cura familiare?

Nel primo caso, potrebbe effettivamente essere considerata una “questione di famiglia”, di cui il diritto si limita a prendere atto; se, invece, la cura familiare consiste nell'adempimento di un obbligo giuridico, l'ordinamento dovrebbe riconoscere il ruolo e individuare le tutele più adeguate ed efficaci contro il rischio di marginalizzazione sociale, economica e professionale che affligge i congiunti che prestano assistenza, *a fortiori* di fronte alla presa di coscienza del valore sociale ed economico del caregiving familiare, che supplisce in maniera significativa al deficit di *welfare* pubblico, contribuendo ad alleggerire i costi sociali che sarebbero a carico dell'intera collettività. In questa seconda prospettiva si presentano ineludibilmente altri nodi da sciogliere, quali la perimetrazione della figura del caregiver familiare e l'inquadramento giuridico dell'attività di cura esercitata, nonché la verifica delle misure di tutela esistenti e di quelle astrattamente ipotizzabili per un riconoscimento effettivo e sostenibile del lavoro di cura informale.

Questi interrogativi costituiscono la lente attraverso la quale ripercorrere le – frammentarie ed eterogenee – disposizioni normative che si occupano dell'assistenza in ambito familiare ed esaminare le prime pronunce giurisprudenziali in materia, in modo da tessere un *fil rouge* che metta in evidenza le caratteristiche dell'attività di caregiving familiare svolto nei confronti dei congiunti anziani non autosufficienti.

Per individuare con certezza il perimetro di indagine, il primo capitolo è dedicato alle coordinate entro cui si svolge lo studio, soffermandosi, nella prima sezione, sul contenuto e sulla definizione giuridica della cura, e nella seconda sezione, sull'area dei prestatori (informali o professionali) e dei destinatari dell'assistenza familiare, che, nella prospettiva della presente ricerca, sono gli anziani non autosufficienti.

Il secondo capitolo approfondisce i fondamenti giuridici dell'obbligo di cura familiare, alla luce della Carta costituzionale, spaziando dal diritto di famiglia al diritto penale (per i casi di violazione dell'obbligo di assistenza), per poi approdare all'evoluzione del dovere di prendersi cura letto in chiave giuslavoristica.

Il percorso di riconoscimento giuridico del caregiver familiare è stato lento e travagliato e, ancora oggi, a distanza di otto anni dall'art. 1, comma 255, della l. n. 205/2017, che ne ha introdotto la definizione, sono rinvenibili numerose lacune e criticità che esigerebbero un intervento di coordinamento e armonizzazione. Uno dei nodi più intricati da sciogliere, all'interno del delicato equilibrio tra diritto e dovere di cura, è l'individuazione dei confini tra lavoro e non-lavoro.

Sotto la spinta del cambiamento demografico e del mutato contesto socioeconomico, è il caso di verificare se sia ancora valida e attuale l'esclusione del c.d. caregiver familiare *tout court* (*amplius, infra*, cap. 1, sez. 2, § 1.2) dall'alveo protettivo del diritto del lavoro.

All'approfondimento della definizione giuridica di caregiver familiare e di ciò che possa essere oggetto del contratto di lavoro è dedicato il terzo capitolo. Il graduale riconoscimento della figura del caregiver familiare e la crescente consapevolezza del valore sociale ed economico della sua attività richiamano ad un ripensamento della trama protettiva oggi vigente, che prende in considerazione più l'anziano non autosufficiente – destinatario dell'assistenza – che il prestatore di cura.

L'esame delle tutele vigenti, effettuato nel capitolo quarto, ha ad oggetto il contesto nazionale italiano, incastonato, però, nel complessivo quadro internazionale ed eurounitario.

Il tema, infatti, supera i confini geografici e interpella istituzioni e interpreti al di là degli ambiti territoriali di appartenenza, alla ricerca di buone prassi e soluzioni innovative, e, di conseguenza, offre l'opportunità di adottare anche una prospettiva comparata. Il confronto con Paesi che presentano sistemi di assistenza a lungo termine più avanzati ed efficienti del nostro – il riferimento immediato è agli Stati nord-europei – non deve, però, indurre alla tentazione di una mera trasposizione di regole e pratiche, in quanto le relazioni di cura sono fortemente radicate nel tessuto sociale e culturale in cui si sviluppano e sono condizionate da numerosi fattori strutturali e contingenti, come si avrà modo di approfondire nel quinto capitolo.

Per la comparazione sono stati scelti i Paesi Bassi, non soltanto in quanto rappresentano un'eccellenza nel settore della cura verso gli anziani non autosufficienti (OMS 2021a; Commissione UE 2018a), ma anche perché i periodi di ricerca trascorsi presso l'Università di Tilburg e la rete di confronto e collaborazione ivi instaurata hanno offerto una preziosa base di studio.

L'analisi svolta nei cinque capitoli consente, alla fine, di tentare una operazione *de iure condendo*, cioè la teorizzazione di uno “statuto” di tutele per i caregiver familiari, punto di arrivo di questo percorso di ricerca e, al contempo, punto di partenza per un dibattito su queste tematiche, nella consapevolezza che mettere al

centro la persona anziana non autosufficiente, come sancito dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)¹⁵ e dalla recente legislazione in materia¹⁶, e assicurarle il diritto di vivere nel proprio ambiente e di partecipare appieno alla società, non può prescindere dal garantire l'effettività dei diritti di coloro che se ne prendono cura.

Una notazione linguistica conclusiva: nel corso della trattazione si farà uso sia delle espressioni italiane “cura” e “prestatori di assistenza”, sia dei termini inglesi “caregiver” e “caregiving”, ormai ampiamente diffusi tanto nel linguaggio comune quanto in quello tecnico-specialistico e, per tale motivo, non evidenziati con il corsivo.

¹⁵ Il sostegno agli anziani non autosufficienti è uno degli obiettivi del PNRR, che introduce diverse misure relative sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali per la prevenzione dell'istituzionalizzazione e il mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, soprattutto radicata nel territorio (Missione 6).

¹⁶ V. legge delega n. 227/2021; d. lgs. n. 62/2024; l. delega n. 33/2023; d. lgs. n. 29/2024.

CAPITOLO 1. La cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti: perimetrazione del fenomeno oggetto di indagine

Sommario: SEZIONE PRIMA. *La cura nella prospettiva giuridica*. 1. La nozione di cura e la sua riconduzione nel diritto costituzionale alla salute. – 2. L'assenza di una specifica definizione giuridica di cura, anche alla luce dei più recenti interventi normativi in materia. – 3. La dimensione sociale della cura in una prospettiva multilivello. – 3.1. La (difficile) sostenibilità economica. – 4. La cura tra sanità pubblica, mercato e famiglia: il c.d. *welfare* fai-da-te. – 4.1. I rischi del *cash for care* (IDA, Bonus Anziani e altri sussidi). – SEZIONE SECONDA. *I prestatori e i destinatari della cura in ambito familiare*. 1. Premessa sui prestatori di cura tra le mura domestiche. – 1.1. I caregiver professionali. Cenni. – 1.2. I caregiver familiari (o informali). Distinzione tra puri e ibridi. – 2. L'individuazione dei destinatari dell'assistenza familiare nel contesto demografico in trasformazione. – 2.1. L'inafferrabilità della categoria degli anziani. – 2.2. La definizione di persona anziana nel d. lgs. n. 29/2024. – 3. Anzianità, vulnerabilità e fragilità nell'intreccio tra il d. lgs. n. 29/2024 e il d. lgs. n. 62/2024. – 4. Disabilità, anzianità e non autosufficienza negli ultimi interventi normativi.

SEZIONE PRIMA | La cura nella prospettiva giuridica

1. La nozione di cura e la sua riconduzione nel diritto costituzionale alla salute

Per circoscrivere il perimetro d'indagine, risulta essenziale un chiarimento preliminare sulle coordinate in cui si svolge lo studio, soffermandosi, innanzitutto, sulla nozione di cura e sulla sua valenza in ambito giuridico.

La cura può abbracciare numerosi significati e accezioni, ma, nella prospettiva qui adottata, è intesa come qualsiasi attività volta a soddisfare i bisogni fisici, psicologici, emotivi e relazionali di un soggetto che necessita di attenzione in quanto non autosufficiente (OIL 2002): neonati, bambini, anziani, persone con disabilità, soggetti fragili a causa di patologie...

Come, nel corso del tempo, si è evoluta la nozione di “salute”, la quale, superando il piano esclusivamente medico di «assenza di malattie», è sempre più considerata uno

«stato di completo benessere fisico, psichico e sociale»¹, anche la cura non è più meramente associabile ad interventi preventivi o terapeutici.

Gli studi sociali in materia hanno evidenziato come la nozione di cura si sia progressivamente estesa alle esigenze della persona di avere relazioni, sviluppare integrazione sociale e, così, ricevere il soddisfacimento anche di interessi precedentemente non sottoposti a tutela (Longo 2011: 4; Tronto 1994; Lupo 2014: 105; Buch 2015: 279). Risulta, così, superata la netta dicotomia tra “curare” e “prendersi cura” (Vaia 2017: 25), a vantaggio di una visione olistica (Speranza 2019: 1; Bronzini 2004: 236; Balbo 2014: 256), che rappresenta un passo fondamentale nel processo di “umanizzazione” dell’assistenza nei confronti dei soggetti non autosufficienti.

Pur se spesso associate a modelli e a professionalità differenti², le multiformi attività di cura sono intimamente connesse e interdipendenti, e la linea di demarcazione tra l’una e l’altra appare sempre più sfumata, alla luce dell’inscindibilità della persona umana, integralmente e unitariamente considerata nelle sue dimensioni fisica, emotiva, psicologica e relazionale. A puro titolo esemplificativo, al fine di tracciarne a grandi linee l’ampiezza e la varietà, possono rientrare nella nozione di cura non soltanto le attività di assistenza sanitaria (somministrazione di farmaci, esami diagnostici, trattamenti medici, fisioterapici e psicologici) e la gestione dell’igiene personale, dell’alimentazione e della mobilità, ma anche il supporto nello svolgimento delle incombenze domestiche, il disbrigo delle pratiche amministrative e finanche l’organizzazione di iniziative ricreative.

Se da un punto di vista sociale la concezione della cura ha assunto questa poliedricità già da alcuni decenni, più lenta e parcellizzata è stata la metabolizzazione giuridica, che, in Italia, è stata condizionata dall’accezione fortemente restrittiva attribuita all’espressione “cura” dal Codice civile (Tagliabue 2022: 80). Le disposizioni codicistiche, infatti, non contemplano la “cura” nel senso sopra delineato, ma la considerano una sorta di “tutela”³ nei confronti delle persone incapaci e bisognose di

¹ Secondo la definizione dell’OMS: v. Preambolo alla costituzione dell’OMS, adottata dalla Conferenza Internazionale della Sanità, New York, 19-22.06.1946 ed entrata in vigore il 7.04.1948. La definizione è stata trasfusa nell’art. 2, comma 1, lett. o), d. lgs. 9.04.2008, n. 81, c.d. T.U. in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

² Anche per quanto riguarda l’ambito strettamente sanitario è dilagato nel corso del tempo il meccanismo della cura “frazionata”, ossia suddivisa in contesti differenziati – il domicilio, l’ospedale, le residenze sanitarie, l’*hospice* – e tra diverse specialità, sia cliniche che professionali, moltiplicando i possibili servizi.

³ V., ad esempio, art. 102, comma 2, c.c.: «Se uno degli sposi è soggetto a tutela o a cura».

protezione (minori⁴, interdetti, inabilitati⁵) da parte dei genitori⁶, del tutore, del protutore e del curatore.

Nella formulazione originaria delle disposizioni codicistiche emerge prevalentemente l'aspetto patrimoniale della cura (Tosti 1948), che, accanto alla tutela, è connotata dalla gestione di un patrimonio appartenente a un soggetto che non possa o non sappia amministrarlo⁷. Si tratta di un retaggio del diritto romano, in cui, soprattutto nel *Codex Iustinianus*, i due istituti della tutela e della cura vengono sempre più assimilati e quasi confusi fra di loro (Romano, Degni 1931; Sandirocco 2017).

È con l'avvento della Costituzione che, sotto il profilo giuridico, la cura viene associata alla salute, riconosciuta dall'art. 32 Cost. come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (Mortati 1961: 1; Luciani 1980: 769; Ferrara 1997: 512). La conseguenza sul piano giuridico è il riconoscimento del diritto alla cura – o, meglio, alle cure, visto che il primo comma dell'art. 32 Cost. utilizza l'espressione al plurale – in quanto l'accesso alle prestazioni sanitarie risulta necessario e strumentale per promuovere, mantenere e recuperare la salute.

Pur se inizialmente considerata soltanto sotto l'aspetto terapeutico, la nozione di cura, con il tempo, trascende l'ambito prettamente medico, includendo anche attività assistenziali in senso lato (Long 2010: 478). Le varie tappe di questo percorso di espansione del concetto di cura sono chiaramente ravvisabili nei capisaldi legislativi in materia: in ordine cronologico, la legge 12 febbraio 1968, n. 132, sull'assistenza ospedaliera⁸, la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la legge-quadro 5 febbraio 1992, n. 104, sull'assistenza delle persone con disabilità.

Su impulso del PNRR, che annovera la promozione della salute come pilastro fondamentale per la ripresa del Paese (Missione 6), sono stati recentemente emanati importanti provvedimenti normativi aventi tale finalità. La legge delega 22 dicembre 2021, n. 227, in materia di disabilità, e, in misura ancora più evidente, il decreto attuativo 3 maggio 2024, n. 62, nonché la legge delega 23 marzo 2023, n. 33, in favore delle

⁴ V. artt. 357, 360, comma 3, e 361 c.c.

⁵ Art. 424 c.c.

⁶ Nella visione codicistica, la cura è strettamente legata alle funzioni e responsabilità genitoriali (v. artt. 316 e 337-ter c.c.: «Il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno dei genitori, di ricevere cura»), tanto che il giudice può pronunciare la decadenza dalla responsabilità genitoriale quando il genitore viola o trascura i doveri ad essa inerenti (art. 330 c.c.).

⁷ La principale distinzione tra tutore e curatore risiede nel fatto che il primo ha la rappresentanza legale della persona affidata alla sua tutela, mentre il curatore ha soltanto l'ufficio di assisterla nel compimento di alcuni atti connotati da particolare rilevanza.

⁸ Significativa è la previsione, nell'art. 39, comma 1, l. n. 132/1968, dell'assistenza anche religiosa nelle strutture ospedaliere.

persone anziane, e il decreto attuativo 15 marzo 2024, n. 29, valorizzano un approccio “multidimensionale” alla salute, tenendo conto dei vari aspetti che compongono la vita della persona fragile (per età avanzata, per condizioni patologiche o di disabilità).

2. L'assenza di una specifica definizione giuridica di cura, anche alla luce dei più recenti interventi normativi in materia

Ciò che manca, ancora oggi, pur nella copiosa stratificazione normativa multilivello in materia, è una precisa definizione giuridica della cura, che accolga e riconosca il lungo percorso evolutivo compiuto nel tempo e, nell'inevitabile intreccio tra diritto civile, penale e prospettiva lavoristica, ne individui con chiarezza obiettivi e strumenti.

Anche i più recenti interventi legislativi, benché dedichino alcuni articoli alle definizioni e alle disposizioni di coordinamento, appaiono come un'opportunità mancata di una *actio finium regundorum* della cura. Ad esempio, il d. lgs. n. 29/2024, pur richiamando numerose volte l'attività, il lavoro e i servizi di “cura”, non ne fornisce alcuna definizione. La timidezza definitoria emerge chiaramente dall'art. 22 del citato decreto delegato, che, occupandosi di individuare i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) nei confronti delle persone anziane non autosufficienti, pur distinguendo tra “assistenza domiciliare sociale”, “assistenza sociale integrata con i servizi sanitari”, “servizi sociali di sollievo” e “servizi sociali di supporto”, non li riconduce nell'ampia nozione di cura.

Analogamente, il d. lgs. n. 62/2024 include tra gli elementi che compongono il progetto di vita⁹ per la persona con disabilità «i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza»¹⁰, ma non ne specifica il contenuto. Anzi, il binomio “cura” e “assistenza” – frequentemente adoperato anche dal d. lgs. n. 29/2024 – sembrerebbe quasi segnare un passo indietro nell'evoluzione del concetto di cura, come se la prima si riferisse soltanto alle attività terapeutiche e sanitarie in senso stretto, mentre tutto il resto rientrasse nell'assistenza, tornando così alla menzionata dicotomia *cure vs. care*.

È, però, possibile un'altra lettura, più conforme alla tendenza espansiva dimostrata, anche in campo giuridico, dalla nozione di cura. L'analisi della legge delega n. 33/2023 suggerirebbe di interpretare “cura e assistenza” come se formassero una endiadi, ossia

⁹ A norma dell'art. 2, comma 1, lett. n), d. lgs. n. 62/2024, il progetto di vita è un «progetto individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità che, partendo dai suoi desideri e dalle sue aspettative e preferenze, è diretto ad individuare, in una visione esistenziale unitaria, i sostegni, formali e informali, per consentire alla persona stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter scegliere i contesti di vita e partecipare in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri».

¹⁰ Art. 26, comma 3, lett. c), d. lgs. n. 62/2024.

si completassero a vicenda. Uno dei criteri ispiratori della delega è, infatti, «l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura, attraverso l'integrazione dei servizi erogati»¹¹.

Anche la legge delega n. 227/2021 sembra andare in questa direzione, allorché utilizza il termine “cura” riferendosi «ai familiari o alle persone che hanno cura della persona con disabilità»¹², valicando gli argini del settore medico e adottando l'accezione onnicomprensiva scelta nella presente indagine.

3. La dimensione sociale della cura in una prospettiva multilivello

Nella Costituzione la salute non è soltanto un diritto soggettivo, che «vede nella persona sempre un fine e un valore in sé (quale soggetto e non oggetto di cura)» (Racca 2002: 1003) e si esprime nella libertà di autodeterminazione individuale¹³, ma anche un diritto sociale, la cui tutela è «interesse della collettività»¹⁴.

Nell'articolato programma costituzionale, l'accesso alle cure¹⁵ e, quindi, l'universalismo del sistema sanitario italiano, tutelando «tutti e ciascuno, anzitutto e soprattutto le [persone] più vulnerabili»¹⁶, quantomeno nei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale¹⁷, è una delle manifestazioni più concrete del principio di solidarietà di cui all'art. 2 Cost. e del principio di eguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma 2, Cost.

Come rilevato in dottrina (D'Arrigo 2001: 1013), la salute è un «valore dinamico», con un contenuto «variabile in funzione della concreta condizione del singolo soggetto ma anche del grado di sviluppo della società». È, quindi, «in continua trasformazione e può costituire oggetto di una tutela non solo protettiva, ma anche promozionale ed accrescitiva».

Al riguardo, essenziale è il ruolo esercitato dalla Corte costituzionale, che, nelle numerose pronunce sull'art. 32 Cost., si è soffermata sulle molteplici sfaccettature della salute quale «diritto primario e fondamentale»¹⁸, «sia per la sua inerenza alla persona umana sia per la sua valenza di diritto sociale, caratterizzante la forma di stato sociale

¹¹ Art. 4, comma 2, lett. n), n. 1, l. n. 33/2023.

¹² Art. 2, comma 2, lett. d), l. n. 227/2021.

¹³ Art. 32, comma 2, Cost.

¹⁴ Art. 32, comma 1, Cost.

¹⁵ Per tutti, senza alcuna forma di discriminazione, e gratuite per gli indigenti.

¹⁶ Cons. Stato 20.10.2021, n. 7045.

¹⁷ Il riferimento è all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

¹⁸ Corte Cost. 16.10.1990, n. 455. V. anche Corte Cost. 26.07.1979, n. 88.

disegnata dalla Costituzione»¹⁹. Alla luce di ciò, la Consulta riconosce a tale diritto «piena ed esaustiva tutela»²⁰, confermando la sua natura precettiva, già sostenuta in dottrina da Mortati (1961:1).

Evidente è anche il collegamento tra l'art. 32 e l'art. 38 Cost. (Balduzzi, Carpani 2013: 46; Lo Calzo 2018: 219): le tutele individuale e sociale della salute si intrecciano nel diritto all'assistenza sociale per gli inabili al lavoro sprovvisti dei mezzi necessari per vivere²¹ e alla previdenza sociale per i lavoratori in caso di infortunio, malattia e invalidità²².

Il riconoscimento della dimensione sociale del diritto alla salute e alla cura traspare anche dal quadro regolatorio multilivello, come attestano l'art. 11 della Carta sociale europea, l'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e l'art. 168 del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea.

La fruizione di servizi di assistenza sanitaria sicuri e di qualità nello spazio eurolunitario da parte dei pazienti di qualunque Stato membro, rappresenta una delle modalità di concretizzazione del diritto alla libera circolazione di cui all'art. 45 TFUE (sulle possibili criticità, Papa 2018: 95). Non soltanto è garantita dal Regolamento n. 883/2004, relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, e dalla Direttiva UE 9 marzo 2011, n. 24, ma anche dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea, che, fin dalle pronunce Kohl²³ e Decker²⁴ del 1998, sulla libertà dei cittadini europei di ricevere prestazioni mediche o di acquistare prodotti e dispositivi medici (dietro presentazione di apposita prescrizione) in un altro Stato membro, ha garantito l'effettività del diritto alle cure stabilito a livello normativo²⁵.

Per quanto riguarda, in particolare, l'assistenza a lungo termine è interessante rilevare come il Consiglio dell'Unione Europea, nel 2022, abbia rivolto una raccomandazione agli Stati membri²⁶, finalizzata ad assicurare servizi di cura a persone con fragilità mentale e/o fisica, malattia e/o disabilità che siano tempestivi (affinché i pazienti «ricevano l'assistenza necessaria non appena ne hanno bisogno e per tutto il tempo necessario»),

¹⁹ Corte Cost. 31.01.1991. In tal senso v. anche, *ex multis*, Corte Cost. 7.07.1986, n. 177; Corte Cost. 3.11.1988, n. 1011; Corte Cost. 16.10.1990, n. 445.

²⁰ Corte Cost. 26.07.1979, n. 88.

²¹ Comma 1 dell'art. 38 Cost.

²² Comma 2 dell'art. 38 Cost.

²³ Corte Giust. CE 28.04.1998, C-158/95, *Kohl/Union des caisses de maladie*.

²⁴ Corte Giust. CE 28.04.1998, C-120/95, *Decker/Caisse des maladies des employés privés*.

²⁵ Significativa, al riguardo, è Corte Giust. UE 9.10.2014, C-268/13, *Petru / Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Sibiu e Casa Națională de Asigurări de Sănătate*, che, nell'ipotesi di ricovero programmato in altro Stato membro, stabilisce come l'autorizzazione da parte del Paese di residenza non possa essere negata qualora una mancanza di materiali medici di prima necessità impedisca al paziente di ricevere le cure ospedaliere in una struttura nazionale in tempi ragionevoli.

²⁶ Consiglio UE, Raccomandazione del Consiglio dell'8 dicembre 2022 relativa all'accesso a un'assistenza a lungo termine di alta qualità e a prezzi accessibili 2022/C 476/01.

completi (ossia che rispondano «a tutte le necessità di assistenza a lungo termine dovute al declino mentale e/o fisico») e a prezzi accessibili (per garantire «standard di vita decorosi» ed evitare il «rischio di povertà ed esclusione sociale»).

3.1 La (difficile) sostenibilità economica

Il tasto dolente, sia a livello sovranazionale che interno, è la sostenibilità economica dei costi sociali del diritto alla cura: l'Unione Europea delinea i principi, ma «rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate»²⁷.

Per quanto concerne l'Italia, l'obbligo di equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, introdotto al secondo comma dell'art. 80 Cost. dalla legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1, e i conseguenti tagli alle spese sanitarie hanno drasticamente ridimensionato il raggio d'azione e l'effettività della salute come diritto sociale (Bottari, Riversi Monaco 2012). E gli effetti di questo condizionamento finanziario si sono drammaticamente manifestati durante la fase pandemica di Covid-19 (Borelli 2023: 55; Buoso 2022: 131; Giarelli 2024: 25).

Tutti i diritti hanno un costo (Holmes, Sunstein 2000; Cinelli 2019: 1; Pessi 2019: 37; Fraioli 2024: 159; Di Cosimo 2025: 57), ma nel caso dei diritti sociali (Mazziotti 1964; Politi 2017) – che mirano a garantire all'intera comunità livelli dignitosi di vita – il costo ricade sullo Stato, che, attraverso gli enti pubblici preposti, deve provvedere all'allocazione delle risorse necessarie per l'erogazione delle prestazioni.

Il livello di effettiva soddisfazione del diritto è, quindi, strettamente collegato alla disponibilità delle risorse finanziarie pubbliche. L'individuazione del bilanciamento tra l'entità delle prestazioni erogate e i limiti di spesa è essenzialmente compito del legislatore, censurabile dalla Corte costituzionale sotto il profilo della ragionevolezza o, *rectius*, della «non manifesta irragionevolezza» (Onida 2018).

Qualora non sia in discussione l'idoneità delle disposizioni normative di assicurare il soddisfacimento dei diritti sociali, bensì la legittimità degli atti amministrativi che concretamente incidono sul riconoscimento e la garanzia dei diritti, l'amministrazione pubblica «è vincolata ad applicare correttamente la legge, e, se questa configura un diritto esigibile, non può in concreto negarlo per esigenze di spesa o limiti organizzativi» (Onida 2018).

L'esperienza, però, insegna che l'accesso alle cure, pur essendo un diritto garantito in Italia, non è agevolmente fruibile, ancor più in questa fase di invecchiamento demografico che mette a dura prova l'intero sistema sociosanitario: lungaggini

²⁷ Art. 168, comma 7, Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea.

burocratiche e liste d'attesa, problemi organizzativi e carenza di personale gravano soprattutto sulle fasce più deboli della popolazione.

Per completezza, allo scenario delineato occorre aggiungere la piaga delle disparità riscontrabili a seconda dell'area geografica di riferimento. Il Servizio Sanitario Nazionale è, infatti, organizzato in servizi regionali, ciascuno con autonomia nella programmazione e organizzazione degli interventi sanitari. Com'è stato rilevato da D'Onghia (2019: 383), «la differenziazione regionale [...] ha continuato ad ampliarsi dando luogo a una cittadinanza sociale frammentata, in cui bisogni uguali trovano risposte differenti a seconda dell'area di residenza, sollevando così questioni di equità non secondarie che compromettono la finalità solidaristica dell'intervento pubblico in campo sociale».

4. La cura tra sanità pubblica, mercato e famiglia: il c.d. *welfare fai-da-te*

L'esiguità delle risorse pubbliche, le politiche di contenimento della spesa e le difficoltà organizzative dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio nazionale si ripercuotono inevitabilmente sull'effettività del diritto alla cura (Busatta 2024: 1). Di fronte ai ritardi e all'inadeguatezza del SSN nel far fronte all'ingente domanda proveniente dai soggetti anziani non autosufficienti, che rappresentano una porzione consistente della popolazione²⁸ (e costituiscono l'oggetto della presente ricerca), sono le famiglie a doversi fare carico del soddisfacimento dei bisogni dei propri congiunti, secondo la pratica del “*Do It Yourself welfare*” (Borelli 2020: 3; Luppi 2018: 151) o, più semplicemente, del *welfare fai-da-te*, basandosi esclusivamente sulle proprie forze e risorse, ricorrendo al mercato professionale della cura, addossandosene i relativi costi.

Questa traslazione della responsabilità e dei costi della cura dallo Stato alle famiglie, come sottolinea Borelli, rischia di amplificare le disuguaglianze economiche, sociali e di genere e si ripercuote inevitabilmente anche sulla qualità della vita dell'assistito – *a fortiori* nel contesto sociodemografico in trasformazione – stante l'instabilità dei legami matrimoniali²⁹ e il ridimensionamento numerico dei componenti del nucleo familiare (ONU 2023: 29).

La cura nei confronti degli anziani non autosufficienti – comunemente denominata assistenza a lungo termine o *long-term care* – è un impegno gravoso da ogni punto di vista. Come delineato dalla legge delega n. 33/2023 e, più dettagliatamente, dal d. lgs. n.

²⁸ Secondo il 7° Rapporto Osservatorio *Long Term Care* condotto dall'Università Bocconi di Milano (Fosti, Notarnicola, Perobelli 2025: 17), nel 2023 la stima degli anziani non autosufficienti è pari a 4.027.488 di individui.

²⁹ Secondo Istat 2024b, in Italia, nel 2023, a fronte di 184.207 matrimoni celebrati, sono avvenuti 79.875 divorzi e 82.392 separazioni.

29/2024, i bisogni dell'anziano non autosufficiente sono multidimensionali e duraturi, per cui richiedono – per un lasso di tempo che può protrarsi anche parecchi anni, in considerazione dell'incremento dell'aspettativa di vita – un'assistenza continuativa e integrata, in cui si avvicendano e intrecciano molteplici attività e professionalità.

Dalla mappatura effettuata dal 7° Rapporto Osservatorio *Long Term Care*, a cura dell'Università Bocconi di Milano (Fosti, Notamicola, Perobelli 2025: 24), si rilevano con estrema chiarezza le carenze del sistema assistenziale italiano: i servizi residenziali (le c.d. RSA, residenze sanitarie per anziani) soddisfano appena il 7,6% della domanda, mentre i servizi semiresidenziali (i centri diurni) raggiungono una quota prossima allo zero (0,6%).

Nello squilibrio tra offerta pubblica di servizi, utenza in carico e fabbisogno della popolazione, il pilastro che regge il sistema resta quello della cura informale svolta tra le mura domestiche dalle famiglie, che spesso sono costrette a reperire nel mercato le prestazioni necessarie.

4.1 I rischi del *cash for care* (IDA, Bonus Anziani e altri sussidi)

Al soddisfacimento dell'esigenza di cura sono destinati i trasferimenti monetari con i quali le politiche di *welfare* cercano da anni di sopperire alla scarsità di servizi pubblici, alimentando quella che Borelli definisce la «mercificazione» del lavoro di cura, in cui «la persona bisognosa non è più vista come un soggetto titolare di un diritto sociale che deve essere soddisfatto mediante una prestazione messa a disposizione dallo Stato, ma è ritenuta un consumatore che può scegliere tra l'offerta dei servizi disponibili nel mercato» (Borelli 2020: 26).

Non si tratta, però, soltanto di una questione etica: il *cash for care* si rivela una soluzione non efficace anche per la sua irrisorietà a fronte delle spese effettivamente sostenute dalla famiglia dell'anziano non autosufficiente. Basti pensare che l'indennità di accompagnamento (IDA), ossia la prestazione economica erogata dall'Inps a favore degli invalidi civili totali (100%) che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o di svolgere gli atti quotidiani della vita senza un'assistenza continua, dal primo gennaio 2025 ammonta a € 542,02 mensili³⁰. L'importo non è neanche lontanamente in grado di coprire la retta di una RSA (secondo l'indagine condotta da FNP CISL Lombardia³¹ e pubblicata nel mese di maggio 2025, il costo medio mensile di un posto letto in una delle 729 residenze sanitarie assistenziali della Lombardia è pari a € 2.236,00) o la retribuzione mensile di un assistente familiare,

³⁰ Per n. 12 mensilità: v. circ. Inps 28.01.2025, n. 23.

³¹ V. <https://www.pensionaticislombardia.it/articolo-2323/case-di-riposo-costi-alle-stelle-per-le-famiglie-la-retta-media-e-di-oltre-74euro-al-giorno-a-milano-si-arriva-a-115euro/>.

comunemente definito badante³² (il trattamento minimo retributivo stabilito dal CCNL per i lavoratori domestici³³ per il livello CS, che corrisponde a badanti di persone non autosufficienti, è pari a € 1.127,04, a cui vanno aggiunti i contributi previdenziali da versare all'Inps, che includono anche la quota assicurativa contro le malattie professionali e gli infortuni).

A ciò si aggiunga che, in Italia, a differenza di altri Paesi dell'Unione Europea³⁴, l'IDA viene erogata nello stesso importo a prescindere sia dalla gravità del bisogno assistenziale sia dalla disponibilità economica del percettore, senza alcuna gradazione (Tesauro 2025: 125).

Proprio l'insufficienza dei contributi economici erogati dall'Inps potrebbe indurre le famiglie con maggiori difficoltà finanziarie e nell'impossibilità di garantire un'assistenza continuativa in casa a ricoverare i propri congiunti in strutture residenziali non autorizzate, una sorta di mercato sommerso dei servizi di cura. In questi contesti l'attività viene svolta avvalendosi di personale non qualificato, con gravi conseguenze per il benessere dei pazienti e per le condizioni dei lavoratori, spesso occupati irregolarmente e secondo modalità che rasentano lo sfruttamento del lavoro di cui all'art. 603-*bis* c.p. (Picco 2024a: 139). Secondo inchieste giornalistiche³⁵, i posti letto abusivi in RSA non autorizzate sono circa 90.000, dislocati su tutto il territorio nazionale, e gli accertamenti effettuati nel mese di agosto 2020 dai NAS, su impulso del Ministero della Salute, hanno rilevato ben 51 strutture irregolari sulle 265 ispezionate³⁶. Tra le irregolarità riscontrate, le più gravi riguardano l'esercizio abusivo della professione sanitaria, la presenza di personale privo di adeguata qualifica professionale, carenze igieniche, sovraffollamento e mancato rispetto della normativa in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Un altro rischio da prendere in considerazione è la possibile proliferazione di lavoro domestico irregolare. L'inadeguatezza dell'IDA potrebbe, infatti, spingere le famiglie ad occupare irregolarmente l'assistente familiare (la c.d. badante), per evitare di rispettare i minimi retributivi, versare i contributi previdenziali, nonché doversi rivolgere a un professionista per l'elaborazione dei prospetti paga (Borelli 2021: 286; Picco 2022: 135;

³² L'espressione "badante", ormai considerata riduttiva e superata, è entrata nel gergo comune negli anni '90 per indicare donne migranti che giungono in Italia per svolgere attività di assistenza familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti, spesso in regime di convivenza, spinte da necessità economiche o da condizioni di presenza irregolare sul territorio nazionale (Capponi 2022: 99).

³³ Sottoscritto in data 8.09.2020.

³⁴ Ad esempio, in Germania ai casi più critici viene riconosciuto un importo fino a quattro volte maggiore di quello *standard* garantito a tutte le persone non autosufficienti, mentre in Francia viene raddoppiato per i soggetti che presentano profili di maggiore gravità.

³⁵ https://www.lastampa.it/torino/2023/07/29/news/rsa_crescita_strutture_non_autorizzate-12971376/.

³⁶ Le informazioni relative alle ispezioni svolte sono state pubblicate nel sito-*web* della CGIL Toscana in data 18.08.2020.

Picco 2024b: 542). Ciò spiegherebbe l'elevata presenza di lavoro "in nero" proprio nel settore domestico (Sarti 2011; Pasquinelli, Rusmini 2013), come emerge dai dati Istat e dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro, riportati dall'Osservatorio Domina 2024 e recentemente confermati dalle stime del Rapporto 2025 dell'Osservatorio *Long Term Care*.

Nella macro-area del lavoro irregolare (Bellavista 2000; Dell'Olio 2000: 43; Viscomi 2000: 379; Esposito 2012; Esposito 2014: 289; Peruzzi 2015: 115; Esposito, Filì, Mc Britton 2023: 315) si annidano anche forme di lavoro "grigio", nelle quali si riscontra una parziale violazione degli adempimenti previsti dalla normativa giuslavoristica, come accade frequentemente qualora l'assistente familiare venga regolarizzato per un numero di ore inferiore a quello effettivamente svolto oppure sia sotto-inquadrato³⁷.

Un'altra criticità comune al settore è la massiccia presenza di migranti, talvolta sprovvisti del regolare permesso di soggiorno: anche questa è una delle possibili conseguenze del tentativo di risparmiare sui costi della cura familiare, avvalendosi di personale che, per la particolare condizione di vulnerabilità, è disposto ad accettare retribuzioni di importo inferiore ai minimi tabellari e a svolgere la prestazione senza alcuna regolarizzazione. Per contrastare il fenomeno, nel corso del tempo, sono state attivate alcune procedure di emersione e stabilizzazione (Bellavista 2008: 20; Bellavista, Garilli 2012: 274), come, ad esempio, quella introdotta nel periodo pandemico ad opera dell'art. 103 d.l. 19 maggio 2020, n. 34, convertito con modificazioni dalla l. 17 luglio 2020, n. 77. Le domande di regolarizzazione presentate sono state complessivamente 207.542, di cui circa l'85% nel settore domestico e il 30,9% concernente specificamente badanti (Di Pasquale, Tronchin 2020).

Il rischio di rivolgersi a RSA non autorizzate o di occupare irregolarmente assistenti familiari è acuito dalla mancanza di controlli sull'uso al quale sono destinati i contributi Inps a sostegno delle persone non autosufficienti. Al riguardo, potrebbe fungere da deterrente l'obbligo di rendere tracciabili le spese sostenute attraverso pagamenti elettronici, in modo da interrompere il circolo vizioso del "sommerso" (espressione che sottolinea gli aspetti fiscali conseguenti al lavoro irregolare, facendo riferimento alla c.d. economia sommersa: Ales 2014: 11) e instaurare un meccanismo di trasparenza tra Stato-erogatore delle prestazioni sociali e cittadini beneficiari.

Garantire il corretto utilizzo delle risorse andrebbe a vantaggio non soltanto dei soggetti coinvolti (maggiore benessere e migliore qualità della vita dei pazienti ricoverati in strutture idonee o, comunque, adeguatamente assistiti; condizioni di lavoro dignitose per il personale impiegato nelle RSA o come assistenti familiari nelle abitazioni private),

³⁷ Il CCNL per i lavoratori domestici offre una serie di livelli nei quali possono essere inquadrati le badanti a seconda che assistano persone autosufficienti o non autosufficienti, che svolgano anche assistenza notturna, ecc.

ma anche dell'intera collettività, mediante il regolare pagamento delle tasse e il versamento dei contributi previdenziali e assicurativi, nonché della concorrenza leale tra imprenditori (Russo 2018: 880).

Gli effetti positivi così innescati si riverbererebbero – attraverso il regolare gettito fiscale – in un incremento delle risorse pubbliche da destinare alle prestazioni sociali.

È opportuno ricordare che i sussidi economici previsti sono spesso contingenti³⁸ o, comunque, in fase sperimentale e, quindi, non strutturali. La stessa prestazione universale per anziani non autosufficienti, anche detta Bonus Anziani, introdotta dal d. lgs. n. 29/2024 e attiva dal 2 gennaio 2025, è in vigore soltanto per il biennio sperimentale 2025-2026.

Ad ogni modo, non si tratta di prestazioni universali, perché sono rivolte a soggetti con requisiti anagrafici³⁹ e reddituali⁴⁰ particolarmente restrittivi e in possesso di una certificazione che attesti la condizione di non autosufficienza. Gli anziani non autosufficienti che non rientrano nei parametri rigorosamente previsti dalla normativa vigente non ricevono alcun sostegno economico e devono – autonomamente o con l'aiuto delle proprie famiglie – sobbarcarsi gli ingenti costi della cura.

Infine, non si può trascurare che l'Osservatorio nazionale sulle politiche sociali, curato dall'Associazione per la Ricerca Sociale-ARS, ha rilevato una seria difficoltà da parte dei potenziali beneficiari nell'accesso alle informazioni sulle misure dedicate⁴¹.

Le criticità consistono, *in primis*, nella scarsità e frammentarietà delle notizie, in mancanza di un unico canale informativo o, comunque, di modalità di comunicazione in grado di raggiungere tutti gli interessati. In secondo luogo, le informazioni, nella maggior parte dei casi, sono disponibili soltanto via *web* o *app*, acuendo, da un lato, il divario digitale già incombente sugli anziani, che, generalmente, non sono in grado di utilizzare in maniera adeguata gli strumenti informatici; dall'altro, esacerbando l'esclusione dei più indigenti, che potrebbero non disporre di un computer o di uno smartphone con prestazioni idonee.

Analoghe difficoltà sussistono per la compilazione della domanda di accesso al beneficio, nel caso, ormai sempre più frequente, in cui sia necessaria l'identificazione del richiedente tramite lo SPID (sistema pubblico di identità digitale). Talvolta gli stessi caregiver familiari potrebbero non avere una sufficiente dimestichezza nell'uso delle nuove tecnologie per essere di supporto nel disbrigo di queste pratiche, come avviene quando è il coniuge ad assistere l'anziano non autosufficiente.

³⁸ Ad esempio, bonus estemporanei, talvolta previsti a livello regionale.

³⁹ La prestazione universale per anziani non autosufficienti (anche denominata Bonus Anziani) è rivolta a coloro che abbiano compiuto 80 anni di età.

⁴⁰ Il Bonus Anziani richiede un ISEE sociosanitario non superiore a € 6.000,00, che risulta eccessivamente basso.

⁴¹ V. <https://www.welforum.it/superare-le-barriere-anche-dei-dati/>.

SEZIONE SECONDA | I prestatori e i destinatari della cura in ambito familiare

1. Premessa sui prestatori di cura tra le mura domestiche

La gestione della cura di un anziano non autosufficiente all'interno delle mura domestiche non è semplice e richiede la presenza – generalmente continuativa e costante – di un prestatore di assistenza, il c.d. caregiver, che, a seconda delle esigenze dell'assistito e delle possibilità economiche, può essere professionale o familiare.

Le due figure di caregiver possono coesistere e integrarsi per garantire la migliore assistenza possibile, superando di fatto la tradizionale dicotomia tra cura familiare e assistenza retribuita, retaggio di quella che sociologi e antropologi definiscono «ideologia delle sfere separate» (Zelizer 2007; Buch 2014: 599; Diodati 2022: 90), secondo cui la natura affettiva della cura sarebbe inconciliabile con la motivazione economica dello scambio lavoro-salario.

Frequentemente il caregiver familiare diventa il punto di riferimento essenziale per fornire al caregiver professionale le istruzioni per lo svolgimento della prestazione, in quanto l'assistito potrebbe non essere in grado di farlo a causa del declino cognitivo conseguente all'età avanzata o alla condizione patologica.

Talvolta possono essere impiegati anche più caregiver professionali per consentire un'assistenza continuativa nell'intero arco della giornata, della settimana o dell'anno.

Sebbene l'analisi del caregiving professionale esuli dalla presente indagine, per completezza espositiva non si può fare a meno di dedicare qualche cenno all'argomento, anche al fine di comprendere tutte le sfaccettature delle dinamiche insite nella cura familiare, sulla quale è focalizzato lo studio.

1.1 I caregiver professionali. Cenni

Il caregiver professionale – più frequentemente “la” caregiver – è comunemente denominato “badante”, anche se l'espressione tecnica corretta sarebbe “assistente familiare” (De Martino 2021: 53; Fondazione Studi Consulenti del Lavoro 2023).

Tale profilo professionale si occupa della cura della persona a fronte della corresponsione di un compenso, definibile come retribuzione se l'attività è svolta con vincolo di subordinazione. In questo caso l'attività professionale di cura alla persona

viene ricondotta nell'alveo del lavoro domestico, trovando in questo la propria disciplina normativa⁴² e negoziale⁴³.

Il rapporto di lavoro domestico è considerato “speciale” perché si svolge alle dipendenze di un datore di lavoro non imprenditore e in funzione di un suo interesse personale e non professionale (Basenghi 2000; Lunardon 2007; Panci, Russo 2017: 316). La specialità, dunque, non concerne la tipologia di attività svolta, che, tra l'altro, può essere piuttosto variegata, come emerge chiaramente dall'esame delle mansioni individuate nell'art. 9 CCNL per i lavoratori domestici: dall'addetto alle pulizie allo stalliere, dall'addetto alla compagnia al custode, dal cameriere al giardiniere, dall'autista al cuoco, dal maggiordomo all'istitutore, dalla badante alla baby-sitter. Vi è, quindi, una commistione, anche nell'ambito dello stesso livello di inquadramento contrattuale, tra attività di gestione della casa e di cura della persona, persino non autosufficiente. Sulle marcate differenziazioni fra le diverse mansioni è recentemente intervenuto il Cnel (2024b: 6), sottolineando la necessità di «ripensare, più nel complesso, il lavoro in ambito domestico».

Emergono alcune criticità concernenti la disciplina del caregiver professionale, figura rilevante per assicurare un'adeguata assistenza agli anziani, soprattutto alla luce della transizione demografica in atto e della crescente attenzione e consapevolezza nei confronti della non autosufficienza.

Innanzitutto, l'ampiezza e l'ambiguità della nozione di cura, come visto nella prima sezione del presente capitolo, richiedono grande versatilità e capacità nel fronteggiare molteplici esigenze, tra cui l'assistenza dell'anziano anche dal punto di vista dell'igiene personale e della somministrazione dei farmaci. Tali compiti presentano una forte similitudine con l'attività svolta dal personale sociosanitario (ad esempio, gli operatori sociosanitari, c.d. OSS), che, però, possiede specifiche qualifiche e idonee certificazioni conseguite attraverso un percorso formativo, mentre alla c.d. badante non viene richiesta alcuna certificazione, creando, così, una differenziazione tra soggetti che svolgono – almeno in parte – la stessa attività, talvolta anche nel medesimo luogo, ossia tra le mura domestiche, come avviene quando il personale sociosanitario effettua servizi domiciliari presso famiglie con un congiunto non autosufficiente. Al riguardo, tra le proposte formulate dal Cnel (2024b: 22), vi è anche la definizione di standard formativi condivisi per il conseguimento della qualificazione di assistente familiare. A conferma della rilevanza e delicatezza della questione è recentemente intervenuto il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero dell'Istruzione e del merito

⁴² Artt. 2240-2246 c.c.; l. 2.04.1958, n. 339, sulla tutela del lavoro domestico; D.P.R. 31.12.1971, n. 1403, sull'obbligo delle assicurazioni sociali nei confronti dei lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari.

⁴³ Il CCNL vigente è stato sottoscritto l'8 settembre 2020.

e il Ministero dell'Università e della Ricerca, emanando il decreto 19 settembre 2025 sull'adozione di Linee guida nazionali per la definizione degli standard formativi degli assistenti familiari impegnati nelle attività di supporto alle persone anziane non autosufficienti⁴⁴. Tali linee guida, che prevedono un percorso formativo di settanta ore per il raggiungimento degli obiettivi minimi, dovranno essere approvate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e successivamente adottate con decreto interministeriale⁴⁵.

Un serio rischio da prendere in considerazione è l'elevato livello di stress al quale sono esposti i caregiver professionali, conseguente sia al carico assistenziale prolungato e all'isolamento sociale, sia alla dilatazione e non misurabilità dell'orario di lavoro svolto. Su quest'ultimo punto è recentemente intervenuta la Corte di Giustizia dell'Unione Europea, che, nella pronuncia del 19 dicembre 2024, C-531⁴⁶, ha censurato la normativa spagnola, in base alla quale i datori di lavoro domestico sono esentati dall'obbligo di istituire un sistema che consenta di misurare la durata dell'orario di lavoro svolto dai collaboratori domestici, privandoli della possibilità di determinare in modo obiettivo e affidabile il numero di ore di lavoro effettuate e la loro ripartizione nel tempo (Abbasiano 2025: 260).

Alle segnalate criticità si aggiungono il preoccupante tasso di irregolarità nel settore e la massiccia presenza di migranti tra gli assistenti familiari (come emerso nella prima sezione, § 4.1.). Ciò rende la categoria dei caregiver professionali molto vulnerabile ed esposta al rischio di condizioni di lavoro non dignitose, nonostante si tratti di un'attività essenziale, destinata a diventare ancor più indispensabile alla luce del mutato contesto demografico e sociale. Com'è stato provocatoriamente rilevato dalla filosofa Casalini (2012: 230), la scarsa attenzione dedicata al lavoro di cura potrebbe essere la conseguenza del poco interesse rivolto ai beneficiari dell'assistenza: «finché alle persone in condizioni di dipendenza sarà riconosciuto scarso valore umano, finché esse saranno ritenute non meritevoli di essere a pieno titolo destinatarie di giustizia sociale, neppure al lavoro di coloro che prestano attività di cura si riuscirà a riconoscere piena dignità».

1.2 I caregiver familiari (o informali). Distinzione tra puri e ibridi

Quando la cura è svolta nell'ambito di una relazione affettiva, in modalità non professionale e non retribuita, il prestatore di assistenza viene definito, in Italia, “caregiver familiare”, mentre nei documenti internazionali (OMS 1999: 8; OCSE 2023: 222; OMS 2024) ed eurounitari (Commissione UE 2018b: 10) viene preferita

⁴⁴ Al fine di dare attuazione all'art. 38, comma 1, d. lgs. n. 29/2024.

⁴⁵ V. punto 7 del decreto MLPS del 19.09.2025.

⁴⁶ Corte Giust. UE 19.12.2024, C-531/23, HJ/US, MU.

l'espressione "caregiver informale", per evidenziare la differenza con i servizi di cura formali erogati dal *welfare* pubblico o reperibili nel mercato.

Dietro questa distinzione lessicale si cela, però, la rilevanza del diverso contesto – in particolar modo socioculturale – in cui si è sviluppato il tema della cura. Mentre in altri Paesi, con l'aggettivo "informale", si intende privilegiare le relazioni sociali, includendo tra i potenziali prestatori di assistenza non soltanto coloro che sono legati da vincoli di coniugio o parentela, ma anche gli amici o i vicini di casa (OCSE 2022: 24), la scelta italiana di sottolineare l'aspetto "familiare" rispecchia la predominante concezione familista della cura, che si avrà modo di approfondire nel secondo capitolo.

In Italia ciò che differenzia il caregiver familiare da quello professionale non è soltanto la gratuità dell'assistenza (v. cap. 3, sez. 2), ma anche la sussistenza di un vincolo familiare, che, nel contesto socioculturale italiano, è talmente rilevante da risultare normativamente consacrata nell'art. 1, comma 255, l. 27 dicembre 2017, n. 205, c.d. legge di Bilancio 2018.

La citata disposizione normativa – che segna il riconoscimento giuridico del caregiver familiare – ne fornisce la definizione, restringendo l'ambito soggettivo della persona «che assiste e si prende cura» ai meri rapporti di coniugio, unione di fatto, convivenza *more uxorio*, parentela o affinità entro il secondo grado o entro il terzo grado, qualora ricorrano le condizioni di cui all'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992.

Sono, pertanto, esclusi dall'ambito soggettivo del caregiving familiare i soggetti terzi eventualmente coinvolti in obblighi di assistenza legale nei confronti dell'anziano non autosufficiente, come, ad esempio, l'amministratore di sostegno⁴⁷, il tutore⁴⁸ e il curatore⁴⁹. È vero che tale ruolo può essere rivestito anche da un congiunto dell'assistito, che, quindi, rientrerebbe nell'elenco di cui all'art. 1, comma 255, ma, in ogni caso, ciò che verrebbe preso in considerazione sarebbe il vincolo familiare, non l'ufficio svolto.

La moltitudine dei caregiver (oltre 7 milioni)⁵⁰ non è, però, omogenea. Secondo la definizione di D'Onghia (2024: 82) è, infatti, possibile distinguere tra i caregiver «puri» (o *tout court*), ossia coloro che – per scelta personale o per impossibilità di conciliazione con l'attività di cura – non svolgono alcuna prestazione lavorativa e sono completamente dedicati all'assistenza del familiare non autosufficiente, e i caregiver «ibridi» (o *working carers*), che abbinano un rapporto di lavoro extra-casalingo alla responsabilità di cura.

⁴⁷ Art. 404 ss. c.c. L'amministratore di sostegno viene nominato quando la persona, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trovi nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi.

⁴⁸ Artt. 357 e 424 c.c., nell'ipotesi in cui sia stata dichiarata l'interdizione dell'assistito.

⁴⁹ Artt. 392 e 424 c.c., nel caso in cui l'assistito sia dichiarato inabilitato.

⁵⁰ Dati riportati nel Focus pubblicato il 16.01.2025 nel sito-*web* della Camera dei deputati: <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>.

Per quanto la definizione normativa di caregiver contenuta nell'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 non distingua tra le due fattispecie, tale differenziazione risulterà utile nell'individuazione delle criticità nel – lacunoso, eterogeneo e frammentato (Senatori, Favretto 2017: 45) – sistema di tutele applicabili e nello sviluppo di proposte per la valorizzazione dell'attività di caregiving e l'implementazione delle protezioni nei confronti dei prestatori di cura familiare.

2. L'individuazione dei destinatari dell'assistenza familiare nel contesto demografico in trasformazione

L'attività di cura in ambito familiare può avere molteplici destinatari, ma, come anticipato nell'introduzione, l'oggetto privilegiato della presente ricerca è l'assistenza nei confronti degli anziani non autosufficienti, tema cruciale alla luce dell'attuale scenario demografico.

Come rilevato da Rosina (2025: 29), «nelle società mature avanzate è in corso un profondo mutamento delle tradizionali fasi della vita e una alterazione del tipico rapporto tra le generazioni». Il motore di questa grande trasformazione è il processo c.d. di “transizione demografica”, ossia del passaggio da un vecchio equilibrio, caratterizzato da un alto tasso di mortalità (al quale corrisponde un elevato tasso di natalità) ad uno nuovo, in cui il livello di mortalità si riduce.

L'attuale andamento, però, sta registrando una fase di “crisi demografica”, conseguenza del crescente squilibrio provocato dalla bassa natalità, che sta interessando in particolar modo l'Italia⁵¹.

Tale dinamica negativa rischia di compromettere la sostenibilità economica e sociale (Bozzao 2017; Treu 2018), anche a causa del drastico aumento della domanda assistenziale, alla quale rispondere, come visto, attraverso l'erogazione dei servizi formali o informali di cura (Luppi 2018: 151; Gualandi 2025: 211; Tesauro 2025: 118).

Per circoscrivere correttamente l'ambito della ricerca è, però, essenziale individuare con chiarezza quali siano gli anziani destinatari dell'attività di cura familiare. Pertanto, sono indispensabili alcuni chiarimenti terminologici e concettuali, sgomberando il campo da stereotipi e condizionamenti culturali (Blanpain 2005: 942; Paglia 2021).

⁵¹ Si verifica il fenomeno di “crisi demografica” quando il numero medio di figli scende al di sotto del valore di 1,5 e resta a lungo sotto tale soglia. L'Italia presenta un tasso di natalità inferiore a 1,5 da circa 40 anni (Rosina, Impicciatore 2022).

2.1 L'inafferrabilità della categoria degli anziani

Le definizioni di “vecchiaia” e “anzianità” non sono agevoli (Fili 2022b: XI). Ancora oggi queste espressioni risentono di un’accezione fortemente negativa⁵², ghetizzante, che da decenni l’Unione Europea sta cercando di contrastare con la promozione delle politiche di *active ageing*, al fine di valorizzare il contributo che i *seniores* possono offrire alla società (Commissione UE 2001; Commissione UE 2004; Eurostat 2011; Commissione UE 2014; Commissione UE 2021).

Inoltre, si tratta di termini non universalmente riconosciuti come attestano i diversi parametri adottati, di volta in volta, per individuare le persone anziane nei documenti internazionali e sovranazionali, nonché nei report demografici nazionali (Overall 2016: 13; Golini 1991).

Per quanto il processo di invecchiamento sia principalmente una realtà biologica, con una dinamica in gran parte sottratta al controllo umano, è comunque soggetto alla percezione pubblica di ciò che rappresenta essere anziani. E ciò può variare ampiamente, anche a seconda del contesto geografico: ad esempio, nel report del 2022 “*Ageing and health*”⁵³, l’Organizzazione Mondiale della Sanità ha considerato anziane le persone ultrasessantenni, ma questo parametro non rispecchia, allo stato attuale, la situazione africana, che presenta una minore speranza di vita, benché la tendenza demografica sia destinata a cambiare rapidamente nei prossimi anni (ONU 2020).

Nella maggior parte dei Paesi sviluppati l’età di 60 o 65 anni, corrispondente all’età pensionabile, è generalmente considerata l’inizio della vecchiaia, collegando in maniera evidente il declino psicofisico ai fattori socioeconomici e al ruolo professionale (Gorman 1999: 3; Sterns, Doverspike 1989: 229; Fili 2020: 369). In questa prospettiva, il lavoro assume la funzione di spartiacque nella dimensione esistenziale dell’individuo.

In occasione del 63° Congresso nazionale della Società italiana di gerontologia e geriatria, tenutosi a Roma nel 2018, è stata avanzata la proposta di aggiornare il concetto di anzianità, portando a 75 anni l’età per definire una persona anziana, adattando il parametro anagrafico alle aspettative di vita dei Paesi ad alto sviluppo economico. È stata anche suggerita la distinzione tra diverse fasi dell’anzianità, mediante la suddivisione in quattro sottogruppi: i “giovani anziani” (persone tra i 64 e i 74 anni), gli anziani (75-84 anni), i “grandi vecchi” (85-99 anni) e i centenari. Inoltre, è stata coniata una definizione dinamica di anzianità, che identifica la “terza età” (tra i 65 e i 75 anni) come una fase caratterizzata da buone condizioni di salute, inserimento sociale e

⁵² Basti pensare che il termine “ageismo”, che indica l’atteggiamento discriminatorio e marginalizzante nei confronti degli anziani, è stato coniato nel 1995 e introdotto l’anno successivo nel dizionario Treccani come neologismo (dal 2020 riconosciuto anche dall’Accademia della Crusca).

⁵³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

disponibilità di risorse, mentre la quarta età (costituita dagli *over 75*) risulterebbe condizionata dal decadimento fisico e cognitivo, nonché dalla dipendenza da altri (sulla “malleabilità” del concetto di invecchiamento: Scott 2021: 821; Scott 2023: 2).

La molteplicità di proposte per individuare la categoria degli “anziani” è un evidente segnale della difficoltà di definire un chiaro perimetro e criteri universalmente validi ed efficaci, in quanto le condizioni che contraddistinguono l’invecchiamento sono «per loro natura flessibili e migliorabili al punto da modificare il significato anagrafico dello stesso concetto di vecchiaia» (Ludovico 2025: 4).

D'altronde, il concetto di anzianità non è legato soltanto all'età, ma deve tenere conto di molti altri fattori, tra i quali lo stato funzionale del soggetto, le sue condizioni fisiche e la comorbidità, il livello cognitivo, nonché la condizione sociale ed economica (SIMG 2023). Ad esempio, gli studi in materia hanno evidenziato come la solitudine renda particolarmente vulnerabili, propensi alle cadute e meno resistenti alle malattie (Falasca 2020: 3; Censis 2025: 20). In altri termini, il benessere della persona anziana è influenzato anche dal contesto familiare nel quale è eventualmente inserita, perché trae beneficio dal ruolo attivo di scambio affettivo, psicologico e relazionale (AIP 2022).

2.2 La definizione di persona anziana nel d. lgs. n. 29/2024

Alla luce dell'incertezza e dell'evanescenza del criterio di anzianità nell'ordinamento multilivello appare particolarmente apprezzabile l'attenzione recentemente dedicata dalla legislazione italiana alle politiche in favore delle persone anziane.

La legge delega n. 33/2023 intende rispondere ai cambiamenti demografici, da un lato, incoraggiando l'invecchiamento attivo e l'inclusione sociale degli anziani, e, dall'altro, dettando i principi per una riforma del sistema di assistenza agli anziani non autosufficienti, con l'obiettivo di tutelarne la dignità e promuoverne le condizioni di vita⁵⁴.

Il decreto attuativo, d. lgs. n. 29/2024, pur non riuscendo a realizzare pienamente l'ambizioso progetto delineato nella legge delega (CGIL 2024), interviene su un aspetto rilevante ai fini della presente ricerca, in quanto introduce una definizione legale di “persona anziana”.

L'art. 2, comma 1, lett. a), d. lgs. n. 29/2024 definisce «anziana» la «persona che ha compiuto 65 anni», distinguendola sia dalla «persona grande anziana»⁵⁵, ossia da chi ha compiuto 80 anni, sia dalla «persona anziana non autosufficiente»⁵⁶, che, «anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni

⁵⁴ V. art. 2, comma 1, l. n. 33/2023.

⁵⁵ Art. 2, comma 1, lett. b), d. lgs. n. 29/2024.

⁵⁶ Art. 2, comma 1, lett. c), d. lgs. n. 29/2024.

o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale».

La distinzione operata dall'art. 2 si basa, nelle prime due ipotesi, su un criterio prettamente anagrafico e, nella terza, su un criterio misto, che combina il fattore età con la non autosufficienza. A tal fine, il decreto delegato dedica il titolo primo ai principi generali e alle misure a sostegno della popolazione anziana, e il secondo alle disposizioni in materia di assistenza sociale, sanitaria, sociosanitaria e prestazione universale in favore delle persone anziane non autosufficienti.

L'attenzione rivolta dal d. lgs. n. 29/2024 all'anziano non autosufficiente – con l'inserimento di una definizione specifica e articolata – è particolarmente rilevante, così come l'introduzione di una valutazione multidimensionale unificata dei suoi bisogni.

Da un esame più approfondito emergono, però, alcune criticità.

Innanzitutto, la definizione di «persona anziana non autosufficiente» di cui all'art. 2, comma 1, lett. c), d. lgs. n. 29/2024, non precisa il requisito anagrafico. Di conseguenza, alla luce del criterio anagrafico generale stabilito dall'art. 2, comma 1, lett. a), d. lgs. n. 29/2024, per individuare la persona anziana si dovrebbe ragionevolmente desumere che si tratti di un soggetto sessantacinquenne. In realtà, non è così, considerato che l'art. 40 dello stesso decreto delegato limita l'applicazione delle disposizioni di cui al titolo II – ossia quello dedicato all'assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria in favore delle persone anziane non autosufficienti – a coloro che abbiano compiuto settanta anni.

Questo scarto di cinque anni tra la disciplina generale dell'anzianità e quella espressamente rivolta agli anziani non autosufficienti risulta poco comprensibile, in quanto l'accesso ai servizi e alle misure previste viene riservato agli *over 70*, escludendo le persone non autosufficienti dai 65 ai 69 anni.

Anche l'accesso al contributo economico denominato Prestazione Universale (c.d. Bonus Anziani), introdotto dall'art. 34 del d. lgs. n. 29/2024 ed erogato mensilmente dall'Inps sotto forma di trasferimento monetario o di servizi alla persona⁵⁷ presenta un differente requisito anagrafico. È, infatti, limitato agli ultraottantenni, purché in possesso anche degli altri requisiti indicati dall'art. 35 d. lgs. n. 29/2024 (livello di bisogno assistenziale gravissimo, ISEE non superiore a € 6.000,00 e titolarità dell'indennità di accompagnamento).

La motivazione dei diversi requisiti anagrafici a seconda delle prestazioni o dei servizi potrebbe risiedere nell'esigenza di contenimento della spesa pubblica, che si concretizza nella limitazione del bacino dei possibili fruitori delle prestazioni e dei servizi previsti. Ciò, però, rischia di creare confusione e sperequazioni tra anziani non autosufficienti.

Inoltre, la differenziazione nell'accesso alle prestazioni sociali in base all'età smentisce uno dei principi e criteri direttivi della legge delega n. 33/2023, che intende

⁵⁷ V. art. 36 d. lgs. n. 29/2024.

promuovere l'accesso a un *continuum* di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti, centrato sulle necessità della persona»⁵⁸ senza una gradazione in ragione dell'età.

A fronte delle criticità rilevate, l'impegno definitorio di anzianità – nelle sue varie sfaccettature – introdotto dall'art. 2 d. lgs. n. 29/2024 non appare risolutivo. Al riguardo, è anche opportuno ricordare che lo stesso *incipit* dell'art. 2 precisa che le definizioni sono adottate «ai fini del presente decreto», limitandone la portata e circoscrivendola alle sole misure espressamente individuate e disciplinate dal testo normativo.

3. Anzianità, vulnerabilità e fragilità nell'intreccio tra il d. lgs. n. 29/2024 e il d. lgs. n. 62/2024

Il riferimento all'anziano non autosufficiente di cui all'art. 2, comma 1, lett. c), d. lgs. n. 29/2024 e i ripetuti richiami alla fragilità contenuti nel decreto delegato, nonché il necessario raccordo con il d. lgs. n. 62/2024, sulla condizione di disabilità, emanato appena due mesi più tardi, esigono alcuni indispensabili chiarimenti sul rapporto tra anzianità, fragilità, disabilità e non autosufficienza, in modo da poter individuare con maggiore precisione il perimetro della presente ricerca.

La fragilità è un'espressione ormai ricorrente nella legislazione: è adoperata dieci volte nella legge n. 33/2023 e addirittura venti volte nel d. lgs. n. 29/2024, tra cui nella rubrica del capo II del titolo I, «Misure per la prevenzione della fragilità e per la promozione della salute, dell'invecchiamento attivo delle persone anziane, della sanità preventiva e della telemedicina in favore delle persone anziane».

Negli anni segnati dall'esperienza pandemica questo termine ha, di fatto, soppiantato l'espressione «vulnerabilità», precedentemente utilizzata per indicare quella condizione – strutturale⁵⁹ o contingente⁶⁰ – che espone un soggetto al rischio di subire un danno e richiede, perciò, particolare attenzione e protezione da parte dell'ordinamento giuridico (Pastore 2021: 2; Biggs, Jones 2014: 133).

A livello eurounitario, l'art. 2, comma 2, dir. 2011/36/UE del 5 aprile 2011, definisce la «posizione di vulnerabilità» come «una situazione in cui la persona in questione non ha altra scelta effettiva ed accettabile se non cedere all'abuso di cui è vittima». In ambito nazionale, l'art. 90-*quater* c.p.p. afferma che, per accertare «la condizione di particolare vulnerabilità della persona offesa», occorre tenere conto anche della sua età e dello stato di infermità psicofisico, mentre l'art. 103, comma 1, lett. a, n. 4), d. lgs. 6 settembre 2005, n. 206, c.d. Codice del consumo, inserisce gli anziani (insieme ai minori) nelle categorie di consumatori vulnerabili perché «si trovano in condizione di rischio». L'art. 17 d. lgs.

⁵⁸ Art. 2, comma 2, lett. e), l. n. 33/2023.

⁵⁹ La minore età, la vecchiaia, la disabilità.

⁶⁰ La gravidanza, la povertà, la migrazione.

18 agosto 2015, n. 142, in attuazione delle dir. 2013/32/UE e 2013/33/UE, sull'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, stila un dettagliato elenco di «persone vulnerabili», individuando come tali i minori, le persone in condizione di disabilità, gli anziani, le donne, con priorità per quelle in stato di gravidanza, i genitori singoli con figli minori, le vittime della tratta di esseri umani, le persone affette da gravi malattie o da disturbi mentali, le persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, le vittime di mutilazioni genitali.

La vulnerabilità si caratterizza per «quella carenza di difesa, quella debolezza [...] vuoi nella relazione con l'ambiente esterno, vuoi nelle relazioni sociali o affettive» (Fusaro 2019: 7), ossia la presenza di un fattore di svantaggio che comporta un *vulnus* all'esercizio dei diritti fondamentali e, pertanto, si traduce in un rischio di «soggettività affievolita» (Bernardini 2020: 5) nei vari ambiti (Stanzione 2009: 313; Irti 2023: 14).

In realtà, da un'analisi più approfondita si rileva che vulnerabilità e fragilità non sono concetti pienamente sovrapponibili. Entrambi derivano dal settore medico e sono stati ampiamente sviluppati in ambito sanitario (Salem *et al.* 2015; Costa 2020: 14), ma, mentre la vulnerabilità descrive l'aumento del rischio dovuto a fattori come età, malattia o disuguaglianza sociale, la fragilità è uno stato fisiologico specifico caratterizzato da riserve ridotte e da una minore capacità di resistere e di riprendersi dagli stress. In pratica, le persone fragili hanno maggiori probabilità di essere vulnerabili, poiché il loro stato fisiologico indebolito le rende meno resilienti ai problemi di salute. Diversamente, non tutte le persone vulnerabili sono fragili, perché la condizione di vulnerabilità non deriva necessariamente da condizioni di salute, ma può essere causata da fattori sociali, economici o ambientali.

Il declino fisico e cognitivo che accompagna l'invecchiamento fa sì che gli anziani siano annoverabili tra i soggetti fragili e, di conseguenza, a maggiore rischio di vulnerabilità (Pasquili 2022: 4). In tale prospettiva, è pienamente comprensibile la normativa giuslavoristica emanata durante l'emergenza di Covid-19⁶¹, che ha iniziato ad adottare l'espressione «fragilità», anche sulla scorta di *input* provenienti dall'Unione Europea (Commissione UE 2019).

Sulla base dei dati epidemiologici relativi a una maggiore fragilità nelle fasce di età più elevate della popolazione (vengono presi in considerazione i soggetti con oltre 55 anni di età), la circolare del Ministero della Salute n. 14915 del 29 aprile 2020, in materia di contenimento della diffusione del virus negli ambienti di lavoro, raccomanda che la sorveglianza sanitaria «ponga particolare attenzione ai soggetti fragili anche in relazione all'età». Tale attenzione è stata trasfusa nell'art. 83 d.l. n. 34/2020, che ha incluso l'«età»

⁶¹ V. art. 83, comma 1, d.l. 19.05.2020, conv. dalla l. 17.07.2020, n. 77.

– senza ulteriori specificazioni – tra le condizioni che rendono i lavoratori «maggiormente esposti a rischio di contagio».

Il riconoscimento di uno stretto collegamento tra anzianità e fragilità sembra trovare conferma anche nella legislazione più recente, proprio nell'intreccio tra la legge n. 33/2023 – e il decreto delegato n. 29/2024 – e la legge delega n. 227/2021, che, tra i decreti attuativi⁶², annovera il d. lgs. n. 62/2024.

4. Disabilità, anzianità e non autosufficienza negli ultimi interventi normativi

Anche la condizione di disabilità, da ultimo definita dall'art. 2 d. lgs. n. 62/2024 come «una duratura compromissione fisica, mentale, intellettiva, del neurosviluppo o sensoriale che, in interazione con barriere di diversa natura, può ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri»⁶³, è un fattore rilevante da considerare alla luce delle riflessioni sopra dedicate a fragilità, vulnerabilità e anzianità.

Fino all'emanazione della legge delega n. 227/2021 e del d. lgs. n. 62/2024 – che, sostanzialmente, hanno introdotto nel nostro ordinamento giuridico non la “lettera” della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità⁶⁴, già ratificata in Italia nel 2009⁶⁵, bensì il suo “spirito” – l'attenzione era focalizzata non tanto sulla persona quanto sull’*“handicap”*. Il termine, che, nel corso del tempo, aveva assunto una forte accezione negativa, è stato eliminato dal vocabolario giuridico proprio ad opera dell'art. 2 d. lgs. n. 62/2024, sulla falsariga dell'art. 2 della Convenzione ONU.

Alla modifica della terminologia adottata corrisponde un significativo cambio di paradigma: com'è stato sottolineato dal Presidente della Corte Europea dei diritti dell'uomo, «non sono le persone con disabilità a essere vulnerabili perché non si adattano a un determinato ambiente. Piuttosto sono gli ambienti in cui tutti ci inseriamo a non permettere a un gran numero di individui di trovare il loro posto, rendendoli così vulnerabili» (Spano 2022). È un vero e proprio rovesciamento di prospettiva, che sposta lo sguardo dalle condizioni psicofisiche della persona all'interazione con l'ambiente circostante (Emiliani 2025: 395).

Ovviamente, la «duratura compromissione» – che lo stesso art. 2 d. lgs. n. 62/2024, alla lett. e) del primo comma, definisce come «compromissione derivante da qualsiasi

⁶² Gli altri decreti delegati sono il d. lgs. 13.12.2023, n. 222, in materia di riqualificazione dei servizi pubblici per l'inclusione e l'accessibilità, e il d. lgs. 5.02.2024, n. 20, istitutivo dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità.

⁶³ Art. 2, comma 1, lett. a), d. lgs. n. 62/2024.

⁶⁴ Approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13.12.2006.

⁶⁵ Ratificata con la l. 3.03.2009, n. 18.

perdita, limitazione o anomalia a carico di strutture o di funzioni corporee [...] che persiste nel tempo o per la quale è possibile una regressione o attenuazione solo nel lungo periodo» – nella pratica espone la persona a una maggiore vulnerabilità e richiede specifici servizi, interventi e prestazioni «individuati a conclusione dell'accertamento della condizione di disabilità e nel progetto di vita per migliorare le capacità della persona e la sua inclusione, nonché per contrastare la restrizione nella sua partecipazione sociale»⁶⁶, anche attraverso il lavoro (Biagi 1999: 12; Avio 2008: 497; Garofalo 2009; Di Stasi 2013: 880; Riccardi 2018; Di Carluccio 2022; Cnel 2024c; Emiliani 2024: 1579; Tardivo 2024).

Al riguardo, il d. lgs. n. 62/2024 ha modificato l'art. 3 l. n. 104/1992, finalizzato all'individuazione dei soggetti aventi diritto ai benefici previsti dall'ordinamento. In particolare, dal comma 3 dell'art. 3 l. n. 104/1992 viene espunto il riferimento alle «situazioni riconosciute di gravità». La nuova formulazione⁶⁷ – entrata in vigore in via sperimentale in nove province⁶⁸ dal mese di gennaio 2025 e in altre dieci dal 30 settembre 2025⁶⁹, mentre nel restante territorio nazionale sarà operativa dal primo gennaio 2027 – concentra l'attenzione sull'intervento di sostegno necessario, avendo sempre come obiettivo il superamento di «barriere di diversa natura, [che] possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione nei diversi contesti di vita su base di uguaglianza con gli altri»⁷⁰.

Potrebbero esserci margini di sovrapposizione tra disabilità e anzianità, laddove i soggetti in possesso del requisito anagrafico indicato dal d. lgs. n. 29/2024 presentino anche una condizione di disabilità. La conferma si rinviene proprio nel confronto tra il d. lgs. n. 62/2024 e il d. lgs. n. 29/2024, il cui secondo titolo è dedicato alle misure per gli anziani non autosufficienti, tra i quali sono ricomprese anche le persone con disabilità.

Il punto, però, merita ulteriore approfondimento, in quanto tra disabilità e non autosufficienza non sussiste una piena corrispondenza. Si tratta, infatti, di condizioni

⁶⁶ Art. 2, comma 1, lett. h), d. lgs. n. 62/2024.

⁶⁷ Art. 3, comma 3, l. n. 104/1992, nuova formulazione: «Qualora la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, il sostegno è intensivo e determina priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici».

⁶⁸ Le province, individuate di comune accordo tra il Ministero per le disabilità, il Ministero della Salute e il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali sono Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste: <https://www.disabilita.governo.it/it/notizie/individuate-le-9-province-per-sperimentare-la-riforma-disabilita>.

⁶⁹ Alessandria, Lecce, Genova, Isernia, Macerata, Matera, Palermo, Teramo, Vicenza, Provincia autonoma di Trento e Aosta.

⁷⁰ Art. 3, comma 1, l. n. 104/1992, nella nuova formulazione.

che presentano forti analogie, ma, al tempo stesso, anche rilevanti differenze. Una persona con disabilità potrebbe tranquillamente essere autosufficiente, cioè capace di svolgere le attività della vita quotidiana, dall'alimentarsi al lavarsi, dal vestirsi al muoversi. Per semplificare, si può affermare che rientrano nell'area della non autosufficienza le persone con disabilità individuate dal terzo comma dell'art. 3 l. n. 104/1992, ossia quelle che, nella formulazione originaria, si trovano in situazione di gravità e, nella nuova formulazione, hanno necessità di un sostegno intensivo.

Al contrario, ci sono alcuni soggetti che, pur non avendo alcuna condizione di disabilità riconosciuta e certificata, non sono in grado – a causa dell'età avanzata e del conseguente declino fisico o cognitivo – di eseguire autonomamente le funzioni considerate essenziali (ad esempio, alzarsi, lavarsi, uscire di casa...).

Il collegamento tra anzianità e non autosufficienza – già presente, ad esempio, nell'art. 1, comma 162, l. 30 dicembre 2021, n. 234, c.d. legge di Bilancio 2022, e nel Piano Nazionale per la Non Autosufficienza⁷¹, che individuano, tra i destinatari degli interventi di sostegno sociale, la categoria degli “anziani non autosufficienti” – è stato “suggellato” (come visto nel § 2.2) dall'art. 2, comma 1, lett. c), d. lgs. n. 29/2024, con l'introduzione di una definizione di «persona anziana non autosufficiente». Nella descrizione rientra la persona anziana che, «anche in considerazione dell'età anagrafica e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate [...] anche considerando le specifiche condizioni sociali, familiari e ambientali».

Per quanto il tentativo definitorio risulti apprezzabile, il riferimento alle «disabilità pregresse» operato dall'art. 2, comma 1, lett. c) del d. lgs. n. 29/2024 appare comunque ambiguo e non consente di tracciare una netta linea di demarcazione tra le aree di non autosufficienza e disabilità.

Benché la distinzione tra “anziani non autosufficienti” e “persone con disabilità (anche grave o gravissima)” non risulti chiara, si deve comunque dare atto del fatto che viene data per assodata sia dal Piano Nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, sia dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2024-2026⁷², nonché dal Cnel (2024d). D'altronde, come si avrà modo di approfondire nella prima sezione del capitolo terzo, anche la definizione di caregiver familiare introdotta dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, comprende come destinatarie dell'assistenza sia le persone in condizione di disabilità che le persone non autosufficienti.

Che la vasta area della non autosufficienza non sia un blocco monolitico, ma presenti al suo interno sfumature e gradazioni, si rileva anche dalla denominazione “plurale”

⁷¹ Il PNNA 2022-2024 è stato adottato con DPCM 3.10.2022.

⁷² Adottato con decreto interministeriale del 2.04.2025.

attribuita al «Fondo per le non autosufficienze», istituito dall'art. 1, comma 1264, l. 27 dicembre 2006, n. 297.

Un'ulteriore conferma della non coincidenza, ma parziale sovrapposibilità, tra le due categorie si rinviene nei recenti decreti delegati – d. lgs. n. 29/2024 e d. lgs. n. 62/2024 – rispettivamente focalizzati sulle persone anziane (non autosufficienti, nel titolo II) e sulle persone con disabilità. Entrambi i provvedimenti, ciascuno per la propria area di competenza, regolamentano la procedura di valutazione multidimensionale dei bisogni della persona (anziana non autosufficiente o con disabilità oppure anziana e con disabilità)⁷³. Pur denominandoli diversamente, sia il d. lgs. n. 29/2024 che il d. lgs. n. 62/2024 prevedono due livelli di valutazione: uno nazionale, finalizzato all'accesso alle prestazioni economiche e alle varie agevolazioni; l'altro regionale e locale per l'elaborazione del progetto d'intervento⁷⁴. Il sistema, pertanto, è piuttosto eterogeneo e con forte caratterizzazione regionale, rischiando di acuire le già segnalate disparità a seconda dell'area geografica di residenza del soggetto.

Il confronto tra i due decreti legislativi avvalorava la necessità di armonizzazione normativa, attraverso il raccordo e il coordinamento tra anzianità e disabilità, nonché l'introduzione di una definizione di non autosufficienza. La difficoltà nell'individuazione di una precisa linea di demarcazione tra anziani non autosufficienti e persone con disabilità comporta, infatti, incertezze nell'applicabilità ed effettività delle tutele (v. *infra* cap. 4).

Ai fini della presente indagine, l'oggetto di studio è rappresentato dalla cura, nella accezione più ampia del termine, svolta nel contesto domestico dal caregiver familiare nei confronti dei congiunti anziani non autosufficienti, a prescindere dal fatto che si trovino o meno in una condizione di disabilità.

⁷³ V. art. 25 d. lgs. n. 62/2024; art. 27 d. lgs. n. 29/2024. È opportuno precisare che, in entrambi i casi, la procedura di valutazione multidimensionale è ancora in fase di sperimentazione.

⁷⁴ Che il d. lgs. n. 62/2024 definisce significativamente “progetto di vita”: v. artt. 2, comma 1, lett. n), e 26.

CAPITOLO 2 | I fondamenti giuridici del dovere di cura familiare

Sommario: 1. Premesse sul dovere di “prendersi cura” dei familiari anziani non autosufficienti tra etica e diritto. – 2. I principi costituzionali del caregiving familiare. – 3. La cura verso gli anziani non autosufficienti nel diritto di famiglia. – 3.1. I soggetti obbligati: il coniuge. – 3.2. Il partner dell’unione civile. – 3.2. Il convivente di fatto. – 3.4. I figli conviventi. – 3.5. I figli non conviventi, i parenti, gli affini e l’obbligo alimentare. – 4. I profili penalistici della violazione degli obblighi di assistenza familiare. – 5. Il perimetro dell’obbligo di cura familiare in chiave giuslavoristica. – 6. Il rapporto tra caregiver e assistito nella legge e nella giurisprudenza. – 6.1. Il confronto con una stimolante pronuncia della *Cour de cassation* francese. – 7. La dimensione sociale della cura familiare nel prisma della giurisprudenza.

1. Premesse sul dovere di “prendersi cura” dei familiari anziani non autosufficienti tra etica e diritto

La letteratura sociologica e antropologica presenta l’attività di cura esercitata nei confronti del familiare come l’adempimento di un dovere generazionale: il coniuge e/o i figli si sentono tenuti ad assistere il congiunto anziano non autosufficiente in virtù di un obbligo di natura morale (Cohen 1998; Carsten 2013: 245; Thelen 2015: 497) e sociale (Casalini 2012: 224) fondato sul legame affettivo scaturente dalla parentela.

Il mancato assolvimento comporterebbe ripercussioni sia nella sfera intima e personale (scrupoli di coscienza, rimorsi, sensi di colpa, dilemmi etici), sia nella dimensione collettiva, sotto forma di disistima e discredito sociale (Jarrett 1985: 5; Marsili *et al.* 2006: 240; Canciani 2009: 17; Leibing 2016: 203; Diodati 2022: 75). Conseguentemente, il caregiver familiare rischia di sentirsi compresso tra la fatica che accompagna l’attività di cura (Bastawrous 204: 431; Purkis, Ceci 2015: 1410; Diodati 2021: 76) – generalmente impegnativa, totalizzante, con esiti deflagranti a livello psicofisico⁷⁵ e per la propria vita personale e professionale, soprattutto quando esercitata

⁷⁵ Gli studi effettuati dal premio Nobel per la medicina Elizabeth Blackburn dimostrano che l’aspettativa di vita di un caregiver è dai 9 ai 17 anni inferiore alla media della popolazione: <https://www.aisla.it/manifesto-per-i-familiari-caregiver/>.

a medio-lungo termine⁷⁶ – e gli effetti⁷⁷ del mancato o non adeguato compimento di tale dovere etico (Sadler, McKevitt 2013: 40).

In tale ottica viene fortemente compromessa la visione favolistica dello spontaneismo e volontarismo del caregiving familiare: la parentela è una condizione, frutto di una costruzione sociale, non una scelta (Federici 2012), e il carico di responsabilità collegato all'attività di cura viene percepito e assunto dal *carer* come un'obbligazione naturale⁷⁸, ossia un dovere morale o sociale giuridicamente non vincolante (Bianca 1993: 776).

La convinzione della sussistenza del dovere morale di prendersi cura dei propri cari anziani non autosufficienti e la sua presunta assenza di limiti si è perpetuata di generazione in generazione⁷⁹, come dimostra la diffusa concezione familistica della cura, alla quale fa da *pendant* il lento e inadeguato sviluppo del sistema di *long-term care* pubblico (Guaita 2021: 53).

Tale assetto, però, rischia di non reggere alle rilevanti trasformazioni socio-economico-culturali in atto⁸⁰. In primo luogo, il considerevole aumento della domanda di cura da parte della popolazione anziana non autosufficiente mette sotto pressione sia i (già inadeguati) servizi sanitari e sociosanitari residenziali e domiciliari sia le famiglie.

In secondo luogo, le stesse famiglie, che finora hanno prevalentemente gestito la cura all'interno delle mura domestiche secondo il modello del “*Do It Yourself Welfare*” (vedi cap. 1, sez. 1) – anche con l'ausilio di personale retribuito, talvolta occupato in maniera irregolare – si stanno trasformando: i legami matrimoniali tendono a sfaldarsi più facilmente (Istat 2024b), i nuclei familiari rimpiccioliscono (ONU 2023: 29), aumentano le solitudini (OIL 2018: 16). Inoltre, l'inflazione e il rapido ritmo di crescita dei prezzi dei beni di consumo e dei servizi⁸¹ rischiano di erodere parte delle risorse private di cui le famiglie possono disporre per far fronte alla domanda di cura non soddisfatta mediante il *welfare* pubblico (Luppi 2015).

Infine, la maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro (Cnel, Istat 2025) e le nuove emigrazioni (Pugliese, Vitiello 2024: 212), soprattutto dei giovani, verso

⁷⁶ L'accudimento può durare anche parecchi anni, fino al decesso dell'anziano o al suo ricovero presso una struttura residenziale.

⁷⁷ Come visto, sensi di colpa, ansia, vergogna, frustrazione, stigmatizzazione sociale.

⁷⁸ Il riferimento è all'art. 2034 c.c.

⁷⁹ Basata sul principio della reciprocità generazionale, che prevede di restituire agli anziani la cura che hanno prestato quando erano giovani.

⁸⁰ Sotto il profilo antropologico, le attese sociali che siano i giovani a doversi prendere cura degli anziani non autosufficienti si stanno affievolendo anche in quei contesti in cui i legami familiari sono sentiti in maniera molto forte e moralmente vincolante.

⁸¹ V. dati Istat al mese di aprile 2025: <https://www.istat.it/comunicato-stampa/prezzi-al-consumo-dati-provvvisori-aprile-2025/>.

le regioni del Nord Italia e l'estero⁸² mettono a repentaglio la tenuta di un sistema di *welfare* familiare che finora ha garantito il massimo risultato con il minore impegno possibile da parte del bilancio pubblico.

Alla luce del graduale sgretolamento del tessuto familiare e sociale nel quale affonda le proprie radici il dovere morale della cura domestica, assume particolare rilevanza e urgenza la individuazione dei fondamenti giuridici del caregiving nel nostro ordinamento, al fine di identificare i soggetti deputati all'adempimento di tale obbligo e il perimetro delle loro responsabilità.

2. I principi costituzionali del caregiving familiare

Che la Costituzione italiana riconosca e tuteli la famiglia come «cellula fondamentale della società civile e suo modulo organizzativo primario ed elementare, comunità originaria ove si realizza la venuta al mondo e la crescita personale e sociale di ciascuno» (Paradiso 2024: 664) risulta evidente dalla lettera e dallo spirito degli artt. 29-31 Cost., che danno l'avvio al titolo dedicato ai rapporti etico-sociali (Bozzao 2001: 55).

Il primo comma dell'art. 29 Cost. stabilisce che «la Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio»; l'art. 30 Cost. si sofferma sul diritto-dovere dei genitori di «mantenere, istruire ed educare i figli», mentre l'art. 31 Cost., al primo comma, prevede che «la Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose» e, al secondo comma, promuove la protezione della maternità, dell'infanzia e della gioventù, «favorendo gli istituti necessari a tale scopo».

Anche nel titolo III, dedicato ai rapporti economici, sono presenti dei significativi riferimenti alla famiglia. In primo luogo, l'art. 36, comma 1, Cost., richiama il carico familiare per parametrare il criterio di sufficienza della retribuzione («in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa»). Inoltre, il primo comma dell'art. 37 Cost. focalizza l'attenzione sulle condizioni di lavoro della donna, che «devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione».

I capisaldi forniti da tali articoli rivelano la grande attenzione e premura costituzionale nei confronti della famiglia, considerata perno della società.

L'immagine di famiglia che emerge dall'articolata rete di principi e tutele costituzionali trova, però, sempre meno corrispondenza nella realtà odierna. I dati Istat (2024b) registrano un considerevole calo dei matrimoni e un incremento delle coppie

⁸² Dal Rapporto Istat del 31.03.2025 emerge che nel 2024 sono aumentate di oltre il 20% le emigrazioni per l'estero, che passano da 158mila del 2023 a poco meno di 191mila, facendo registrare così il valore più elevato finora osservato negli anni Duemila.

di fatto e delle unioni civili tra partner dello stesso sesso, nonché un notevole squilibrio nella composizione della popolazione, in quanto il numero di anziani è pari a circa sei volte quello dei bambini (Istat 2024a).

Nel corso del tempo è cambiata anche la direzione della domanda di cura familiare, in quanto, a causa del calo della natalità⁸³ e del crescente invecchiamento della popolazione, concerne sempre meno l'orientamento discendente (dai genitori verso i figli minori), sul quale sono chiaramente focalizzati gli artt. 30 e 31 Cost., e riguarda sempre più il senso ascendente (dai figli verso i genitori anziani), di cui sembrerebbe non esserci traccia negli articoli costituzionali dedicati alla famiglia.

In realtà, il dovere – giuridico – di cura nei confronti di ciascun componente della famiglia e, dunque, anche verso i parenti anziani non autosufficienti è rinvenibile, in via generale, nell'art. 2 Cost., che «riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale»⁸⁴.

Il principio della solidarietà familiare permea una congerie di obblighi reciproci di assistenza, i quali, con varia intensità e diverso contenuto, derivano dai rapporti di coniugio, di filiazione, di parentela e di affinità, il cui apice si raggiunge nella c.d. famiglia nucleare, composta da genitori e figli (Stanzione 2021: 400).

Il fatto stesso che la Costituzione non intenda entrare dettagliatamente nelle dinamiche della cura familiare, ma si limiti a sancire il principio della solidarietà che ne è alla base, è sintomo della convinzione, all'epoca imperante e ancora oggi fortemente sentita, che, da un lato, «la famiglia trovi da sé la chiave di risoluzione dei conflitti di interessi che di volta in volta possono sorgere al suo interno» (Auletta 2022: 1), e, dall'altro, si tratti di «una realtà metagiuridica» (Bevivino 2023: 3) appartenente «agli istinti primi, alla morale, alla religione più che al mondo del diritto» (Jemolo 1949: 57), quasi «un'isola che il mare del diritto può lambire, ma lambire soltanto» (Patti 2022: 507).

3. La cura verso gli anziani non autosufficienti nel diritto di famiglia

Per quanto i rapporti familiari trascendano nella dimensione affettiva, che nessuna disposizione normativa potrà mai descrivere o regolamentare adeguatamente, non si

⁸³ Secondo gli indicatori demografici pubblicati dall'Istat il 31.03.2025, il minimo storico è stato raggiunto nell'anno 2024.

⁸⁴ Nell'art. 2 Cost. trovano fondamento anche le relazioni affettive che si caratterizzano mediante le convivenze di fatto e le unioni civili: v. Cass. 18.01.2024, n. 1900; Cass. 26.06.2023, n. 18134; Cass. 22.01.2014, n. 1277; Cass. 21.03.2013, n. 7214.

può negare che la famiglia sia una realtà giuridica dalla sua costituzione⁸⁵ al suo eventuale scioglimento⁸⁶, con produzione di effetti giuridici nei confronti di ciascuno dei componenti⁸⁷. E ne sono la dimostrazione i numerosi articoli dedicati agli obblighi di assistenza tra congiunti, inseriti nel libro primo del Codice civile, rubricato «delle persone e della famiglia».

È opportuno, però, rilevare che queste disposizioni normative⁸⁸ non menzionano espressamente la “cura”, la cui accezione codicistica, come visto, è molto restrittiva e concerne la tutela dei minori⁸⁹, degli interdetti e degli inabilitati⁹⁰ da parte del tutore, del protutore e del curatore. Ciononostante, i riferimenti alla «assistenza morale e materiale» e alla «collaborazione nell’interesse della famiglia»⁹¹ tra coniugi, alla contribuzione dei figli conviventi al mantenimento della famiglia «in relazione alle proprie capacità, alle proprie sostanze e al proprio reddito»⁹², nonché all’obbligo di parenti e affini di «prestare gli alimenti»⁹³ ove ne sussistano i presupposti, offrono interessanti spunti di riflessione per individuare la sussistenza di un obbligo di cura nei confronti del familiare anziano non autosufficiente, identificare i soggetti preposti e circoscrivere il perimetro dell’obbligazione stessa.

3.1 I soggetti obbligati: il coniuge

Parità⁹⁴ e solidarietà⁹⁵ sono i principi cardine sui quali poggia il rapporto coniugale (Barbiera 2005: 240; Stanzione 2021: 400) alla luce delle disposizioni codicistiche, così come riformate nel 1975⁹⁶.

Il modello di vita coniugale tratteggiato dall’art. 143 c.c. è rappresentato dalla c.d. comunione di vita e di affetto, che si concretizza nei doveri elencati nel secondo comma

⁸⁵ Il matrimonio, così come l’unione civile, è un negozio giuridico. Anche le convivenze di fatto presuppongono (v. art. 1, comma 37, l. n. 76/2016) la dichiarazione anagrafica di cui all’art. 4 e alla lett. b) del comma 1 dell’art. 13 D.P.R. 30.05.1989, n. 223, che è un atto giuridico.

⁸⁶ Separazione, divorzio, annullamento, scioglimento dell’unione civile.

⁸⁷ Basti pensare che i doveri di solidarietà, sotto il profilo economico, permangono anche durante la crisi coniugale, nonché nei casi di annullamento e scioglimento del matrimonio o dell’unione civile.

⁸⁸ Analizzate nei successivi paragrafi del presente capitolo.

⁸⁹ V. artt. 357, 360, comma 3, e 361 c.c.

⁹⁰ Art. 424 c.c.

⁹¹ Entrambi i virgolettati sono tratti dall’art. 143, comma 2, c.c.

⁹² Art. 315-*bis*, comma 4, c.c.

⁹³ Artt. 433-443 c.c.

⁹⁴ A norma del primo comma dell’art. 143 c.c. «con il matrimonio il marito e la moglie acquistano gli stessi diritti e assumono i medesimi doveri».

⁹⁵ V. secondo comma dell’art. 143 c.c.

⁹⁶ Ad opera della l. 19.05.1975, n. 151.

(fedeltà, assistenza morale e materiale, collaborazione nell'interesse della famiglia, coabitazione), che sono inderogabili. Al riguardo, Auletta (2022: 64) sottolinea che «gli sposi non possono derogare ai suddetti doveri, pattuendone l'inosservanza anche parziale o modificandone il contenuto essenziale, altrimenti altererebbero il modello matrimoniale tutelato dall'ordinamento». Eppure, tali obblighi presentano contorni piuttosto sfumati.

È uno dei sintomi della “timidezza” legislativa nell'accedere all'interno delle dinamiche familiari, lasciando così ampio spazio all'interprete (Bonilini 2012: 90).

L'esame dell'art. 143 c.c. rivela che uno dei doveri tratteggiati dal secondo comma può pacificamente essere compreso nell'ampia accezione di cura familiare qui adottata. Si tratta dell'obbligo all'assistenza morale e materiale, di cui la collaborazione nell'interesse della famiglia⁹⁷ rappresenterebbe una specificazione dal tratto più marcatamente comunitario, in quanto supera i confini della coppia (Auletta 2022: 68).

L'assistenza morale e materiale consiste nel sostegno reciproco⁹⁸ tra i coniugi, sotto il profilo sia spirituale sia economico, per il soddisfacimento delle esigenze di vita dell'altro. In questa ottica, l'accudimento del coniuge anziano non autosufficiente non soltanto rientra pienamente in tale obbligo, ma costituirebbe l'apice del sostegno da assicurare al consorte.

L'analisi della disposizione normativa può, però, sollevare alcuni interrogativi sulla natura, l'entità e gli eventuali limiti al dovere di assistenza nei confronti del coniuge.

La natura dell'obbligo è senz'altro giuridica, come dimostrano le conseguenze del mancato adempimento sia sul piano civile⁹⁹ che penale (*infra* § 4).

Più difficile è individuarne con certezza il perimetro. Sul piano economico, l'entità dell'assistenza tra coniugi è disciplinata dal c.d. dovere di contribuzione, di cui al terzo comma dell'art. 143 c.c.: «Entrambi i coniugi sono tenuti, ciascuno in relazione alle proprie sostanze e alla propria capacità di lavoro professionale o casalingo, a contribuire ai bisogni della famiglia». Di conseguenza, l'obbligo di fornire i mezzi economici necessari al mantenimento di un adeguato tenore di vita è commisurato alla consistenza patrimoniale di ciascuno e al lavoro svolto (Autorino 2005: 430), anche casalingo¹⁰⁰. Il

⁹⁷ Introdotta dalla riforma del 1975.

⁹⁸ In base al principio di parità che permea il rapporto coniugale, non sussistono graduazioni o differenze nell'assistenza.

⁹⁹ Ad es., dichiarazione della separazione con addebito al marito, che si sia comportato in maniera sprezzante ed insensibile verso la moglie affetta da grave malattia, rifiutando di prestarle l'aiuto necessario e l'adeguato conforto spirituale: Corte App. Napoli 8.03.2007. Sul punto, v. anche Cass. 3.09.2018, n. 21576.

¹⁰⁰ Il lavoro casalingo o, comunque, prestato a beneficio della famiglia, è considerato una modalità di adempimento del dovere di contribuzione perché comporta un risparmio di spesa e, quindi, un aumento della ricchezza familiare: v., di recente, Trib. Potenza, 17.04.2025, n. 748.

principio di parità richiede che tale sostegno sia reciproco, senza graduazioni o differenze, e solidale¹⁰¹.

L'assistenza morale è meno agevolmente quantificabile, in quanto si traduce nell'impegno, nelle energie, nel sacrificio profusi dal coniuge per la realizzazione delle esigenze di vita dell'altro. Una precisazione è essenziale: l'aggettivo «morale» adottato dal secondo comma dell'art. 143 c.c. non deve essere frainteso, lasciando erroneamente supporre che si tratti di un dovere etico e non di un obbligo giuridico. Al riguardo, la lettera e lo spirito della disposizione normativa sono chiari: l'assistenza nel suo complesso è un “obbligo” derivante dal matrimonio e si concretizza sotto due profili, morale e materiale. L'aggettivo “morale”, quindi, si contrappone a “materiale”, per mettere in evidenza gli aspetti non economicamente valutabili insiti nella relazione coniugale. Nella prospettiva del matrimonio come piccola formazione sociale, la distinzione tra assistenza morale e materiale tra coniugi richiama alla mente, *mutatis mutandis*, il dovere di ogni cittadino di svolgere «un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società»¹⁰². In fondo, la matrice dell'obbligo è comune e si rinviene nel dovere di solidarietà di cui all'art. 2 Cost.

L'obbligo assistenziale, però, non può essere assoluto e incondizionato, rischiando di ledere i diritti della persona costituzionalmente garantiti¹⁰³. In tal senso, «il rispetto della dignità e della personalità, nella sua interezza, di ogni componente del nucleo familiare assume il connotato di un diritto inviolabile»¹⁰⁴.

Il limite al dovere di assistenza morale è stato significativamente individuato «nel diritto di ognuno dei coniugi di realizzarsi come persona» (Furciuele 1979: 166), affinché non vengano «conculcati i suoi diritti inviolabili» (Stanzione 2021: 400) attraverso l'imposizione di «una resistenza e una tolleranza eccezionali»¹⁰⁵. Secondo la Corte di cassazione, «ciascun coniuge ha un diritto costituzionalmente fondato di ottenere la separazione personale e interrompere la convivenza ove, per fatti obiettivi, ancorché non dipendenti da colpa dell'altro coniuge o propria», la convivenza «sia divenuta intollerabile, così da essere divenuto impossibile svolgere adeguatamente la propria personalità in quella “società naturale” costituita con il matrimonio che è la famiglia»¹⁰⁶. Il concetto di “intollerabilità” non è di per sé univoco, ma è suscettibile di «un'interpretazione aperta a valorizzare anche elementi di carattere soggettivo,

¹⁰¹ Cass. 7.01.2025, n. 234; Cass. 12.12.2023, n. 34728.

¹⁰² Art. 4, comma 2, Cost.

¹⁰³ Cass. 10.05.2005, n. 9801; Trib. Belluno 19.12.2012.

¹⁰⁴ Cass. n. 9801/2005, cit.

¹⁰⁵ Trib. Monza 16.04.1986, relativamente ad un caso di grave infermità, permanente e non reversibile.

¹⁰⁶ Il virgolettato è tratto da Cass. 9.10.2007, n. 21099.

costituendo un fatto psicologico squisitamente individuale, riferibile alla formazione culturale, alla sensibilità e al contesto interno alla vita dei coniugi»¹⁰⁷.

In caso di separazione legale – che è una situazione transitoria in cui vi è la sospensione del vincolo matrimoniale, ma non la sua cessazione – l'obbligo di assistenza morale e materiale tra i coniugi si attenua, ma non scompare del tutto¹⁰⁸ (Perlingieri 2024: 1043). Permane, infatti, una sorta di solidarietà/collaborazione minima, la quale – venendo meno la coabitazione¹⁰⁹ e, dunque, la possibilità di un'assistenza realizzata quotidianamente, contribuendo ai bisogni dell'altro nella comunione di vita – si concretizza attraverso il pagamento dell'assegno di mantenimento, eventualmente stabilito dal giudice nei confronti del coniuge economicamente più debole.

Con la sentenza di divorzio si assiste alla cessazione degli effetti civili del matrimonio (Stanzione 2021: 431) e, quindi, anche dell'obbligo di assistenza morale e materiale nei confronti dell'ex coniuge, salva la corresponsione dell'assegno divorzile eventualmente stabilito dal giudice¹¹⁰. La funzione dell'assegno divorzile è stata ampiamente vagliata dalle sezioni unite della Corte di cassazione, che hanno sottolineato come il profilo assistenziale debba essere contestualizzato con riferimento alla situazione effettiva nella quale si inserisce la fase di vita post-matrimoniale, in particolare in chiave perequativo-compensativa¹¹¹. La finalità dell'assegno divorzile non è quella di ricostituire il tenore di vita endoconiugale, ma di ristabilire una situazione di equilibrio attraverso il riconoscimento del ruolo e del contributo fornito dall'ex coniuge economicamente più debole alla realizzazione della situazione comparativa attuale.

È vero che l'insorgere della vecchiaia e della non autosufficienza potrebbe compromettere anche la situazione reddituale della persona, ma le esigenze di cura che scaturiscono da tale condizione sono molteplici e non possono essere limitate all'aspetto

¹⁰⁷ Cass. n. 21099/2007, cit. L'apprezzamento circa la responsabilità di un coniuge nel determinare l'intollerabilità della convivenza in ragione della violazione dei doveri matrimoniali è istituzionalmente riservato al giudice di merito e non può essere censurato in sede di legittimità (Cass. 3.09.2018, n. 21576).

¹⁰⁸ Al riguardo, v. Cass. 13.09.2022, n. 26890.

¹⁰⁹ Secondo Cass. pen. 14.06.1996, n. 8897, il dovere di assistenza morale viene meno per effetto della separazione personale, in quanto è strutturalmente correlato a quello di coabitazione.

¹¹⁰ A norma dell'art. 5, comma 6, l. 1.12.1970, n. 898, «con la sentenza che pronuncia lo scioglimento o la cessazione degli effetti civili del matrimonio, il tribunale, tenuto conto delle condizioni dei coniugi, delle ragioni della decisione, del contributo personale ed economico dato da ciascuno alla conduzione familiare ed alla formazione del patrimonio di ciascuno o di quello comune, del reddito di entrambi, e valutati tutti i suddetti elementi anche in rapporto alla durata del matrimonio, dispone l'obbligo per un coniuge di somministrare periodicamente a favore dell'altro un assegno quando quest'ultimo non ha mezzi adeguati o comunque non può procurarseli per ragioni oggettive».

¹¹¹ Cass. SS.UU. 10.04.2018, n. 18287.

economico. Al riguardo, non si può fare a meno di notare che, fin dalla separazione legale e – a maggior ragione – con la sentenza di divorzio, l'attenzione del legislatore e della giurisprudenza è esclusivamente rivolta agli aspetti patrimoniali e all'intento di proteggere il soggetto economicamente più debole, a prescindere dall'eventuale età avanzata o dalle condizioni di salute.

3.2 Il partner dell'unione civile

Nell'arco di quasi ottanta anni dall'entrata in vigore della Costituzione, la struttura della famiglia si è profondamente trasformata rispetto al modello costituzionale. D'altronde, la realtà familiare «non deriva da una costruzione giuridica ma dal bisogno spontaneo e naturale dell'uomo di creare una comunione di affetti, nella quale sviluppare la propria personalità e dare soddisfazione alle fondamentali esigenze di vita» (Auletta 2022: 1). Pertanto, la nozione di famiglia non è univoca e statica, ma è immersa nella realtà circostante ed evolve (Bin 2001: 9), come dimostra l'ampia e variegata disciplina attualmente vigente, che ha dilatato i confini familiari e, di conseguenza, l'area dei possibili prestatori e percettori di cura.

Alcune delle esigenze provenienti dal mutato contesto sociale sono state intercettate dalla l. 20 maggio 2016, n. 76, sulla regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e sulla disciplina delle convivenze (Carpaneto *et al.* 2019: 3).

In forza del comma 20 dell'art. 1 l. n. 76/2016, le parti dell'unione civile hanno una posizione analoga a quella rivestita dal coniuge, per cui il dovere di assistenza morale e materiale¹¹² sussiste nelle stesse modalità sopra analizzate.

Anche l'unione civile è un legame affettivo stabile fondato sulla solidarietà e sulla reciproca assunzione di diritti e di doveri, per cui si producono i medesimi effetti del matrimonio sia sotto il profilo economico – la contribuzione ai bisogni della famiglia in relazione alle proprie sostanze e alla propria capacità di lavoro professionale o casalingo – che morale, nell'accezione sopra specificata (Bilotta 2008; Auletta 2017: 135; Bonamini 2017: 206).

Le considerazioni espresse nel paragrafo precedente in riferimento al divorzio valgono anche per lo scioglimento dell'unione civile¹¹³, in quanto si applicano le stesse disposizioni normative previste per l'assegno divorzile¹¹⁴.

¹¹² V. art. 1, comma 1, l. n. 76/2016. A differenza del secondo comma dell'art. 143 c.c. manca il riferimento alla fedeltà e alla collaborazione nell'interesse della famiglia, per quanto sia possibile profilare l'esistenza in via interpretativa, considerato che si tratta di aspetti fondamentali dell'impianto caratterizzante un'unione affettiva e solidaristica.

¹¹³ Art. 1, commi 23 e 24, l. n. 76/2016.

¹¹⁴ Art. 1, comma 25, l. n. 76/2016.

3.3 Il convivente di fatto

La reciproca assistenza morale e materiale è alla base anche delle convivenze di fatto¹¹⁵ tra due persone maggiorenni, unite stabilmente da legami affettivi di coppia e non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da un matrimonio o da un'unione civile. Ai fini dell'accertamento della stabile convivenza, l'art. 1, comma 37, l. n. 76/2016 fa riferimento alla dichiarazione anagrafica¹¹⁶ presentata all'ufficio preposto nel Comune di residenza.

Per alcuni decenni, la giurisprudenza di legittimità ha negato la giuridicità del dovere di assistenza tra i partner, considerandola una prestazione spontanea sulla base di valori morali e sociali, sulla scorta della «assenza di una completa e specifica regolamentazione giuridica» delle unioni di fatto, sul cui «terreno fecondo [...] possono germogliare e svilupparsi quei doveri dettati dalla morale sociale, dalla cui inosservanza discende un giudizio di riprovazione ed al cui spontaneo adempimento consegue l'effetto della *soluti retentionis*»¹¹⁷. Anche la Corte costituzionale si è più volte pronunciata sulla convivenza *more uxorio* quale «rapporto di fatto, privo dei caratteri di stabilità o certezza e della reciprocità e corrispettività dei diritti e doveri»¹¹⁸, escludendo, dunque l'applicazione degli artt. 143 ss. c.c. e giustificando il differente trattamento rispetto al matrimonio¹¹⁹.

Sebbene il fenomeno sociale della convivenza *more uxorio* sia da tempo ampiamente diffuso e accettato¹²⁰, è stata la consacrazione normativa *ex lege* n. 76/2016 ad incoraggiare il riconoscimento giuridico dei doveri di assistenza configurabili tra i conviventi, in virtù della solidarietà sulla quale si fonda il rapporto¹²¹.

¹¹⁵ Art. 1, comma 36, l. n. 76/2016.

¹¹⁶ V. art. 4 e art. 13, comma 1, lett. b), D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223.

¹¹⁷ I virgolettati sono tratti da Cass. 22.01.2014, n. 1277. V. anche Cass. 3.02.1975, n. 389; Cass, 26.01.1980, n. 651. Non sussistendo un dovere giuridico di contribuzione tra i conviventi, le prestazioni volte al soddisfacimento delle esigenze familiari si configuravano come adempimento di un'obbligazione naturale a norma dell'art. 2034 c.c., con conseguente irripetibilità di quanto prestato spontaneamente in esecuzione di doveri morali o sociali.

¹¹⁸ Corte Cost. 14.04.1980, n. 45.

¹¹⁹ Corte Cost. 20.04.2004, n. 121.

¹²⁰ A livello internazionale, è ormai consolidato che le convivenze di fatto siano riconosciute come "famiglia" alla luce dell'art. 8 della Convenzione Europea dei Diritti Umani: v. CEDU 13.06.1979, *Marckx contro Belgio*; CEDU 18.12.1986, *Johnston e altri contro Irlanda*; CEDU 26.05.1994, *Keegan contro Irlanda*; CEDU 5.01.2010, *Jaremowicz contro Polonia*; CEDU 27.04.2010, *Moretti e Benedetti contro Italia*; CEDU 24.06.2010, *Schalk and Kopf contro Austria*; CEDU 3.04.2012, *Van der Heijden contro Paesi Bassi*; CEDU, *Grande Camera*, 7.11.2013, *Vallianatos contro Grecia*; CEDU 21.07.2015, *Oliari ed altri contro Italia*.

¹²¹ Come visto, nell'art. 2 Cost. trovano fondamento anche le relazioni affettive che si caratterizzano mediante le convivenze di fatto.

L'inversione di rotta emerge chiaramente dalle più recenti pronunce giurisprudenziali, che riconoscono l'obbligatorietà dell'assistenza tra i partner e i suoi effetti. Pur ammettendo che la situazione di convivenza non sia pienamente assimilabile al matrimonio, né sotto il profilo della stabilità né sotto quello delle tutele offerte al convivente, tanto nella fase fisiologica che in quella patologica del rapporto, la giurisprudenza di legittimità ora riconosce che, in quanto «espressione di una scelta esistenziale libera e consapevole, cui corrisponde anche un'assunzione di responsabilità» verso il partner e il nucleo familiare, l'instaurazione di una stabile convivenza comporta la formazione di un nuovo progetto di vita con il compagno o la compagna «dal quale possono derivare contribuzioni economiche che non rilevano più per l'ordinamento solo quale adempimento di un'obbligazione naturale, ma costituiscono, dopo la regolamentazione normativa delle convivenze di fatto, anche l'adempimento di un reciproco e garantito dovere di assistenza morale e materiale»¹²².

È un dovere che assume rilievi molto concreti, come dimostra l'orientamento giurisprudenziale che prende in considerazione il periodo di convivenza (sia prematrimoniale sia pre-unione civile) ai fini della determinazione dell'assegno divorzile e dell'assegno di mantenimento¹²³.

Alla luce dell'evoluzione normativa e giurisprudenziale è possibile individuare anche nelle convivenze di fatto il dovere di assistenza – e, dunque, di cura nei confronti del compagno o della compagna anziani non autosufficienti – benché con minore intensità rispetto all'art. 143, comma 2, c.c. In ogni caso, le differenze di disciplina che permangono non possono ledere i diritti fondamentali di ciascuna delle parti dell'unione di fatto¹²⁴.

3.4 I figli conviventi

Che sia «dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli» è sancito dal primo comma dell'art. 30 Cost., ma *quid iuris* quando sono i figli a doversi prendere cura dei genitori anziani e non autosufficienti? È un'ipotesi che non viene espressamente contemplata e la cui soluzione va individuata nell'articolata trama degli obblighi familiari intessuta nel libro primo del Codice civile.

A norma del quarto comma dell'art. 315-*bis* c.c., «il figlio deve rispettare i genitori e deve contribuire, in relazione alle proprie capacità, alle proprie sostanze e al proprio reddito, al mantenimento della famiglia finché convive con essa».

¹²² I virgolettati sono tratti da Cass. 5.11.2021, n. 32198.

¹²³ Cass. SS.UU. 27.12.2023, n. 35969; Cass. SS.UU. 18.12.2023, n. 35385; Cass. 7.02.2023, n. 3645; Cass. 12.12.2023, n. 34728.

¹²⁴ V. Corte Cost. 25.07.2024, n. 148.

Nella formulazione post-riforma del 1975, dal testo normativo scompare il verbo “onorare”, che accompagnava e rafforzava il precetto di “rispettare i genitori”. Secondo la dottrina, la scelta legislativa è stata quella di svincolare la concezione dell’istituto familiare da concetti intrinseci di evidenti implicazioni religiose (Ferri 1988: 23). Resta, però, ancora arduo delimitare con certezza i confini del dovere – giuridico – di rispettare i genitori, a partire dalla corretta individuazione del contenuto del precetto. In virtù del legame familiare, si può dedurre che si tratti di un *quid pluris* del generale dovere di rispetto nei confronti dei diritti inviolabili della persona umana scaturente per tutti i consociati dall’art. 2 Cost.

Anche se non vi è alcuna specificazione al riguardo, è ragionevole ritenere che la durata dell’obbligo di rispettare i genitori si protragga per tutta la vita (Auletta 2022: 405), a differenza del dovere di contribuzione che permane soltanto durante la convivenza con la famiglia d’origine.

Inoltre, è opportuno rilevare che la disposizione normativa è configurabile come *lex imperfecta* di ulpianea memoria, in quanto insuscettibile di coercizione perché non prevede alcuna sanzione in caso di violazione, tanto da indurre alcuni interpreti a definirla una «formula vuota» (Vercellone 1987: 362).

All’evanescenza del dovere di rispetto si contrappone la concretezza dell’obbligo di contribuzione da parte dei figli, che sono tenuti a partecipare al mantenimento della famiglia in base alle effettive capacità, sostanze e redditi. Questo dovere include senz’altro anche l’accudimento dei genitori anziani non autosufficienti, ma è limitato al periodo di convivenza in famiglia e, quindi, cessa con l’inizio della vita indipendente del figlio.

L’introduzione del requisito della convivenza non è casuale e non rappresenta soltanto un parametro certo e agevolmente verificabile attraverso una visura anagrafica. Come sottolineato dalla giurisprudenza costituzionale, «non si esaurisce in un dato meramente formale e anagrafico, ma esprime, nella quotidiana condivisione dei bisogni e del percorso di vita, una relazione di affetto e di cura»¹²⁵.

Nel caso in cui il figlio non conviva più con i genitori, il dovere di contribuzione *ex* art. 315-*bis*, comma 4, c.c. viene meno e residua soltanto l’eventuale obbligo alimentare, che accomuna la posizione del figlio a quella dei parenti e degli affini.

3.5 I figli non conviventi, i parenti, gli affini e l’obbligo alimentare

L’art. 433 c.c. elenca le persone obbligate a versare i c.d. alimenti, ossia le prestazioni dei mezzi di sostentamento indispensabili (Bianca 2005: 479) alla persona per condurre

¹²⁵ Corte Cost. 7.12.2018, n. 232.

una vita dignitosa (Auletta 1984: 24)¹²⁶. Gli alimenti costituirebbero lo «stretto necessario» (Stanzione 2021: 358), correlato allo stato di bisogno del congiunto, e trovano il loro fondamento nella giuridicizzazione del dovere di solidarietà derivante dall'appartenenza allo stesso gruppo familiare.

L'obbligo alimentare lega i membri della famiglia nella sua accezione più estesa: non soltanto il coniuge e i figli, anche adottivi, ma anche i nipoti, i genitori, i nonni, gli adottanti, i generi e le nuore, i suoceri, i fratelli e le sorelle. L'elenco riporta i soggetti obbligati in un preciso ordine e si procede allo scorrimento della lista soltanto in caso di assenza (o di incapacità economica) del parente o affine precedente.

Il dovere di versare gli alimenti è caratterizzato dalla reciprocità: ciascuno può essere, al tempo stesso, soggetto attivo e passivo dell'obbligazione.

I presupposti per il sorgere dell'obbligazione alimentare sono lo stato di bisogno della persona, che deve essere sprovvista di redditi sufficienti a soddisfare i propri bisogni di vita¹²⁷ e non in grado di procurarseli¹²⁸, la sussistenza del vincolo di parentela o di affinità individuato dall'art. 433 c.c. e la capacità economica del soggetto obbligato a provvedere. In particolare, è opportuno sottolineare che, per essere obbligato a fornire gli alimenti, il congiunto deve essere titolare di un reddito tale da fare fronte alle esigenze altrui, dopo aver soddisfatto i bisogni di vita propri e della propria famiglia. Non è richiesto di dover affrontare pesanti sacrifici al fine di porsi in condizione di adempiere (Auletta 2022: 314).

A scelta dell'obbligato, l'adempimento della prestazione alimentare può avvenire mediante la corresponsione di un assegno periodico o accogliendo e mantenendo il parente bisognoso nella propria casa¹²⁹. L'autorità giudiziaria può sindacare la scelta qualora la ritenga contraria agli interessi del parente in condizioni di bisogno, ad esempio, nel caso di sradicamento dal proprio ambiente di vita o nell'ipotesi di convivenza ingestibile per incompatibilità caratteriale. Tuttavia, l'accoglimento dell'alimentando in casa dell'obbligato non può mai essere imposto contro la volontà di quest'ultimo, perché sarebbe un ordine lesivo della libertà di autodeterminazione.

È opportuno, però, evidenziare che lo stato di bisogno al quale fa riferimento il Codice civile è di tipo economico e consiste nell'assenza dei mezzi di sussistenza. Non può, pertanto, essere assimilato alla difficoltà o al disagio nella gestione della quotidianità

¹²⁶ Di recente, v. Trib. Prato 30.08.2021.

¹²⁷ Vitto, alloggio, spese mediche, vestiario: tutto ciò che assicura lo svolgimento di una vita dignitosa.

¹²⁸ Sul punto, v. Cass. 14.04.2023, n. 10033; Cass. 8.11.2013, n. 25248; Cass. 26.09.2011, n. 19579. In particolare, è opportuno sottolineare che la mera difficoltà economica non è considerata stato di bisogno: v. Trib. Agrigento 9.08.2019, n. 1096, che riguarda proprio il caso di una madre che ha avanzato la richiesta di alimenti nei confronti di un figlio.

¹²⁹ Art. 443 c.c.

da parte di un parente o un affine non autosufficiente, purché sia titolare di un reddito adeguato a condurre una vita dignitosa. Inoltre, non viene operata alcuna distinzione in base all'età del soggetto bisognoso.

4. I profili penalistici della violazione degli obblighi di assistenza familiare

La sussistenza di un obbligo di cura familiare è avvalorata dal Codice penale Rocco, che, a differenza dei codici preunitari e del Codice Zanardelli¹³⁰, dedica ai reati contro la famiglia un titolo autonomo¹³¹, che si compone di quattro capi, di cui l'ultimo rubricato proprio «delitti contro l'assistenza familiare»¹³².

La scelta legislativa rivela l'importanza attribuita alla famiglia anche sotto il profilo penalistico e la volontà di preservare l'ordine familiare da ogni aggressione proveniente sia dall'esterno sia dall'interno (Fierro Cenderelli 2007). Ciò traspare anche al di fuori del Titolo XI, in quanto nel Codice Rocco vi sono numerosi riferimenti ai legami familiari. In alcuni casi, il vincolo di solidarietà familiare viene preso in considerazione ai fini della commisurazione della pena (Fierro Cenderelli 2010: 276) o dell'introduzione di una causa di non punibilità¹³³; in altri, al contrario, costituisce la condizione per la punibilità o per l'inasprimento del trattamento sanzionatorio proprio a causa del maggiore disvalore della condotta commessa in ambito familiare¹³⁴. In quest'ultima ipotesi, la scelta di aggravamento della pena si spiega con la volontà di sanzionare con maggiore rigore chi abusa della fiducia naturalmente connessa ai legami familiari per commettere reati nei confronti di persone che si trovano in una situazione di maggiore vulnerabilità perché prive di diffidenza e di difese (Spena 2012: 10; Del Tufo 2019: 467).

¹³⁰ Nei quali i delitti contro la famiglia erano inseriti tra le disposizioni normative a tutela del buon costume, del pudore o della morale pubblica.

¹³¹ Il Titolo XI del Libro II.

¹³² Artt. 570-574-*bis*. c.p.

¹³³ Ad esempio, l'art. 307, comma 3, c.p. esclude la punibilità per il reato di assistenza ai partecipi di cospirazione e banda armata che abbiano commesso il fatto per aiutare un prossimo congiunto; l'art. 384 c.p. esclude la punibilità di chi abbia commesso taluni reati contro l'amministrazione della giustizia per esservi stato costretto dalla necessità di salvare un prossimo congiunto da un grave nocumento alla libertà o all'onore; l'art. 649 c.p. dichiara la non punibilità per chi abbia commesso un reato contro il patrimonio – salve le ipotesi di rapina, estorsione, sequestro di persona a scopo di estorsione e ogni altro delitto commesso con violenza nei confronti delle persone – in danno del coniuge non legalmente separato, della parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso, di un ascendente o un discendente o un affine in linea retta o di un fratello o di una sorella convivente.

¹³⁴ V. circostanze aggravanti di cui agli artt. 61, comma 1, n. 11; 576, comma 1, n. 2, e 577, comma 1, n. 1, c.p.

Anche se la giurisprudenza di legittimità ha segnalato la difficoltà di individuare con precisione il concetto di famiglia nel diritto penale¹³⁵, risulta evidente che, nella sistematica del Codice Rocco, la tutela investe non soltanto la c.d. famiglia nucleare e, in particolare, i figli minori, ma abbraccia anche i legami parentali meno stretti.

Per quanto riguarda la violazione dell'obbligo di assistenza *de qua agitur*, ben due fattispecie di reato (artt. 570 e 591 c.p.) possono riguardare in maniera precipua i congiunti anziani non autosufficienti, che rappresentano l'oggetto della presente ricerca.

L'art. 570 c.p., rubricato «violazione degli obblighi di assistenza familiare», mira a tutelare le esigenze economiche ed assistenziali dei familiari¹³⁶. Si tratta di un reato proprio, in quanto può essere commesso solo da un membro della famiglia in capo al quale sussistono obblighi di assistenza familiare¹³⁷ e consiste nel «far mancare i mezzi di sussistenza», ossia i mezzi economici indispensabili per il mantenimento di una vita dignitosa (Antonini 2007: 3). Requisito fondamentale è lo stato di bisogno del soggetto o dei soggetti da assistere¹³⁸. Inoltre, è opportuno chiarire che il reato non è configurabile nei confronti di chi si trovi nell'incapacità patrimoniale di adempiere alle proprie obbligazioni assistenziali. Tale indigenza va comunque rigorosamente provata.

In particolare, la fattispecie di cui all'art. 570, comma 2, n. 2, c.p. (far mancare i mezzi di sussistenza, tra gli altri, agli ascendenti e al coniuge) è un reato a dolo generico, per cui, per la sua realizzazione, non è necessario che la condotta omissiva venga attuata con l'intenzione e la volontà di privare la persona bisognosa degli alimenti. Inoltre, il soggetto obbligato non può opporre, a titolo di compensazione, un suo credito nei

¹³⁵ Cass. pen. 19.06.2002, n. 36070, afferma che il concetto penalistico di famiglia non è ben delineato, in quanto risulta controverso se in esso sia adottata una propria e autonoma nozione o si debba far riferimento a quella enucleata dal diritto civile, benché anch'essa non compiutamente formulata.

¹³⁶ L'ipotesi contemplata dal n. 2 del secondo comma dell'art. 570 c.p. riguarda la condotta consistente nel far mancare i mezzi di sussistenza, tra gli altri, agli ascendenti e al coniuge non legalmente separato per sua colpa. In riferimento al coniuge, va precisato che una eventuale controversia sulla validità del vincolo matrimoniale non costituisce questione pregiudiziale rispetto all'accertamento del reato, per cui, fino alla sentenza che dichiara l'invalidità del matrimonio, ciascun coniuge è tenuto all'obbligo di assistenza nei confronti dell'altro: sul punto, v. Cass. 4.07.2022, n. 25562. La separazione personale fa cessare alcuni obblighi di assistenza morale nei confronti del coniuge, in quanto sono legati alla coabitazione e alla comunione di vita. Sul coniuge divorziato non incombe alcun obbligo penalmente sanzionabile relativamente all'assistenza materiale o morale, salva la corresponsione dell'eventuale assegno divorzile: v. art. 570-*bis* c.p.

¹³⁷ È d'obbligo il rinvio alle disposizioni normative del Codice civile analizzate nei paragrafi precedenti.

¹³⁸ La condotta di omessa somministrazione dei mezzi di sussistenza in danno di più soggetti conviventi nello stesso nucleo familiare non configura un unico reato, bensì una pluralità di reati in concorso formale o, ricorrendone i presupposti, in continuazione tra loro: v. Cass. pen. 27.04.2022, n. 29926.

confronti dell'avente diritto¹³⁹. Il reato è punibile a querela della persona offesa ed è sanzionato con la reclusione fino a un anno o con la multa da € 103,00 a 1.032,00.

L'ipotesi di reato contemplata dall'art. 591 c.p., pur non concernendo espressamente i rapporti familiari (infatti, non è inserita nel titolo XI, ma nel XII, relativo ai delitti contro la persona), riguarda la violazione dell'obbligo di cura, anche in ambito familiare. La condotta penalmente vietata consiste nell'abbandono di persone minori o incapaci per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stesse, da parte di un soggetto che abbia la custodia o debba comunque averne cura, ed è punita con la reclusione da sei mesi a cinque anni.

Il bene giuridico tutelato dalla norma è la integrità e la sicurezza della persona – vulnerabile perché incapace di provvedere a sé stessa – contro le situazioni di pericolo che possono derivare dalla violazione degli obblighi di assistenza e custodia. Si tratta di un reato proprio, in quanto possono essere soggetti attivi soltanto coloro che hanno il dovere di cura – per motivi familiari o per ragioni di servizio¹⁴⁰ – nei confronti della persona fragile, che si trova nell'impossibilità, assoluta o relativa, di tenersi al riparo da pericoli, di curarsi, di alimentarsi, di orientarsi o di muoversi. Tale incapacità di provvedere a sé stessi necessita di essere accertata caso per caso. La condotta di “abbandono” può essere omissiva o commissiva, a seconda delle concrete modalità nelle quali viene realizzata la violazione del dovere giuridico di cura o di custodia¹⁴¹. Per la sua configurabilità è sufficiente il dolo generico, che può assumere la forma del dolo eventuale allorché si accerti che l'agente, pur essendosi rappresentato, come conseguenza del proprio comportamento, la concreta possibilità del verificarsi di uno stato di abbandono del soggetto passivo in grado di determinare un pericolo, anche solo potenziale, per la sua vita, persiste nella condotta omissiva, accettando il rischio che l'evento si verifichi¹⁴².

La sussistenza del vincolo di parentela è considerata una aggravante: il comma 4 dell'art. 591 c.p. stabilisce un aumento di pena ogniqualvolta l'abbandono sia commesso, tra gli altri, dal figlio o dal coniuge. Anche questo è un riflesso del forte disvalore connesso alla violazione del dovere di solidarietà familiare, che, alla luce della particolare rilevanza tributata alla famiglia dalla Carta costituzionale, si riverbera sia in ambito civilistico che penalistico.

Oltre alle ipotesi omissive di violazione dell'obbligo di assistenza e di abbandono, nel contesto di riferimento potrebbe verificarsi anche la fattispecie dei maltrattamenti in

¹³⁹ Sul punto, v. Cass. pen. 23.01.2020, n. 9553.

¹⁴⁰ Basti pensare agli operatori sanitari o sociosanitari.

¹⁴¹ Cass. pen. 11.05.2021, n. 5; Cass. pen. 15.06.2018, n. 27705.

¹⁴² Cass. pen. 21.10.2021, n. 44657.

famiglia ex art. 572 c.p. L'ipotesi è stata recentemente oggetto di inasprimento¹⁴³ quando il fatto sia stato commesso in danno di persona con disabilità. Dal momento che la non autosufficienza dell'anziano è frequentemente associata a una condizione di disabilità, tale circostanza aggravante specifica potrebbe trovare diretta applicazione nel rapporto tra caregiver familiare e assistito¹⁴⁴. Al riguardo, è opportuno considerare che, in sede di commisurazione della pena, il giudice può tenere conto della condizione di stress o di affaticamento, adeguatamente documentata, in cui versa il prestatore di cura familiare proprio a causa della prolungata e continuativa attività di assistenza svolta.

Dalla – seppur rapida – panoramica effettuata emerge in maniera lampante come il Codice Rocco ascriva al prestatore di cura una posizione di garanzia e una serie di responsabilità penali nei confronti del congiunto da assistere. L'attenzione e il rigore dedicati a tale figura conferma come il caregiving familiare sia considerato un pilastro del *welfare* pubblico.

5. Il perimetro dell'obbligo di cura familiare in chiave giuslavoristica

Molteplici sono gli spunti di riflessione in chiave giuslavoristica che scaturiscono dal confronto tra i dati statistici sull'attività di cura esercitata dal caregiver familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti e gli obblighi giuridici disciplinati dal Codice civile e dal Codice penale, analizzati nei paragrafi precedenti.

Innanzitutto, in Italia, la casa è considerata il luogo privilegiato dell'assistenza¹⁴⁵ e, per tale ragione, negli ultimi anni si è cercato di imprimere un forte slancio all'assistenza domiciliare integrata (c.d. ADI), che, con il suo tasso di copertura del 30,6% del fabbisogno, risulta uno dei servizi formali di cura più diffusi (Fosti *et al.* 2025: 24). Tuttavia, questo dato va interpretato alla luce dell'impegno assunto dall'Italia di raggiungere il *target* PNRR di assistenza domiciliare, che, da un lato, ha significato l'aumento dei casi presi in carico, ma, dall'altro, ha comportato la diminuzione del numero di ore medie erogate per ciascun paziente.

L'insufficienza dei servizi formali di cura domiciliare si traduce nel massiccio ricorso agli assistenti familiari (c.d. badanti), sia regolari che irregolari. Il numero, nel 2023, si aggira intorno a 1.034.243 persone, con una maggiore incidenza nelle regioni del centro-nord Italia (Fosti *et al.* 2025: 28).

Il numero più impressionante resta, però, quello dei caregiver familiari, ossia, secondo la definizione introdotta dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, il coniuge, il

¹⁴³ Ad opera dell'art. 9, comma 2, lett. a), l. 19.07.2019, n. 69, c.d. Codice Rosso.

¹⁴⁴ Nell'ambito dell'art. 572 c.p. rientrano anche la violenza psicologica, la violenza economica e i maltrattamenti omissivi.

¹⁴⁵ Al riguardo, v. anche All. 1, par. 2, al D.M. 23.05.2022, n. 77.

partner dell'unione civile, il convivente di fatto, un familiare o affine entro il secondo grado, oppure entro il terzo grado nei casi indicati dall'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992. La famiglia si conferma, così, il principale «ammortizzatore sociale» (Tufo 2022: 14; Treu 2016: 163).

Secondo i dati nazionali, il numero dei caregiver familiari ammonta a sette milioni di persone, di cui il 65% è composto da donne di età compresa tra i 45 e i 55 anni¹⁴⁶. Il 60% di queste sono mogli, partner e figlie che abbandonano il lavoro per potersi dedicare a tempo pieno all'assistenza dei familiari anziani non autosufficienti¹⁴⁷.

La prima criticità da affrontare è, pertanto, l'incancrenirsi di una diseguaglianza di genere, che, a causa della cronica carenza del sistema pubblico italiano di *long-term care*, affida alle donne le responsabilità e la gestione della cura in ambito familiare, impedendo o riducendo la loro partecipazione al mercato del lavoro e, conseguentemente, l'acquisizione di un'indipendenza economica e sociale (Russo 2025). Per quanto la Costituzione riconosca alle donne una «essenziale funzione familiare»¹⁴⁸ – funzione che le coinvolge non soltanto come madri, ma anche come figlie, mogli e compagne – questa non deve certamente rappresentare una *deminutio* nella loro realizzazione come persone e come lavoratrici. Teoricamente, il modello tradizionale della donna “angelo del focolare” sembra essere stato accantonato in favore di una equilibrata condivisione della cura, ma Fili (2023: 447) evidenzia come, nei fatti, il cambiamento culturale complessivo sia ancora lento.

L'analisi delle disposizioni codicistiche consente di rilevare che, tra le relazioni parentali coinvolte, a vario titolo e in diversa misura, nell'assistenza ai familiari, è il rapporto di coniugio (al quale è assimilabile l'unione civile) ad essere caratterizzato dall'obbligo di maggiore ampiezza e intensità.

Il perimetro disegnato dal dovere di assistenza morale e materiale derivante dal secondo comma dell'art. 143 c.c. può considerarsi sovrapponibile alla nozione di cura familiare nella sua versione olistica. La cura, infatti, si realizza ad ampio raggio e si concretizza non soltanto nel disbrigo delle pratiche amministrative e burocratiche, nella somministrazione dei farmaci prescritti e nella gestione dell'igiene personale e delle incombenze domestiche, ma afferisce anche alla sfera relazionale della persona, al fine

¹⁴⁶ I dati, elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità, sono riportati nel Focus «Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del caregiver familiare» della Camera dei deputati, 16.01.2025, in <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>.

¹⁴⁷ Secondo il Rapporto Cnel 2024d, il 37% dei caregiver familiari, senza distinzione di genere, non partecipa al mercato del lavoro.

¹⁴⁸ Art. 37, comma 1, Cost.

di perseguire la salute come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo come mera assenza di malattie»¹⁴⁹.

Questa multiforme attività richiede al caregiver familiare un impegno costante, prolungato nel tempo e talvolta totalizzante (Cnel 2024d evidenzia come il 47,3% dei caregiver familiari sia impegnato per più di 40 ore alla settimana e, in quasi il 70% dei casi, il carico assistenziale si protragga per oltre 5 anni), impedendo lo svolgimento di altre occupazioni al di fuori delle mura domestiche. È opportuno chiarire che, nella maggior parte dei casi, non si tratta di una scelta liberamente assunta dal caregiver, ma di una necessità causata dalla inadeguatezza dei servizi pubblici di cura e dalla difficoltà economica di sostenere la spesa di un assistente familiare a tempo pieno.

Come visto (§ 3.1), però, l'obbligo di assistenza nei confronti del coniuge (anche anziano e non autosufficiente), per quanto ampio, ha comunque un limite, consistente nel diritto di ciascuno di realizzarsi come persona e di non subire alcuna compressione dei propri diritti inviolabili. Alla luce di ciò, sorge spontaneo chiedersi se la rinuncia ad un'attività professionale per assistere il coniuge rappresenti un ostacolo alla propria realizzazione e, dunque, violi un diritto fondamentale.

Il lavoro è un pilastro del nostro impianto costituzionale¹⁵⁰ ed è sancito come diritto riconosciuto a tutti i cittadini¹⁵¹ e, al contempo, come «dovere» per concorrere «al progresso materiale o spirituale della società», mediante lo svolgimento di un'attività o una funzione «secondo le proprie possibilità e la propria scelta»¹⁵². In tale quadro regolatorio il lavoro assume un ruolo centrale, dal quale sono esonerati soltanto gli inabili¹⁵³.

Nonostante nei più recenti interventi normativi in favore delle persone vulnerabili¹⁵⁴ sia ravvisabile qualche spiraglio sul riconoscimento del «valore sociale ed economico per l'intera collettività»¹⁵⁵ dell'attività del caregiver familiare, la cura esercitata nel contesto domestico nei confronti delle persone anziane non autosufficienti – essendo «non professionale e non retribuita»¹⁵⁶ – viene esclusa dall'alveo protettivo del diritto del lavoro. Questo è sicuramente un nodo fondamentale da sciogliere per poter garantire ai

¹⁴⁹ Preambolo alla costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, entrata in vigore il 7.04.1948.

¹⁵⁰ «L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro»: art. 1, comma 1, Cost.

¹⁵¹ Art. 4, comma 1, Cost.

¹⁵² I virgolettati sono tratti dal secondo comma dell'art. 4 Cost.

¹⁵³ V. art. 38, comma 1, Cost. Per inabilità si intende l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa per ragioni fisiche o psichiche.

¹⁵⁴ V. legge delega 22.12.2021, n. 227, in materia di persone con disabilità, e decreto attuativo 3.05.2024, n. 62; legge delega 23.03.2023, n. 33, sulle persone anziane, e decreto attuativo 15.04.2024, n. 29.

¹⁵⁵ Art. 39, comma 1, d. lgs. n. 29/2024.

¹⁵⁶ *Idem*.

caregiver tutele appropriate ed evitare o, almeno, attenuare il grave rischio di marginalizzazione economica, professionale e sociale che li penalizza.

Come visto, anche i figli, finché conviventi, hanno l'obbligo di contribuire al mantenimento della famiglia¹⁵⁷ e possono trovarsi a dover gestire la responsabilità e la cura di genitori anziani e non autosufficienti, rallentando il ritmo degli studi o procrastinando l'inserimento nel mondo lavorativo. D'altronde, l'ipotesi di figli conviventi con genitori anziani diventa sempre più frequente.

I dati mostrano un significativo slittamento in avanti del tasso di fecondità: a livello internazionale, tra il 1990 e il 2023, è aumentato del 71% per le donne tra i 35 e i 39 anni e addirittura del 127% per le *over 40*¹⁵⁸; a livello nazionale, l'Istat rileva che l'età media per il primo figlio è di 32,6 anni nel 2024¹⁵⁹. Inoltre, il binomio allungamento dell'aspettativa di vita e progresso delle tecnologie procreative è in grado di procrastinare ulteriormente le tempistiche della genitorialità (Irti 2024: 1246), fino a superare i cinquanta anni di età¹⁶⁰ (Schneider, Ticozzelli 2021).

L'aumento del divario di età tra genitori e figli è destinato ad incidere sul caregiving familiare, amplificando il fenomeno degli *young carers* (figli minori di diciotto anni o, comunque giovani *under 25*, che assistono i genitori anziani o affetti da patologie croniche), che corrono il rischio di non completare il loro percorso di studi, riducendo, di conseguenza, le loro opportunità professionali e di inserimento sociale¹⁶¹. In Italia si stima che i giovani caregiver siano circa 400.000¹⁶², ossia il 7% dei giovani nella fascia di età 14/24¹⁶³. Gli studi dedicati (Decataldo, Limongelli 2021: 219; Musaio, Belloni 2023: 121; Raji *et al.* 2025: 83) rilevano come i giovani caregiver manifestino anche serie difficoltà di natura psicologica, soffrano di stress e ansia, siano inclini a stati depressivi e alla dipendenza da sostanze stupefacenti o bevande alcoliche.

Un altro aspetto da prendere in considerazione è che gli elevati livelli di disoccupazione, l'instabilità lavorativa e la inadeguatezza delle retribuzioni costituiscono fattori di ritardo nell'acquisizione della indipendenza abitativa anche di figli adulti, mentre l'incremento delle crisi matrimoniali (separazioni, divorzi) è una frequente causa di ritorno nella famiglia d'origine.

¹⁵⁷ Art. 315-bis, comma 4, c.c.

¹⁵⁸ <https://www.cdc.gov/nchs/index.html>.

¹⁵⁹ Nel 2018 la percentuale italiana di nuovi nati da madri *over 40* è notevolmente più elevata di quella europea: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200515-2>.

¹⁶⁰ Secondo i dati Eurostat 2019, l'Italia si colloca al primo posto in Europa per numero di figli nati da donne con più di 50 anni.

¹⁶¹ <https://eurocarers.org/young-carers/>.

¹⁶² V. i dati riportati in <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/sanita/i-grandi-invisibili-sono-391mila-i-giovani-caregiver-in-italia/>.

¹⁶³ <https://www.vita.it/i-grandi-invisibili-sono-391mila-i-giovani-caregiver-in-italia/>.

Questa convivenza “forzata” crea una vera e propria impasse: da un lato, il figlio deve adempiere all’obbligo assegnatogli dalla legge nei confronti del genitore convivente e bisognoso di cure e attenzioni, mentre, dall’altro, dovrebbe adempiere ai «doveri verso sé stesso, la propria vita e la propria indipendenza economica [...] anche in vista della propria vita futura»¹⁶⁴. Individuare un corretto equilibrio tra questi doveri non è un’impresa agevole.

Ai figli non conviventi non si applica il dovere di assistenza di cui al quarto comma dell’art. 315-*bis* c.c., ma il più blando obbligo alimentare (artt. 433 c.c. ss.), che impone soltanto di fornire i mezzi economici necessari in presenza dello stato di bisogno dei genitori anziani non autosufficienti.

6. Il rapporto tra caregiver e assistito nella legge e nella giurisprudenza

Il dovere giuridico di cura familiare, così come emerge dalla disanima della disciplina codicistica, risulta circoscritto al nucleo familiare convivente, ossia quei familiari che hanno la stessa residenza anagrafica e una comunione di vita e di affetto basata sulla condivisione quotidiana.

Al di là di tale perimetro non sussisterebbe un vero e proprio obbligo di cura familiare, nella sua dimensione materiale e morale, bensì un mero dovere alimentare consistente in una prestazione patrimoniale collegata allo stato di bisogno dell’alimentando e alla capacità dell’obligato di provvedere.

In realtà, proprio un approfondimento dell’obbligazione alimentare consente di verificare come il dovere di cura familiare si sia evoluto nel corso del tempo, assumendo una forma ancora più ampia e variegata.

La prestazione alimentare (*supra*, § 3.5) va inquadrata in una prospettiva economica (la mancanza dei mezzi indispensabili per il sostentamento) e non abbraccia una visione onnicomprensiva, che tenga conto dell’età, delle condizioni di salute e del rischio di isolamento sociale del familiare bisognoso. Si tratta, pertanto, di un obbligo qualitativamente e quantitativamente inferiore rispetto all’assistenza richiesta al coniuge, al partner dell’unione di fatto o al figlio convivente nei confronti del congiunto anziano non autosufficiente.

Non si può, però, escludere che lo stato di bisogno (economico) si accompagni ad altre condizioni (vecchiaia, disabilità, non autosufficienza) e che il figlio non convivente o – scorrendo l’elenco di cui all’art. 433 c.c. – un parente o un affine sia giuridicamente tenuto all’obbligo di prestare gli alimenti e, al tempo stesso, si faccia carico anche degli

¹⁶⁴ Cass. 20.09.2023, n. 26875.

ulteriori ambiti che compongono la cura nella sua accezione più ampia, in adempimento dell'atavico dovere morale e sociale precedentemente approfondito (*supra*, § 1).

Questa ipotesi dai contorni sfumati è, ormai, talmente ricorrente nella realtà dei fatti che il requisito della convivenza per il caregiving risulta superato dalla più recente normativa. Non a caso, il requisito della convivenza al fine di usufruire dei tre giorni di permesso mensile retribuito per assistere un familiare con disabilità in situazione di gravità¹⁶⁵ è stato ormai espunto¹⁶⁶ dal testo della l. n. 104/1992. E non si rinviene alcun riferimento alla convivenza neanche nella definizione di caregiver familiare introdotta dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017.

Ciò comporta, però, uno scollamento tra l'obbligo di cura familiare delineato – in un delicato equilibrio tra diritti e doveri – dalla disciplina codicistica e la recente legislazione sul tema dell'assistenza nei confronti di un congiunto fragile e bisognoso di assistenza¹⁶⁷.

I provvedimenti normativi in materia si limitano a constatare il fenomeno, affermando che il caregiver familiare «assiste e si prende cura»¹⁶⁸ del congiunto, senza, però, soffermarsi sui fondamenti giuridici del rapporto tra debitore e creditore di cura e sui suoi effetti da un punto di vista legale. E ciò potrebbe comportare lacune e cortocircuiti normativi. Al riguardo, è interessante rilevare come, di recente, la Corte di cassazione abbia ribadito che l'assistenza prestata da una figlia in favore della madre costituisce l'adempimento di un'obbligazione naturale, escludendo ogni diritto al rimborso di una somma in compensazione per l'attività prestata¹⁶⁹. Nel caso di specie, il fratello della caregiver ha convenuto in giudizio la sorella, istituita dalla madre erede universale, stante l'assistenza prestata, lamentando la lesione della legittima. Nel caso *de quo*, la Suprema Corte ha escluso che, nella determinazione delle quote ereditarie, si debba tenere conto dell'attività di assistenza prestata dalla figlia caregiver, in quanto tale attività è stata svolta non in esecuzione di un dovere giuridico, ma nell'adempimento di un dovere morale o sociale.

Appare di tutta evidenza come tale soluzione rischi di svilire l'essenza e la rilevanza della cura prestata in ambito familiare e di minare il già fragile *welfare* domestico. Eppure,

¹⁶⁵ Art. 33, comma 3, l. n. 104/1992.

¹⁶⁶ Ad opera dell'art. 19, comma 1, lett. b), l. 8.03.2000, n. 53.

¹⁶⁷ Oltre al già cit. art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, che ha introdotto la definizione di caregiver familiare, v. art. 2, comma 2, lett. 11 e 13 d), l. n. 227/2021; artt. 24, commi 3 e 4 lett. c), e 29, comma 1, lett. d), d. lgs. n. 62/2024; artt. 1, comma 1, lett. f), 4, 5 e 8 l. n. 33/2023; art. 14, comma 1, lett. b), 27, commi 15 e 18, e 39 d. lgs. n. 29/2024.

¹⁶⁸ Art. 1, comma 255, l. n. 205/2017.

¹⁶⁹ Cass. 21.12.2023, n. 35738.

non si tratta di un caso isolato, perché la pronuncia si inserisce in una tendenza giurisprudenziale che, benché esigua¹⁷⁰, risulta univoca¹⁷¹.

6.1 Il confronto con una stimolante pronuncia della *Cour de cassation* francese

L'orientamento giurisprudenziale segnalato conferma quanto sia radicato non solo culturalmente, ma anche giuridicamente, il sistema familistico in Italia, soprattutto confrontandolo con Paesi limitrofi dal punto di vista geografico, ma con un contesto sociale diverso.

Ad esempio, la Corte di cassazione francese ha risolto in altra maniera vicende analoghe, riconoscendo che, quando la prestazione di cura del figlio caregiver nei confronti del genitore anziano non autosufficiente oltrepassi i requisiti di proporzionalità e adeguatezza, vi sia un *dépassement de l'obligation naturelle*, ossia il superamento di un'obbligazione naturale. Pertanto, la parte eccedente è fonte di un'obbligazione restitutoria, qualificabile come indebito arricchimento¹⁷². Il figlio caregiver ha, quindi, diritto a un'indennità a carico del patrimonio ereditario, perché le prestazioni, benché liberamente fornite, hanno provocato un suo impoverimento¹⁷³ e un correlativo arricchimento dei genitori (Dinh 2022: 233).

Il confronto con l'esperienza francese potrebbe fornire, quantomeno, uno stimolo per una riflessione sull'adeguatezza dell'orientamento giurisprudenziale italiano alle trasformazioni dello scenario sociale. Già oltre dieci anni fa la Corte costituzionale¹⁷⁴ ha manifestato grande attenzione e preoccupazione nei confronti dei cambiamenti demografici in atto, invitando ad «adeguare le misure di assistenza alle emergenti situazioni di bisogno e alla crescente richiesta di cura».

Sempre più frequenti sono i casi in cui la responsabilità e la gestione della cura di un genitore anziano ricadono soltanto su uno dei figli, mentre gli altri – a causa di vicissitudini personali, di impegni lavorativi o di distanza geografica – sostanzialmente

¹⁷⁰ In quanto tale tipologia di questioni familiari viene generalmente risolta tra le mura domestiche e, quindi, i casi sottoposti al vaglio giudiziale sono rari.

¹⁷¹ V. già Cass. 5.11.1996, n. 9641, sulla irripetibilità e non compensabilità delle prestazioni alimentari. V. anche Trib. Monza 25.01.2001, secondo cui «l'assistenza della figlia al genitore, quand'anche comporti rinunzie al tempo libero, deve ritenersi fornita in un ambito che sfugge del tutto all'area dei rapporti giuridico-patrimoniali, potendosi al più atteggiarsi come esecuzione di doveri morali che, se spontaneamente assolti, danno luogo all'adempimento di un'obbligazione naturale inidonea a fondare in chi li presta una ragione di credito commisurata al valore economico dei servizi resi».

¹⁷² *Cour cass.* 12.07.1994, n. 92-18.639; *Cour cass.* 3.11.2004, n. 02-10.880; *Cour. app. Orléans*, 10.06.2013.

¹⁷³ Anche sotto forma di sacrificio della sua vita professionale.

¹⁷⁴ Corte cost. 18.07.2013, n. 203.

se ne disinteressano. È opportuno chiarire che, per quanto tale comportamento sia biasimevole sotto il profilo morale, dal punto di vista giuridico non configura una causa di indegnità nella successione ereditaria¹⁷⁵.

Ad ogni modo, ferma restando la quota di legittima che spetta, in parti uguali, a ciascun figlio, qualora il genitore desideri ricompensare il figlio caregiver nell'ambito della successione ereditaria, l'unica forma attualmente consentita per farlo consiste nell'assegnare la quota disponibile mediante una apposita disposizione testamentaria.

7. La dimensione sociale della cura familiare nel prisma della giurisprudenza

L'evoluzione della nozione di cura familiare sollecita anche un'altra riflessione, che travalica il rapporto individuale tra *carer* e assistito o, comunque, l'ambito prettamente familiare, e coinvolge l'intera comunità dei consociati. Come già evidenziato, le più recenti disposizioni normative riconoscono la figura del caregiver familiare e il valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura¹⁷⁶, ma, per quanto riguarda l'introduzione di tutele nei confronti del *carer*, si limitano a meri auspici, demandando la questione a livello locale (Regioni e province autonome) sia per quanto riguarda i criteri e le modalità di realizzazione di iniziative mirate sia per l'allocazione delle risorse disponibili. In particolare, l'art. 39, comma 13, d. lgs. n. 29/2024 prevede che dalla sua attuazione «non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica».

Eppure, questa assenza di tutele non è coerente con il ruolo svolto dal caregiver informale, che supplisce in maniera significativa alle carenze dei servizi pubblici e contribuisce ad alleggerire le spese sociali a carico dell'intera comunità. Detto diversamente, se non se ne facessero carico i caregiver familiari – in forza di un obbligo giuridico, come visto, per i coniugi, i partner dell'unione civile e i figli conviventi, o di un'obbligazione naturale per gli altri familiari – il soddisfacimento del bisogno di cura ricadrebbe integralmente sul sistema di *welfare* pubblico.

A questa conclusione è pervenuta anche la giurisprudenza, sia di merito sia di legittimità, valorizzando la dimensione “sociale” dell'art. 32, comma 1, Cost., secondo il quale la salute è, al tempo stesso, un «fondamentale diritto dell'individuo» e un «interesse della collettività».

In tale prospettiva, quando l'ente pubblico è tenuto ad intervenire per soddisfare i bisogni assistenziali del cittadino attraverso l'erogazione di servizi sanitari, non può esercitare alcuna azione di rivalsa – nei confronti dell'assistito o dei suoi familiari – per

¹⁷⁵ L'art. 463 c.c. prevede un elenco tassativo di ipotesi di indegnità a succedere.

¹⁷⁶ Art. 39, comma 1, d. lgs. n. 29/2024.

le prestazioni sociosanitarie associate¹⁷⁷, come, ad esempio, la sorveglianza, il vitto, l'alloggio, la cura dell'igiene personale. In pratica, si tratta delle attività che vengono generalmente svolte dal caregiver familiare. In tali ipotesi non è configurabile né l'azione surrogatoria, né l'arricchimento senza causa.

È vero che l'art. 30 l. 27.12.1983, n. 730, stabilisce, già da oltre quaranta anni, che gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socioassistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale¹⁷⁸, ma tale principio sta diventando effettivo soltanto grazie all'intervento giurisprudenziale, che ribadisce il «nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»¹⁷⁹ e della legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)¹⁸⁰.

Sostanzialmente, le prestazioni socioassistenziali che siano strettamente legate a quelle sanitarie e ad esse strumentali assumono rilievo "sanitario" e i relativi costi devono essere considerati a carico del SSN¹⁸¹.

Negli ultimi anni, questo orientamento giurisprudenziale ha assunto particolare rilevanza in riferimento ai pazienti affetti dal morbo di Alzheimer¹⁸². In presenza di un piano terapeutico personalizzato, il trattamento sanitario risulta inscindibilmente correlato con l'aspetto assistenziale poiché volto a rallentare l'evoluzione della malattia e contenerne la degenerazione. L'intervento sanitario-socioassistenziale rimane, pertanto, interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal sistema sanitario pubblico, in quanto, attraverso il servizio integrato, la struttura convenzionata/accreditata garantisce all'assistito il programma terapeutico.

La conseguenza pratica è che l'impegno di pagamento assunto dal paziente o dalla sua famiglia per la quota c.d. alberghiera presso una RSA convenzionata è privo di causa e, quindi, nullo a norma dell'art. 1418 c.c. Non sono, infatti, ipotizzabili elementi di costo aggiuntivi variabili a discrezione della struttura convenzionata/accreditata, che non siano ricompresi nella determinazione tariffaria della prestazione sanitaria-socioassistenziale integrata. Sul punto, è interessante segnalare che una recentissima sentenza della Corte di appello di Milano¹⁸³ ha ribaltato la sentenza di primo

¹⁷⁷ Trib. Verona 14.05.1996. In tal senso, v. anche App. Venezia 11.11.2005, n. 1775.

¹⁷⁸ In particolare, l'art. 6, ultimo comma, D.P.C.M. 8.08.1985, ricomprende tra le attività socioassistenziali di rilievo sanitario «la cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosì non curabili a domicilio».

¹⁷⁹ Cass. 22.03.2012, n. 4558.

¹⁸⁰ L. 23.12.1978, n. 833.

¹⁸¹ Nel caso sottoposto al vaglio della Suprema Corte si tratta di un anziano malato cronico.

¹⁸² Cass. 17.10.2024, n. 26943; Cass. 19.12.2024, n. 33394. In tal senso, v. anche Trib. Grosseto n. 152/2025.

¹⁸³ App. Milano n. 1644/2025.

grado, che obbligava il figlio a pagare oltre € 26.000,00 per il ricovero presso una RSA della madre affetta da Alzheimer.

Il considerevole valore economico – oltre che sociale – dell’attività svolta dai caregiver familiari e il conseguente risparmio di spesa pubblica risulta, pertanto, ancora più evidente alla luce dell’elevato contenzioso in materia e dell’esigua disponibilità di posti letto nelle RSA presenti nel territorio nazionale.

La crescente consapevolezza del ruolo e dell’importanza del caregiver familiare sta spingendo la giurisprudenza ad operare alcune significative “aperture”, che rendono le tutele vigenti più efficaci e rispondenti agli effettivi bisogni dei prestatori di cura. Al riguardo, è sintomatica una recente pronuncia di merito¹⁸⁴, che ha accolto il ricorso di una lavoratrice caregiver, riconoscendole il diritto di fruire del congedo straordinario retribuito *ex art* 42, comma 5, d. lgs. n. 151/2001 (*amplius, infra*, cap. 4, § 2.1) per assistere il padre anziano e con disabilità, nonostante ne avesse già beneficiato in precedenza per assistere la madre. Secondo il giudice trevigiano, lo strumento del congedo straordinario retribuito contribuisce ad alleggerire le spese a carico della comunità e deve essere considerato espressione dello Stato sociale.

Benché si tratti, ad oggi, di una pronuncia isolata, è, comunque, di grande rilevanza perché offre l’opportunità di soffermarsi su uno dei tanti aspetti cruciali della cura familiare e invita a riflettere sulla necessità di intervenire a livello legislativo per adeguare la trama protettiva alla domanda di cura in aumento.

Per poter garantire tutele concrete ed effettive è, però, necessario procedere preliminarmente al riconoscimento giuridico – e non soltanto sociale – del caregiving familiare e al suo inquadramento nell’ambito delle categorie di riferimento.

¹⁸⁴ Trib. Treviso 10.01.2024.

CAPITOLO 3 | L'inquadramento giuridico del caregiver familiare tra lavoro e non-lavoro: nodi irrisolti e contraddizioni

Sommario: SEZIONE PRIMA. *Il riconoscimento giuridico del caregiver familiare.* 1. Il lento percorso di riconoscimento giuridico del caregiver familiare: le sollecitazioni provenienti dal diritto europeo e internazionale. – 2. Il (faticoso) riconoscimento del caregiver familiare nell'ordinamento italiano: i prodromi nella legge n. 104/1992. – 2.1. La legge n. 205/2017: definizione di caregiver familiare. – 2.2. L'individuazione del destinatario dell'attività di cura. – 3. Il confronto tra la definizione nazionale e la legislazione regionale antecedente: poche luci e molte ombre. – 4. Lacune e criticità nell'applicazione dell'attuale disciplina del caregiver familiare. – 4.1. Il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare: risorse stanziare e non erogate ai destinatari originari. – 4.2. L'assenza di coordinamento con i provvedimenti normativi sulla non autosufficienza. – 4.3. L'individuazione del caregiver tra scelta, consenso e registrazione. – 4.4. Critiche al riconoscimento del valore economico e sociale sprovvisto di tutele. – 4.5. Le modalità di svolgimento della cura familiare: problemi aperti. – SEZIONE SECONDA. *Il caregiving familiare tra lavoro e non-lavoro.* 1. Lavoro produttivo vs. lavoro riproduttivo. – 2. Gratuità vs. onerosità. – 3. Professionalità vs. non professionalità. – 3.1. Il caso dell'impresa familiare. – 4. L'insostenibilità a lungo termine del vincolo familiare come *discrimen*.

SEZIONE PRIMA | Il riconoscimento giuridico del caregiver familiare

1. Il lento percorso di riconoscimento giuridico del caregiver familiare: le sollecitazioni provenienti dal diritto europeo e internazionale

L'attività di cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti, come visto, è considerata un naturale adempimento del dovere, prima di tutto morale e affettivo, di solidarietà e il suo riconoscimento giuridico è una conquista recente sia a livello sovranazionale che interno. Mentre lo svolgimento delle funzioni genitoriali e, in particolare, della cura materna nei confronti dei minori è sancita dalla Carta

costituzionale¹⁸⁵ e disciplinata nel Codice civile¹⁸⁶, nonché garantita e tutelata ormai da decenni dalla legislazione internazionale¹⁸⁷ ed europea¹⁸⁸, le tracce “legali” dell’assistenza familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti sono recenti, sporadiche ed eterogenee.

Come visto nel capitolo 2, la lentezza nella metabolizzazione giuridica del fenomeno è probabilmente il retaggio della concezione familistica, secondo la quale, soprattutto in Italia, la gestione della vecchiaia è una questione privata, alla quale cercare soluzioni all’interno delle mura domestiche mediante un *welfare* fai-da-te. Questo condizionamento socioculturale ha causato un ritardo non soltanto nel riconoscimento giuridico del ruolo cruciale svolto dal prestatore di cura familiare, ma anche nell’individuazione dei profili più critici sui quali intervenire per rimuovere gli ostacoli che talvolta impediscono o, comunque, rallentano la piena partecipazione dei caregiver alla società e al mercato del lavoro.

Il percorso nazionale di riconoscimento giuridico del ruolo e dei rischi collegati all’attività del caregiver familiare è stato senz’altro agevolato dagli input provenienti a livello sovranazionale e internazionale.

Uno dei primi timidi accenni al “carico” di familiari bisognosi si può rinvenire, a livello europeo, nella Direttiva 2006/54/CE sulle pari opportunità tra uomini e donne in materia di lavoro. L’undicesimo considerando invita gli Stati membri e le parti sociali ad affrontare la persistente disparità retributiva di genere e la marcata separazione nell’accesso al lavoro attraverso la promozione delle misure di conciliazione tra vita personale e professionale e la creazione di strutture accessibili ed economiche non soltanto per la cura dei figli, ma anche per «l’assistenza alle persone a carico». Nonostante l’accento alla questione sia rapido e fugace, rappresenta comunque un significativo tassello nella crescita della consapevolezza sull’attività di caregiving e sul forte rischio di disuguaglianza di genere che scaturisce proprio dal maggior coinvolgimento delle donne nella cura familiare. Anche la scelta lessicale operata dalla Direttiva 2006/54/CE («persone a carico») sembra rendere in modo chiaro ed efficace l’idea della gravosità di questo impegno e delle conseguenze che comporta nel mercato del lavoro, aprendo la pista alla riflessione sulle disparità di genere, che si intreccia inevitabilmente con il riconoscimento e la disciplina della cura familiare (Zilli 2022a: 122; Zilli 2022b; Taccani 1994: 192).

¹⁸⁵ Artt. 30, 31 e 37 Cost.

¹⁸⁶ Libro primo, titolo IX sulla responsabilità genitoriale.

¹⁸⁷ Convenzione OIL n. 103/1952 sulla protezione della maternità, rivista e aggiornata dalla convenzione n. 183/2000.

¹⁸⁸ Art. 33 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea; Direttiva 92/85/CEE del 19.10.1992; Direttiva UE 2019/1158 del 20.06.2019.

Nello stesso anno, a livello internazionale, la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità¹⁸⁹ mette in luce un'altra criticità, ossia la necessità di approntare, anche per i prestatori di cura familiare, forme di assistenza e di sostegno, adatte al genere e all'età, mettendo a disposizione informazioni e servizi al fine di evitare, riconoscere e denunciare casi di sfruttamento, violenza e abuso¹⁹⁰. Sebbene l'attenzione della Convenzione ONU sia focalizzata sulle persone con disabilità, è significativo che la prospettata tutela contro qualsiasi forma di discriminazione o di ingiustizia coinvolga anche i caregiver familiari. In tale indicazione è ravvisabile il prodromo della protezione contro le discriminazioni "per associazione"¹⁹¹, nelle quali a subire il trattamento meno favorevole non è il soggetto portatore del fattore di rischio, bensì un terzo, a causa del particolare legame con la persona che possiede la caratteristica protetta.

Un altro aspetto importante viene portato alla luce dalla Raccomandazione del Consiglio UE del 9 giugno 2009 sulla sicurezza dei pazienti, comprese la prevenzione e il controllo delle infezioni associate all'assistenza sanitaria. Nell'invito a sostenere l'istituzione o il rafforzamento di sistemi di segnalazione e di apprendimento relativi a un «evento sfavorevole», ossia un incidente con conseguenze negative per un paziente, il Consiglio dell'Unione europea esorta gli Stati membri a fornire ai pazienti, «ai loro parenti e ad altri prestatori di assistenza informale» l'opportunità di riferire le proprie esperienze. In tal modo sottolinea la rilevanza e la fruttuosità della circolazione delle informazioni tra assistenza sanitaria e familiare, al fine di attivare una sinergia che metta al centro il benessere della persona non autosufficiente. In questo riferimento si potrebbero intravedere gli albori della valutazione multidimensionale integrata introdotta dai più recenti provvedimenti normativi in materia¹⁹².

In maniera più concreta e dettagliata, la Direttiva UE 2019/1158 del 20 giugno 2019, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare, prende in considerazione, accanto ai genitori, i «prestatori di assistenza», intendendo come tali i lavoratori che forniscono «assistenza o sostegno personali a un familiare o a una persona che vive nello stesso nucleo familiare [...] e necessita di notevole assistenza o sostegno a causa di condizioni di salute gravi, come definito da ciascuno Stato membro»¹⁹³. La Direttiva introduce alcuni strumenti per garantire la conciliazione vita-lavoro dei caregiver

¹⁸⁹ È stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006 e recepita in Italia con la legge 3.03.2009, n. 18.

¹⁹⁰ Art. 16, comma 2, Convenzione ONU.

¹⁹¹ Individuate e tutelate dalla giurisprudenza eurounitaria qualche anno più tardi: v. Corte Giust. 17.07.2008, C-303/06, Coleman. Più di recente, v. Corte Giust. UE 16.7.2015, C-83/14, *Chez RB*. Un'interessante pronuncia italiana sulla discriminazione per associazione si rinviene in Trib. Ferrara 25.03.2019.

¹⁹² Per quanto concerne l'Italia, v. d. lgs. n. 29/2024 e n. 62/2024.

¹⁹³ Art. 3, comma 1, lett. d), della direttiva UE 2019/1158.

familiari (nello specifico, dei *working carers*: *supra*, cap. 1, sez. 2, § 1.2), tra i quali la previsione di almeno cinque giorni all'anno di congedo retribuito per motivi di assistenza¹⁹⁴ e dell'agevolazione nell'accesso alle modalità di lavoro flessibile¹⁹⁵. Il recepimento in Italia è avvenuto con l'emanazione del d. lgs. 30 giugno 2022, n. 105, sull'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza (Calafà 2022: 193; Vallauri 2022; Fili 2023: 435; Trojsi 2023: 409). Il provvedimento normativo ha dato attuazione alle misure previste dalla direttiva, apportando alcune rilevanti modifiche al d. lgs. n. 151/2001 sul congedo straordinario retribuito per i caregiver familiari, alla l. n. 104/1992 sull'assistenza alle persone con disabilità e alla l. n. 81/2017 sul ricorso alla modalità di lavoro agile (v., *infra*, cap. 4).

Altre due interessanti iniziative europee riguardano la salvaguardia del benessere emotivo e psicologico del caregiver familiare, che è sottoposto ad un prolungato stress psicofisico e al rischio di isolamento e marginalizzazione sociale, con gravi conseguenze sul piano esistenziale, economico e professionale. Da un lato, il Piano d'azione per la salute mentale 2021-2027, presentato dalla Commissione Europea il 28 maggio 2020, propone azioni specifiche per il supporto ai caregiver familiari, destinando risorse per il loro benessere; dall'altro, la Strategia dell'Unione Europea per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030¹⁹⁶ raccomanda agli Stati membri di sostenere i caregiver familiari attraverso il miglioramento nell'accesso ai servizi di assistenza e favorendo la loro inclusione nella società. Le azioni proposte evidenziano anche la necessità di consolidare i sistemi di protezione sociale mediante il sostegno economico ai prestatori di assistenza. Se l'obiettivo da realizzare è la garanzia di un tenore di vita dignitoso per le persone con disabilità e le loro famiglie, il traguardo è ancora lontano a causa sia dell'insufficiente partecipazione al mercato del lavoro sia dell'inadeguato sistema di *welfare* nei confronti di chi esercita l'attività di cura familiare. I costi aggiuntivi legati alla disabilità – e alla non autosufficienza in generale – espongono a un maggiore rischio di povertà e di emarginazione sociale le famiglie che sono costrette ad affrontare tale situazione. Pertanto, secondo l'auspicio della Commissione europea, il sostegno finanziario per i prestatori di assistenza dovrebbe diventare una pratica comune nello spazio eurolunitario per contrastare efficacemente l'insicurezza economica (Ranci, Parma 2020). Anche l'OIL si è espresso in tal senso, segnalando come l'emergenza pandemica abbia esacerbato il problema (OIL 2020; UNPRPD 2020).

A fronte delle numerose esigenze e criticità segnalate a livello europeo e internazionale, la risposta giuridica è ancora "timida" e parziale. L'OCSE rileva che, nel 2022, appena il 20% dei Paesi europei ha adottato una definizione legale dei c.d.

¹⁹⁴ Art. 6 della direttiva UE cit.

¹⁹⁵ Art. 9 della citata direttiva UE.

¹⁹⁶ Presentata il 3 marzo 2021.

caregiver informali e, a livello mondiale, le protezioni (economiche e normative) nei loro confronti sono ancora carenti (OCSE 2022: 24).

2. Il (faticoso) riconoscimento del caregiver familiare nell'ordinamento italiano: i prodromi nella legge n. 104/1992

In Italia l'attenzione e la sensibilità rivolte alla tutela delle persone fragili in quanto affette da una condizione di disabilità si sono manifestate compiutamente già nella legge 5 febbraio 1992, n. 104¹⁹⁷.

Benché l'attenzione rivolta ai familiari appaia soltanto come un riflesso delle protezioni apprestate al soggetto disabile, di cui, fin dal primo comma dell'art. 1 l. n. 104/1992, si intende promuovere «la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società»¹⁹⁸, nel testo normativo si rinvencono alcuni riferimenti interessanti.

Tra i principi generali per garantire i diritti della persona con disabilità, l'art. 5, comma 1, lett. h), l. n. 104/1992 garantisce alla persona disabile e alla sua famiglia adeguato sostegno psicologico e psicopedagogico, servizi di aiuto personale o familiare, strumenti e sussidi tecnici, prevedendo, nei casi strettamente necessari e per il periodo indispensabile, interventi economici integrativi.

Per favorire l'integrazione sociale, l'art. 8, comma 1, lett. a), l. n. 104/1992, introduce interventi di carattere socio-psicopedagogico, di assistenza sociale e sanitaria a domicilio, di aiuto domestico e di tipo economico a sostegno della persona con disabilità e del nucleo familiare in cui è inserita, mentre l'art. 33 l. n. 104/1992, sul quale è ripetutamente intervenuto il legislatore (Colapietro, Salvia 2013), si sofferma sulle agevolazioni per il *working carer* (De Simone 2010: 248; Nunin 2010: 413), che verranno approfondite nel capitolo 4. D'altronde, come rimarca la giurisprudenza costituzionale¹⁹⁹, la finalità della l. n. 104/1992 consiste nell'«assicurare continuità nelle cure e nell'assistenza ed evitare vuoti pregiudizievoli alla salute psicofisica del soggetto diversamente abile» e, per realizzarla concretamente, è imprescindibile il coinvolgimento e la tutela dei caregiver.

¹⁹⁷ Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. Il superamento del termine “*handicap*”, connotato da un'accezione negativa, è avvenuto soltanto di recente, con il d. lgs. n. 62/2024, che segna una significativa evoluzione non soltanto nella scelta lessicale, ma anche nella percezione della condizione di disabilità.

¹⁹⁸ Art. 1, comma 1, lett. a), l. n. 104/1992.

¹⁹⁹ Corte cost. 6.06.2005, n. 233; Corte cost. 18.07.2013, n. 203.

2.1 La legge n. 205/2017: la definizione di caregiver familiare

Sebbene nella l. n. 104/1992 si rinvenivano già i prodromi del riconoscimento del ruolo della famiglia nell'assistenza delle persone in condizione di disabilità, solo dopo venticinque anni, con l'art. 1, comma 255, della legge 27 dicembre 2017, n. 205, viene introdotta nella legislazione statale italiana la definizione di «caregiver familiare», che, nel frattempo, è divenuta espressione di uso comune per indicare i familiari che si prendono cura di un congiunto fragile. Il termine anglosassone era già stato adottato in alcune leggi regionali²⁰⁰, che avevano regolamentato il fenomeno nell'ambito territoriale di competenza.

Il primo aspetto che si impone all'esame dell'interprete è che, dal punto di vista sistematico, la norma si presenta decontestualizzata, in quanto non è stata inserita in un provvedimento *ad hoc*, bensì tra le molteplici misure previste dalla legge di Bilancio 2018, al fine di circoscrivere i soggetti destinatari del «Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare», istituito e disciplinato dal comma 254 dell'art. 1 della medesima legge²⁰¹.

La definizione contenuta nel comma 255 dell'art. 1 l. n. 205/2017 si limita, quindi, ad individuare – in maniera piuttosto restrittiva – l'ambito soggettivo e oggettivo dell'attività di cura familiare, senza, però, addentrarsi in alcun tentativo qualificatorio o nella predisposizione di alcuna forma di tutela, in quanto il fine della disposizione, come detto, è quello di perimetrare i potenziali beneficiari del precitato Fondo.

Innanzitutto, dal punto di vista soggettivo, la norma individua come caregiver familiare il coniuge, il partner dell'unione civile²⁰², il convivente di fatto²⁰³, il familiare o l'affine entro il secondo grado oppure entro il terzo grado se si versa nelle ipotesi previste dall'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992²⁰⁴, ripercorrendo, così, l'elenco dei soggetti obbligati previsto dal Codice civile ed esaminati nel capitolo precedente.

Nell'individuazione del caregiver familiare, l'art. 1, comma 255, non fa alcun riferimento alla coabitazione con la persona da assistere o al requisito della residenza, che, come visto nel capitolo 2, è ritenuto fondamentale nel diritto di famiglia perché denota una comunione di vita e di affetto basata sulla condivisione quotidiana.

La realtà dei fatti, però, dimostra che ormai sono tanti i figli o i parenti che, pur non conviventi, si prendono cura del congiunto non autosufficiente e il legislatore sembra

²⁰⁰ La prima è stata la legge regionale Emilia-Romagna 28.03.2014, n. 2, seguita dalla legge regionale Abruzzo 27.12.2016, n. 43, e dalla legge regionale Campania 20.11.2017, n. 33.

²⁰¹ Art. 1, comma 254, l. n. 205/2017.

²⁰² Art. 1, comma 2 ss., l. 20.05.2016, n. 76.

²⁰³ Art. 1, comma 36 ss., l. n. 76/2016.

²⁰⁴ Ossia quando i genitori, il coniuge o la parte di un'unione civile o il convivente di fatto siano deceduti oppure siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età.

aver preso atto di questa situazione. Un segnale in tal senso era già insito nella eliminazione del riferimento alla coabitazione, originariamente previsto nell'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992²⁰⁵, sulla fruizione dei tre giorni di permesso mensile retribuito per assistere un familiare con disabilità in situazione di gravità. Tale requisito, però, permane per poter beneficiare del congedo straordinario retribuito *ex d. lgs. n. 151/2001*, anche se è possibile instaurare la convivenza successivamente alla presentazione della richiesta²⁰⁶.

2.2 L'individuazione del destinatario dell'attività di cura

L'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 individua anche il destinatario dell'attività di cura esercitata dal caregiver familiare. Si tratta della persona che «a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18».

Ai fini della presente indagine, è significativo rilevare che l'età avanzata non viene espressamente contemplata, ma, come dimostrano gli studi in materia (Istat 2020), la vecchiaia è generalmente accompagnata da multimorbilità e da una graduale perdita di autosufficienza, per cui rientra implicitamente tra le eventualità prospettate dalla norma in esame.

Qualche dubbio potrebbe, però, sorgere sul livello di non autosufficienza del destinatario dell'assistenza, in quanto non vi è alcun riferimento alla sua valutazione. Considerato che l'ipotesi di cui all'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992 – concernente i casi più gravi, ossia quando la compromissione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione – è soltanto una di quelle richiamate dall'art. 1, comma 255, si potrebbe desumere che siano inclusi tra i destinatari dell'assistenza tutti i gradi di non autosufficienza, purché l'assistito non sia capace di prendersi cura di sé e, quindi, di svolgere autonomamente le operazioni della vita quotidiana.

3. Il confronto tra la definizione nazionale e la legislazione regionale antecedente: poche luci e molte ombre

Il raffronto tra l'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 e le leggi regionali sulla figura del caregiver familiare emanate antecedentemente – l.r. Emilia-Romagna n. 2/2014, l.r.

²⁰⁵ Ad opera dell'art. 19, comma 1, lett. b), l. 8.03.2000, n. 53.

²⁰⁶ Art. 42, comma 5, d. lgs. n. 151/2001.

Abruzzo n. 43/2016 e l.r. Campania n. 33/2017 – rivela una sorta di arretratezza del legislatore nazionale su alcuni aspetti definitivi. Eppure, la finalità dei citati provvedimenti in materia è praticamente la stessa: riconoscere il ruolo e l'attività dei caregiver e definire i beneficiari per (futuri ed eventuali) servizi e prestazioni (anche di tipo economico) loro dedicati.

Innanzitutto, la scelta nazionale restrittiva ed esclusivamente limitata al vincolo di parentela per l'individuazione del caregiver appare in controtendenza rispetto alle citate leggi regionali, che prendono in considerazione anche altre opzioni, mantenendo la definizione di caregiver il più aperta e ampia possibile.

Al riguardo, l'art. 2, comma 1, l. regionale dell'Emilia-Romagna n. 2/2014²⁰⁷ fa semplicemente riferimento a «una persona cara», senza ulteriori specificazioni, mentre, secondo l'art. 2, comma 1, l. regionale della Campania n. 33/2017, il caregiver familiare viene scelto «in primo luogo tra i familiari ed i conviventi», lasciando intendere che, in mancanza, potrebbero essere presi in considerazione altri soggetti. Anche la l. regionale del Friuli-Venezia Giulia n. 8/2023, benché emanata successivamente alla legge di Bilancio 2018, all'art. 2, comma 2, lett. b), include tra i potenziali caregiver familiari anche le persone con le quali l'assistito abbia una comprovata relazione affettiva o amicale stabile.

L'art. 2, comma 4, lett. d), l. regionale dell'Abruzzo n. 43/2016 prevede che il caregiver familiare possa essere individuato tra varie categorie: *in primis*, i componenti del nucleo familiare anagrafico, poi altri familiari (senza specificare il grado di parentela o affinità), i conviventi di fatto della persona non autosufficiente, ma anche soggetti esterni all'ambito familiare che, di propria iniziativa oppure su proposta dei servizi sociali, sociosanitari o sanitari, esprimono la disponibilità a svolgere l'attività di assistenza e di cura. Quest'ultima previsione consente di valorizzare l'associazionismo e le esperienze di solidarietà e volontariato, particolarmente sentite nel territorio abruzzese²⁰⁸.

Da questa panoramica emerge come la definizione nazionale faccia un vero e proprio passo indietro rispetto alla legislazione regionale, trincerandosi entro le mura del mero vincolo familiare, tra l'altro definito con precisione e dovizia di particolari, impedendo così la possibilità di un'interpretazione estensiva.

²⁰⁷ Successivamente integrata dalla legge regionale 30.05.2024, n. 5.

²⁰⁸ Nella provincia di Pescara è stata recentemente condotta dal CNR-IRPPS una ricerca qualitativa sui caregiver familiari, in corso di pubblicazione, che ha consentito di evidenziare il grande impegno di sensibilizzazione sul tema, svolto dallo SPI-CGIL e dalle associazioni locali (AUSER Abruzzo, Alzheimer Uniti Abruzzo, Parkinson Uniti Abruzzo). I primi risultati della ricerca sono stati presentati in occasione del convegno tenutosi a Pescara, presso la sede della CGIL, in data 26.06.2025 sul tema «La cura dentro le mura domestiche. Costi e strategie».

Come già evidenziato nei capitoli precedenti, il vincolo familiare è una caratteristica prevalentemente “italiana”. A livello internazionale ed eurounitario viene adottata la più generica espressione “caregiver informale” (v., *supra*, cap. 1, sez. 2, § 1.2), privilegiando il rapporto di prossimità e vicinanza con il soggetto bisognoso di cura, a prescindere dal legame di coniugio o parentela.

La definizione di caregiver di cui all'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, esclude sicuramente gli amici e i vicini di casa. Tale scelta politica – chiaramente frutto della tradizionale impostazione della cura in ambito domestico – potrebbe comportare non poche difficoltà nelle ipotesi di anziani soli²⁰⁹, che, come emerge dai dati (Censis 2025), sono destinati ad aumentare negli anni a venire, a causa della trasformazione del tessuto sociale e dello sgretolamento dei legami familiari.

Inoltre, la norma non fa alcun riferimento ai c.d. *young carers*, talvolta addirittura minorenni, che, come visto, a causa dell'attività di cura familiare svolta corrono il rischio di non completare il loro percorso di studi, riducendo, di conseguenza, le loro opportunità professionali e di inserimento sociale²¹⁰. La legge regionale Emilia-Romagna, nella versione recentemente novellata²¹¹, dedica a questo allarmante fenomeno sociale l'art. 2-*bis*, favorendo l'identificazione dei giovani caregiver al fine di comprenderne i bisogni, sostenerli, tutelarne il diritto all'educazione e all'istruzione, promuoverne il benessere psicofisico e facilitarne la transizione dalla scuola al lavoro²¹².

Per quanto concerne l'ambito di applicazione oggettivo, il comma 255 dell'art. 1 l. n. 205/2017 definisce l'attività del caregiving quale «assistere e prendersi cura», senza specificare dettagliatamente le prestazioni nelle quali può consistere. Tale scelta, da un lato, potrebbe essere interpretata come adozione della nozione di cura nell'accezione più ampia del termine, così come tratteggiata nella prima sezione del primo capitolo; dall'altro, però, rischia di apparire ambigua, al confronto con definizioni regionali molto più chiare e particolareggiate, aventi l'intento di sottolineare, al tempo stesso, l'ampiezza e la varietà dell'attività svolta dal caregiver familiare (Trabucchi 2021: 12). Al riguardo, è significativa la formulazione dell'art. 2, comma 2, della l. regionale dell'Emilia-Romagna n. 2/2014: «in particolare il caregiver familiare assiste e cura la persona ed il suo ambiente domestico, la supporta nella vita di relazione, concorre al suo benessere psico-fisico, l'aiuta nella mobilità e nel disbrigo delle pratiche amministrative, si integra con gli operatori che forniscono attività di assistenza e di cura».

Da questo – seppure rapido – confronto emerge come il legislatore nazionale – presumibilmente a causa delle pressioni e del ritmo contingentato che accompagnano

²⁰⁹ O non in buoni rapporti con i propri familiari oppure geograficamente lontani.

²¹⁰ <https://eurocarers.org/young-carers/>.

²¹¹ Dalla l.r. Emilia-Romagna n. 5/2024.

²¹² Anche l'art. 10 l.r. Lazio 11.04.2024, n. 5, si occupa dei giovani caregiver, individuandone la fascia anagrafica, compresa tra i 16 e i 28 anni.

la presentazione e l'approvazione delle leggi di Bilancio – nel formulare la definizione di caregiver familiare non abbia avuto l'accortezza di attingere dalle migliori esperienze regionali.

Un altro aspetto da considerare è che, all'epoca della sua introduzione, il comma 255 dell'art. 1 l. n. 205/2017 aveva un campo di applicazione limitato e specifico, ossia l'individuazione dei destinatari del Fondo istituito dal comma 254 del medesimo articolo. Verosimilmente, la definizione di caregiver familiare non era destinata a diventare – come, invece, è avvenuto – il punto di riferimento al quale hanno rinviato sia le leggi regionali emanate successivamente (ad esempio, l'art. 2, comma 1, l. regionale della Lombardia n. 23/2022), sia i recenti provvedimenti normativi in materia di persone fragili²¹³.

4. Lacune e criticità nell'applicazione dell'attuale disciplina sul caregiver familiare

La definizione di caregiver familiare introdotta dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 non ha subito alcuna modifica o integrazione nel corso del tempo. Anche le proposte di legge attualmente al vaglio della Commissione Affari Sociali della Camera²¹⁴ si limitano a riportarsi alla definizione di cui alla legge di Bilancio 2018, sprecando, così, l'occasione di un'ulteriore riflessione sul tema.

Eppure, si tratta di una definizione che presenta limiti e lacune, che, nei circa otto anni di vigenza, hanno comportato criticità nella sua applicazione.

Per quanto riguarda le lacune, oltre a quelle già evidenziate nel paragrafo precedente, è interessante rilevare che la disposizione non prende in considerazione gli input provenienti a livello internazionale ed europolitano (segnalati nel § 1). Nell'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, non si rinviene, ad esempio, alcun accenno ai rischi nella prospettiva di genere insiti nella cura familiare e alle modalità per prevenirli o, almeno, ridurli attraverso una maggiore attenzione alle misure di conciliazione vita-lavoro (*per i working carers*); non vi è alcun tentativo di coordinamento con la normativa dedicata ai servizi formali (sanitari e sociosanitari) per una regolamentazione integrata della cura; né si ravvisa alcun riferimento alla necessità di misure a sostegno del benessere psicofisico o della protezione sociale del caregiver.

²¹³ Lo stesso art. 1, comma 1, lett. f), l. n. 33/2023 rinvia all'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 per definire il caregiver familiare.

²¹⁴ N. 114/2022 (Panizzut e altri), presentata il 13.10.2022; n. 159/2022 (Serracchiani), presentata il 13.10.2022; n. 309/2022 (Conte, Sportiello e altri), presentata il 13.10.2022; n. 344/2022 (Candiani e altri), presentata il 14.10.2022; n. 443/2022 (Faraone e Giachetti), presentata il 24.10.2022; n. 998/2023 (Ciani, Furfaro e altri), presentata il 15.03.2023; n. 1426/2023 (Malavasi e altri), presentata il 25.09.2023.

Tali lacune confermano l'ipotesi che la *voluntas legis* fosse circoscritta all'istituzione del Fondo per i caregiver e non avesse alcuna pretesa qualificatoria del ruolo e dell'attività del prestatore di cura familiare, né di introdurre una rete di tutele coordinata e onnicomprensiva.

4.1 Il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare: risorse stanziare e non erogate ai destinatari originari

Tra le criticità applicative del comma 255 dell'art. 1 l. n. 205/2017 non può sfuggire un aspetto rilevante: se la definizione di caregiver familiare è stata emanata frettolosamente per poter circoscrivere la platea dei beneficiari del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza istituito dal comma precedente, perché quella previsione è rimasta inattuata e le risorse non sono state erogate?

È vero che le risorse finanziarie stanziare nel comma 254 non avrebbero potuto coprire le ingenti esigenze in termini di prestazioni e servizi per tutti i caregiver familiari presenti sul territorio nazionale, ma i venti milioni di euro previsti per gli anni 2018, 2019 e 2020²¹⁵ avrebbero comunque potuto costituire un significativo punto di partenza per sostenere economicamente i prestatori di cura e approntare una prima rete di iniziative a loro dedicate.

Eppure, il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, da istituire presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, nonostante l'emanazione di due DPCM²¹⁶, è rimasto «lettera morta» (Pistore 2020: 207) finché l'art. 1, comma 212, della legge di Bilancio 2024²¹⁷ l'ha abrogato, convogliando le risorse nel Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità.

Nel frattempo, la legge di Bilancio 2020²¹⁸ ha istituito nello stato di previsione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali un fondo, con una dotazione di 30 milioni di euro per ciascuno degli anni 2021, 2022 e 2023, destinato alla copertura finanziaria di interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale svolta dal caregiver familiare, come definito dal citato comma 255. Tuttavia, la legge di Bilancio 2025²¹⁹ ha stabilito che, fino all'adozione di tali provvedimenti, le risorse vengono destinate al Fondo per le non autosufficienze.

²¹⁵ La dotazione iniziale è stata incrementata di cinque milioni per gli anni 2019, 2020 e 2021, a norma dell'art. 1, comma 483, l. 30.12.2018, n. 145.

²¹⁶ DPCM 27.10.2020 e DPCM 28.12.2021.

²¹⁷ L. 30.12.2023, n. 213.

²¹⁸ Art. 1, comma 334, l. 30.12.2020, n. 178.

²¹⁹ Art. 1, comma 235, l. 30.12.2024, n. 207.

Sostanzialmente, la non immediata applicabilità della definizione di cui al citato comma 255 – a causa, soprattutto, della mancanza di una procedura di individuazione e registrazione dei caregiver familiari – e l’inerzia legislativa successiva hanno, di fatto, vanificato la lungimirante previsione del Fondo di cui al detto comma 254 e privato i prestatori di cura di un potenzialmente utile sostegno economico e sociale, rimandando il problema a data da destinarsi.

Per superare l’impasse gestionale e attivare i necessari meccanismi di tutela nei confronti del caregiver familiare dovrebbero essere affrontati due interrogativi essenziali, che rimangono irrisolti nell’attuale formulazione normativa: come viene individuato il caregiver e in quali modalità viene svolta l’attività di cura.

4.2 L’assenza di coordinamento con le disposizioni sulla non autosufficienza

Come visto, dal citato comma 255 non emerge la modalità di individuazione del caregiver familiare. La norma si limita ad enumerare le categorie di soggetti che possono svolgere l’attività, ma non si sofferma su “chi” debba effettuare la scelta, sulla necessità o meno del consenso da parte del prescelto, su quanti soggetti possano fungere da caregiver per lo stesso assistito, né sulla procedura da seguire o gli eventuali adempimenti necessari per formalizzare tale ruolo.

Questa grave lacuna ha, in pratica, paralizzato la possibilità di un effettivo riconoscimento dell’attività svolta dal caregiver, con ripercussioni non soltanto sul mancato funzionamento del Fondo originariamente istituito dal citato comma 254, ma anche sul coordinamento con i recenti provvedimenti normativi sulla non autosufficienza.

L’assenza di una procedura comune e dell’indicazione di qualsiasi adempimento o formalità per il riconoscimento del ruolo di caregiver, infatti, mal si concilia con la sempre maggiore rilevanza attribuita a tale figura dagli interventi legislativi in favore degli anziani e delle persone con disabilità. Anche se non menziona espressamente il “caregiver”, la legge delega n. 227/2021 in materia di disabilità cita più volte il «referente familiare», che deve essere coinvolto nell’ambito del progetto di vita elaborato per l’assistito²²⁰ e al quale spettano gli eventuali benefici per i soggetti che esercitano l’attività di cura²²¹ (Bonardi 2022). In maniera più dettagliata, il decreto delegato n. 62/2024 prevede la partecipazione del caregiver familiare nell’ambito dell’unità di valutazione

²²⁰ Art. 2, comma 2, lett. 11, l. n. 227/2021.

²²¹ Art. 2, comma 2, lett. 13d.

multidimensionale che elabora il progetto di vita per la persona con disabilità²²² e la programmazione di misure di sostegno nei suoi confronti²²³.

Ancora più ambizioso è il disegno tratteggiato dalla legge delega n. 33/2023 in favore degli anziani, che non soltanto coinvolge il caregiver nella definizione del piano assistenziale²²⁴, ma intende sostenere il processo di progressivo ed equilibrato miglioramento delle sue condizioni di vita e, a tal fine, prevede la ricognizione e la ridefinizione della normativa di settore, la promozione di interventi diretti alla certificazione delle competenze professionali acquisite nel corso dell'esperienza maturata e l'introduzione di forme di partecipazione delle rappresentanze dei prestatori di cura nell'ambito della programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria²²⁵. Al momento, però, si tratta di auspici, che, nel d. lgs. n. 29/2024 non hanno trovato concretizzazione e mettono in risalto l'inadeguatezza della definizione contenuta nel citato comma 255.

4.3 L'individuazione del caregiver tra scelta, consenso e registrazione

Il primo passo per un effettivo riconoscimento del caregiver familiare dovrebbe consistere nell'individuazione del soggetto preposto a sceglierlo.

Alcune leggi regionali precedenti al 2017 assegnano la scelta alla persona bisognosa di assistenza o, nel caso in cui si tratti di un soggetto incapace, al suo tutore²²⁶. Al riguardo, l'art. 2, comma 5, l. regionale dell'Abruzzo n. 43/2016 stabilisce che alla scelta da parte dell'assistito segua il consenso del caregiver, mentre l'art. 2, comma 1, l. regionale dell'Emilia-Romagna n. 2/2014 non parla di scelta, bensì del mutuo consenso di entrambi i soggetti coinvolti (prestatore e percettore di cura).

Nella l. regionale della Lombardia n. 23/2022 – successiva all'entrata in vigore della legge di Bilancio 2018 – l'iniziativa è affidata al prestatore di cura, «previo consenso della persona assistita o di chi la rappresenta ai sensi dell'ordinamento civile»²²⁷.

Questa rapida rassegna evidenzia un variegato ventaglio di opzioni, alle quali si potrebbe aggiungere l'intervento da parte dei servizi sociosanitari in caso di inerzia dell'assistito e dei suoi familiari, come si desume dall'art. 3, comma 4, l. regionale dell'Emilia-Romagna n. 2/2014, secondo il quale «il caregiver familiare, di propria

²²² Art. 24, comma 3, lett. a), d. lgs. n. 62/2024.

²²³ Art. 24, comma 4, lett. c), d. lgs. n. 62/2024.

²²⁴ Art. 4 l. n. 33/2023. In tal senso anche l'art. 27, comma 15, d. lgs. n. 29/2024, che specifica come il piano assistenziale individualizzato (PAI) debba essere redatto con la partecipazione sia del caregiver che della persona destinataria delle cure.

²²⁵ Art. 5 l. n. 33/2023.

²²⁶ Art. 2, comma 5, l.r. Abruzzo n. 43/2016; art. 2, comma 1, l.r. Campania n. 33/2017.

²²⁷ Art. 2, commi 3 e 4, l.r. Lombardia n. 23/2022.

iniziativa o a seguito di proposta da parte di un servizio sociale, socio-sanitario o sanitario, esprime in modo libero e consapevole la disponibilità a svolgere la propria attività volontaria di assistenza e cura, ad avvalersi di supporti formativi e di forme di integrazione con i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari».

Per assicurare la certezza del diritto su una questione così delicata e garantire un trattamento uniforme sull'intero territorio nazionale sarebbe, però, auspicabile l'individuazione di una modalità comune, un *iter* unico di designazione del caregiver, che, al contempo, valorizzi la scelta da parte dell'assistito (o di chi lo rappresenta legalmente) e il consenso da parte del prescelto. D'altronde, si tratta di uno snodo fondamentale, che, da un lato, concerne il diritto di un individuo di scegliere chi debba prendersi cura della sua persona in una situazione di non autosufficienza, e, dall'altro, il diritto del prescelto a prestare o meno il proprio consenso. Sia la scelta che il consenso dovrebbero essere effettuati in modo consapevole e informato, al fine di comprendere appieno le implicazioni di tale decisione.

Tra l'altro, la mancata indicazione di chi debba operare la scelta potrebbe dar luogo a controversie familiari, qualora, ad esempio, l'iniziativa provenga da un congiunto invis alla persona bisognosa di assistenza o, semplicemente, da un soggetto non adatto al ruolo. Potrebbe anche verificarsi l'ipotesi in cui più persone intendano svolgere l'attività di cura nei confronti dello stesso assistito, eventualità che potrebbe presentarsi più frequentemente allorquando dovesse essere introdotta l'erogazione di prestazioni di natura economica in favore dell'assistenza familiare.

Inoltre, è indispensabile individuare con chiarezza chi sia ad operare la scelta, in modo da avere certezza anche sulle eventuali modalità di modifica e revoca della decisione.

È vero che la regolamentazione del caregiving familiare – essendo strettamente collegata alla tutela della salute delle persone fragili – potrebbe rientrare tra le materie di legislazione concorrente tra Stato e Regioni²²⁸ e, quindi, essere appannaggio della potestà legislativa regionale, ma la determinazione dei principi fondamentali deve essere riservata alla legislazione dello Stato. Nel caso di specie, le legislazioni regionali potrebbero differenziarsi nei servizi e nelle prestazioni offerte ai caregiver familiari, anche in base alle risorse locali e alla concreta organizzazione sanitaria e sociosanitaria in ambito territoriale, ma la procedura di individuazione e riconoscimento dovrebbe essere unica a livello nazionale.

Il citato comma 255 non stabilisce un limite numerico di caregiver per ciascun assistito, ma, nell'ottica di un più efficace sistema di assistenza familiare, il rapporto

²²⁸ Art. 117, comma 3, Cost.

potrebbe essere di *one to one*²²⁹, con facoltà di sostituzione nel caso di impossibilità sopravvenuta nello svolgimento dell'attività da parte del caregiver. È vero che, frequentemente, attorno ad un anziano non autosufficiente si avvicinano più familiari (ad esempio, figli, fratelli, nipoti, nuore, generi...) che mettono a disposizione qualche ora del proprio tempo per tenere compagnia, svolgere qualche adempimento burocratico o condurre a una visita medica o a un accertamento diagnostico, ma il referente è generalmente uno, con il compito anche di coordinare tutte le altre presenze, compresi gli eventuali assistenti familiari (c.d. badanti) e gli operatori sanitari e sociosanitari che svolgono servizi domiciliari.

La disposizione normativa non contempla le modalità di registrazione e attribuzione della qualifica di caregiver, né i soggetti istituzionali eventualmente coinvolti. Sul punto, la legislazione regionale è piuttosto variegata.

L'art. 8 l. regionale della Campania n. 33/2017 ha istituito un Registro per la raccolta dei dati e delle competenze maturate nell'ambito delle attività di assistenza e cura da parte del caregiver, che, però, è stato attivato soltanto a dicembre 2023²³⁰, ben sei anni dopo. L'iscrizione è considerata necessaria per accedere alle iniziative regionali di sostegno e per il riconoscimento formale del ruolo di caregiver.

Anche la Regione Puglia²³¹ ha avviato, nel 2022, la sperimentazione di un registro regionale dei caregiver familiari, allo scopo di effettuare una prima ricognizione delle persone che svolgono compiti di assistenza e cura in ambito familiare nei confronti di disabili gravi o gravissimi.

Altre Regioni adottano un diverso sistema di censimento dei caregiver. Ad esempio, la Lombardia organizza gli interventi di supporto nei confronti dei prestatori di cura familiare e l'erogazione di eventuali prestazioni economiche²³² (come l'assegno *una*

²²⁹ V. art. 2, comma 5, l.r. Lombardia n. 23/2022, che stabilisce come la qualifica di caregiver familiare non possa essere riconosciuta a più di una persona per lo stesso soggetto assistito. In tal senso si esprime anche la l.r. Lazio. In senso difforme si esprime la l. r. Friuli-Venezia Giulia n. 8/2023, che, all'art. 2, prevede sia che il caregiver possa prestare attività di cura in favore di più assistiti (comma 5), sia che il ruolo di caregiver possa essere riconosciuto a più di una persona per lo stesso assistito (comma 6). Al riguardo, la nuova formulazione dell'art. 33, comma 2, l. n. 104/1992, così come modificato dal d. lgs. n. 105/2022, in riferimento ai permessi per l'assistenza, supera la logica del c.d. referente unico in favore della possibilità di avere più caregiver per lo stesso assistito (*infra*, cap. 4, § 2.1).

²³⁰ V. <https://www.regione.campania.it/regione/it/news/regione-informa/registro-caregiver-familiare-attivata-la-nuova-procedura-telematica-per-acquisire-la-domanda-di-iscrizione?page=1>.

²³¹ Con Delibera di Giunta Regionale n. 1136 del 7.07.2021, integrata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 2194 del 22.12.2021, modificata dalla Delibera di Giunta Regionale n. 724 del 23.05.2022, integrata, in ultimo, dalla Del. G.R. n. 830 del 6.06.2022

²³² V. delibera Giunta Regionale 22.03.2021, n. 4443.

tantum) attraverso le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), che hanno sostituito le Aziende Sanitarie Locali (ASL), oppure mediante gli Ambiti Territoriali o i Comuni.

L'art. 3 l. regionale del Lazio n. 5/2024 ha, invece, istituito la «Scheda Caregiver familiare», che deve essere compilata e firmata da prestatore e percettore di cura e trasmessa all'Ufficio Protocollo del Municipio di appartenenza per consentire l'inserimento del nominativo nell'elenco formale dei caregiver familiari.

L'eterogeneità delle modalità e le diverse tempistiche di attivazione acuiscono, però, le differenze territoriali e una regolamentazione del fenomeno “a macchia di leopardo”, con conseguenze sfavorevoli sia nei confronti del soggetto bisognoso di cura sia per coloro che prestano l'assistenza.

Se davvero si intende tutelare l'anziano non autosufficiente, come emerge dalla recente normativa in materia, non si può prescindere dal garantire l'effettività dei diritti di coloro che se ne prendono cura. E il punto di partenza sarebbe proprio il riconoscimento, anche formale, della qualifica di caregiver. Solo così i prestatori di cura familiare potrebbero emergere dall'invisibilità (Eurispes 2022) e dal nascondimento in cui sono stati finora relegati, quasi come «fantasmi» (Delfino 2022: 173), senza diritti e senza tutele.

Il silenzio del citato comma 255 su adempimenti e registrazione può essere interpretato come l'ennesimo tentativo di lasciare le dinamiche della cura familiare nell'ambito della sfera morale o sociale, sottraendole alla dimensione prettamente giuridica. Le ripercussioni di tale ignavia investono due piani: quello negoziale tra le parti e quello del riconoscimento dello *status* di caregiver nei confronti dei terzi – in particolar modo dello Stato, degli enti locali e degli istituti competenti – per l'erogazione di prestazioni e servizi.

Sotto il primo profilo, disciplinare il processo di manifestazione della volontà dei soggetti coinvolti – sostanzialmente attraverso una proposta e una accettazione (Betti 1950: 80; Gorla 1955: 8) – significherebbe ammettere la natura negoziale del caregiving e affrontare la sfida dell'inquadramento del rapporto tra debitore e creditore di cura e dei conseguenti effetti giuridici. Sotto il secondo, la formalizzazione dello *status* di caregiver mediante l'iscrizione in un apposito registro consentirebbe di superare lacune e cortocircuiti normativi.

Per realizzare ciò è, però, indispensabile un intervento organico di armonizzazione normativa e un sistema di riconoscimento dello *status* di caregiver che possa, sì, articolarsi su base territoriale (ad esempio, attraverso l'iscrizione in un registro regionale), ma alla luce di requisiti e procedure stabiliti a livello centrale e validi su tutto il territorio nazionale.

Quanto più le protezioni nei confronti dei caregiver familiari sono destinate ad aumentare (in un futuro auspicabilmente prossimo), tanto più è necessario il riconoscimento, anche formale, di tale qualifica.

4.4 Critiche al riconoscimento del valore economico e sociale provvisto di tutele

Benché (come visto nel cap. 2, § 1) a livello personale e socioculturale sia radicata la convinzione che la cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti sia l'adempimento di un mero dovere morale connaturato al legame affettivo scaturente dal rapporto di parentela o di coniugio²³³, si sta gradualmente facendo strada la consapevolezza della sussistenza dei fondamenti giuridici e del valore economico-sociale del caregiving. D'altronde, l'intreccio tra la concretezza e l'intimità della cura è insita nello stesso verbo “*to care*” (radice dell'espressione caregiver), che ha il duplice significato di “prendersi cura” e “avere a cuore”. Si tratta di due facce della stessa medaglia, non di due realtà antitetiche. L'importante è riuscire ad individuare il corretto equilibrio tra le due dimensioni, evitando di idealizzare o eroicizzare la figura del caregiver (Yghemonos 2023). Com'è stato efficacemente rilevato da Federici (2012), la cura non è un dono, ma un lavoro non pagato e sottovalutato, fondato sulla favola dello spontaneismo e volontarismo, che viene, però, contraddetta dalla semplice considerazione che la parentela non è una scelta, bensì una situazione di fatto.

Sul piano giuridico, il d. lgs. n. 29/2024, all'art. 39, rubricato «caregiver familiari», riconosce il «valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità»²³⁴.

La norma, da una parte, prende atto dell'imprescindibilità dell'attività di cura familiare, che, sostanzialmente, sopperisce al deficit di *welfare* pubblico, contribuendo ad alleggerire le spese sociali a carico dell'intera comunità; dall'altra, però, ne rimarca la spontaneità e gratuità. La formulazione dell'art. 39 appare, quindi, il frutto di una scelta “cerchiobottista”, con la quale, dietro l'apparenza di un'innovativa presa di coscienza del ruolo sempre più essenziale svolto dal caregiver familiare, si finisce per ribadire la tradizione familista, racchiusa nello spontaneismo di una condotta celebrata come preziosa, ma relegata nel segreto delle mura domestiche. È l'ennesima occasione mancata per un serio approfondimento della questione, al fine di verificare se, sotto un profilo giuridico e, in particolare, giuslavoristico, altre soluzioni siano possibili.

La zavorra che non consente sviluppi alla riflessione è rappresentata dal dogma della “motivazione” posta alla base della cura familiare: finché si resta ancorati ai sentimenti di spontaneità e volontarietà legati al vincolo familiare-affettivo – presupposto ormai fortemente messo in discussione nel contesto socioculturale in trasformazione

²³³ Al quale, come visto, sono assimilate le unioni civili e le convivenze di fatto.

²³⁴ Art. 39, comma 1, d. lgs. n. 29/2024.

(Saraceno 2025: 3) – sarà difficile riuscire a compiere un passo in avanti nell'effettivo inquadramento del caregiver e nella predisposizione di tutele adeguate.

Non si può trascurare che spontaneità e volontarietà implicano anche occasionalità, estemporaneità e possibilità di cambiare idea in qualsiasi momento, revocando la propria disponibilità senza alcun preavviso o formalità. Tale visione, al limite, avrebbe potuto adattarsi al fenomeno del caregiving fino a qualche anno fa, quando era completamente trascurato sul piano giuridico e rimaneva circoscritto tra le pareti casalinghe, ma difficilmente può conciliarsi con i sempre più frequenti riferimenti normativi al caregiver familiare e al suo coinvolgimento nella valutazione multidimensionale dei bisogni del soggetto non autosufficiente e nel suo progetto di vita²³⁵.

Se il caregiver, quale referente familiare, è una figura indispensabile, destinata ad integrarsi e a cooperare con i servizi sanitari e sociosanitari nell'unità di valutazione multidimensionale per una presa in carico a trecentosessanta gradi dell'assistito con fragilità, non si è più di fronte ad una scelta spontanea. Diventano in qualche modo necessarie la formalizzazione del caregiver familiare e una riflessione che lo collochi nell'ambito di un quadro giuridico di riferimento, al fine di garantirgli una trama protettiva attraverso il riconoscimento sia dell'attività svolta sia dei diritti soggettivi da essa derivanti.

È vero che, nel corso del tempo, sono state introdotte svariate misure nei confronti dei *working carers*, ossia dei caregiver che svolgono attività lavorativa extra-domestica, per agevolare la conciliazione dei tempi di lavoro con quelli di cura del congiunto (sulle quali ci si soffermerà nel capitolo 4), ma una valutazione d'insieme di queste disposizioni consente di rilevare che si limitano a riconoscere, sostenere e valorizzare il ruolo del prestatore di cura esclusivamente in funzione della garanzia dell'esercizio dei diritti da parte della persona non autosufficiente, nella direzione già tracciata nel 2006 dalla Convenzione ONU in favore delle persone con disabilità.

Ancora è quasi del tutto trascurata la prospettiva della protezione del benessere – dal punto di vista psicofisico, sociale, economico, professionale, relazionale... – del caregiver familiare e il riconoscimento dei suoi diritti in quanto tale, non quale emanazione dell'assistito.

A dimostrazione di ciò valga la considerazione che, a ormai oltre dieci anni dalla prima legge regionale sul caregiver familiare (l.r. Emilia-Romagna n. 2/2014), la legislazione – sia regionale che nazionale – non è andata al di là della mera presa d'atto del suo ruolo di cura.

²³⁵ Il riferimento è sia allo stesso d. lgs. n. 29/2024 sia al d. lgs. n. 62/2024.

Irrisorie, frammentarie ed eterogenee sono le tutele apprestate, in particolar modo per il caregiver *tout court*, che è proprio quello maggiormente esposto al rischio di marginalizzazione sociale, economica e professionale.

Al momento, sono previste alcune agevolazioni fiscali – nel caso in cui il familiare assistito sia a carico del caregiver – sotto forma di detrazioni per le spese mediche e di assistenza o di deduzioni per i contributi previdenziali versati per colf e badanti (cap. 4, § 4).

Talvolta sono previsti bonus e assegni di cura erogati da enti locali o dall’Inps²³⁶. Si tratta, però, di interventi episodici, non di un quadro regolatorio strutturato.

L’inadeguatezza delle tutele nei confronti dei caregiver familiari e la necessità di implementare sia i sostegni economici che l’accesso ai servizi sono confermate dalla decisione emessa il 5 ottobre 2022 dal Comitato ONU per i diritti delle persone con disabilità²³⁷. Interpellato da una caregiver familiare²³⁸, l’organismo internazionale ha censurato l’inerzia italiana, raccomandando al nostro Paese di adottare misure appropriate per garantire alla famiglia della ricorrente l’accesso a servizi di sostegno individualizzati, comprensivi di assistenza temporanea e sostegno finanziario e sociale, al fine di garantire i diritti sanciti dagli articoli 19, 23 e 28 della Convenzione.

4.5 Le modalità di svolgimento della cura familiare: problemi aperti

Un altro aspetto fondamentale sul quale il citato comma 255 appare silente è la modalità in cui l’attività di caregiving viene svolta.

Alcune leggi regionali²³⁹ e disposizioni normative nazionali recentemente introdotte²⁴⁰ sottolineano il carattere volontario, non professionale e gratuito dell’assistenza familiare, implicitamente richiamando il bagaglio socioculturale secondo il quale la cura in ambito domestico è un mero dovere di natura etica e morale, esclusivamente fondato sul legame affettivo conseguente alla parentela o al coniugio²⁴¹, rifiutando, così, qualsiasi profilo giuslavoristico.

L’art. 2 l. regionale dell’Emilia-Romagna n. 2/2014 aggiunge all’elenco l’aggettivo «responsabile», che, da un lato, pone l’attenzione sulle indispensabili doti di equilibrio²⁴²

²³⁶ V., ad esempio, i bandi emanati dall’Inps per il servizio HCP - Home Care Premium, che prevede prestazioni di assistenza domiciliare e contributi economici per persone non autosufficienti.

²³⁷ <https://www.obcbr.org/>.

²³⁸ Nei confronti del partner e della figlia con disabilità.

²³⁹ Art. 2, comma 1, l.r. Emilia-Romagna n. 2/2014; art. 2, comma 1, l.r. Abruzzo n. 43/2016.

²⁴⁰ V. art. 39 d. lgs. n. 29/2024.

²⁴¹ Al quale, come visto, sono assimilate le unioni civili e le convivenze di fatto.

²⁴² Dal significato n. 2 attribuito all’aggettivo “responsabile” dal dizionario Treccani online.

e scrupolosità del caregiver, incrementando il già vasto repertorio della idealizzazione del prestatore di cura; mentre, dall'altro, sembra voler sottolineare, ancora una volta, l'autonomia e volontarietà del ruolo, in quanto il caregiver risponde personalmente dell'attività²⁴³.

Il citato comma 255, come più volte evidenziato, si limita a constatare e definire il fenomeno: il caregiver familiare è colui o colei che «assiste e si prende cura» del congiunto, senza nulla specificare in ordine alle modalità in cui viene svolta tale attività, né sui fondamenti giuridici del rapporto tra debitore e creditore di assistenza e sui suoi effetti da un punto di vista legale.

Questo silenzio, peraltro seguito da numerosi (quanto vani²⁴⁴) tentativi di regolamentare il fenomeno del caregiving familiare (Murena 2023: 505), dimostra il timore o, comunque, la difficoltà del legislatore di addentrarsi in un vero e proprio campo minato, in quanto individuare le modalità di svolgimento dell'attività di cura familiare significa prendere chiaramente posizione sul fatto che si tratti di lavoro o di non-lavoro e, in ogni caso, indicarne le ragioni e disciplinarne gli effetti.

Affermare che l'attività di cura familiare è svolta in modalità non professionale, gratuita e volontaria implica l'irrelevanza della stessa per il diritto del lavoro e della previdenza sociale. Si tratta, però, di un postulato che, alla luce del mutato contesto sociale, appare sempre meno convincente.

In primis, viene smentito dall'ampia definizione di lavoro elaborata a livello internazionale dall'OIL (2023: 3; 2013: 2), secondo cui «il lavoro comprende qualsiasi attività svolta da persone di qualsiasi sesso ed età per produrre beni o fornire servizi per l'uso da parte di altri o per uso proprio», includendo, così, anche l'attività di cura in ambito domestico.

In secondo luogo, tale assunto viene messo in discussione dalla dottrina internazionale (Touraine 2000: 66; Conaghan 2005: 32; Fudge 2011: 120) e nazionale (Tiraboschi 2022: 20) che si è occupata del tema, aprendo la strada ad un complessivo ripensamento della stessa concezione del lavoro, della famiglia e della condivisione o ripartizione dei carichi al suo interno.

Nella pratica, è opportuno segnalare che, in Italia, è ammessa l'instaurazione di un rapporto di lavoro domestico in presenza di vincoli di coniugio, parentela o affinità²⁴⁵, pur con alcune precisazioni che verranno analizzate nella seconda sezione del presente capitolo.

²⁴³ Dall'accezione n. 1 b attribuita al termine "responsabile" dal dizionario Treccani online.

²⁴⁴ Nessuno è riuscito a completare l'*iter* di approvazione e alcuni disegni di legge non sono neppure riusciti ad iniziarlo.

²⁴⁵ V. art. 1, comma 3, D.P.R. 31.12.1971, n. 1403. Di recente, v. circ. Inps 30.01.2025, n. 29.

Inoltre, è significativo che la maggior parte dei disegni di legge in materia proponga il versamento contributivo per i caregiver. In particolare, l'art. 7 del disegno di legge n. 114/2022 prevede la copertura di contributi figurativi, equiparati a quelli da lavoro domestico, a carico dello Stato, nel limite complessivo di cinque anni, mentre l'art. 9 del disegno di legge n. 443/2022 riconosce al prestatore di cura contributi figurativi, equiparati a quelli da lavoro domestico, a carico dello Stato, per il periodo di lavoro di assistenza e cura effettivamente svolto in costanza di convivenza, a decorrere dal momento del riconoscimento al familiare assistito di una delle condizioni di non autosufficienza. Come conciliare tali previsioni con la negazione del riconoscimento della cura familiare come attività lavorativa?

Si tratta di un nodo fondamentale da sciogliere, indifferibile alla luce dell'evoluzione del ruolo del caregiver familiare e del suo maggiore coinvolgimento nelle procedure sanitarie e sociosanitarie che riguardano le persone non autosufficienti.

Anche se nel corso degli ultimi anni sono stati fatti grandi passi avanti nella consapevolezza del ruolo del caregiver e si registra un crescente interesse nei confronti del fenomeno e della sua regolamentazione, non si può fare a meno di rilevare che, accanto a questi spiragli di luce, persistono delle resistenti zone d'ombra, tra le quali spicca proprio l'inquadramento del prestatore di cura familiare e la sua riconducibilità nell'alveo protettivo del diritto del lavoro.

SEZIONE SECONDA | Il caregiving familiare tra lavoro e non-lavoro

1. Lavoro produttivo vs. lavoro riproduttivo

Il tentativo di inquadrare giuridicamente la cura familiare nell'ambito delle macro-aree del lavoro o del non-lavoro, nella consapevolezza della difficoltà di tracciare un confine netto tra le due, non può prescindere dalla storica antitesi tra lavoro produttivo e lavoro riproduttivo.

Per “lavoro produttivo” la teoria economica classica (Smith 1776; Marx 1867) intende il lavoro salariato che produce plusvalore per l'imprenditore, trasformandosi in capitale e contrapponendosi, così, al “lavoro improduttivo”, che non genera direttamente valore economico.

Questa *summa divisio*, sviluppatasi nel contesto della società industriale, si è perpetuata nel corso del tempo, comportando una logica binaria, che, di fatto, si è tradotta in una diseguaglianza di genere. Il lavoro produttivo – orientato alla creazione di beni e servizi,

retribuito e solitamente svolto al di fuori della propria abitazione – è, storicamente, diventato appannaggio degli uomini (Saraceno 2001: 39), mentre le donne sono rimaste a lungo relegate nello svolgimento delle mansioni domestiche e delle attività di cura dei bambini, degli anziani e degli infermi – non riconosciute e non retribuite – riconducibili al c.d. lavoro riproduttivo (Scarponi 2001: 97), tradizionalmente considerato improduttivo (Pacífico 1989; Ales 2008: 533; Battisti 2019: 469; Ferguson 2019; Mezzadri 2020: 156).

Premesso che le statistiche ufficiali considerano come lavoro soltanto quello retribuito e valutano la situazione economica dei Paesi unicamente in base al valore dei beni e dei servizi prodotti e scambiati sul mercato (Istat 2019: 13), sembra che la visione produttivistica del Novecento industriale ancora non sia ancora stata superata. Tale concezione finisce, dunque, per confinare l'attività di cura familiare – svolta prevalentemente dalle donne – nell'area che Tiraboschi (2024a: 1095; 2019: 169) definisce di un «lavoro senza mercato». Si tratta di un “non-lavoro”, che, però, assume un ruolo “ancillare”, funzionale rispetto al lavoro produttivo, di cui contribuisce alla crescita e allo sviluppo, consentendo di massimizzare i profitti. Ciononostante, viene trascurato e sottovalutato, o, meglio, generalmente considerato privo di valore (di mercato), anche se è collegato a «bisogni concreti» e soddisfa esigenze reali, che non hanno, però, una «facile vendibilità» (Zoppoli 1998: 212). Quasi trenta anni fa si è soffermato su questo punto Lorenzo Zoppoli, riconducendo il lavoro di cura e il lavoro familiare ai «lavori concreti», di cui sussistono le esigenze sociali, ma non le risorse economiche che ne consentono lo sviluppo come attività professionali redditizie.

Da allora ben poco è cambiato. È ormai un problema strutturale della società, che comporta il rischio di un sistema economico disfunzionale e di un grave disequilibrio nell'esercizio dei diritti a discapito (principalmente) della popolazione femminile²⁴⁶. Eppure, quando le stesse attività non sono svolte dalle “donne della famiglia”, ma vengono “esternalizzate” a soggetti terzi (assistenti familiari, baby-sitter, colf, addetti alle pulizie, ecc...), si rientra nell'ambito del lavoro produttivo. Dunque, qual è il *discrimen* tra lavoro e non-lavoro nell'attività di cura?

Come sottolinea Casano (2022b: 6), «una riflessione in ambito giuslavoristico sul lavoro di cura è una sfida ardua» perché richiede «uno sforzo interpretativo importante di ricomposizione di diversi frammenti normativi per ricercare risposte al tentativo» di definirlo giuridicamente.

I tempi, oggi, potrebbero essere maturi per accogliere la sfida e verificare la possibilità di inquadrare il fenomeno del caregiving familiare in chiave giuslavoristica.

Al fine di individuare il perimetro del lavoro (dal quale discendono diritti e tutele, benché diversi a seconda della tipologia contrattuale di riferimento) e i suoi confini con

²⁴⁶ Basti pensare al *gender pay gap*, che è la punta dell'*iceberg* nel divario di genere.

il non-lavoro (zona grigia senza alcuna forma specifica di protezione, salvi i principi generali dell'ordinamento civile e penale) e quale sia la collocazione della cura familiare rispetto ad essi, è necessario soffermarsi ad analizzare le due caratteristiche principali attribuite al caregiving, cioè la gratuità e la non professionalità, nonché le implicazioni del vincolo familiare, che, in base alla definizione di cui all'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, rappresenta la sua connotazione ontologica.

2. Gratuità vs. onerosità

L'onerosità è considerata uno degli elementi tipici del contratto di lavoro non solo subordinato²⁴⁷, ma anche autonomo²⁴⁸.

Le due obbligazioni – prestazione lavorativa e retribuzione – sono legate da un vincolo di corrispettività genetica e funzionale (Santoro-Passarelli 2017a: 225; Di Stasi 2021: 201; Esposito *et al.* 2023: 111; Ghera *et al.* 2023: 60; Mazzotta 2025: 436; Proia 2025: 284), che viene ribadito dal primo comma dell'art. 36 Cost., secondo il quale «il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé e alla famiglia una esistenza libera e dignitosa» (Zilio Grandi 1996; Angiello 2003: 16; Ichino 2010: 719; Palladini 2012: 29).

Proprio la ravvisabilità di un contrasto con il dettato costituzionale ha indotto in passato parte della dottrina a ritenere che il contratto di lavoro gratuito fosse illecito (Scognamiglio 1972: 146), ma, in epoca più recente, altri autori (Ghera 2011: 84; Santoro-Passarelli 2015; Santoro-Passarelli 2017b: 40) hanno considerato il lavoro gratuito come oggetto possibile di contratti innominati *ex* art. 1322, comma 2, c.c., purché diretti a realizzare interessi meritevoli di tutela secondo l'ordinamento giuridico.

La meritevolezza deve essere valutata in concreto ed è riconducibile alla c.d. *affectionis, benevolentiae, religionis causa*, cioè a finalità altruistiche di solidarietà familiare, sociale, politica, religiosa oppure in esecuzione dei doveri morali di cui all'art. 2034 c.c.

La famiglia è considerata il luogo per eccellenza di una sorta di gratuità presunta (Galasso, Mazzaresse 2008: 63; Alessi 2008: 484), in cui è, sì, possibile svolgere la prestazione lavorativa, ma generalmente improntata alla solidarietà familiare e, quindi, alla gratuità, contrariamente a quanto avviene in tutti gli altri contesti, nei quali ogni attività oggettivamente configurabile come prestazione di lavoro si presume effettuata a titolo oneroso²⁴⁹.

²⁴⁷ L'art. 2094 c.c. definisce prestatore di lavoro subordinato chi si obbliga a collaborare nell'impresa «mediante retribuzione».

²⁴⁸ L'art. 2222 c.c. definisce contratto d'opera quello in cui un soggetto si obbliga a compiere «verso un corrispettivo» un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

²⁴⁹ Cass. 28.03.2018 n. 7703.

La giurisprudenza ha più volte confermato la presunzione di gratuità²⁵⁰ nelle prestazioni lavorative svolte tra parenti (Catalano *et al.* 2022: 202), anche qualora il vincolo di parentela sia di scarsa intensità²⁵¹. È opportuno precisare che, già prima dell'emanazione della l. n. 76/2016, la giurisprudenza aveva assimilato la convivenza *more uxorio* al vincolo coniugale nell'individuazione della sussistenza della finalità di solidarietà in luogo di quella lucrativa²⁵².

Tuttavia, il solo vincolo affettivo, anche tra familiari, in mancanza della convivenza non è di per sé sufficiente a far presumere la gratuità del lavoro svolto²⁵³. La coabitazione è, infatti, considerata la cartina al tornasole della comunanza di interessi che attrae il rapporto nell'orbita del vincolo di solidarietà²⁵⁴ (Voza 2016: 150).

Secondo alcuni, l'*affectionis vel benevolentiae causa* – che si esprime nell'attitudine alla solidarietà e all'assistenza tra i componenti della famiglia – farebbe venir meno l'*animus contraendi*, che è alla base di qualsiasi contratto, compreso quello di lavoro (Bussino 2009). In realtà, la questione è molto più complessa e richiede qualche riflessione ulteriore.

In primis, è opportuno osservare che il lavoro familiare è condizionato dal retaggio di una concezione «mistica» (Morozzo Della Rocca 1998: 23 adotta questa espressione in riferimento agli atti a titolo gratuito in generale), mutuata da modelli concettuali estranei al diritto, che rischia di creare una pericolosa commistione tra causa e motivi/interessi.

La causa è la funzione economico-sociale che il contratto è oggettivamente capace di raggiungere, a prescindere da qualsiasi indagine psicologica e dalla sussistenza di particolari interessi o motivi, che rappresentano il movente individuale delle parti (Morozzo Della Rocca 1998: 38). L'eventuale interesse altruistico-solidale non è di per sé sufficiente a tracciare un preciso confine tra onerosità e gratuità. Secondo la dottrina civilistica, lo stesso adempimento di un'obbligazione naturale *ex art.* 2034 c.c. si presenta come un'ipotesi *border-line*, talvolta individuabile nel titolo gratuito, talvolta in quello oneroso (Morozzo della Rocca 1998: 15).

È vero che i concetti di onerosità e gratuità sono difficilmente applicabili, in termini rigidi e meccanici, nel contesto familiare (Doria 1997: 1547), ma il timore di ingabbiare tali rapporti in una logica di scambio rischia di privare di tutela situazioni comunque meritevoli di protezione (Palmeri 2008: 345). Di conseguenza, anche se nella maggior parte dei casi l'attività lavorativa svolta da familiari viene considerata presuntivamente

²⁵⁰ *Ex multis*, Cass. 22.9.2014, n. 19925; Cass. 29.11.2018, n. 30899; Cass. 30.09.2020, n. 20904.

²⁵¹ V. Cass. 9.02.1989, n. 818: nel caso di specie, si tratta del quarto grado di parentela.

²⁵² Cass. 15.03.2006, n. 5632; Cass. 26.01.2009, n. 1833; Cass. 29.09.2015, n. 19304.

²⁵³ V. già Cass. 3.10.1979, n. 5049.

²⁵⁴ Sul punto v. Cass. 2.08.2010, n. 17992; Cass. 16.06.2015, n. 12433.

gratuita sia dalla giurisprudenza che dalla prassi amministrativa²⁵⁵, la sua onerosità può sempre essere provata²⁵⁶.

Nel corso del tempo la giurisprudenza ha elaborato dei parametri per escludere la gratuità nei rapporti di lavoro tra parenti, in particolare attraverso l'accertamento della corresponsione della retribuzione a cadenza mensile e con importi fissi, del regolare versamento dei contributi previdenziali e dell'applicazione delle ritenute fiscali²⁵⁷. In ogni caso, la valutazione della sussistenza della onerosità o gratuità della prestazione spetta al giudice di merito ed è incensurabile in sede di legittimità, se immune da errori di diritto o da vizi logici²⁵⁸.

Una riflessione merita anche il rapporto tra gratuità e solidarietà, principio cardine del nostro ordinamento costituzionale (Alpa 1994, 365). La Repubblica richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale e la famiglia è sicuramente una delle più significative formazioni sociali ove garantire i diritti inviolabili dell'uomo²⁵⁹ (De Cupis 1985: 621). Secondo questa prospettiva, la gratuità del caregiving familiare sarebbe, quindi, l'effetto dell'adempimento del dovere di solidarietà, che proprio nella prima e vitale cellula della società troverebbe la sua massima espressione.

La cura familiare, però, ha anche una dimensione sociale (*supra*, cap. 1, sez. 1, § 3), in quanto supplisce in maniera significativa al deficit di *welfare* pubblico e contribuisce ad alleggerire le spese sociali a carico dell'intera comunità. Portando il ragionamento alle estreme conseguenze, si potrebbe addirittura individuare nell'attività di cura familiare un atto di pubblica utilità, che mira a soddisfare le esigenze e i bisogni dell'intera collettività.

In questo intreccio tra gratuità, solidarietà e pubblica utilità appaiono sfumati i confini tra autonomia dispositiva del diritto privato ed eteronomia del diritto pubblico, tra libertà individuale di disporre a beneficio altrui e ragioni ordinamentali di una condivisione sociale dei bisogni. Ciò induce a chiedersi se l'ordinamento non debba in

²⁵⁵ Al riguardo, v. circ. MLPS 10.06.2013, prot. n. 37/10478; circ. MLPS 5.08.2013, prot. n. 37/0014184/MA007.A001; circ. Inl 15.03.2018, n. 50. Secondo Ministero del Lavoro e Ispettorato Nazionale del Lavoro, l'esame delle attività prestate dai collaboratori/coadiuvanti familiari nei settori dell'artigianato, dell'agricoltura e del commercio non può prescindere da una valutazione caso per caso delle singole fattispecie. In alcune ipotesi – quali, ad esempio, quella del familiare pensionato che non assicuri una presenza continuativa oppure del familiare che abbia già un impiego *full time* – è possibile ricondurre verosimilmente tali prestazioni ad esigenze solidaristiche temporalmente circoscritte e, conseguentemente, optare per un giudizio di occasionalità delle stesse, con esclusione dell'obbligo di iscrizione alla gestione previdenziale di competenza.

²⁵⁶ Cass. 29.11.2018, n. 30899; Cass. 16.11.2022, n. 33759.

²⁵⁷ Cfr. Cass. 19.05.2003, n. 7845; Cass. 18.10.2005, n. 20157; Cass. 20.04.2011, n. 9043.

²⁵⁸ Cass. 26.01.2009, n. 1833; Cass. 3.07.2012, n. 11089; Cass. 2.07.2014, n. 15064.

²⁵⁹ Basti pensare che l'art. 16, comma 3, della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, afferma che «la famiglia è il nucleo naturale e fondamentale della società».

qualche modo prevedere una normativa di salvaguardia e tutele adeguate in favore dei soggetti che impegnano gratuitamente le loro energie in maniera duratura in adempimento del principio di solidarietà e svolgendo un'attività che ha un impatto concreto e positivo sulla collettività, un vero e proprio vantaggio economico configurabile come un arricchimento senza causa. *Mutatis mutandis*, oltre trentacinque anni fa Menghini (1989: 54) ha formulato considerazioni analoghe, proponendo l'introduzione di forme di previdenza sociale nei confronti di coloro che svolgono volontariato in misura superiore ai normali standard e per lunghi periodi di tempo.

La suggestione di Menghini risulta ancora valida e attuale, sollecitando il coinvolgimento del *welfare* pubblico nella predisposizione di un adeguato sistema di protezioni sociali per coloro che contribuiscono concretamente al benessere della collettività attraverso un'attività di cui è stato riconosciuto il significativo «valore sociale ed economico»²⁶⁰. Risulterebbe poco credibile un *welfare State* che, su aspetti così rilevanti quali le politiche a sostegno degli anziani e dei non autosufficienti, si affidi eccessivamente alla spontanea disponibilità e buona volontà dei singoli.

Conclusivamente, per quanto venga presentata come connotazione strutturale dell'attività di cura familiare svolta dal caregiver, la presunzione di gratuità può essere superata attraverso la prova della onerosità della prestazione.

In ogni caso, anche allorquando dovesse svolgersi gratuitamente, almeno sotto il profilo teorico sussistono dei limiti insuperabili nell'attività di caregiving, valutabili attraverso i parametri di ragionevolezza e proporzionalità. Tali limiti servono per impedire la compressione dei diritti del caregiver in favore dell'assistito, per quanto questo sia bisognoso di cure (*supra*, cap. 2, § 3.1 e § 6.1).

3. Professionalità vs. non professionalità

A norma dell'art. 39 d. lgs. n. 29/2024, l'attività di assistenza e di cura prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità non soltanto è «non retribuita» – e, quindi, gratuita – ma anche «non professionale».

Il dubbio che può sorgere è se l'asserita assenza di professionalità sia dovuta alla natura dell'attività in sé, alle modalità in cui viene svolta, alla natura (appunto, non professionale) del datore di lavoro o al vincolo di parentela tra i soggetti coinvolti.

Sotto il primo profilo si ritiene di poter tranquillamente escludere che la non professionalità sia insita nella natura stessa dell'attività di cura, in quanto (come visto, *supra*, cap. 1, sez. 1, § 4) esiste un vero e proprio mercato della cura, attualmente in

²⁶⁰ Art. 39 d. lgs. n. 29/2024.

crescita e destinato a svilupparsi ulteriormente alla luce della transizione demografica in atto, che si articola nei servizi sanitari e sociosanitari erogati presso strutture private o anche a domicilio. Inoltre, nel contesto prettamente domestico, l'attività di cura viene esercitata anche dai c.d. caregiver professionali, ossia dagli assistenti familiari o badanti (v., *supra*, cap. 1, sez. 2, § 1.1) E non si tratta certamente di una novità, visto che, già oltre cinquanta anni fa, il D.P.R. 31 dicembre 1971, n. 1403, disciplinava l'obbligo di assicurazione sociale nei confronti dei lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari, ammettendo la professionalità di tale attività.

Ampliando lo sguardo oltre i confini nazionali, è il caso di ricordare che, secondo l'OIL (2023: 3), «il lavoro comprende qualsiasi attività svolta da persone di qualsiasi sesso ed età per produrre beni o fornire servizi per l'uso da parte di altri o per uso proprio» ed è definito tale indipendentemente dal suo carattere formale o informale o – addirittura – dalla legalità dell'attività. L'importante è che impegni – anche solo per un lasso limitato di tempo – persone in età lavorativa.

Da queste premesse, si può escludere che la non professionalità connoti l'attività di cura di per sé.

Per quanto concerne le modalità in cui il caregiving può essere svolto, valgono le considerazioni già espresse per la gratuità: non è possibile escludere *a priori* che l'attività sia esercitata professionalmente, anche sotto forma di un rapporto di lavoro subordinato. In presenza di indici oggettivi, che consentono di riconoscere gli elementi tipici della subordinazione, quali l'assoggettamento al potere direttivo del datore di lavoro (presenza costante presso il luogo di lavoro dedotto in contratto, osservanza di un orario e delle direttive impartite...) e l'onerosità della prestazione, nulla osta al riconoscimento del rapporto di lavoro dipendente anche tra parenti²⁶¹.

D'altronde, l'instaurazione di un rapporto di lavoro domestico con un familiare non è vietata dall'ordinamento giuridico, dal momento che l'art. 1 D.P.R. n. 1403/1971 prevede espressamente che «l'esistenza di vincoli di parentela od affinità fra datore di lavoro e lavoratore non esclude l'obbligo assicurativo quando sia provato il rapporto di lavoro». La prassi amministrativa²⁶² ritiene acquisita la “prova” dell'esistenza del rapporto di lavoro domestico tra parenti quando vi sia una dichiarazione di responsabilità rilasciata dagli interessati. In ogni caso, l'Inps²⁶³ si riserva la possibilità di effettuare ulteriori verifiche²⁶⁴.

²⁶¹ In giurisprudenza, v. Cass. 27.02.2018, n. 4535; Cass. 29.11.2018, n. 30899; Cass. 16.11.2022, n. 33759.

²⁶² Inps, delibera del 23.06.1972.

²⁶³ V. circ. Inps 6.05.1989, n. 89; circ. Inps 8.08.1989, n. 179.

²⁶⁴ L'instaurazione del rapporto di lavoro – regolarmente comunicato attraverso l'apposito servizio Inps entro le ore 24 del giorno precedente all'inizio dell'attività – resta sospesa fino

L'onere della prova del rapporto di lavoro tra parenti non è, però, richiesto quando ricorrono le ipotesi espressamente elencate nell'art. 1 del D.P.R. n. 1403/1971, ossia quando le prestazioni di lavoro domestico siano rese in favore di alcune categorie di soggetti, che si caratterizzano per la loro vulnerabilità (invalidi di guerra civili e militari, invalidi per causa di servizio, invalidi del lavoro, non vedenti che fruiscono dell'indennità di accompagnamento) o per il loro *status* religioso o militare (sacerdoti secolari di culto cattolico, componenti delle comunità religiose, militari).

Quando il lavoro domestico sia svolto tra parenti sono anche previste alcune piccole deroghe alla disciplina generale: ad esempio, se il rapporto si svolge in regime di convivenza con il parente assistito l'aliquota contributiva cambia, in quanto non è dovuto il contributo CUA (Cassa Unica Assegni Familiari), dal momento che datore di lavoro e lavoratore appartengono allo stesso nucleo familiare²⁶⁵.

Il rapporto di lavoro con il familiare può essere instaurato non soltanto in forma subordinata, ma anche autonoma, a seconda delle concrete modalità di svolgimento della prestazione. A conferma di ciò, si ricorda che, nel periodo segnato dall'emergenza pandemica di Covid-19, l'art. 72 d.l. 19 maggio 2020, n. 34²⁶⁶ ha introdotto il bonus per i servizi di *baby-sitting*, erogabili tramite il Libretto Famiglia. Erano ammessi a prestare attività di lavoro occasionale tramite tali bonus anche i familiari²⁶⁷, purché non conviventi e non titolari della responsabilità genitoriale nei confronti del minore²⁶⁸.

Non può essere considerato motivo ostativo nel riconoscimento dell'elemento della professionalità l'eventuale mancanza di una formalizzazione del rapporto di lavoro. In primo luogo, un rapporto di lavoro può essere instaurato e produrre i suoi effetti anche senza alcuna formalizzazione, come attestano gli elevati tassi di lavoro irregolare in Italia²⁶⁹. Dai dati pubblicati dall'Osservatorio Domina²⁷⁰ emerge come proprio il settore del lavoro domestico sia uno di quelli in cui più diffuso risulta il fenomeno del lavoro "nero".

In secondo luogo, una sorta di formalizzazione dell'attività di caregiving potrebbe essere ravvisata, *mutatis mutandis*, nella registrazione prevista da alcune Regioni (v., *supra*, cap. 3, sez. 1, § 4.3). L'iscrizione nell'apposito registro potrebbe, quindi, rappresentare

all'effettuazione dei controlli. Per velocizzare la procedura è possibile trasmettere via pec o raccomandata una dichiarazione di responsabilità da parte del datore di lavoro.

²⁶⁵ Circ. Inps 30.01.2025, n. 29.

²⁶⁶ Convertito con modificazioni dalla l. 17.07.2020, n. 77.

²⁶⁷ Sul punto, v. i chiarimenti forniti dall'Inps nella circ. 17.06.2020, n. 73.

²⁶⁸ Ad es., genitore separato o divorziato non convivente.

²⁶⁹ Dai risultati dell'attività di vigilanza dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro emerge che, nel 2024, la percentuale di lavoro irregolare è pari al 74%, con n. 23.401 lavoratori totalmente "in nero": www.ispettorato.gov.it.

²⁷⁰ <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/lavoro-domestico-i-numeri-del-2023>.

l'incontro tra proposta e accettazione o, comunque, il mutuo consenso delle parti allo svolgimento dell'attività di cura in maniera continuativa e professionale. In tale prospettiva, la registrazione potrebbe prevedere anche la specificazione del suo carattere oneroso e fungere da "prova" dell'esistenza del rapporto di lavoro da documentare all'Inps.

Infine, è opportuno ricordare che il lavoro domestico – nel cui ambito, come visto, rientra l'attività di cura svolta nel contesto casalingo – è considerato un rapporto di lavoro speciale proprio perché è volto al soddisfacimento di un bisogno personale del datore e non strumentale alla sua attività professionale. Per questa sua connotazione potrebbe costituire un modello di riferimento per la realizzazione di uno statuto protettivo del caregiver familiare.

3.1 Il caso dell'impresa familiare

Il fatto che, generalmente, l'attività di cura tra familiari venga svolta in maniera gratuita e informale non significa necessariamente che non possa essere svolta in maniera onerosa e professionale, qualunque sia la forma contrattuale adottata. D'altronde il mito dell'a-professionalità e della gratuità del lavoro familiare in generale è stato sfatato con la riforma del diritto di famiglia nel 1975²⁷¹, mediante l'introduzione dell'art. 230-*bis*, dedicato all'impresa familiare (Prospero 2006; D'Auria 2017; Auletta 2022: 327; Perlingieri 2024: 934).

Ai sensi del comma 3 dell'art. 230-*bis* c.c. è un'impresa familiare quella in cui collaborano il coniuge, i parenti entro il terzo grado e gli affini entro il secondo. A seguito del recente intervento della Corte costituzionale²⁷², rientra a pieno titolo nell'impresa familiare anche il collaboratore "convivente di fatto".

La norma ha inteso rimediare alle palesi ingiustizie del passato, in cui i congiunti lavoravano all'interno di un'impresa a conduzione familiare senza ricevere alcuna forma di protezione e di compenso (Romagnoli 1975: 494; Amoroso 1998: 5; Gazzoni 2015: 319). Il lavoro familiare subiva un vero e proprio deficit di tutele perché la giurisprudenza aveva accolto la tesi della gratuità delle prestazioni rese *affectionis vel benevolentiae causa*, dirottando su questo binario privo di protezioni tutte le ipotesi in cui il lavoratore familiare non fosse riuscito a dare rigorosa prova della sussistenza di un rapporto di lavoro subordinato.

È vero che coniuge e figli (finché conviventi: v. *supra* cap. 2, § 3.4) hanno l'obbligo di contribuire alla famiglia, che può anche tradursi nell'esigenza di lavorare nell'impresa

²⁷¹ Art. 89 l. 19.05.1975, n. 151.

²⁷² Corte cost. 25.07.2024, n. 148 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 230-*bis*, comma 3, c.c. nella parte in cui non prevede come familiare anche il "convivente di fatto" e come impresa familiare quella in cui collabora anche il "convivente di fatto".

familiare, ma sussiste un limite quantitativo, rappresentato dai “bisogni”²⁷³ della famiglia, al di là del quale si configura un ingiustificato arricchimento dell'imprenditore²⁷⁴.

La disciplina dell'impresa familiare ha carattere speciale o, più correttamente, residuale²⁷⁵, lasciando piena autonomia alle parti di regolamentare il rapporto nelle modalità ritenute più opportune, ad esempio, attraverso l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato o autonomo, la costituzione di una società semplice²⁷⁶ o di un'associazione in partecipazione²⁷⁷.

Resta ferma, però, l'inderogabilità *in peius* della rete di tutele approntata per il familiare che presta in modo continuativo la sua attività di lavoro – nella sua accezione più ampia, sia come mansioni svolte che come settore merceologico di riferimento – nella famiglia o nell'impresa familiare²⁷⁸. Questi ha diritto al mantenimento – che consiste nella somministrazione dei beni necessari al soddisfacimento delle normali esigenze di vita – secondo le condizioni patrimoniali della famiglia e alla partecipazione agli utili dell'impresa familiare²⁷⁹ e ai beni acquistati con essi, nonché agli incrementi dell'azienda, anche in ordine all'avviamento, in proporzione alla quantità e qualità del lavoro prestato (Amoroso 1998: 96).

È significativo che, già nel 1975, il lavoro domestico prestato nell'ambito della famiglia sia equiparato alla collaborazione nell'impresa, allorquando consenta all'imprenditore di dedicarsi completamente all'accrescimento della produttività aziendale²⁸⁰, in quanto sollevato dai compiti casalinghi e familiari.

Come eco dell'art. 37, comma 1, Cost., il secondo comma dell'art. 230-*bis* c.c. ribadisce il principio di parità di genere, affermando che il lavoro della donna è considerato equivalente a quello dell'uomo anche nell'ambito dell'impresa familiare. Si

²⁷³ Art. 143, comma 3, c.c.

²⁷⁴ In giurisprudenza, v. Cass. 22.08.1991, n. 9025.

²⁷⁵ V. *incipit* dell'art. 230-*bis* c.c.: «salvo che sia configurabile un diverso rapporto».

²⁷⁶ Art. 2251 c.c.

²⁷⁷ Art. 2549 c.c.

²⁷⁸ È opportuno sottolineare che l'impresa familiare non può rivestire forma societaria: sul punto, v. Cass. SS.UU. 6.11.2014, n. 23676. Nella *ratio* sottesa all'istituto *ex* art. 230-*bis* c.c. – inserito, appunto, nel contesto dei rapporti di famiglia – si può essere coniuge, convivente di fatto, parente o affine solo di una persona fisica (e, quindi, di un imprenditore individuale), non certo di una società: di recente App. Torino 19.05.2025, n. 273.

²⁷⁹ Per utili si intende il differenziale positivo tra i ricavi dell'impresa familiare e i suoi costi, quali risultanti dal bilancio di esercizio. In ogni caso, va detratto l'importo del mantenimento già erogato dall'imprenditore ai familiari lavoratori.

²⁸⁰ Cass. 3.11.1998, n. 11007 evidenzia come l'assunzione in via esclusiva e preponderante dei compiti familiari, che andrebbero normalmente condivisi con il coniuge, metta in condizioni l'imprenditore, sollevato da essi, di dedicarsi totalmente all'accrescimento della produttività d'impresa.

tratta di un'indicazione significativa, dato che l'impresa familiare potrebbe risultare maggiormente condizionata dagli equilibri insiti nei contesti domestici e, quindi, risentire in maniera più incisiva di una mentalità patriarcale volta a sfruttare l'impegno femminile, trattandolo in maniera vistosamente deteriore.

Dal quadro tratteggiato dall'art. 230-*bis* c.c. si rileva come le prestazioni *affectionis vel benevolentiae causa* dovrebbero costituire un'ipotesi marginale e residua, circoscritta ad ambiti ristretti e, quindi, facilmente verificabili. Eppure, sono trascorsi cinquanta anni e la concezione familista continua a condizionare notevolmente il lavoro familiare e, in modo particolare, l'attività di cura.

4. L'insostenibilità a lungo termine del vincolo familiare come *discrimen*

Un'ulteriore riflessione va dedicata al vincolo familiare come connotazione ontologica della cura svolta in ambito domestico. È vero che la formulazione dell'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 prende in considerazione come caregiver solo i soggetti che hanno un legame di coniugio, parentela o affinità con l'assistito, ma la legislazione regionale precedente all'emanazione della legge di Bilancio 2018²⁸¹ e l'esperienza di altri Paesi europei (OCSE 2022) dimostrano come possano svolgere tale ruolo anche amici e vicini di casa o addirittura volontari nell'ambito del c.d. terzo settore. Pertanto, soprattutto alla luce dei mutamenti demografici in corso e della progressiva frantumazione del tessuto familiare, è altamente probabile che al legame di sangue si sostituisca gradualmente un criterio di prossimità che includa tra i destinatari dell'attività di cura anche soggetti non appartenenti alla stessa famiglia.

Ciò induce a soffermarsi su alcuni aspetti. Da un lato, affermare che la differenza, sotto il profilo della qualificazione giuridica, tra la prestazione di cura svolta da un familiare o da un estraneo si concretizzi nella mera sussistenza di un vincolo di parentela risulterebbe poco convincente. D'altro canto, sostituire il requisito del legame familiare con il vincolo affettivo – in senso lato – potrebbe dare adito ad ampi margini di incertezza e difficoltà nella sua prova. Per non parlare del fatto che, anche laddove il vincolo affettivo non sia pregresso, potrebbe instaurarsi successivamente, nel corso del rapporto, come talvolta accade nelle dinamiche relazionali tra badante e assistito.

In sintesi, diversamente da quanto emerge dalla lettera del citato comma 255, in una prospettiva a medio-lungo termine, l'elemento centrale che connota il caregiving familiare non può essere (più) il legame di sangue.

²⁸¹ V. art. 2, comma 4, lett. d), l.r. Abruzzo n. 43/2016; art. 2, comma 1, l.r. Campania n. 33/2017.

I fattori caratterizzanti consistono, invece, nel contenuto stesso della prestazione, ossia nell'«assistere e prendersi cura» di un soggetto anziano non autosufficiente, e nel luogo nel quale ciò avviene, cioè il suo contesto familiare, inteso come l'ambiente domestico e sociale in cui vive abitualmente, in modo da preservare il più possibile la sua identità e il suo benessere.

CAPITOLO 4 | Le tutele per i caregiver familiari

Sommario: 1. Quale tutela per i caregiver familiari nell'ordinamento italiano? – 1.1. Quali caregiver? – 1.2. Quale lavoro? – 2. Le misure di conciliazione per i *working carers*. – 2.1. Sospensione del rapporto di lavoro: permessi e congedi per i caregiver familiari. – 2.2. La flessibilità dei tempi di lavoro: il part-time. – 2.3. La scelta del luogo di lavoro. – 2.4. La priorità nella modalità di lavoro agile. – 2.5. I benefici previdenziali. – 3. Il ruolo del *welfare* aziendale nel rafforzamento delle tutele per i caregiver familiari. – 4. Sussidi economici, agevolazioni fiscali e servizi per i caregiver *tout court*. – 5. L'effettività delle tutele al vaglio giurisprudenziale. – 5.1. Gli accomodamenti ragionevoli per i caregiver familiari: la sentenza della Corte di Giustizia UE dell'11 settembre 2025.

1. Quale tutela per i caregiver familiari nell'ordinamento italiano?

Dalla consapevolezza del prezioso ruolo svolto per sopperire al deficit di *welfare* pubblico (v. *supra*, cap. 1, sez. 1) e, così, alleggerire le spese sociali gravanti sull'intera comunità nazionale deriva il recente riconoscimento giuridico, ad opera dell'art. 39, comma 1, d. lgs. n. 29/2024, del «valore sociale ed economico per l'intera collettività dell'attività di assistenza e cura non professionale e non retribuita prestata nel contesto familiare a favore di persone anziane e di persone anziane non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa anche a lungo termine per malattia, infermità o disabilità».

Le ripercussioni di questa “delega” al *welfare* fai-da-te familiare sono, però, numerose e variegate.

In primis, più la responsabilità per il benessere degli anziani non autosufficienti è affidata alle famiglie, maggiore è il rischio di acuire il divario di genere. La cura – non soltanto dei bambini, ma anche e soprattutto degli anziani, dato il notevole squilibrio nella composizione della popolazione – è prettamente femminile. Secondo l'Istat²⁸², nel 2019, le donne rappresentano il 60% dei caregiver familiari in Italia. La ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (2024: 5) rileva che, nel 2023, la percentuale è dell'80%, mentre dall'Osservatorio sulle demenze (2023) emerge che, quando l'assistito è un uomo, il caregiver familiare, nell'87% dei casi, è donna. Anche se le percentuali variano

²⁸² <https://www.istat.it/tavole-di-dati/condizioni-di-salute-e-ricorso-ai-servizi-sanitari-in-italia-e-nellunione-europea-indagine-ebis-2019/>.

a seconda dei parametri di riferimento, risulta evidente la predominanza femminile nella cura familiare degli anziani non autosufficienti.

La persistente asimmetria di genere che connota la cura familiare è stata e continua ad essere un ostacolo alla realizzazione delle donne in campo professionale (Brollo, Fili 2004: 504), perché incrementa la discontinuità dei percorsi lavorativi²⁸³ e il ricorso al tempo parziale²⁸⁴ (Inps 2025: 41), mentre riduce le possibilità di accesso ai ruoli apicali²⁸⁵. Inoltre, secondo quanto riportato dal Focus della Camera dei deputati sulla «Normativa vigente e proposte di legge sulla figura del caregiver familiare», aggiornato al mese di gennaio 2025, il 60% delle caregiver familiari è costretta a lasciare il lavoro o a non poter intraprendere alcuna attività professionale per potersi dedicare a tempo pieno all'assistenza dei congiunti anziani e non autosufficienti²⁸⁶. Ciò si traduce anche in un più elevato rischio di povertà per la popolazione anziana femminile (Commissione UE 2021; Commissione UE 2022), come confermano i dati Eurostat sul divario pensionistico di genere²⁸⁷.

Di fronte a questi dati, che rischiano di diventare ancora più allarmanti alla luce dei cambiamenti sociodemografici in corso, le politiche di *welfare* sono chiamate a rimuovere gli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena partecipazione delle donne al mercato del lavoro, ledendo il diritto di lavorare, riconosciuto come principio fondamentale sia a livello nazionale²⁸⁸ che eurounitario²⁸⁹.

Un'altra criticità sulla quale riflettere è che, benché finora il caregiving abbia riguardato soprattutto le donne, la situazione potrebbe ribaltarsi in un futuro non troppo lontano, destabilizzando ulteriormente il sistema. Sono, infatti, le donne, grazie

²⁸³ La ricerca condotta dalla Rome Business School e pubblicata il 13.02.2025 ([https://romebusinessschool.com/it/blog/donne-e-lavoro-in-italia/#:~:text=La%20percentuale%20di%20donne%20in,dell'Eurozona%20\(35%25\)](https://romebusinessschool.com/it/blog/donne-e-lavoro-in-italia/#:~:text=La%20percentuale%20di%20donne%20in,dell'Eurozona%20(35%25))) rileva che nel 2024, in Italia, soltanto il 13,4% delle donne ha sottoscritto un contratto di lavoro a tempo indeterminato.

²⁸⁴ La citata ricerca della Rome Business School indica che il 49,2% delle nuove assunzioni femminili, nel 2024, ha riguardato il *part-time* (quasi il doppio del 27,3% maschile), frequentemente involontario.

²⁸⁵ La citata ricerca della Rome Business School mostra che, in Italia, soltanto il 28% delle posizioni manageriali è ricoperto da donne.

²⁸⁶ V. <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>.

²⁸⁷ https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pnp13/default/table?lang=en, aggiornato al 15.04.2025, nel 2023, il divario pensionistico di genere in Italia era pari al 28,1%, leggermente superiore alla già allarmante media europea del 25,4%.

²⁸⁸ Art. 4 Cost.

²⁸⁹ Art. 15 Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

alla loro maggiore aspettativa di vita (Inps 2025)²⁹⁰, a essere più esposte ad affrontare la vecchiaia e la non autosufficienza e a necessitare di assistenza da parte delle giovani generazioni, in particolare dai figli. Dall'esame delle statistiche Istat emerge che, in Italia, dal 1982 al 2024 nascono più maschi che femmine²⁹¹. Associando questo dato al tasso di fertilità, che da una media di 1,69 figli per donna nel 1982 è sceso all'1,18 del 2024, e all'aumento dell'età media per la nascita del primo figlio²⁹², è ragionevole immaginare che nel giro di qualche decennio saranno i figli maschi a doversi occupare delle madri anziane e non autosufficienti, con penalizzazione anche del loro percorso professionale, oltre ai numerosi rischi per la salute psicofisica e per la dimensione economica, sociale e relazionale conseguenti allo svolgimento prolungato dell'attività di cura familiare.

È, quindi, necessario un intervento mirato di *welfare* che tenga conto dell'attuale divario di genere provocato dalla prevalenza femminile nella cura familiare, ma che cerchi di prevenire il rischio di marginalizzazione economica e professionale anche per gli uomini caregiver in aumento nell'immediato futuro.

Davanti a questo preoccupante scenario, ancora non risulta ben chiaro quali siano i diritti riconosciuti ai caregiver familiari e quali siano le tutele effettivamente apprestate dall'ordinamento giuridico italiano.

È vero che, negli ultimi anni, si sta assistendo a un generale affievolimento dei diritti sociali sulla base del necessario contenimento della spesa pubblica e della sostenibilità dei bilanci statali (Carlassare 2013: 3), che condizionano i livelli di protezione alle risorse effettivamente disponibili (Longo 2017: 49; Ales 2015: 455), ma non si può dimenticare che in Italia i diritti sociali hanno solidi fondamenti costituzionali. Da una parte, infatti, si basano sul principio di solidarietà sancito dall'art. 2 Cost. (Salazar 2024: 188); dall'altra esprimono e concretizzano il principio di eguaglianza (Carlassare 2016: 52; Mangia 2013: 592), attraverso la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona²⁹³.

Queste coordinate costituzionali dovrebbero fungere da cornice e sostegno per le misure in favore dei caregiver familiari, ma, ad oggi, la rete di tutele approntata per coloro che svolgono un compito dal così elevato e imprescindibile valore sociale ed economico si presenta esigua e fragile.

Innanzitutto, la normativa di riferimento è frammentaria e parziale, perché contenuta nei provvedimenti più disparati, spesso senza alcun tipo di armonizzazione e

²⁹⁰ Secondo i dati Istat, nel 2019 la speranza di vita per gli uomini è salita a 81 anni e per le donne a 85,3 anni, mentre nel 1948 l'aspettativa di vita alla nascita era di circa 60 anni per gli uomini e 62 per le donne.

²⁹¹ Ovviamente si tratta di sesso attribuito alla nascita.

²⁹² Attualmente pari a 31,6 anni.

²⁹³ Art. 3, comma 2, Cost.

coordinamento, né un disegno definito e unitario di protezione nei confronti dei prestatori di cura familiare.

Inoltre, è una tutela eterogenea, in quanto si intersecano e sovrappongono disposizioni normative nazionali (anche di derivazione eurounitaria) e regionali, rivelando l'incertezza e labilità dei confini della materia.

Al fine di verificare se l'ordinamento giuslavoristico italiano garantisca un'adeguata tutela per coloro che prestano assistenza in ambito familiare, è opportuno un esame, benché rapido, delle principali misure rivolte ai caregiver familiari.

1.1 Quali caregiver?

Nonostante la definizione introdotta dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017 – secondo cui è caregiver familiare il congiunto che assiste e si prende cura di un familiare che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé – ad oggi la maggior parte delle disposizioni in favore della cura familiare sono riservate alla funzione genitoriale (in particolare, materna) e successivamente²⁹⁴ estese per cercare di coprire i bisogni assistenziali provenienti dalle altre condizioni di fragilità (D'Onghia 2024: 82).

Al riguardo, occorre considerare che la maggiore tutela nei confronti della cura genitoriale è certamente giustificata dalla consolidata attenzione al tema, che affonda le sue radici nella Costituzione²⁹⁵ e nel quadro regolatorio internazionale²⁹⁶ ed europeo²⁹⁷, mentre il riconoscimento giuridico dei bisogni di cura da parte degli anziani non autosufficienti è piuttosto recente, benché incalzante alla luce delle trasformazioni demografiche in corso.

Inoltre, come sottolineato da Filì (2004: 534), il grande impegno profuso dall'azione pubblica nel campo delle politiche a favore della natalità – e, di conseguenza, anche nell'introduzione delle misure di conciliazione vita-lavoro per i genitori – è motivato dalla convinzione che i figli, pur essendo un «bene privato» della famiglia, rappresentano, al contempo, un «bene pubblico» dal quale l'intera collettività trae

²⁹⁴ V., ad esempio, il comma 3-*bis* dell'art. 18 l. 22.05.2017, n. 81, introdotto dall'art. 1, comma 486, l. 30.12.2018, n. 145, per riconoscere priorità alle richieste di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile formulate dalle lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità ovvero dai lavoratori con figli in condizioni di disabilità. L'estensione ai caregiver familiari è avvenuta successivamente, ad opera dell'art. 4, comma 1, lett. b), d. lgs. 30.06.2022, n. 105.

²⁹⁵ Artt. 30, 31 e 37 Cost.

²⁹⁶ Convenzione OIL n. 103/1952 sulla protezione della maternità, rivista e aggiornata dalla convenzione n. 183/2000.

²⁹⁷ Art. 33 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea; Direttiva 92/85/CEE del 19.10.1992; Direttiva UE 2019/1158 del 20.06.2019.

beneficio. Le nuove generazioni costituiscono una sorta di investimento pubblico, poiché contribuiscono allo sviluppo e al benessere della società attraverso il loro futuro ruolo come cittadini attivi e produttivi. Significativo, al riguardo, è il richiamo alle «future generazioni» recentemente inserito nell'art. 9 Cost²⁹⁸.

Molto diversa è stata, per lungo tempo, la prospettiva sulla cura nei confronti degli anziani non autosufficienti, che potrebbe essere inficiata dalla «cultura dello scarto», secondo la quale la vecchiaia e la non autosufficienza vengono considerate un peso (Papa Francesco 2014) e non una risorsa, un'opportunità per la collettività (Paglia 2021). Com'è stato rilevato (Papa Francesco 2014), «un popolo che non custodisce i suoi anziani [...] è un popolo senza futuro, un popolo senza speranza». In fondo, non si può negare che la società abbia un debito di gratitudine nei confronti dei *seniores* per il contributo offerto al suo progresso materiale e spirituale, da concretizzare nella solidarietà generazionale, radicata nell'art. 2 Cost.

Oltre quindici anni fa, la risoluzione del Parlamento europeo del 3 febbraio 2009 ha richiamato l'attenzione sulla solidarietà tra le generazioni, definito «uno degli assi portanti del modello sociale europeo»²⁹⁹. Dalla risoluzione emerge un vero e proprio programma di politiche a favore dei prestatori di cura familiare, articolato su molteplici fronti.

In primo luogo, il Parlamento europeo chiede alla Commissione di monitorare le migliori prassi in materia di persone impegnate nel lavoro di cura, onde dimostrare il ruolo centrale che svolgono nel campo della solidarietà intergenerazionale e incoraggiare l'attuazione di una strategia specifica negli Stati membri³⁰⁰.

Si rivolge, poi, ai singoli Paesi dell'Unione, invitandoli a sostenere concretamente l'attività di cura nei confronti delle persone anziane e non autosufficienti, attraverso la promozione di regimi di congedo applicabili a coloro che intendono interrompere l'attività professionale per ragioni assistenziali³⁰¹ o l'investimento nella solidarietà generazionale mediante meccanismi di riduzione o flessibilità dell'orario di lavoro, sia incoraggiando una maggiore collaborazione delle imprese, sia spronando le autorità pubbliche a una maggiore elasticità finanziaria nelle loro previsioni di bilancio in materia di aiuti di Stato³⁰².

La promozione della solidarietà generazionale, secondo il Parlamento europeo, passa anche attraverso politiche mirate all'inserimento o al reinserimento di coloro che si siano allontanati dall'attività lavorativa per dedicarsi all'assistenza di persone anziane o non

²⁹⁸ Introdotto dall'art. 1, comma 1, l. cost. 11.02.2022, n. 1.

²⁹⁹ Punto 1 della citata risoluzione.

³⁰⁰ Punto 17 della risoluzione.

³⁰¹ Punto 20.

³⁰² Punto 22.

autosufficienti³⁰³, consentendo loro di ritrovare l'autonomia finanziaria. Indispensabili sono anche il miglioramento dell'accessibilità ai servizi di cura e di assistenza alle persone non autosufficienti, sia residenziali che domiciliari³⁰⁴, e l'introduzione di attente politiche fiscali, sotto forma di trasferimenti monetari, deduzioni e detrazioni³⁰⁵.

Per quanto il programma delineato dalla risoluzione europea del 2009 sia apprezzabile e innovativo per il periodo in cui l'atto è stato emanato, è opportuno ricordare che si tratta di un provvedimento privo di efficacia vincolante. La risoluzione è, infatti, un atto atipico, in quanto non espressamente incluso nell'elenco degli atti giuridici dell'Unione Europea riportato dall'art. 288 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea. Di conseguenza, per quanto rappresenti un autorevole incoraggiamento per gli Stati membri, il suo valore effettivo è meramente simbolico.

Per coglierne i frutti nell'ordinamento giuridico italiano è occorso oltre un decennio. I primi indizi sono visibili – sebbene in maniera implicita, visto che la solidarietà generazionale non viene mai menzionata – con il d. lgs. n. 105/2022, che attua la direttiva UE 2019/1158 sull'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza. In maniera più esplicita e mirata sono rinvenibili nei recenti provvedimenti in favore degli anziani non autosufficienti, cioè la l. n. 33/2023 e il d. lgs. n. 29/2024.

La legge delega n. 33/2023 richiama più volte la promozione della solidarietà e della coesione tra le generazioni³⁰⁶, incoraggiando iniziative di trasmissione del patrimonio culturale, linguistico e dialettale, nonché programmi di cittadinanza attiva con il supporto del servizio civile universale³⁰⁷. Sulla scia tracciata dalla legge delega, il d. lgs. n. 29/2024 incoraggia le iniziative volte a promuovere la solidarietà tra le generazioni con particolare riguardo alle situazioni a rischio di isolamento e marginalità sociale delle persone anziane³⁰⁸, anche favorendo i progetti del servizio civile universale³⁰⁹ e l'esperienza della coabitazione (*«cobousing»*, secondo l'espressione adottata dall'art. 15 d. lgs. n. 29/2024) intergenerazionale³¹⁰.

Ciò che emerge chiaramente sia dal variegato mosaico di proposte della risoluzione europea del 2009 sia dalle disposizioni normative nazionali è che la maggior parte delle misure in favore dei prestatori di cura è rivolta ai *working carers*, ossia ai caregiver familiari ibridi.

³⁰³ Punti 25 e 29.

³⁰⁴ Punto 23.

³⁰⁵ Punto 28 della risoluzione.

³⁰⁶ V., *in primis*, art. 2, comma 2, lett. b), l. n. 33/2023.

³⁰⁷ Art. 3, comma 2, lett. b) nn. 1 e 2.

³⁰⁸ Art. 6, comma 1, lett. d), d. lgs. n. 29/2024.

³⁰⁹ Art. 14 d. lgs. n. 29/2024.

³¹⁰ Art. 15 d. lgs. n. 29/2024.

Si tratta, infatti, di agevolazioni che intervengono nell'ambito del rapporto di lavoro tra il caregiver e il datore di lavoro extra-domestico, in modo da facilitare la conciliazione tra l'attività professionale e la gestione della cura familiare, come verrà più dettagliatamente illustrato nei paragrafi successivi.

Al contrario, sporadiche e del tutto insufficienti (D'Onghia 2024: 82) sono le previsioni per i caregiver *tout court*, che sono proprio quelli esposti ai maggiori rischi di marginalizzazione economica, sociale e lavorativa, oltre che psicofisici, dal momento che l'attività di assistenza li coinvolge non soltanto nel tempo libero dal lavoro, ma li assorbe quotidianamente, esclusivamente, in maniera continuativa e prolungata.

Al momento, le disposizioni normative italiane nei confronti dei caregiver *tout court* si limitano a introdurre estemporanee agevolazioni fiscali o bonus economici o a formulare auspici per la promozione di prestazioni e servizi di supporto, come si avrà modo di approfondire nei paragrafi successivi.

1.2 Quale lavoro?

Se è vero che l'attenzione del legislatore è prevalentemente rivolta ai *working carers*, occorre, però, chiarire di quale tipologia di lavoro si tratti.

Come si avrà modo di analizzare nei paragrafi successivi, le principali misure di conciliazione dell'attività lavorativa con la gestione della cura dei soggetti anziani non autosufficienti riguarda la fruizione di permessi e congedi, la riduzione o la flessibilità dell'orario di lavoro, l'individuazione della sede di lavoro più vicina alla residenza dell'assistito, il ricorso al lavoro da remoto o alla modalità di lavoro agile. Si tratta, in sostanza, di strumenti che riguardano esclusivamente i rapporti di lavoro subordinato, lasciando quasi completamente sprovvisti di tutela i lavoratori autonomi, acuendo, così, lo storico divario nella rete protettiva tra subordinazione e autonomia (Perulli 2021; D'Antona 1989: 43; Supiot 2000: 217).

È vero che i prestatori di lavoro autonomo, anche nella forma della collaborazione coordinata e continuativa di cui all'art. 409, n. 3), c.p.c. (Santoro-Passarelli 2017c: 7), non sono tenuti al rispetto di un orario di lavoro e, pertanto, potrebbero più agevolmente combinare le esigenze della cura con gli impegni professionali, ma questa maggiore libertà, com'è stato rilevato, potrebbe tradursi in «un'arma a doppio taglio» (Delfino 2022: 174), perché non viene riconosciuto loro alcun supporto economico significativo a fronte delle sospensioni dell'attività necessarie per dedicarsi all'assistenza. E questo conferma le «disfunzioni del sistema di tutele» (Fraiooli 2022: 17; Spagnuolo Vigorita 1998: 98), ancora oggi sbilanciato verso la fattispecie dei lavoratori subordinati (Corazza 2025: 122).

Nonostante alcune tutele per la genitorialità siano state estese anche al lavoro autonomo³¹¹, in un percorso di avvicinamento lungo e faticoso (De Leonardis 2023: 517; Taschini 2023: 538; Galardi 2024: 213), lo stesso non è ancora avvenuto per i caregiver familiari.

Esiste qualche rara eccezione a livello locale, come, ad esempio, l'iniziativa introdotta dalla provincia autonoma di Trento, che prevede per i lavoratori autonomi (anche liberi professionisti) un contributo sugli oneri previdenziali volontari/obbligatori per i periodi dedicati all'assistenza domiciliare e cura dei propri familiari non autosufficienti titolari di indennità di accompagnamento o di altra prestazione equivalente. *La conditio sine qua non* è che, alla data della domanda, siano residenti ininterrottamente da almeno cinque anni nella regione Trentino Alto-Adige oppure siano residenti ininterrottamente da almeno un anno nel caso in cui si possano far valere complessivamente, nell'arco della propria vita, almeno quindici anni di residenza³¹². Si tratta, però, di interventi isolati e contingenti, legati all'impegno degli enti locali nel perseguire questo particolare interesse pubblico, individuato come prioritario e meritevole di tutela in un determinato momento storico, nonché alla disponibilità delle risorse necessarie.

L'introduzione di tutele, infatti, implica la copertura dei costi per farvi fronte e la diversa allocazione dei fondi su base territoriale, nonché la variegata capacità di gestirli in maniera efficace ed efficiente, rischia di incrementare il divario tra regioni ed enti locali più o meno virtuosi e sensibili al tema del sostegno ai caregiver familiari, con il risultato di una rete di protezione "a macchia di leopardo" sul territorio nazionale.

Tra le misure in favore dei caregiver familiari, si applicano ai lavoratori autonomi le agevolazioni nell'accesso anticipato al trattamento pensionistico (A.Pe. sociale, Quota 41, Opzione Donna), misure introdotte in via sperimentale e prorogate di anno in anno, sulle quali ci si soffermerà nel prosieguo (cfr., *infra*, § 2.5).

2. Le misure di conciliazione per i *working carers*

Al momento, le opzioni normative per agevolare i *working carers* nella gestione cura-vita professionale si snodano attraverso quattro direttrici principali, intervenendo sul tempo di lavoro, sul luogo di lavoro, sulle modalità di svolgimento della prestazione e sull'anticipazione nell'accesso al trattamento pensionistico.

Che le tutele riguardanti l'orario e il luogo di lavoro siano le più antiche, in quanto introdotte già ad opera della l. n. 104/1992, è piuttosto comprensibile: la gestione della

³¹¹ Il capo XI del d. lgs. n. 151/2001 è dedicato ai lavoratori autonomi e prevede l'indennità di maternità e il congedo parentale, mentre il capo XII del medesimo decreto delegato riconosce l'indennità di maternità alle libere professioniste.

³¹² <https://www.provincia.tn.it/Servizi/Domanda-contributo-previdenziale-assistenza-familiari-non-autosufficienti>.

cura, da un lato, richiede tempo da dedicare alle esigenze del familiare bisognoso e, dall'altro, prossimità tra la sede di lavoro e l'abitazione del congiunto, per poter concretamente svolgere le attività assistenziali.

Con l'avvento e la diffusione delle nuove tecnologie, il legislatore ha preso atto che la conciliazione vita-lavoro può essere agevolata dall'utilizzo della modalità di lavoro a distanza (Alessi 2018: 804), dapprima con il telelavoro e, in tempi più recenti, con il ricorso al lavoro agile.

Inoltre, la crescente consapevolezza della gravosità dell'impegno di cura nei confronti di un congiunto non autosufficiente ha fatto in modo che, nell'ultimo decennio, l'assistenza rientrasse tra i requisiti necessari per l'anticipazione pensionistica, come se si trattasse, appunto, di un lavoro usurante.

2.1 Sospensione del rapporto di lavoro: permessi e congedi per i caregiver familiari

Per quanto riguarda il tempo di lavoro, gli interventi a favore dei *working carers* possono operare attraverso la sospensione dell'orario (mediante permessi e congedi) o la sua riduzione (con il contratto di lavoro *part-time*).

Si tratta di due tecniche di tutela, ambedue potenzialmente utili ed efficaci, che non sono antitetiche, in quanto il lavoratore caregiver può tranquillamente avvalersi di entrambe, ricorrendone i requisiti.

La facoltà di sospendere il rapporto di lavoro ha tradizionalmente rappresentato un «passaggio topico delle relazioni tra lavoro e famiglia» (Calafà 2001: 147). Secondo Napoli (2001: 1216), il riconoscimento del diritto a permessi e congedi, possibilmente conservando la retribuzione, dovrebbe essere considerato il metodo privilegiato per la gestione della cura familiare (di recente Gabriele 2024). Di questo avviso era già l'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992, legge-quadro sull'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone con disabilità, che riconosce al lavoratore dipendente, pubblico o privato, il diritto a fruire di tre giorni di permesso mensile per assistere un familiare³¹³ con disabilità in situazione di gravità. Con successive modifiche alla disposizione, si è provveduto a specificare che i permessi sono retribuiti³¹⁴ e coperti da contribuzione

³¹³ Coniuge, partner dell'unione civile (Pistore 2018), parente o affine entro il secondo grado. In caso di mancanza o decesso dei genitori o del coniuge o della parte di un'unione civile o del convivente di fatto, ovvero qualora gli stessi siano affetti da patologie invalidanti o abbiano compiuto i sessantacinque anni di età, il diritto è riconosciuto a parenti o affini entro il terzo grado della persona con disabilità in situazione di gravità.

³¹⁴ V. art. 2, comma 3-ter, d.l. 27.08.1993, n. 324, convertito dalla l. 27.10.1993, n. 423. In riferimento all'estensione dei permessi per l'assistenza alle persone con disabilità anche ai conviventi *more uxorio*, v. Corte Cost. 23.09.2016, n. 213.

figurativa³¹⁵, in modo da assicurare al *working carer* la massima tutela possibile mentre svolge l'attività assistenziale.

Per beneficiare di tali permessi non sono più necessari i requisiti della convivenza³¹⁶, della continuità e dell'esclusività dell'assistenza³¹⁷, originariamente previsti. In ogni caso, il familiare da assistere non deve essere ricoverato a tempo pieno³¹⁸. Su quest'ultimo punto è intervenuta di recente la pronuncia n. 21416/2019 della Corte di cassazione, per chiarire che il ricovero si intende presso strutture ospedaliere (sia pubbliche sia private) che assicurino assistenza sanitaria continuativa. Solo in questo caso «si rende superfluo, o comunque non indispensabile, l'intervento del familiare, venendo così meno l'esigenza di assistenza posta a base dei permessi»³¹⁹. Se, invece, la struttura non è in grado di assicurare prestazioni sanitarie e per fruirne sia necessario accompagnare il congiunto all'esterno per sottoporsi a visite specialistiche o esami diagnostici, il *working carer* può avvalersi dei permessi, in quanto tale esigenza giustifica il sacrificio imposto al datore di lavoro.

Le più recenti modifiche all'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992 sono state apportate dal d. lgs. n. 105/2022³²⁰, in attuazione della direttiva UE 2019/1158, relativa all'equilibrio tra attività professionale e vita familiare per i genitori e i prestatori di assistenza. In particolare, la novità riguarda l'eliminazione del c.d. principio del «referente unico dell'assistenza» (Casillo 2023: 572; Avio, Buoso 2024: 54): «fermo restando il limite complessivo di tre giorni per l'assistenza allo stesso individuo con disabilità in situazione di gravità, il diritto può essere riconosciuto, su richiesta, a più soggetti tra quelli sopra elencati, che possono fruirne in via alternativa tra loro. Il lavoratore ha diritto di prestare assistenza nei confronti di più persone con disabilità in situazione di gravità»³²¹.

La modifica consente che più caregiver familiari possano alternarsi nell'assistenza della stessa persona con disabilità e che il medesimo caregiver possa assistere diversi familiari. In quest'ottica, il limite complessivo dei tre giorni di permesso di cui poter fruire mensilmente vengono conteggiati in base alla persona da assistere e non al caregiver, che, nel caso in cui assista più familiari, potrebbe beneficiare di un numero superiore di giornate³²². Dal momento che l'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992 non

³¹⁵ Art. 19, comma 1, lett. a), l. 8.03.2000, n. 53.

³¹⁶ Il requisito è stato espunto ad opera dell'art. 19, comma 1, lett. b), l. n. 53/2000.

³¹⁷ Eliminati dall'art. 24, comma 1, lett. a), l. 4.11.2010, n. 183.

³¹⁸ Art. 33, comma 3, l. n. 104/1992.

³¹⁹ Cass. 14.08.2019, n. 21416.

³²⁰ Art. 3, comma 1, lett. b), d. lgs. n. 105/2022.

³²¹ Art. 33, comma 3, l. n. 104/1992.

³²² Il messaggio Inps 22.11.2023, n. 4143, fornisce le indicazioni operative, specificando che le autorizzazioni possono essere concesse a più lavoratori per la stessa persona assistita, ma i permessi richiesti non devono coincidere negli stessi giorni.

stabilisce un tetto massimo, se, ad esempio, un caregiver familiare assistesse sia i genitori che i suoceri – ovviamente in presenza dei requisiti richiesti dalla legge – avrebbe diritto a dodici giorni di permesso retribuito al mese.

Al riguardo, potrebbe essere interessante dedicare una riflessione all'impatto che questa nuova tutela per i caregiver familiari ha sul datore di lavoro, sia sotto il profilo organizzativo che economico. Dover sopporre a un numero così elevato di assenze del lavoratore caregiver che fruisce dei permessi potrebbe, infatti, comportare disagi nella pianificazione e gestione delle attività, *a fortiori* in mancanza di un obbligo di preavviso nei confronti del datore di lavoro. Sulla programmazione dei permessi è intervenuto, oltre dieci anni fa, il Ministero del Lavoro con due risposte ad interpelli in materia³²³. Al fine di contemperare il buon andamento dell'attività imprenditoriale con il diritto del caregiver a prestare l'assistenza al familiare con disabilità, il Ministero ha proposto di predisporre una programmazione mensile o, almeno, settimanale dei permessi *ex lege* n. 104/1992, salvo il caso di improcrastinabili esigenze sopravvenute. È opportuno ricordare, però, che, a norma dell'art. 9 d. lgs. n. 124/2004, le risposte ad interpello sono meri «chiarimenti», criteri interpretativi, senza alcun valore giuridico vincolante.

Per quanto concerne il disagio economico arrecato all'imprenditore, occorre chiarire che, anche se è l'Inps ad erogare l'indennità per i permessi *ex l.* n. 104/1992 (previa anticipazione da parte del datore di lavoro), tali assenze non incidono nel computo della tredicesima mensilità e del T.F.R. e vanno calcolate come giornate di lavoro effettivo anche ai fini delle ferie, come confermato dalla giurisprudenza³²⁴.

Per contemperare i diritti e gli interessi coinvolti ed evitare che il rafforzamento delle tutele possa disincentivare le assunzioni dei caregiver, sarebbe opportuno valutare l'introduzione di agevolazioni (economiche, fiscali, previdenziali...) per i datori di lavoro che occupano prestatori cura familiari (v., *infra*, osservazioni conclusive).

La sospensione del rapporto di lavoro si verifica altresì nell'ipotesi di congedo di cui all'art. 42, comma 5, d. lgs. 26 marzo 2001, n. 151³²⁵ (Calafà 2004), anch'esso novellato dal d. lgs. n. 105/2022 (Murena 2023: 503).

Il periodo di congedo, continuativo o frazionato, fino ad un massimo di due anni, è retribuito e coperto da contribuzione figurativa³²⁶. Per poter fruire del congedo, il dipendente (pubblico o privato) deve dimostrare la sussistenza di una situazione di

³²³ MLPS, risposte ad interpelli 6.07.2010, n. 31 e 27.01.2012, n. 1.

³²⁴ Sul punto, v. Cass. 7.07.2014, n. 15435. Sul computo delle assenze dovute all'assistenza dei familiari con disabilità nella determinazione degli elementi retributivi aggiuntivi previsti dalla contrattazione collettiva aziendale, v. App. Roma n. 2217/2023.

³²⁵ Che rinvia al congedo disciplinato dall'art. 4, comma 2, l. 8.03.2000, n. 53.

³²⁶ Art. 42, comma 5-ter, d. lgs. n. 151/2001.

disabilità grave del familiare da assistere³²⁷, valutata a norma dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992, che, come visto nella seconda sezione del primo capitolo, è stato recentemente modificato ad opera del d. lgs. n. 62/2024.

Diversamente da quanto previsto nell'ipotesi dei permessi mensili, la convivenza è un requisito necessario per il riconoscimento del diritto al congedo, ma può essere instaurata anche successivamente alla richiesta.

Sia i permessi che il congedo sono strumenti utili per consentire al *working carer* di conciliare l'attività lavorativa con l'assistenza di un congiunto, ma, come evidenziato, si tratta di agevolazioni riconosciute soltanto in presenza di una condizione di disabilità documentata e certificata all'esito della procedura prevista dall'art. 4 l. n. 104/1992, effettuata da un'apposita commissione istituita presso l'Inps. Tuttavia, l'area della non autosufficienza, come visto nella seconda sezione del primo capitolo, non coincide con la disabilità. Pertanto, si assiste a uno scollamento tra i destinatari delle tutele di cui agli artt. 33, comma 3, l. n. 104/1992 e 42, comma 5, d. lgs. n. 151/2001 e la definizione di caregiver familiare fornita dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, nella quale l'assistenza a un congiunto con disabilità ex art. 3, comma 3, l. n. 104/1992 è soltanto una delle ipotesi contemplate (il familiare può anche essere una persona che «a causa di malattia, infermità [...], anche croniche o degenerative non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé»).

Allo stato attuale, in mancanza di un raccordo tra le tutele descritte e la definizione di caregiver familiare di cui al citato comma 255, i permessi e i congedi sono riservati ai familiari che assistono persone con disabilità in situazione di gravità o, meglio, aventi diritto a un sostegno intensivo, così come previsto dalla nuova formulazione dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992, ad oggi non ancora vigente.

2.2 La flessibilità dei tempi di lavoro: il part-time

Il d. lgs. n. 105/2022 ha anche modificato la disciplina del contratto di lavoro a tempo parziale (Brollo 1991), contenuta negli artt. 4-12 del d. lgs. 15 giugno 2015, n. 81, attuativo del c.d. Jobs Act (Bavaro 2015: 215; Calafà 2015: 98; Calvellini 2020; Militello 2020: 170; Bellomo 2025: 238), in modo da rendere l'istituto più adatto alle esigenze dei caregiver.

In realtà, il part-time era già *ab origine* delineato per rispondere alla duplice esigenza di realizzare un'organizzazione del lavoro più flessibile nell'interesse dell'impresa e, al

³²⁷ Per quanto concerne il grado di parentela che deve legare prestatore di cura e assistito, è intervenuta la Corte costituzionale, con sentenza 18.07.2013, n. 203, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 42, comma 5, d. lgs. n. 151/2001, estendendo anche ai parenti o affini entro il terzo grado il diritto al congedo straordinario per l'assistenza a una persona disabile grave, purché conviventi.

contempo, agevolare la conciliazione tra vita professionale e familiare in relazione ai bisogni dei lavoratori³²⁸.

L'articolazione flessibile dei tempi di lavoro attraverso la riduzione dell'orario rispetto a quello normalmente stabilito dalla legge e dal contratto collettivo può senz'altro agevolare la gestione della cura familiare. Pertanto, non può che essere accolto con favore il riconoscimento, da parte dell'art. 8, comma 4, d. lgs. n. 81/2015, di una priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale per coloro che assistono il coniuge (o parte dell'unione civile o convivente di fatto), figli o genitori affetti da patologie oncologiche o gravi patologie cronico-degenerative oppure una persona convivente con totale e permanente inabilità lavorativa in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992.

Nell'analisi della disposizione, il primo elemento che emerge è che si tratta dell'attribuzione di una «priorità», ossia di una precedenza – rispetto agli altri dipendenti che non abbiano lo stesso requisito – nella trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a parziale. Non è, dunque, il riconoscimento di un diritto soggettivo, diversamente da quanto previsto dal comma 3 dell'art. 8 d. lgs. n. 81/2015 quando ad essere affetto da gravi patologie sia lo stesso lavoratore.

La priorità – a differenza del diritto – non può essere imposta al datore di lavoro che, per motivi organizzativi (maggiore complessità nella pianificazione della forza lavoro, nella gestione di orari differenti e nella riallocazione delle mansioni) o meramente economici (ricorso al lavoro supplementare o straordinario, aumento dei costi gestionali)³²⁹, non intenda avvalersi di prestazioni di lavoro a tempo parziale.

In ogni caso, l'istanza di part-time avanzata dal lavoratore caregiver non può ritorcersi contro il richiedente, che, ai sensi dell'art. 8, comma 5-*bis*, d. lgs. n. 81/2015, «non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro. Qualunque misura adottata in violazione del precedente periodo è da considerarsi ritorsiva o discriminatoria e, pertanto, nulla».

Il comma 5-*bis* dell'art. 8 d. lgs. n. 81/2015 è una delle novità introdotte dal d. lgs. n. 105/2022 per rafforzare la tutela del *working carer* attraverso una formulazione ampia e onnicomprensiva, che, però, potrebbe comportare qualche ricaduta organizzativa nei confronti del datore di lavoro, «esposto al rischio che qualunque provvedimento adotti

³²⁸ Al riguardo, v. *consideranda* nn. 4 e 5 dell'Accordo-quadro europeo sul lavoro a tempo parziale del 6.06.1997, secondo i quali il contratto part-time risponde sia agli auspici dei lavoratori sia alle esigenze della concorrenza, facilitando la conciliazione vita-lavoro, nell'interesse reciproco di datori e lavoratori e secondo modalità che favoriscono lo sviluppo delle imprese.

³²⁹ Al riguardo, è opportuno ricordare che il punto 18 della direttiva 97/81/CE intende evitare di imporre obblighi amministrativi, finanziari e giuridici tali da ostacolare la creazione e lo sviluppo di piccole e medie imprese.

possa essere tacciato di discriminatorietà se riservato ad un lavoratore che abbia richiesto la priorità nella trasformazione in part-time e che, in ogni modo, abbia determinato una modifica *in pejus*, anche indiretta, nelle sue condizioni di lavoro» (Taschini 2023: 619).

Un'altra sanzione introdotta dal d. lgs. n. 105/2022 nei confronti del datore di lavoro che incorra in una condotta ritorsiva o discriminatoria verso il lavoratore caregiver è il mancato conseguimento della certificazione della parità di genere di cui all'art. 46-*bis* d. lgs. 11 aprile 2006, n. 198 (Zappalà 2022; Gottardi 2021: 261; Peruzzi 2021: 143).

Entrambe le tutele introdotte nel 2022 hanno una finalità dissuasiva molto forte, ma i tempi non sono ancora maturi per poter operare un bilancio della loro efficacia.

Al lavoratore caregiver che abbia già sottoscritto un contratto di lavoro a tempo parziale è riconosciuta dall'art. 6, comma 7, d. lgs. n. 81/2015 la facoltà di revocare il consenso prestato alla clausola elastica, relativa alla variazione della collocazione temporale o della durata della prestazione lavorativa. Al riguardo, Delfino (2022: 184) rileva che le esigenze di gestione della cura da parte del *working carer* sembrano più tutelate all'interno del rapporto già a tempo parziale che nell'accesso al part-time.

In realtà, qualche criticità è ravvisabile anche nell'ambito di un rapporto già trasformato ad orario ridotto. Ad esempio, mentre il comma 3 dell'art. 8 d. lgs. n. 81/2015 riconosce al lavoratore affetto da patologie oncologiche nonché da gravi patologie cronico-degenerative ingravescenti il diritto di trasformare il part-time nuovamente in un rapporto di lavoro a tempo pieno, tale previsione non è estesa al dipendente caregiver. Il comma 4 dell'art. 8 d. lgs. n. 81/2015, infatti, riconosce al prestatore di cura la priorità nella trasformazione del contratto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale, ma nulla prevede sulla successiva facoltà di trasformare il part-time in tempo pieno.

Eppure, l'ipotesi di un ritorno al *full-time* sarebbe molto opportuna per il caregiver, il quale – a seguito del ricovero del congiunto da assistere o del suo decesso oppure del subentro di un altro familiare caregiver – potrebbe non avere più necessità di fruire di un orario ridotto per conciliare l'attività professionale con la gestione della cura. D'altronde, come noto, gli svantaggi del part-time per un lavoratore possono essere molteplici (retribuzione inferiore e, di conseguenza, contributi previdenziali più bassi, nonché minori prospettive di carriera) e, venendo meno l'esigenza che ha determinato tale richiesta, rischiano di diventare insostenibili e ingiustificati.

Da un attento esame del comma 4 dell'art. 8 d. lgs. n. 81/2015 si rileva come il titolare della menzionata priorità nella trasformazione del contratto da tempo pieno a part-time non coincida con il ritratto del caregiver familiare delineato dall'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017. La priorità di cui al citato art. 8, comma 4, può essere esercitata dal coniuge, dal partner dell'unione civile, dal convivente di fatto, dai figli e dai genitori. Nell'elenco non vengono indicati i parenti e gli affini entro il secondo grado (o entro il terzo grado

in presenza delle condizioni di disabilità di cui all'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992), che sono invece presenti nella definizione di caregiver familiare di cui al citato comma 255.

Tali figure potrebbero beneficiare della priorità solo se «conviventi», considerato che il comma 4 dell'art. 8 d. lgs. n. 81/2015 contempla, come ultima ipotesi di destinatario della tutela, la «persona convivente» che presti l'assistenza.

Questa espressione, però, solleva alcuni dubbi interpretativi. Considerato che, tra le varie modifiche apportate alla norma in esame, il d. lgs. n. 105/2022 ha introdotto come titolare della tutela il «convivente di fatto», il termine «persona convivente» non può riferirsi alla convivenza *more uxorio*, altrimenti costituirebbe una ripetizione (salvo che si tratti di un refuso sfuggito alla revisione del testo normativo).

L'unica spiegazione plausibile è che tale espressione si riferisca ai parenti e affini – non elencati tra i soggetti beneficiari – che possono usufruire della priorità solo se convivono con l'assistito. In tal modo, però, si attribuisce grande rilevanza all'elemento della coabitazione, che è un requisito espunto fin dal 2000 dalla formulazione originaria dell'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992 per la fruizione dei permessi per l'assistenza dei congiunti con disabilità e, comunque, non previsto dalla definizione di caregiver familiare di cui al citato comma 255.

Inoltre, il riferimento alla convivenza senza ulteriori specificazioni sembrerebbe ridimensionare il legame familiare, finora ritenuto imprescindibile per lo svolgimento della cura. La coabitazione, infatti, potrebbe sussistere anche con persone non legate da vincoli di sangue, come, ad esempio, nell'esperienza di *senior cohousing* o di *cohousing* intergenerazionale promossa dal capo IV del d. lgs. n. 29/2024 in materia di politiche per gli anziani.

Se letta in quest'ottica, potrebbe rappresentare un'interessante “apertura” nella nozione di caregiver, ma, in ogni caso, sarebbe opportuno un coordinamento tra le varie disposizioni in modo da evitare confusione e incertezze applicative, individuando con precisione i contorni della figura e le tutele di cui può beneficiare.

Ad ogni modo, la persona convivente – che non sia coniuge, partner dell'unione civile, convivente di fatto, figlio o genitore – potrà avvalersi della tutela solo se l'assistito è in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992. Diversamente, i familiari considerati più “intimi” possono beneficiarne anche se assistono pazienti oncologici o affetti da malattie cronico-degenerative che non rientrino nella situazione di gravità o di sostegno intensivo di cui al citato comma 3.

Infine, è opportuno ricordare che il ricorso al part-time – come visto per le sospensioni lavorative – può comportare una disfunzione organizzativa e/o un aggravio di costi al datore di lavoro. Pertanto, al fine di evitare un “effetto *boomerang*” che pregiudichi l'occupabilità dei prestatori di cura, gli interessi datoriali non possono essere completamente trascurati, ma devono essere presi in considerazione nell'elaborazione di una equilibrata rete protettiva a favore dei caregiver familiari (v. conclusioni).

2.3 La scelta del luogo di lavoro

L'art. 33, comma 5, l. n. 104/1992 riconosce al lavoratore che si prende cura di un familiare con disabilità in situazione di gravità³³⁰ il diritto di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita e di non essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.

Si tratta di una tutela molto utile sotto il profilo pratico, in quanto la vicinanza tra luogo di lavoro e abitazione del congiunto da assistere è fondamentale per poter gestire l'attività di cura nella maniera più efficace possibile, assicurando la massima protezione alla persona con disabilità con il minore stress per il caregiver.

È un segnale importante anche dal punto di vista teorico, perché l'assegnazione della sede è uno degli elementi tipici dedotti nel contratto di lavoro subordinato e una delle principali espressioni dell'esercizio del potere direttivo del datore di lavoro, che può mutarla in via definitiva in presenza di comprovate ragioni tecniche, organizzative e produttive³³¹ oppure temporaneamente per qualsivoglia esigenza aziendale³³². Conferire al *working carer* un diritto nella scelta della sede di lavoro rappresenta, quindi, un esempio tangibile della protezione accordata dall'ordinamento giuridico nei confronti della persona in condizioni di disabilità grave e di chi l'assiste. E per beneficiare di questo vantaggio non è più richiesto il requisito della coabitazione, espunto dalla l. n. 53/2000.

Secondo la Cassazione³³³, il diritto a scegliere il luogo di lavoro non è conferito al caregiver soltanto all'atto dell'instaurazione del rapporto di lavoro, mediante l'individuazione della sede di prima adibizione, ma anche nel corso del rapporto, esercitabile tramite domanda di trasferimento. Se così non fosse, si correrebbe il rischio di compromettere i beni fondamentali protetti dalla Costituzione italiana e dalla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità³³⁴.

La scelta della sede è, però, un diritto "temperato", considerato che il comma 5 dell'art. 33 l. n. 104/1992 inserisce, benché in via incidentale, l'espressione «ove possibile», che ne limita la portata. Al riguardo, Delfino (2022: 181) parla di *punctum dolens* della norma.

«Ove possibile» richiama la necessità di operare un bilanciamento tra i valori in gioco, entrambi di rango costituzionale: da una parte l'art. 41, comma 1, Cost., che costituisce la norma-cardine sulla quale poggiano i poteri datoriali di organizzare l'attività in modo efficiente e produttivo; dall'altra, la tutela del diritto alla salute della persona assistita (art. 32 Cost.) e il principio di solidarietà (art. 2 Cost.), pilastri del caregiving familiare.

³³⁰ Il riferimento è all'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992.

³³¹ Art. 2103, comma 8, c.c.

³³² Trasferita o distacco.

³³³ Cass. 3.08.2015, n. 16298; Cass. 18.03.2019, n. 6150.

³³⁴ Sottoscritta il 13.12.2006.

Non è agevole trovare l'equilibrio su una questione così delicata, come attesta la copiosa giurisprudenza, sia ordinaria sia amministrativa, che interpreta l'espressione «ove possibile», talvolta in maniera discordante.

È pacifico il fatto che si tratti di «un diritto non assoluto e illimitato»³³⁵ e che debba essere temperato con gli interessi datoriali in conflitto nel caso concreto. La difficoltà consiste proprio nell'individuazione delle esigenze tecniche, organizzative e produttive datoriali, che devono essere specifiche, effettive e insuscettibili di essere diversamente soddisfatte³³⁶. L'onere della prova ricade, ovviamente, sul datore di lavoro, che deve dimostrare le circostanze ostative all'esercizio del diritto al trasferimento³³⁷.

Ancora più complessa è la valutazione nell'ambito di un rapporto alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, in quanto il bilanciamento coinvolge l'interesse della collettività³³⁸. Secondo la Cassazione³³⁹, l'esigenza di cura familiare è di regola recessiva rispetto a quella di servizio, perché la necessità di garantire la copertura e la continuità del servizio, oltre che la stessa funzionalità della sede *a quo*, prevale sulla valutazione dell'impatto nella sede *ad quem*³⁴⁰. Alla luce di ciò, la mera vacanza del posto, considerata in base alla pianta organica dell'amministrazione datrice di lavoro, è condizione necessaria ma non sufficiente all'accoglimento della domanda di trasferimento del lavoratore caregiver³⁴¹. Esprime, infatti, una mera potenzialità, che si realizza soltanto con la decisione organizzativa della P.A.³⁴², nel rispetto dei principi di imparzialità e di buon andamento, sanciti dall'art. 97, comma 2, Cost.

La decisione dell'amministrazione datrice di lavoro, però, non può trincerarsi dietro la mera rappresentazione di generici dati organizzativi: è imprescindibile un onere motivazionale rafforzato, che dia conto delle effettive ragioni di criticità al trasferimento del dipendente³⁴³.

Di recente, il Consiglio di Stato si è soffermato sulla rilevanza del diritto di cui all'art. 33, comma 5, l. n. 104/1992 anche nell'ambito dei concorsi pubblici. Il vincitore prestatore di assistenza ha priorità di scelta della sede di prima assegnazione, anche a

³³⁵ Cass. SS.UU. 9.07.2009, n. 16102.

³³⁶ Sul punto, v., di recente, Cass. 11.11.2022, n. 33429. In tal senso v. anche Cass. 12.10.2017, n. 24015; Cass. 17.12.2020, n. 29009.

³³⁷ Cass. 18.02.2009, n. 3896.

³³⁸ Cass. 25.01.2006, n. 1396; Cass. SS.UU. 27.03.2008, n. 7945; Cass. 18.02.2009, n. 3896; Cass. 30.03.2018, n. 7981; Cass. 22.02.2021, n. 4677.

³³⁹ Cass. 14.05.2018, n. 11651.

³⁴⁰ Cass. 27.06.2022 n. 20523.

³⁴¹ Cass. 20.07.2023, n. 21627.

³⁴² Cass. 13.08.2021, n. 22885.

³⁴³ V. Cons. Stato 20.11.2024, n. 9322.

discapito dell'ordine di graduatoria approvato³⁴⁴ e perfino laddove tale disposizione non sia stata espressamente richiamata nel bando di concorso³⁴⁵.

2.4 La priorità nella modalità di lavoro agile

Un'altra tutela per i *working carers* è stata introdotta nell'ambito della disciplina della modalità di lavoro agile contenuta nell'art. 18 ss. della legge 22 maggio 2017, n. 81.

Il lavoro agile (Martone 2018: 461; Spinelli 2018; Tufo 2021; Russo 2023) – quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa³⁴⁶ – ha, tra le sue finalità, accanto all'incremento della competitività, proprio la promozione della conciliazione dei tempi di vita (e, quindi, anche di cura) e di lavoro³⁴⁷. Al riguardo, è stato sottolineato come «la logica sottesa al lavoro agile [sia] quella di favorire la conciliazione dei tempi di vita-lavoro quantomeno senza danno alla produttività» (Bavaro 2022: 11).

La flessibilità di tempo e/o di luogo che caratterizza la prestazione in modalità agile – svolta in parte all'interno dei locali aziendali e in parte all'esterno, senza una postazione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva – può, infatti, rivelarsi molto utile nella gestione e integrazione degli impegni personali e professionali, riducendo lo stress e aumentando il benessere e la qualità di vita del lavoratore.

Eppure, né nella formulazione originaria dell'art. 18 l. n. 81/2017, né nella modifica apportata dall'art. 1, comma 486, l. 30 dicembre 2018, n. 145, c.d. legge di Bilancio 2019³⁴⁸, era previsto alcun richiamo o particolare tutela per il lavoratore caregiver.

È stato il d. lgs. n. 105/2022³⁴⁹ a modificare l'art. 18, comma 3-*bis*, l. n. 81/2017, richiamando espressamente i «caregivers ai sensi dell'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017» come destinatari, tra gli altri³⁵⁰, di una priorità nell'accesso alla modalità di lavoro agile (Dagnino 2023: 602). Il fatto che la norma si riporti alla definizione introdotta dalla legge

³⁴⁴ Cons. Stato 27.07.2020, n. 4779; Cons. Stato 15.02.2021, n. 1331.

³⁴⁵ Secondo la regola dell'eterointegrazione del bando *ex art.* 1339 c.c.: sul punto, v. Cons. Stato 14.06.2018, n. 3681.

³⁴⁶ Dalla definizione formulata dall'art. 18 l. n. 81/2017.

³⁴⁷ V. *incipit* dell'art. 18 l. n. 81/2017.

³⁴⁸ Ha introdotto il comma 3-*bis* dell'art. 18 l. n. 81/2017, che individuava alcune categorie alle quali dedicare una particolare protezione: le lavoratrici nei tre anni successivi alla conclusione del periodo di congedo di maternità previsto dall'art. 16 d. lgs. n. 151/2001 e i lavoratori con figli in condizioni di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992.

³⁴⁹ Art. 4, comma 1, lett. b), d. lgs. n. 105/2022.

³⁵⁰ La tutela riguarda anche i lavoratori con figli fino a dodici anni o senza alcun limite di età nel caso in cui siano in condizioni di disabilità accertata, nonché i lavoratori con disabilità grave ai sensi dell'art. 4, comma 1, l. n. 104/1992.

di Bilancio 2018 – per quanto lacunosa e perfettibile, come visto nel capitolo terzo – e abbracci tutti i caregiver, senza creare differenziazioni a seconda che l'assistito sia in condizioni di disabilità accertata ai sensi della l. n. 104/1992 o, semplicemente, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, è sicuramente apprezzabile perché evita confusione e fraintendimenti su questo punto. Solleva, però, un dubbio sulle modalità in cui il lavoratore può dimostrare di essere caregiver, dal momento che, com'è stato ampiamente segnalato nel capitolo terzo, non è prevista alcuna registrazione, salvo alcune esperienze regionali.

Come già visto per il part-time, non si tratta del riconoscimento di un vero e proprio diritto, bensì dell'attribuzione di una priorità nell'applicazione di tale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro. La concretizzazione della priorità richiede, da una parte, la richiesta del lavoratore e, dall'altra, la circostanza che il datore di lavoro – pubblico o privato che sia – abbia già attivato accordi per l'adozione del lavoro agile. Di conseguenza, in base alla lettera della legge («i datori di lavoro pubblici e privati che stipulano accordi per l'esecuzione della prestazione di lavoro in modalità agile sono tenuti in ogni caso a riconoscere priorità»³⁵¹), qualora il datore preferisca organizzare le attività in modalità tradizionale e non intenda ricorrere al lavoro agile, nessuna richiesta potrebbe essere avanzata dai dipendenti che versino nelle situazioni descritte dal comma 3-*bis* dell'art. 18 l. n. 81/2017.

In realtà, un recente orientamento giurisprudenziale sembra mettere in discussione il principio dell'insindacabilità delle scelte organizzative imprenditoriali (Emiliani 2025: 408), ammettendo l'applicabilità del lavoro agile nei confronti del lavoratore richiedente ai sensi del comma 3-*bis* dell'art. 18 l. n. 81/2017, anche se alla data della richiesta non risultano stipulati accordi per l'esecuzione di tale modalità di lavoro. Nella sentenza n. 605 del 10 gennaio 2025, la Corte di cassazione considera concretamente realizzabile la prestazione in modalità agile e ne impone al datore di lavoro l'utilizzo nei confronti del lavoratore richiedente, perché era già stata attuata in azienda durante l'emergenza pandemica. Nel delicato bilanciamento tra libertà organizzativa imprenditoriale e tutela del lavoratore (nel caso di specie, con disabilità) la Suprema Corte ha fatto prevalere quest'ultima, ritenendo che l'adozione della modalità di lavoro agile possa rappresentare un «accomodamento ragionevole», che «senza comportare oneri finanziari sproporzionati» sia «idoneo a contemperare, in nome dei principi di solidarietà sociale, buona fede e correttezza, l'interesse del disabile al mantenimento di un lavoro confacente alla sua condizione psico-fisica con quello del datore a garantirsi una prestazione lavorativa utile all'impresa»³⁵². È vero che, nella controversia sottoposta al vaglio della Suprema Corte, è il lavoratore stesso ad essere in condizione di disabilità,

³⁵¹ Art. 18, comma 3-*bis*, l. n. 81/2017.

³⁵² I virgolettati sono tratti da Cass. n. 605/2025.

ma è opportuno rilevare che l'art. 18, comma 3-*bis*, l. n. 81/2017 non opera una graduazione tra le diverse categorie destinatarie della tutela: la priorità viene riconosciuta a tutti coloro che si trovano nelle situazioni descritte, ritenute ugualmente bisognose di speciale protezione.

Per completezza, è opportuno segnalare che una priorità nei confronti dei dipendenti pubblici aventi esigenze di cura nei confronti di familiari o conviventi, debitamente certificate, era già prevista dall'accordo-quadro del 23 marzo 2000 per accedere al telelavoro³⁵³, modalità di lavoro a distanza regolarmente svolta fuori dai locali aziendali, con l'utilizzo delle tecnologie informatiche e nel rispetto di un orario di lavoro prefissato (Gaeta 2015; Santoro-Passarelli 2017c; Altimari 2018: 843; Martone 2020).

2.5 I benefici previdenziali

Da un punto di vista previdenziale, i *working carers* vengono tutelati dalla copertura contributiva – a carico dello Stato – durante i periodi di fruizione dei permessi o del congedo per assistere i congiunti con disabilità. In tal modo, possono beneficiare dei periodi di sospensione del rapporto di lavoro per dedicarsi alla cura familiare senza subire le ripercussioni di una diminuzione della rendita pensionistica a causa delle lacune contributive che si sarebbero verificate senza l'intervento dello Stato.

A queste misure – dirette – di tutela si sono aggiunti nel corso degli anni alcuni interventi, che, benché indirettamente (D'Onghia 2024: 82) e in maniera disorganica, introducono un vantaggio per i caregiver familiari perché inseriscono l'attività assistenziale come requisito per accedere anticipatamente al trattamento pensionistico.

La legge di Bilancio 2017, recependo gli input provenienti da un accordo sottoscritto dal Governo e da CGIL, CISL e UIL il 28 settembre 2016, nel quale si proponeva l'individuazione di una nuova forma di sostegno all'uscita flessibile dal mercato del lavoro, ha introdotto l'Anticipo Pensionistico sociale, c.d. A.Pe. sociale³⁵⁴. Si tratta di un'anticipazione del trattamento pensionistico, agevolata grazie a un "reddito ponte" interamente a carico dello Stato per un ammontare prefissato. La misura, introdotta in via sperimentale e prorogata di anno in anno³⁵⁵, riconosce ad alcune categorie di lavoratori, considerate particolarmente bisognose di protezione, al compimento del

³⁵³ Oltre al citato accordo-quadro, il telelavoro, nel settore pubblico, è regolamentato dalla l. 16.06.1998, n. 191 e dal D.P.R. 8.03.1999, n. 70. Nel settore privato è stato disciplinato dall'accordo interconfederale sottoscritto il 9.06.2004, che ha recepito l'accordo quadro europeo siglato il 16.07.2002.

³⁵⁴ Art. 1, commi 179 ss., l. 11.12.2016, n. 232.

³⁵⁵ Prorogata al 31.12.2025 dall'art. 1, comma 175, l. 30.12.2024, n. 207, legge di Bilancio 2025. Il rifinanziamento è previsto dall'art. 2 d.l. 19.10.2024, n. 155, convertito con modificazioni dalla l. 9.12.2024, n. 189.

requisito anagrafico dei 63 anni (ora 63 anni e 5 mesi³⁵⁶), un'indennità dalla data di accesso al beneficio al conseguimento dell'età anagrafica prevista per l'accesso al trattamento pensionistico di vecchiaia³⁵⁷. Per quanto concerne l'importo del trattamento pensionistico di vecchiaia, è opportuno, però, precisare che il mancato accredito di contribuzione durante il periodo di A.Pe. sociale comporta una penalizzazione lorda sulla futura pensione (Secci 2023).

Tra le categorie individuate dall'art. 1, comma 179, l. n. 232/2016³⁵⁸ come destinatarie della misura sono compresi, al comma 1, lett. b), coloro che, in possesso di un'anzianità contributiva di almeno 30 anni, assistono, al momento della richiesta e da almeno sei mesi, il coniuge o un parente di primo grado convivente con disabilità grave ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992 ovvero un parente o un affine di secondo grado convivente, qualora i genitori o il coniuge della persona gravemente disabile abbiano compiuto i settanta anni di età oppure siano anch'essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti.

Il riferimento all'anzianità contributiva, ma non alla costanza del rapporto di lavoro, rende tale misura applicabile non soltanto ai *working carers*, ma anche ai caregiver familiari puri, che abbiano dovuto abbandonare l'attività professionale per assistere il congiunto, purché abbiano maturato il requisito contributivo minimo richiesto dalla norma.

Lo stesso requisito assistenziale, nella medesima formulazione, vale per il pensionamento anticipato per i lavoratori precoci, c.d. Quota 41, misura introdotta dall'art. 1, comma 199, l. n. 232/2016. È una prestazione economica erogata, a domanda, ai lavoratori che possono far valere dodici mesi di contribuzione effettiva antecedente al 19° anno di età, perfezionano, entro il 31 dicembre 2026, 41 anni di contribuzione e si trovano in determinate condizioni indicate dalla legge.

Oltre ai caregiver familiari, possono accedere alla misura coloro che si trovano in stato di disoccupazione o abbiano un'invalidità superiore al 74% o svolgano, al momento del pensionamento, da almeno sette anni (negli ultimi dieci ovvero da almeno sei anni negli ultimi sette) attività lavorative per le quali è richiesto un impegno tale da rendere particolarmente difficoltoso e rischioso il loro svolgimento in modo continuativo.

Anche la c.d. Opzione Donna, introdotta nel 2004 in via sperimentale³⁵⁹ per consentire alle lavoratrici di accedere anticipatamente al trattamento pensionistico e, dal

³⁵⁶ Art. 1, comma 175, lett. a), l. n. 207/2024.

³⁵⁷ Stabilita dall'art. 24, comma 6, d.l. 6.11.2011, n. 201, convertito con modificazioni dalla l. 22.11.2011, n. 214.

³⁵⁸ Gli altri lavoratori presi in considerazione dalla tutela sono quelli in stato di disoccupazione e con assenza di reddito o che abbiano una riduzione della capacità lavorativa almeno pari al 74% o che svolgano lavori usuranti.

³⁵⁹ V. art. 1, comma 9, l. 23.08.2004, n. 243.

2015, prorogata di anno in anno³⁶⁰, ha recentemente inserito, tra i requisiti di accesso, un riferimento ai caregiver familiari.

L'adesione all'Opzione Donna comporta che l'assegno pensionistico venga calcolato secondo il sistema contributivo, anche laddove le lavoratrici abbiano iniziato a prestare l'attività prima del 31 dicembre 1995 e, quindi, debbano rientrare nel c.d. sistema di calcolo misto³⁶¹.

Il principio ispiratore della misura è che la penalizzazione economica (OCSE 2021: 33; OCSE 2019a: 23; Tridico 2021: 476; Schiavetti 2025: 117) venga bilanciata dall'esigenza della lavoratrice di ritirarsi anticipatamente dall'attività lavorativa per ragioni personali o familiari, tra le quali, appunto, la gestione della cura. Tale aspetto risulta confermato dai recenti interventi normativi³⁶², che – ai requisiti anagrafici (61 anni sia per le lavoratrici subordinate che autonome, riducibili di un anno per ciascun figlio fino a un massimo di due) e contributivi (35 anni di contributi maturati entro il 31 dicembre 2024) – hanno aggiunto la necessaria sussistenza di almeno una delle condizioni indicate, tra le quali vi è l'assistenza, al momento della richiesta e da almeno sei mesi, del coniuge o di un parente di primo grado, convivente, con disabilità in situazione di gravità³⁶³. Va evidenziato che, dal monitoraggio effettuato dall'Inps³⁶⁴, l'Opzione Donna risulta sempre meno utilizzata, con un drastico calo delle domande presentate dal 2019 al 2024, proprio a causa della penalizzazione economica.

Tutte e tre le misure sono applicabili anche ai lavoratori autonomi, i quali, quindi, possono ricorrere a questi canali di accesso anticipato alla pensione che valorizzano la condizione di caregiver.

Infine, non si può non notare come i requisiti di accesso a queste agevolazioni pensionistiche siano diventati sempre più simili nel corso del tempo e l'inserimento dell'attività di caregiving come condizione soggettiva in tutte e tre ne è la dimostrazione. D'altronde, l'esigenza di semplificazione e armonizzazione delle numerose ed eterogenee misure di incentivazione all'esodo dei lavoratori anziani (Cinelli 2019: 19) è avvertita nel nostro ordinamento già da lungo tempo (Russo 2017: 137).

³⁶⁰ L'ultima proroga è contenuta nell'art. 1, comma 173, l. 30.12.2024, n. 207, c.d. legge di Bilancio 2025, che ha modificato l'art. 16 d.l. 28.01.2019, n. 4, conv. dalla l. 28.03.2019, n. 26.

³⁶¹ Sulla disciplina dell'opzione donna, v., di recente, circ. Inps 6.03.2023, n. 25; 3.05.2024, n. 59; 5.03.2025, n. 53.

³⁶² V. art. 16, comma 1-bis, d.l. n. 4/2019, conv. dalla l. n. 26/2019.

³⁶³ A norma dell'art. 3, comma 3, l. 5.02.1992, n. 104.

³⁶⁴ V. monitoraggio dei flussi di pensionamento effettuato dall'Inps, aggiornato al 2.04.2025: <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/66>.

3. Il ruolo del *welfare* aziendale nel rafforzamento delle tutele per i caregiver familiari

Le imprese possono esercitare un ruolo strategico nel contribuire alle politiche di cura (Zucaro 2024: 244) e, così, supportare i lavoratori caregiver, come dimostrano i risultati riportati dal *Welfare Index* PMI 2024 (Generali Italia 2024), l'ultimo rapporto annuale sull'andamento del *welfare* aziendale delle piccole e medie imprese, che rappresentano oltre il 99% del tessuto produttivo italiano. Al primo posto delle aree di intervento risulta proprio la conciliazione vita-lavoro (o, meglio, nella prospettiva qui adottata, cura-lavoro), che si presenta in costante crescita, rivelando una maggiore consapevolezza del ruolo sociale svolto dalle imprese.

Le misure introdotte dal *welfare* aziendale possono concretizzarsi in vari modi³⁶⁵, tra cui la flessibilità oraria, il ricorso alla modalità di lavoro agile, permessi retribuiti o non retribuiti ulteriori rispetto a quelli previsti a livello normativo, la predisposizione di sportelli di ascolto e di consulenza psicologica per gestire lo stress e le difficoltà emotive legate alla cura, programmi di formazione specifica, rimborsi delle spese sostenute per l'assistenza e la cura di un familiare anziano e/o non autosufficiente, contributi per l'assistenza domiciliare sotto forma di *flexible benefit*, che sono beni o servizi messi a disposizione da un'impresa per i propri dipendenti, senza carichi contributivi o impositivi e con un regime fiscale agevolato, in modo da incrementare, di fatto, il potere d'acquisto del lavoratore (Murena 2019: 1235).

Tali iniziative non soltanto sopperiscono alle segnalate carenze del *welfare* pubblico (Ludovico 2019: 23), costituendo un efficace strumento per agevolare la conciliazione cura-lavoro dei dipendenti e, di conseguenza, il benessere organizzativo (Ponzellini, Tempia 2003), ma generano anche un impatto positivo per le imprese in termini di fidelizzazione e di produttività (Treu 2023). L'investimento nel *welfare* aziendale, infatti, rappresenta una preziosa strategia (denominata *employer branding*), attraverso la quale l'impresa costruisce e comunica la propria immagine come datore di lavoro ideale, al fine di motivare e trattenere i migliori talenti. Secondo l'analisi riportata dal *Welfare Index* PMI 2024, le politiche di *welfare* aziendale sono fattori di successo per la produttività e l'incremento di valore delle imprese, contribuendo alla generazione di un modello non solo distributivo, ma anche generativo di risorse.

Sussistono, però, delle criticità che ostacolano o, comunque, ridimensionano il ruolo del *welfare* aziendale nell'implementazione delle misure di conciliazione cura-lavoro.

Innanzitutto, è piuttosto evidente che soltanto le imprese più grandi e organizzate dispongono, da una parte, delle risorse finanziarie necessarie per sostenere i costi di tali

³⁶⁵ La parte finale del *Welfare Index* PMI 2024 presenta un ampio e variegato ventaglio di esperienze di *welfare* aziendale in imprese pilota.

misure, e, dall'altra, delle competenze specialistiche per organizzare servizi e prestazioni (ad esempio, attraverso il ricorso a consulenti esterni o istituendo un'apposita figura interna, il c.d. *care manager* aziendale).

Come noto, il sistema produttivo nazionale è piuttosto frammentato, in quanto composto da piccole e piccolissime imprese, che, da sole, non potrebbero essere in grado di organizzare, sostenere economicamente e gestire in maniera efficiente le varie iniziative. In tale ottica sarebbe molto proficua la diffusione di alleanze, consorzi e reti di imprese sul territorio, in modo da creare sinergie per ottimizzare le risorse e, così, offrire servizi comuni di qualità. Benché in crescita, i dati mostrano che, al momento, tale tendenza all'aggregazione coinvolge solo il 4% delle imprese nazionali (Generali Italia 2024: 31).

Un altro elemento che potrebbe segnare un salto di qualità determinante per il miglioramento del *work-life balance* per i caregiver familiari consiste nella cooperazione tra *welfare* aziendale e pubblico, realizzando una virtuosa collaborazione delle imprese con le istituzioni pubbliche, soprattutto a livello territoriale. Aggregando la domanda, il *welfare aziendale* potrebbe agire come facilitatore dell'offerta, in grado di accelerare l'innovazione e la diffusione di servizi non ancora presenti o in fase di sperimentazione, come, ad esempio, l'avvio di sistemi di telemedicina o di assistenza domiciliare qualificata per gli anziani. In tal modo, a beneficiare delle misure di *welfare* aziendale non sarebbero soltanto i lavoratori e le loro famiglie, ma anche le comunità locali, agevolando l'integrazione tra le imprese e il territorio in cui operano. Anche questa iniziativa è, però, in fase embrionale.

Un ulteriore aspetto da prendere in considerazione è che il *welfare* aziendale è un fenomeno complesso per la pluralità delle fonti istitutive, che spaziano dalle iniziative unilaterali del datore di lavoro e dai regolamenti aziendali ai contratti collettivi nazionali, territoriali e, soprattutto, aziendali (Tiraboschi 2024b). Anche se le imprese più grandi e articolate e con un'esperienza di *welfare* più matura si caratterizzano per una maggiore proattività, il ruolo delle organizzazioni sindacali e, nel contesto aziendale, delle RSA o delle RSU è fondamentale sia per intercettare le esigenze più rilevanti e impellenti per i lavoratori sia per dare maggiore impulso alle iniziative intraprese. Eppure, la crisi dei corpi intermedi e degli attori della rappresentanza (Tiraboschi 2024b: VII) sta mettendo fortemente in discussione questo ruolo propulsivo, riducendo, di fatto, le occasioni di promozione del benessere dei lavoratori attraverso la negoziazione collettiva. Al riguardo, il report *Welfare Index PMI 2024* mostra come il 41,1% delle misure di conciliazione viene attuato in applicazione dei CCNL, mentre il 45,6% avviene su iniziativa unilaterale delle imprese. Inoltre, il 41,3% delle imprese intervistate concede flessibilità di orario oltre i livelli stabiliti dal contratto collettivo applicato.

Infine, non si può trascurare l'importanza degli incentivi fiscali, che rendono sostenibile il costo delle misure di *welfare* aziendale nella maggior parte delle imprese. Il

carattere congiunturale degli incentivi (Treu 2016: 26) – che sono generalmente estemporanei, limitati nel tempo, soggetti a proroghe, senza una programmazione duratura, talvolta legati a specifici requisiti o condizioni che ne rendono difficoltoso l'utilizzo – mal si concilia con l'esigenza imprenditoriale di poter contare sulla stabilità delle disposizioni normative per poterne valutare l'opportunità e l'impatto aziendale a medio e lungo termine.

4. Sussidi economici, agevolazioni fiscali e servizi per i caregiver *tout court*: esperienze regionali

Come più volte segnalato nel corso della trattazione, la maggior parte delle tutele apprestate dall'ordinamento giuridico nazionale per l'attività di cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti sono dedicate ai *working carers*, al fine di agevolare la conciliazione tra i tempi di lavoro extra-casalingo e la gestione dell'attività assistenziale.

Frammentarie, eterogenee e irrisorie appaiono, invece, le protezioni dedicate ai caregiver *tout court*, che, invece, come più volte detto, sono proprio quelli esposti ad un rischio maggiore di marginalizzazione sociale, economica e professionale.

Al momento, le tutele per i caregiver puri si sostanziano in bonus economici, agevolazioni fiscali e nell'erogazione di alcuni servizi dedicati.

Per quanto riguarda i sussidi economici, è opportuno segnalare che quelli stanziati a livello centrale ed erogati dall'Inps non sono espressamente rivolti ai caregiver, bensì alla persona assistita, come, ad esempio, l'indennità di accompagnamento (c.d. IDA)³⁶⁶ o la prestazione universale per anziani³⁶⁷. In tali ipotesi è il soggetto non autosufficiente ad essere tutelato e a ricevere il beneficio, non chi lo assiste.

Viceversa, le prestazioni economiche destinate direttamente ai caregiver sono previste o, comunque, gestite a livello locale e, di conseguenza, la disponibilità, le modalità di accesso e gli importi erogati dipendono dalla Regione e dal Comune di residenza del prestatore di cura.

Ad esempio, il c.d. Bonus Caregiver non è una misura unitaria, ma si riferisce a diverse agevolazioni economiche che vengono finanziate dal fondo per le non autosufficienze e gestite a livello locale. I requisiti per la loro erogazione possono, dunque, variare a seconda dell'area geografica di competenza, ma sono generalmente riconducibili all'assistenza di persone in condizioni di disabilità di cui all'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992. L'importo del contributo economico dipende dalla disponibilità delle

³⁶⁶ Introdotta dalla l. 11.02.1980, n. 18. Da ultimo, la circolare Inps 28.01.2025, n. 23, ha aggiornato l'importo della prestazione assistenziale.

³⁶⁷ Artt. 34-36 d. lgs. n. 29/2024. V. indicazioni operative fornite dall'Inps nei messaggi 30.12.2024, n. 4490 e 18.03.2025, n. 949.

risorse e la sua assegnazione segue l'ordine della graduatoria stilata a livello comunale sulla base dei punteggi relativi al livello di gravità della persona assistita. Anche se la misura è espressamente riferita al prestatore di cura (Bonus caregiver), talvolta la procedura comunale prevede il versamento dell'emolumento alla persona assistita, come avviene, ad esempio, nel comune di Roma³⁶⁸.

Alcune Regioni hanno introdotto specifiche prestazioni monetarie per i caregiver familiari.

Un esempio virtuoso è rappresentato dalla Regione Abruzzo, che, fin dall'emanazione della legge regionale n. 43/2016 sul riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare, promuove forme di sostegno economico attraverso l'erogazione di un c.d. assegno di cura³⁶⁹, che viene erogato sulla base sia del reddito familiare che della gravità della condizione di disabilità dell'assistito³⁷⁰.

Dal report realizzato nel 2024 sul supporto ai caregiver in Abruzzo (Sofritti 2024), all'esito di una ricerca condotta dall'INRCA in collaborazione con il Dipartimento per le politiche della famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, emerge che, nel 2021, è stato stanziato a tale scopo un importo di € 2.412.720,43, destinato a tre tipologie di interventi³⁷¹: assegni di cura per persone in condizione di disabilità grave o gravissima, contributi *una tantum* a favore dei caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali e sostegni a programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita.

La Giunta regionale della Campania, con la delibera n. 124 del 22 marzo 2021, ha stanziato € 12.000.000,00 per la realizzazione di interventi per il riconoscimento ed il sostegno del ruolo del caregiver familiare nell'ambito della rete di assistenza alla persona. Tra le varie misure programmate è stato previsto anche un bonus *una tantum* a coloro che assistono familiari con disabilità grave o gravissima.

La regione Friuli-Venezia Giulia, con delibera della Giunta Regionale n. 737 del 6 giugno 2025, ha approvato le linee di indirizzo e di programmazione del Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare. Le risorse, che ammontano a € 702.000,00, sono destinate ai caregiver familiari, residenti nella Regione, che si prendono cura in ambiente domiciliare di persone residenti in Friuli-Venezia Giulia, con priorità per coloro che assistono soggetti in condizione di disabilità ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992 o che hanno aderito a programmi di

³⁶⁸ Al riguardo, v. la procedura seguita dal Comune di Roma:

<https://www.comune.roma.it/web/it/scheda-servizi.page?contentId=INF117423#:~:text=Viene%20corrisposto%20mediante%20bonifico%20bancario%20in%20favore%20della%20persona%20assistita.>

³⁶⁹ Art. 4, comma 2, lett. b), l.r. Abruzzo n. 43/2016.

³⁷⁰ Art. 8, comma 2, l. r. Abruzzo n. 43/2016.

³⁷¹ V. deliberazione regionale Abruzzo n. 589 del 20.09.2021.

accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento con l'assistito. Il contributo economico consiste in un importo di € 300,00 mensili per un massimo di dodici mensilità, finalizzato al finanziamento di progetti personalizzati dedicati ai caregiver familiari.

Per quanto concerne, invece, le agevolazioni fiscali previste a livello nazionale, le misure sono applicabili nel caso in cui il familiare assistito sia a carico del caregiver. Si concretizzano sotto forma di detrazioni per le spese mediche³⁷² e per quelle sostenute per l'occupazione di addetti all'assistenza personale nei casi di "non autosufficienza" della persona con disabilità nel compimento degli atti della vita quotidiana. La detrazione per i costi di colf e badanti, nella misura del 19%, deve essere calcolata su un ammontare di spesa non superiore a € 2.100,00 e spetta soltanto quando il reddito complessivo del contribuente non sia superiore a € 40.000,00³⁷³.

I servizi erogati ai caregiver familiari sono ancora in fase embrionale, sebbene alcune Regioni-pilota si siano attivate già da alcuni anni per rispondere in maniera concreta alle esigenze dei prestatori di cura.

Al riguardo, la Regione Emilia-Romagna³⁷⁴ ha istituito degli interventi domiciliari "di sollievo", che consistono nell'invio a cadenza settimanale o bisettimanale, per alcune ore, di personale qualificato presso il domicilio della persona assistita. Lo scopo è quello di promuovere e sviluppare spazi di autonomia per i caregiver familiari *tout court*, fornendo loro una pausa dalla faticosa attività di cura, svolta in maniera continuativa ed esclusiva. Questi interventi domiciliari realizzano una sostituzione temporanea del caregiver, consentendogli di ritagliare almeno un piccolo lasso di tempo da dedicare alle relazioni sociali, ad un *bobby*, al riposo, per cercare di allentare la morsa di stress e tensione alla quale è quotidianamente sottoposto, con gravi rischi per la sua salute psicofisica.

Un'altra modalità proposta dalla Regione Emilia-Romagna è l'intervento di sostegno semi-residenziale o residenziale, con il quale è prevista l'accoglienza temporanea dell'assistito in una struttura semiresidenziale o residenziale. Questo tipo di intervento consente al caregiver di sospendere l'attività di cura, in via temporanea o prolungata, qualora si verificano situazioni di emergenza, come, ad esempio, l'insorgere di un proprio problema di salute che impedisca di dedicarsi adeguatamente all'assistenza del familiare accudito.

Anche la l. regionale del Friuli-Venezia Giulia n. 8/2023 prevede che i Servizi Sociali dei Comuni e le Aziende Sanitarie forniscano «interventi di sostegno e sollievo, di

³⁷² Art. 15, comma 1, lett. c), TUIR.

³⁷³ Art. 15, comma 1, lett. i-*septies*), TUIR.

³⁷⁴ V. <https://www.regione.emilia-romagna.it/caregiver/i-tuoi-bisogni/la-tua-salute/gli-interventi-di-sollievo-e-sostegno-per-i-caregiver>.

emergenza o programmati, nelle situazioni di bisogno segnalate» (art. 5, comma 1, lett. d). L'art. 5, comma 1, lett. b), della citata legge regionale introduce anche servizi di consulenza e di supporto psicologico al fine di tutelare il benessere psicofisico del caregiver familiare e prevenire le malattie legate allo stress intenso e prolungato che l'assistenza comporta (Calvi 2023).

Si tratta di iniziative apprezzabili, che, pur mostrando quanto fragile e frammentata sia la rete protettiva per i caregiver familiari puri, a causa dell'insufficienza delle risorse disponibili e delle significative differenze organizzative ed economiche a livello regionale, indicano la direzione per una strategia da realizzare in maniera capillare e uniforme per rispondere adeguatamente a bisogni complessi e in rapida trasformazione.

5. L'effettività delle tutele al vaglio giurisprudenziale

Per poter avere un quadro completo e attendibile dello stato dell'arte delle tutele dedicate ai caregiver familiari (*working carers* e caregiver puri), oltre all'analisi normativa (nazionale e regionale) sul tema, alla valutazione del ruolo svolto dalla contrattazione collettiva nell'ambito del *welfare* aziendale e all'esame delle più significative esperienze territoriali, è fondamentale verificare la tenuta e l'effettività del sistema protettivo nei confronti della cura familiare attraverso un'indagine giurisprudenziale.

Frequentemente, infatti, il diritto del singolo di ottenere una tutela concreta ed efficace si realizza soltanto in via giudiziale. Inoltre, il livello del contenzioso funge da cartina al tornasole sia del crescente interesse nei confronti di un tema, sia della sua delicatezza e spinosità.

Al riguardo, molto utile si rivela il Report pubblicato a luglio 2025 dall'Osservatorio giuridico permanente Human Hall sui diritti delle persone con disabilità, costituito presso l'Università di Milano, che fornisce un monitoraggio aggiornato sulle novità giurisprudenziali, con l'obiettivo di analizzare e sistematizzare le più importanti decisioni dei giudici italiani e delle principali Corti europee (Arconzo 2025).

La rassegna giurisprudenziale relativa all'anno 2024 evidenzia come su 1.109 pronunce (sia di merito che di legittimità) dedicate al tema della disabilità in senso ampio, 93 riguardino specificamente la figura del caregiver familiare (Degoli 2025: 113). Le sentenze riportate nel Report riguardano i *working carers* e, in particolare, il godimento delle tutele esaminate nei § 2.1 e 2.3 del presente capitolo.

Il contenzioso più vivace concerne il diritto alla scelta della sede e a non essere trasferiti senza consenso (art. 33, comma 5, l. n. 104/1992), come era presumibile, considerato che l'espressione «ove possibile» richiede un delicato e non certo agevole bilanciamento tra le opposte esigenze coinvolte.

Nella sentenza del 2 gennaio 2024, n. 47, la Corte di cassazione ha ribadito l'orientamento secondo il quale «è posto a carico del datore di lavoro l'onere di provare

la sussistenza di ragioni organizzative, tecniche e produttive che impediscono l'accoglimento delle richieste del lavoratore incaricato di assistere un familiare disabile», confermando che «le ragioni idonee a giustificare tale rifiuto devono rivestire particolare intensità e rilevanza»³⁷⁵.

Molte pronunce si sono soffermate sull'abuso dei permessi finalizzati all'assistenza del familiare disabile. È una questione ricorrente, che, se affrontata superficialmente, rischia di minare la fiducia collettiva nel genuino utilizzo di strumenti giustamente previsti dall'ordinamento a tutela di situazioni bisognose di protezione. Il clamore mediatico sull'uso distorto che, talvolta, ne viene fatto non può e non deve gettare discredito sulla categoria – già così bistrattata – dei caregiver.

Al riguardo, la Corte di cassazione³⁷⁶ ha chiarito che il perimetro dell'assistenza non può intendersi riduttivamente come mera presenza fisica del caregiver presso il domicilio del congiunto, ma deve includere anche le attività esterne, comunque necessarie alle effettive esigenze dell'assistito (come, ad esempio, la spesa, la farmacia, l'ufficio postale, il medico...). Ovviamente, esula da qualsiasi attività assistenziale la condotta del figlio, fruitore del permesso *ex lege* n. 104/1992, che, invece di prendersi cura della madre con disabilità, parta per un c.d. *week-end* lungo «con amici e valigia al seguito, così mettendo fra sé e la finalità di assistenza una distanza e una previsione di rientro non prossimo che rendono del tutto evidente che il permesso è stato utilizzato per altra finalità, che la legge garantisce con l'apposito istituto delle ferie»³⁷⁷ (Russo 2014: 444).

Per accertare l'uso improprio dei permessi, la Cassazione³⁷⁸ ammette la legittimità del ricorso da parte del datore di lavoro ad un'agenzia investigativa, purché il controllo non abbia ad oggetto l'adempimento della prestazione lavorativa, ma sia finalizzato a verificare comportamenti che possano configurare ipotesi penalmente rilevanti o integrare attività fraudolente, come, appunto, l'abuso del diritto di cui all'art. 33, comma 3, l. n. 104/1992 (Rossi 2025: 620).

³⁷⁵ In tal senso, anche Trib. Cuneo 11.10.2024; App. Catanzaro 23.04.2024; App. Roma 25.06.2024, n. 2438.

³⁷⁶ Cass. 10.10.2024, n. 26417. V. anche Cass. 9.05.2024, n. 12679; App. Ancona 22.03.2024, n. 84; App. Roma 11.06.2024; App. Venezia 12.06.2024; Trib. Reggio Calabria 7.03.2024; Trib. Roma 8.03.2024; Trib. S. Maria Capua Vetere 25.09.2024. Di recente, v. Trib. Venezia 17.06.2025.

³⁷⁷ Cass. 4.03.2014, n. 4984.

³⁷⁸ Cass. 12.03.2024, n. 6468. V. anche App. Salerno 26.02.2024, n. 21; Trib. Roma 25.11.2024, n. 9312.

5.1 Gli accomodamenti ragionevoli per i caregiver familiari: la sentenza della Corte di Giustizia UE dell'11 settembre 2025

A chiusura del cerchio nell'indagine sull'effettività delle tutele dei caregiver e sulla loro garanzia in via giudiziale non si può non dedicare qualche riflessione alla significativa pronuncia dell'11 settembre 2025, C-38/24, emessa dalla Corte di Giustizia dell'Unione Europea, su rinvio della Corte di cassazione italiana³⁷⁹ (Gualandi 2024: 501), che segna una vera e propria pietra miliare.

Due sono le questioni – delicate e rilevanti – che il giudice del rinvio sottopone all'attenzione della Corte europea.

Il primo quesito concerne la sussistenza, anche alla luce della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, della legittimazione ad azionare la tutela antidiscriminatoria (che sarebbe riconosciuta al disabile dalla direttiva 2000/78/Ce) da parte del caregiver familiare che deduca di aver subito una discriminazione indiretta in ambito lavorativo come conseguenza dell'attività assistenziale prestata.

Il secondo nodo da sciogliere riguarda l'obbligo per il datore di lavoro di adottare i c.d. accomodamenti ragionevoli anche nei confronti del caregiver familiare, per garantire il principio della parità di trattamento nei confronti degli altri lavoratori, sul modello previsto per i disabili dalla citata direttiva e dalla Convenzione ONU del 2006.

La sentenza della Corte Europea risponde in maniera chiara e dettagliata su entrambi i punti. In realtà, in merito alla prima questione, la Corte di Giustizia si era già pronunciata nel 2008 nella nota sentenza *Coleman*³⁸⁰, dichiarando che una situazione di discriminazione diretta «per associazione», fondata sulla condizione di disabilità, è vietata dalla direttiva 2000/78 (Calafà 2008: 1169; Gottardi 2008: 62; Venturi 2008: 849). Il divieto di discriminazione diretta di cui agli artt. 1 e 2, commi 1 e 2, lett. a), della direttiva 2000/78 non può essere limitato alle sole persone che siano esse stesse disabili, perché, se così fosse, verrebbe vanificata la finalità della protezione che intende garantire.

La sentenza del 2025, però, non si limita a ribadire un principio assodato, ma opera un «salto di qualità», affermando che assicurare la parità di trattamento significa assenza di «ogni forma di discriminazione», anche indiretta, compreso il «rifiuto di un accomodamento ragionevole».

Per accomodamento (o soluzione) ragionevole l'art. 5 della direttiva 2000/78 intende i «provvedimenti appropriati» che il datore di lavoro deve adottare «in funzione delle esigenze delle situazioni concrete, per consentire ai disabili di accedere ad un lavoro, di

³⁷⁹ Cass. 17.01.2024, n. 1788.

³⁸⁰ Corte Giust. UE 17.07.2008, C-303/06.

svolgerlo o di avere una promozione o perché possano ricevere una formazione». In maniera analoga si esprime l'art. 2 della citata Convenzione ONU, riferendosi alle modifiche e agli adattamenti necessari e appropriati «per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali».

Fino al 2024 in Italia non vi era una vera e propria definizione giuridica di accomodamento ragionevole, ma un accenno – operato dall'art. 3, comma 3-*bis*, d. lgs. n. 216/2003 – alla direttiva europea e alla Convenzione ONU, da attuare laddove gli altri strumenti offerti dall'ordinamento³⁸¹ non risultassero pienamente soddisfacenti (Bonardi 2011: 785; Cimaglia 2016: 366).

Il d. lgs. n. 62/2024 dedica l'art. 17 agli accomodamenti ragionevoli, definendoli «le misure e gli adattamenti necessari, pertinenti, appropriati e adeguati» che consentono alle persone con disabilità «il godimento e l'effettivo e tempestivo esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali».

Tutte le disposizioni – internazionale, europea e nazionale – introducono, però, un limite, consistente nell'evitare di imporre al soggetto obbligato (nel caso di specie, il datore di lavoro) un onere sproporzionato o eccessivo. L'art. 5 della direttiva 2000/78 precisa, al riguardo, che la soluzione non è sproporzionata quando l'onere sia compensato in modo sufficiente da misure esistenti nel quadro della politica dello Stato membro a favore delle persone con disabilità, quali possono essere, ad esempio, gli incentivi per il collocamento mirato o per l'adattamento dei luoghi di lavoro e l'introduzione di tecnologie assistive.

Minimo comune denominatore delle tre disposizioni è, però, che il beneficiario della tutela sia la persona con disabilità. Anche se negli ultimi anni si è registrato qualche timido tentativo di interpretazione estensiva nei confronti del caregiver familiare³⁸² (Russo 2019: 497; Russo 2023: 150), è in questo punto che risiede la portata innovativa della sentenza europea.

Secondo la pronuncia in esame, «siffatti accomodamenti devono, se del caso, essere conferiti anche al lavoratore che fornisce l'assistenza che consente alla persona disabile di ricevere la parte essenziale delle cure che le sue condizioni richiedono»³⁸³.

Nella pratica, l'accomodamento nei confronti del caregiver potrebbe concretizzarsi in vari modi. Tra questi, la Corte europea menziona la riduzione dell'orario di lavoro e l'assegnazione di un'altra sede, ma (come visto *supra*, § 2.4) potrebbe anche consistere nel ricorso alla modalità di lavoro agile. L'importante è che l'adozione della misura –

³⁸¹ Ad es., art. 33, comma 3, l. n. 104/1992; art. 42, comma 5, d. lgs. 26.03.2001, n. 151; art. 8, comma 4, d. lgs. n. 81/2015.

³⁸² Trib. Ferrara 25.03.2019.

³⁸³ Il virgolettato è tratto da Corte Giust. UE 11.09.2025, C- 38/24.

qualunque essa sia – consenta, al contempo, la piena ed effettiva partecipazione alla vita professionale e lo svolgimento dell'attività di cura nei confronti del familiare da assistere.

CAPITOLO 5 | Le tutele per i caregiver informali nei Paesi Bassi: profili comparatistici

Sommario: 1. I servizi formali e informali di assistenza a lungo termine in Europa: le differenze Nord e Sud. – 2. Le ragioni di una comparazione tra l'Italia e i Paesi Bassi. – 3. Cenni sul quadro demografico e socioeconomico olandese. – 4. L'evoluzione del sistema di assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi. – 4.1. I destinatari dell'assistenza. – 4.2. Le modalità di *long-term care*. – 4.3. Le criticità del sistema olandese. – 5. I Paesi Bassi e la sfida della cura informale. – 6. Il riconoscimento giuridico del caregiver informale olandese (*mantelzorger*). – 7. Le tutele per i caregiver informali. – 7.1. Tutele specifiche per i *working carers*. – 8. Spunti di riflessione dalla comparazione con il modello olandese.

1. I servizi formali e informali di assistenza a lungo termine in Europa: le differenze Nord e Sud

La vecchiaia e la non autosufficienza sono rischi sociali “tradizionali”. La novità consiste nella pressione e urgenza esercitate dai cambiamenti demografici, economici e sociali già ampiamente illustrati (invecchiamento della popolazione, incremento della speranza di vita, multidimensionalità del bisogno assistenziale e di cura, maggiore partecipazione delle donne nel mercato del lavoro e, quindi, riduzione delle potenziali prestatrici di cura), che, negli ultimi anni, hanno richiamato l'attenzione sull'assistenza degli anziani non autosufficienti, avviando una necessaria riflessione su questo segmento della sicurezza sociale, al fine di garantire una tutela adeguata agli assistiti e ai caregiver (Fischer, Polte, Sternkopf 2022: 139).

Nei Paesi europei i sistemi di *long-term care* risultano condizionati non soltanto dai modelli di *Welfare* adottati (Esping-Andersen 1990; Ferrera 1993), ma anche e soprattutto dai fattori sociali, culturali, economici e politici, dando vita a quattro distinti regimi di cura, in funzione del livello di intensità della domanda e dell'offerta dei servizi di assistenza, in natura o monetari (Lamura, Barbabella 2013: 9; Pavolini 2022; De Tommaso 2024).

In particolare, secondo la classificazione elaborata dalla Commissione Europea (Pavolini 2022), i Paesi dell'Europa meridionale, tra i quali l'Italia, si caratterizzano per un'alta domanda di assistenza e una bassa intensità dell'offerta di cura formale; i Paesi definiti transitori, in quanto più recentemente annessi all'Unione Europea³⁸⁴, presentano

³⁸⁴ Ungheria, Repubblica Ceca, Slovacchia, Bulgaria, Romania, Estonia, Lettonia e Lituania.

una bassa domanda di servizi di cura per la non autosufficienza e una bassa offerta del mercato formale; i Paesi continentali, come Germania e Austria, mostrano un'intensità medio-alta sia nella domanda che nell'offerta di assistenza; infine, i Paesi nord-europei hanno una domanda di assistenza di media intensità e una rete consolidata di servizi pubblici sociosanitari per l'erogazione della cura. Questi ultimi sono considerati (Istat 2010: 10) i pionieri dei sistemi di *long-term care*, sia perché li hanno introdotti fin dagli anni Cinquanta del secolo scorso, sia perché risultano strutturati in maniera completa e articolata, includendo prestazioni monetarie e servizi in natura, domiciliari e residenziali.

La diversa organizzazione dei servizi formali di cura, però, non è l'unico aspetto da prendere in considerazione. Un'altra variabile che acuisce il divario nord-sud Europa è la rilevanza dei legami familiari e, di conseguenza, la gestione informale della cura attraverso il caregiving.

Al riguardo, è significativa una ricerca basata sull'analisi dei dati SHARE³⁸⁵ dal 2004 al 2017 (Brenna 2020), finanziata dalla Fondazione Cariplo e condotta dal Dipartimento di Economia e Management dell'Università di Pavia, che si è focalizzata sui legami tra genitori anziani e figli per evidenziare le differenze tra Paesi europei fondati su società familistiche (tipicamente nell'Europa meridionale) e non-familistiche (generalmente nell'Europa del Nord).

Dal confronto tra i Paesi europei posti a diverse latitudini è emerso che gli Stati meridionali (in particolare, Spagna e Italia) si distinguono per percentuali elevate di figli che si prendono cura dei genitori anziani non autosufficienti, a conferma della concezione familista che li connota, mentre i Paesi del Nord Europa presentano percentuali minori per la categoria dei figli, compensate da valori più alti di amici e vicini di casa (Pavolini, Ranci 2014; Brenna, Di Novi 2016: 745).

Tale ricerca misura l'intensità del legame tra figli adulti e genitori anziani attraverso alcuni parametri, tra i quali la frequenza dei contatti telefonici o personali e la distanza tra le abitazioni. Dall'analisi dei dati emerge una differenza considerevole. Per quanto concerne la frequenza giornaliera dei contatti, il divario oscilla dal 60% dell'Italia al 10% della Danimarca; in riferimento alla distanza logistica, il campione esaminato mostra che in Italia il 38% dei figli ultracinquantenni vive a meno di 1 km dal domicilio dei genitori (il 20% addirittura nello stesso palazzo), mentre le percentuali si riducono notevolmente via via che si avanza verso nord (5% in Francia; 1,3% in Svezia).

I dati, quindi, confermano la concezione familista della cura in Italia, come emerso nei capitoli precedenti, secondo la quale sono le famiglie – e in particolar modo le donne – a farsi carico dei bisogni assistenziali dei congiunti più fragili (Triantafyllou *et al.* 2010).

³⁸⁵ <https://share-eric.eu/>.

2. Le ragioni di una comparazione tra l'Italia e i Paesi Bassi

Come visto, l'Europa appare sostanzialmente divisa da una linea invisibile che separa i Paesi meridionali da quelli settentrionali per quanto concerne la concezione e la gestione della cura dei soggetti anziani non autosufficienti.

L'Italia è uno dei Paesi europei in cui è maggiormente consolidata la visione familista della cura e in cui più marcato appare lo squilibrio tra domanda di assistenza e servizi erogati, a causa della difficile sostenibilità dei costi del *welfare* pubblico e delle differenze organizzative nella gestione su base regionale, come illustrato in precedenza.

Davanti a questo scenario potrebbe insinuarsi la tentazione di guardare con invidia sistemi di *long-term care* più avanzati del nostro e desiderare di importarli nel nostro ordinamento per risolvere in tempi rapidi le inefficienze, ma una acritica trasposizione di regole e modelli da un contesto socioeconomico e culturale ad un altro non può rappresentare una soluzione valida e percorribile, senza contare l'ostacolo economico che spesso trasforma scelte ragionevoli in irrealizzabili.

Tuttavia, l'approfondimento delle caratteristiche e delle modalità di funzionamento di un sistema assistenziale differente da quello italiano e generalmente considerato particolarmente sviluppato ed efficiente offre certamente stimolanti spunti di riflessione e l'acquisizione di una conoscenza più approfondita del proprio contesto nazionale³⁸⁶. Lo studio di altri ordinamenti consente, infatti, da un lato, di esaminare con maggiore attenzione il proprio, mettendone in evidenza gli elementi distintivi, i meriti e le insufficienze, e, dall'altro, di prendere coscienza che «il nostro modo di vedere non è il solo [...] e non ha in tutti i casi un valore universale» (David 1992: 116) e che lo stesso «armamentario concettuale del giurista» è in continua trasformazione (Cerrina Feroni, Morbidelli 2020: 3; Ascarelli 1952: 45). Inoltre, la comparazione giuridica può essere una preziosa risorsa operativa *de jure condendo* nella prospettiva del miglioramento del diritto vigente, anche attraverso l'individuazione di *best practices* e percorsi di unificazione e armonizzazione con altre discipline nazionali (Autorino 2017: 7).

Nel caso di specie, il metodo comparativo potrebbe essere utile per indicare traiettorie di implementazione e valorizzazione dei servizi di cura per i soggetti anziani non autosufficienti e delle tutele nei confronti dei caregiver informali che li assistono.

In tale ottica potrebbe risultare fruttuosa la comparazione con i Paesi Bassi, che sono riconosciuti a livello internazionale come un'eccellenza sotto il profilo della qualità dell'assistenza a lungo termine (CEPS 2012; OCSE 2013; Commissione Europea 2018a; OMS 2021a). Tale scelta risponde anche a uno dei criteri caldeggiati per la comparazione, che dovrebbe avere luogo non soltanto nell'ambito di una materia

³⁸⁶ Il pensiero va al manifesto elaborato da R. Sacco e sottoscritto da un gruppo di autorevoli comparatisti, tra i quali F. Castro, P. Cendon, A. Frignani, A. Gambaro, M. Guadagni, A. Guarneri e P. G. Monateri.

«familiare», ma anche tra ordinamenti che non sono interamente «estranei» a chi si accinge ad affrontarla e per i quali sia possibile contare sulla «più ampia cooperazione tra giuristi» (David 1992: 126), come, nel caso, di specie, l'Italia e i Paesi Bassi (v., *supra*, introduzione).

3. Cenni sul quadro demografico e socioeconomico olandese

Per poter inquadrare correttamente il sistema di *long-term care* attuato nei Paesi Bassi, è necessaria qualche considerazione preliminare sulla situazione demografica e socioeconomica olandese.

L'esame dei dati più recenti mostra che la popolazione olandese sta invecchiando rapidamente: la percentuale delle persone *over* 65 è aumentata dal 12% del 1990 al 22% del 2020 e, secondo le previsioni statistiche, dovrebbe raggiungere il 25% nel 2050 (Bakx, Van Doorslaer, Wouterse 2023: 1).

Benché il fenomeno sia monitorato con attenzione dal governo olandese, la tendenza demografica appare in linea con gli altri Paesi nord-europei ed è, comunque, inferiore al tasso di invecchiamento dell'Italia, che nel 1990 aveva il 14,6% di ultrasessantacinquenni, nel 2020 il 23,7% e, secondo le previsioni ISTAT, nel 2050 raggiungerà il 34,5% (Istat 2024a). Il minore indice di invecchiamento della popolazione nei Paesi Bassi rispetto all'Italia è anche determinato dal più elevato tasso di natalità. Secondo i dati Eurostat, la fertilità, in calo in tutta Europa, nel 2023 ha un indice pari a 1,55 nei Paesi Bassi e a 1,21 in Italia.

Un altro dato da prendere in considerazione è che la popolazione complessiva nei Paesi Bassi ammonta a 17,9 milioni di persone nel 2024³⁸⁷, notevolmente inferiore ai 58,9 milioni dell'Italia (Istat 2024a).

Ad ogni modo, il progressivo fenomeno di invecchiamento è destinato a ripercuotersi ben oltre la sfera demografica perché comporta, anche nei Paesi Bassi, un incremento della domanda di assistenza nei confronti degli anziani non autosufficienti (De Meijer, Bakx, Koopmanschap, van Doorslaer 2015: 18; De Meijer 2012). Questa sfida va affrontata su due fronti: da una parte, attraverso l'organizzazione e l'erogazione di servizi e prestazioni di cura, soprattutto a lungo termine, in considerazione dell'aumento della speranza di vita; dall'altra, mediante la verifica della "tenuta" del sistema di sicurezza sociale e, in particolare, dell'assetto del sistema sanitario.

Finora i servizi di *long-term care* olandesi hanno potuto attingere da una situazione finanziaria più solida e rassicurante di quella italiana. Al 2024, infatti, il debito pubblico

³⁸⁷ V. <https://it.tradingeconomics.com/netherlands/population>.

nei Paesi Bassi risulta pari al 43,7% del PIL³⁸⁸, a fronte di quello italiano, che è pari al 137,9% del PIL nazionale³⁸⁹.

Un altro tassello per comporre il quadro olandese relativo alla gestione della cura è rappresentato dall'incidenza del lavoro part-time, che oscilla tra il 44 e il 48% della forza lavoro, di cui circa il 65% di genere femminile (OCSE 2019b), segno che, nonostante l'impegno profuso nella promozione della parità di genere (i Paesi Bassi hanno 7,8 punti più della media europea nella statistica sulla parità di genere 2024: European Institute for Gender Equality 2024), permane un divario nella partecipazione al mercato del lavoro, e di conseguenza, anche un *gender pay gap*. È opportuno precisare che una percentuale così elevata di part-time è favorita sia da una normativa che valorizza la flessibilità oraria come efficace strumento di conciliazione tra vita e lavoro³⁹⁰, sia da un sistema economico che offre salari competitivi nonostante la riduzione oraria.

In Italia, come visto nel capitolo precedente, il ricorso al part-time è frequentemente involontario e, comunque, si aggira intorno al 18,6% del totale degli occupati, con una netta prevalenza femminile (Cnel, Istat 2025: 8).

4. L'evoluzione del sistema di assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi

Per poter comprendere appieno quali siano le misure olandesi dedicate ai caregiver informali e come funzionino, è indispensabile inserirle all'interno del complessivo quadro dei servizi di assistenza a lungo termine rivolti agli anziani non autosufficienti. Sotto questo profilo non soltanto i Paesi Bassi rappresentano un'eccellenza a livello internazionale – come evidenziato dall'OCSE (2013), dalla Commissione Europea (2018) e, di recente, dall'OMS (2021) – ma sono anche stati i primi a introdurre un'assicurazione sociosanitaria universalistica obbligatoria per la copertura di un'ampia varietà di servizi di cura nei confronti dei soggetti non autosufficienti.

Nel 1968, la legge sulle spese mediche eccezionali (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*, meglio conosciuta con l'acronimo AWBZ) ha introdotto un sistema universale e obbligatorio di assistenza a lungo termine, che riguarda non solo l'assistenza agli anziani, ma anche a tutte le persone in condizioni di disabilità fisica o mentale, per la copertura delle spese non incluse nell'assicurazione sanitaria ordinaria, denominata *Zorgverzekeringswet* (Mot 2010). L'assicurazione sanitaria ordinaria è obbligatoria e viene gestita da compagnie assicurative private, con un ruolo limitato dello Stato (Houwerzijl, Zekić, Evers, Bekker 2021: 100).

³⁸⁸ V. <https://www.ceicdata.com/en/indicator/netherlands/government-debt-of-nominal-gdp>.

³⁸⁹ <https://www.eunews.it/2025/07/21/sale-il-debito-dellue-in-italia-e-al-1379-per-cento-del-pil/>.

³⁹⁰ La legge sul lavoro flessibile (in olandese, *Wet Flexibel Werken*) è entrata in vigore il primo gennaio 2016 ed è stata recentemente modificata ad opera della direttiva europea 2019/1158.

Secondo l'OCSE (2013: 5), i risultati dell'AWBZ sono soddisfacenti: gli indicatori di salute per i Paesi Bassi si presentano buoni e il numero atteso di anni di vita in salute è piuttosto elevato. Inoltre, le disuguaglianze negli esiti sanitari sono basse e gli stili di vita relativamente sani.

Dal 2006 viene realizzato un monitoraggio periodico del sistema sanitario, che utilizza 125 indicatori per descriverne la qualità, l'accessibilità e i costi. Da tali indicatori emerge un'assistenza residenziale e domiciliare efficace (Westert *et al.* 2010).

Una ricerca condotta nel 2012 su quattro Paesi europei (Germania, Paesi Bassi, Polonia e Spagna), scelti come campione dei quattro modelli di cura individuati dalla dottrina (v., *supra*, §1), evidenziava come i punteggi più alti in termini di qualità della vita degli utenti di *long-term care*, di livello dell'assistenza e di equità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni fossero conseguiti dal sistema olandese (Mot, Bíró 2012: 1). I risultati della ricerca, però, mostravano che, a fronte di un'articolata assistenza formale, abbondantemente finanziata con denaro pubblico, meno attenzione e risorse venivano dedicate all'assistenza informale, ossia al caregiving familiare. Di conseguenza, meno frequente era il ricorso alle prestazioni monetarie (*cash for care*), con una netta preferenza per i servizi in natura (*in kind*).

Il tentativo di un'inversione di rotta è stato operato nel 2015, quando l'AWBZ è stato abrogato e sostituito dalla legge sull'assistenza a lungo termine (*Wet langdurige zorg*, WLZ), tuttora vigente. Si tratta di un sistema ibrido, che combina elementi di universalismo, mutualismo e mercato, garantendo una vasta copertura assistenziale e offrendo diverse modalità di cura, sia a livello residenziale che domiciliare.

La WLZ è un'assicurazione nazionale, valida per tutti i residenti, e copre non soltanto le spese mediche non incluse nell'assicurazione generale, ma anche quelle sociosanitarie e assistenziali in senso ampio. Il meccanismo coinvolge le compagnie assicurative private, che sono obbligate a garantire ai titolari della polizza i diritti derivanti dal pacchetto di assistenza nelle modalità stabilite dal decreto sull'assistenza a lungo termine (*Besluit langdurige zorg*). Talvolta, a seconda del reddito e del patrimonio dell'assistito, può essere richiesto un contributo all'assicurato (Pennings 2022: 62).

Questa copertura sanitaria universale è realizzata attraverso tre sistemi di finanziamento pubblico, complementari tra loro, ciascuno dei quali finanzia specifiche tipologie di assistenza (Bakx, Van Doorslaer, Wouterse 2023: 8). In primo luogo, l'assicurazione sociale per l'assistenza a lungo termine copre l'assistenza residenziale. In secondo luogo, l'assicurazione sanitaria sociale copre i servizi domiciliari. In terzo luogo, ai comuni è attribuita la responsabilità di organizzare e finanziare l'assistenza e il supporto sociale per gli anziani che vivono nell'area di loro competenza. Ciascuno di questi sistemi pubblici copre l'assistenza per l'intera popolazione.

La riforma del 2015 è finalizzata ad un più efficace coordinamento tra assistenza a lungo termine, assistenza medica, assistenza sociale e territorio (Alders, Schut 2019:

312). Di conseguenza, comporta una maggiore integrazione tra servizi formali e informali di cura. Per conseguire questo obiettivo, l'attenzione del legislatore olandese si è focalizzata su due punti essenziali.

Il primo pilastro consiste nel decentramento dell'assistenza a lungo termine attraverso il coinvolgimento dei comuni, al fine di rafforzare la rete sociale nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni assistenziali. Questa scelta è il frutto dell'armonizzazione normativa con la legge sul sostegno sociale (*Wet maatschappelijke ondersteuning*), anch'essa emanata nel 2015, che assegna ai comuni il compito di fornire assistenza domiciliare attraverso un programma di attività quotidiane nei confronti dell'assistito o il supporto ai caregiver informali.

I servizi comunali vengono attivati solo quando gli assistiti o la loro rete familiare e sociale non sono in grado di organizzarsi autonomamente per soddisfare i propri bisogni e, quindi, hanno diritto a ricevere l'assistenza formale.

Un secondo passaggio rilevante della riforma consiste nell'aver incluso l'assistenza a lungo termine tra le prestazioni del regime di assicurazione sanitaria obbligatoria per chiunque viva o lavori nei Paesi Bassi, ai sensi della legge sull'assicurazione sanitaria (*Zorgverzekeringswet*, abbreviata in *Zvw*). In tal modo, purché abbiano i requisiti necessari per usufruirne, gli assicurati non devono pagare alcunché per potersi avvalere dei servizi e delle prestazioni residenziali e domiciliari.

L'attuale sistema assicurativo pubblico per l'assistenza a lungo termine nei Paesi Bassi è considerato più generoso rispetto alla maggior parte degli altri Paesi europei, in quanto si presenta, al tempo stesso, più ampio e meno costoso per chi ne usufruisce (Bakx, Van Doorslaer, Wouterse 2023: 1). Nella pratica, il sistema si traduce nell'accesso a un'assistenza domiciliare e residenziale di buona qualità, con costi diretti relativamente bassi e il minimo coinvolgimento possibile per l'assistenza informale da parte di familiari e amici (Tenand, Bakx, van Doorslaer 2020: 1161).

4.1 I destinatari dell'assistenza

La legge sull'assistenza a lungo termine (*Wet langdurige zorg*) individua la platea dei destinatari delle misure assistenziali nell'art. 3.2.1., secondo il quale «una persona assicurata ha diritto a un'assistenza adeguata alle sue esigenze, caratteristiche personali e capacità, nella misura in cui, per natura, contenuto e portata, dipende ragionevolmente da tale assistenza perché, a causa di una condizione somatica o psicogeriatrica, di un disturbo mentale o di una disabilità intellettuale, fisica o sensoriale, ha bisogno di una supervisione permanente per evitare gravi danni a sé stesso»³⁹¹.

Lo stesso articolo chiarisce che la supervisione, anche definita «guida costante», deve essere esercitata quando il soggetto non sia in grado di prendersi «cura di sé» nello

³⁹¹ La traduzione in italiano dei testi normativi olandesi non è ufficiale.

«svolgimento delle attività quotidiane generali, tra cui la cura e l'igiene personale e, se necessario, l'assistenza infermieristica» oppure abbia «problemi di gestione», che consistono in «limitazioni nella capacità di effettuare una valutazione adeguata delle situazioni quotidiane nelle aree della competenza sociale, del comportamento problematico, del funzionamento psicologico o della memoria e dell'orientamento».

Dal confronto tra l'art. 3.2.1. della legge sull'assistenza a lungo termine olandese e l'art. 3, comma 3, della legge italiana n. 104/1992 (formulazione originaria, che resterà vigente fino al 31 dicembre 2026, quando entreranno in vigore le modifiche apportate dal d. lgs. n. 62/2024), la prima differenza che emerge è la maggiore ampiezza della platea dei destinatari, in quanto nella disposizione olandese non c'è alcun riferimento alla «gravità della situazione»³⁹². L'attenzione è focalizzata sui danni che la persona può causare a sé stessa come conseguenza della sua non autosufficienza, intesa, come visto, nel senso più ampio del termine (incapacità di prendersi cura di sé e di gestire la quotidianità).

Al riguardo, però, va rilevato che la nuova formulazione introdotta dall'art. 3 d. lgs. n. 62/2024, superando il richiamo alla «gravità della situazione» ed evidenziando la riduzione dell'«autonomia personale» in seguito alla «compromissione, singola o plurima [...] in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione»³⁹³, sembra andare proprio nella direzione di una maggiore inclusione.

Il meccanismo di accertamento della condizione di non autosufficienza e di riconoscimento della titolarità del diritto all'assistenza a lungo termine è disciplinato nell'art. 3.2.3. della *Wet langdurige zorg* e si presenta simile a quello italiano. Il Centro di Valutazione dei Bisogni Assistenziali (CIZ), su richiesta dell'interessato, decide se una persona ha i requisiti indicati nella legge sull'assistenza a lungo termine e, di conseguenza, necessità di cure o supervisione costanti, così come avviene con la commissione Inps di cui all'art. 4 l. n. 104/1992.

Se tutte le condizioni sono soddisfatte, il CIZ emette una valutazione dei bisogni assistenziali e individua anche le modalità in cui i servizi devono essere erogati in base alle specifiche esigenze dell'assistito.

4.2 Le modalità di *long-term care*

L'art. 3.1.1. della *Wet langdurige zorg* individua il pacchetto di servizi e prestazioni che possono essere erogati a seconda delle necessità assistenziali della persona non autosufficiente.

³⁹² Art. 3, comma 3, l. n. 104/1992.

³⁹³ Art. 3, comma 3, l. n. 104/1992, così come modificato dall'art. 3 d. lgs. n. 62/2024, in vigore dall'1.01.2027.

Le misure assistenziali riguardano, in primo luogo, il soggiorno presso un istituto di cura, che sarà tenuto a fornire all'assistito cibo e bevande, abbigliamento consono ai caratteri e obiettivi della struttura, igiene personale e pulizia del suo ambiente abitativo, nonché le attrezzature mobili necessarie per l'assistenza o per la rimozione o riduzione degli ostacoli che la persona assicurata incontra a causa di una condizione, limitazione, disturbo o disabilità nel normale utilizzo del suo spazio vitale.

In secondo luogo, sono previsti i servizi di assistenza personale e infermieristica, nonché i trattamenti necessari in relazione alla condizione specifica (assistenza medica, psicologica, fisioterapia, paramedica, cure odontoiatriche, ecc...).

Nell'ipotesi in cui il ricovero sia semi-residenziale, è previsto il trasporto dall'abitazione verso il luogo in cui l'assicurato riceve assistenza e viceversa.

È significativo che l'art. 3.1.1. della legge sull'assistenza a lungo termine specifichi che tali servizi sono realizzati «a condizione che ciò avvenga per alleviare l'onere gravante su uno o più caregiver informali», offrendo così la scelta all'assistito e ai prestatori di cura se avvalersi oppure no delle misure messe a disposizione, in modo da accordare la più ampia libertà e autonomia nell'organizzazione e gestione dell'assistenza.

L'elenco dei servizi garantiti non è tassativo. L'ultimo comma del citato art. 3.1.1. prevede espressamente che «la natura, il contenuto e la portata dell'assistenza assicurata possono essere ulteriormente regolamentati».

Un altro aspetto di grande rilevanza si rinviene nell'art. 3.1.2. della *Wet langdurige zorg*, secondo cui «il coniuge di una persona con una condizione somatica o psicosomatica, o con una disabilità intellettiva, fisica o sensoriale che ha diritto all'assistenza e risiede in un istituto, ha il diritto di risiedere nello stesso istituto». Si tratta di una misura che rivela grande delicatezza e sensibilità nei confronti dell'assistito, al fine di evitare una situazione di solitudine o percezione di abbandono e consentirgli di mantenere il più possibile una parvenza di vita normale e di relazioni familiari e affettive. Addirittura, sempre a norma dell'art. 3.1.2., il coniuge conserva il diritto di risiedere in tale istituto anche dopo il decesso dell'assistito.

La riforma del 2015, però, valorizza e promuove l'assistenza domiciliare più che residenziale, ritenendola maggiormente adatta a mantenere la persona anziana nel proprio ambiente, favorire la sua autonomia e le relazioni sociali. Questo approccio, supportato dal sistema sanitario pubblico e dalle reti dei servizi di prossimità, permette di offrire un'assistenza integrata, che offre sostegno nelle attività quotidiane e anche compagnia.

L'assistenza domiciliare, infatti, si compone non soltanto di prestazioni infermieristiche o comunque specializzate, ma anche di un aiuto pratico (ad esempio, pulizie e preparazione dei pasti, trasporto, adattamenti dell'ambiente domestico per renderlo più accessibile e fruibile a seconda delle esigenze specifiche dell'assistito, fornitura di dispositivi medici).

La valutazione dei risultati dell'assistenza a lungo termine, al fine di mantenere standard elevati di qualità e di efficienza, è assicurata tramite due modalità di monitoraggio: il Monitoraggio dell'assistenza sociale (*Monitor Sociaal Domein*)³⁹⁴, che viene realizzato semestralmente, dal 2015, all'interno dei comuni che erogano i servizi di *long-term care*, e il Monitoraggio dell'assistenza a lungo termine (*Monitor Langdurige Zorg*)³⁹⁵, commissionato annualmente dal Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport.

Una ricerca condotta nel 2015, nel primo anno di entrata in vigore della riforma dell'assistenza a lungo termine, mostra che la maggior parte degli infermieri domiciliari (la percentuale oscilla dal 70% al 97%) apprezza la modalità di assistenza domiciliare integrata, incentrata sulla persona dell'anziano non autosufficiente, sulla promozione della sua autonomia e sulla creazione di una rete di contatti nella comunità (Maurits, de Veer, Groenewegen, Francke 2018: 523).

4.3 Le criticità del sistema olandese

Benché i Paesi Bassi dispongano effettivamente di uno dei sistemi pubblici di assistenza a lungo termine più estesi e completi e con un livello di qualità e di efficienza notevolmente al di sopra della media internazionale (OMS 2021a), non sono, però, esenti da criticità. D'altronde, come la maggior parte dei Paesi europei, si trovano ad affrontare la sfida dell'invecchiamento demografico con il conseguente rapido aumento della domanda di cura, che rischia di mettere sotto pressione la garanzia di servizi di *long-term care* che siano, al contempo, di alta qualità ed economicamente sostenibili.

La prima criticità rilevata in dottrina riguarda il passaggio dalla legge sulle spese mediche eccezionali del 1968 (AWBZ) alla riforma del 2015. Per quanto sia ampio l'ambito di applicazione soggettivo del nuovo regime assicurativo pubblico per la non autosufficienza (WLZ), come visto nel § 4.1, secondo alcuni autori coprirebbe soltanto il 35% dei beneficiari originari dell'AWBZ (Alders, Schut 2019: 312).

La ragione posta alla base di tale riduzione della platea dei destinatari della tutela è, ovviamente, di tipo economico, come si desume dai minori finanziamenti destinati dal governo nazionale ai comuni per le spese relative all'assistenza a lungo termine (riduzione dell'11% rispetto al sistema precedente) e, in particolare, alla fornitura di servizi domiciliari, con una riduzione del 32% (Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport olandese 2014).

³⁹⁴ I risultati dei monitoraggi sono disponibili soltanto in lingua olandese: <https://www.vngrealisatie.nl/secties/gemeentelijke-monitor-sociaal-domein/gemeentelijke-monitor-sociaaldomein-bet-kort>.

³⁹⁵ I risultati dei monitoraggi sono disponibili soltanto in lingua olandese: www.monitorlangdurigezorg.nl.

Ciononostante, secondo l'OCSE (2020a), i Paesi Bassi sono tra i Paesi europei con la maggiore spesa *pro capite* per l'assistenza formale a lungo termine finanziata con denaro pubblico. L'ampia copertura garantita sul territorio olandese ha un costo notevole, che si aggira intorno al 4% del PIL ed è destinata a crescere ulteriormente nei prossimi decenni a causa dell'invecchiamento della popolazione (OMS 2021a: 1).

Quantunque sia una delle nazioni europee più solide dal punto di vista economico, grazie al PIL *pro capite* elevato (superiore alla media europea)³⁹⁶ e alla bassa disoccupazione³⁹⁷, la sostenibilità economica del sistema di *long-term care* è una delle maggiori difficoltà che i Paesi Bassi stanno affrontando.

Un inconveniente, rilevato nell'immediatezza della riforma del 2015 e superato appena qualche anno dopo, ha riguardato il maggiore coinvolgimento dei comuni nell'erogazione dei servizi di assistenza. Il decentramento dei servizi ha, infatti, rischiato di comportare differenze, definite «indesiderate» (Commissione UE 2018a: 4), a seconda dell'area di residenza dell'assistito, perché alcuni comuni risultavano più efficienti e generosi di altri. La problematica è stata affrontata e risolta mediante alcuni accorgimenti. Innanzitutto, anche se i comuni sono liberi nell'organizzazione e nell'implementazione dei servizi, ricevono dallo Stato un *budget* prestabilito da poter utilizzare ed è l'Autorità sanitaria olandese (*Nederlandse Zorgautoriteit*, NZa) a stabilire le tariffe dei pacchetti di servizi e prestazioni.

Inoltre, a livello locale, l'assistenza a lungo termine viene amministrata da 32 uffici sanitari regionali (*zorgkantoren*), ma è il Centro di valutazione dei bisogni assistenziali (*Centrum Indicatiestelling Zorg*, CIZ) a valutare se un individuo ha diritto all'assistenza ai sensi della WLZ.

La cooperazione tra enti locali e organismi centrali agevola l'equilibrio e l'uniformità dei livelli di qualità e di efficienza dei servizi sull'intero territorio nazionale, ai quali contribuisce il doppio sistema di monitoraggio, già segnalato nel paragrafo precedente, che viene realizzato sia a livello centrale che locale, proprio per avere un quadro completo dell'andamento del sistema.

Per completezza, è opportuno segnalare come, al fine di evitare differenze territoriali tra i livelli di tutela garantiti, l'Associazione dei Comuni Olandesi (*Vereniging van Nederlandse Gemeenten*) abbia elaborato delle linee guida, che, pur non essendo vincolanti, vengono adottate dalla maggior parte dei comuni (Houwerzijl, Zekić, Evers, Bekker 2021: 104).

³⁹⁶ Secondo i dati Eurostat relativi al 2024, i Paesi Bassi si collocano al terzo posto nell'Unione europea in termini di PIL *pro capite*, con € 48.900, ben al di sopra della media UE, pari a € 37.600.

³⁹⁷ Secondo i dati più recenti disponibili tramite fonti come Trading Economics, che aggrega dati di Eurostat, il tasso di disoccupazione olandese a luglio 2025 è rimasto invariato al 3,8%, tra i più bassi dell'Unione Europea.

Un'ulteriore difficoltà da fronteggiare è la carenza di personale nel settore sanitario e sociosanitario, considerato che, nei prossimi anni, sono previsti tra i 100.000 e i 125.000 posti vacanti (Commissione UE 2018a: 4). Questa tendenza è perfettamente in linea con la generale scarsità di forza lavoro – soprattutto di personale qualificato – in quasi tutti i settori del mercato del lavoro olandese. Nei Paesi Bassi si stimano 133 posti vacanti ogni 100 disoccupati³⁹⁸. Questo fattore è in diretta correlazione con il basso tasso di disoccupazione registrato e con l'elevata percentuale di lavoratori transfrontalieri in entrata, soprattutto nelle regioni confinanti con il Belgio (Russo 2024: 129).

Al riguardo, il governo olandese ha attuato una serie di iniziative, tra le quali l'erogazione di benefici economici, la formazione mirata e ingenti investimenti nel settore della telemedicina, per rendere più attrattive le professioni sanitarie e più moderni e funzionali i servizi offerti (OCSE 2020b: 11).

5. I Paesi Bassi e la sfida della cura informale

L'assistenza nei confronti degli anziani non autosufficienti nei Paesi Bassi è altamente qualificata grazie all'ampiezza ed efficienza dei servizi di cura residenziali e domiciliari. Tuttavia, anche in un sistema di eccellenza è possibile ravvisare un "tallone d'Achille", che, nel caso di specie, è rappresentato dalla scarsa rilevanza del caregiving informale, ossia della cura generalmente svolta dai familiari e dagli amici o vicini di casa.

La minore incidenza della cura familiare, da un lato, è la conseguenza proprio dell'ottimo funzionamento dei servizi di cura formali, mentre, dall'altro, è probabilmente il frutto della tendenza all'individualismo che caratterizza la società e la cultura olandese e che si traduce nel noto motto "vivi e lascia vivere" ("*leef en laat leven*").

L'individualismo si manifesta nella tendenza a evitare interferenze nella vita altrui e nell'esaltazione della libertà personale e dell'indipendenza (Mellink 2013; Sociaal en Cultureel Planbureau 2019: 24). Alla luce di ciò, la percezione del caregiving è molto diversa da quella italiana, come si rileva da uno studio condotto nei Paesi Bassi nel 2005, secondo il quale solo il 36% dei caregiver ha deciso di «prendersi cura» del proprio caro perché «era il loro dovere», il 20% perché erano «i più adatti», il 15% perché erano «gli unici nell'ambiente ad avere tempo a disposizione» e il 3% perché «il destinatario della cura non voleva diversamente» (Brouwer *et al.* 2005: 85).

Anche la tipologia e la misura di impegno collegati al caregiving è notevolmente distante dalla concezione italiana, come emerge da una ricerca del 2016 dell'Istituto olandese per la ricerca sociale (Sociaal en Cultureel Planbureau 2017a). I dati raccolti mostrano come siano coinvolti in attività di cura informale circa 5 milioni di persone (dai 16 anni in su), che prestano assistenza nei confronti di una persona non

³⁹⁸ V. <https://nltimes.nl/2022/05/17/dutch-labor-market-super-tight>.

autosufficiente nella propria rete sociale (familiare, amico, vicino di casa). Di questi caregiver informali meno del 20% fornisce cure che vengono considerate «intensive» perché richiedono più di otto ore a settimana per un periodo superiore a tre mesi.

La scarsa intensità dell'impegno (più dell'80% di coloro che si definiscono caregiver informali prestano assistenza per meno di otto ore a settimana e per un lasso di tempo inferiore ai tre mesi) spiega un numero così elevato (5 milioni) di persone coinvolte.

Per il contesto socioculturale italiano non sarebbero neanche da considerare caregiver, ma semplicemente familiari che visitano i parenti ammalati e si rendono disponibili a fare un po' di compagnia o a sbrigare occasionalmente qualche incombenza.

Un'analoga ricerca svolta in Italia nel 2023 rivela come i caregiver familiari italiani dedichino, in media, 41 ore alla settimana all'assistenza della persona anziana non autosufficiente, garantendo una presenza quotidiana nei $\frac{3}{4}$ dei casi (Fondazione Onda 2023). Anche il Rapporto Cnel (2024d) sul valore sociale del caregiver evidenzia come circa un terzo dei prestatori di cura familiare abbia un'elevata intensità di assistenza, superando di gran lunga le venti ore settimanali.

Un dato comune per l'Italia e i Paesi Bassi è la fascia d'età maggiormente coinvolta nell'assistenza informale, ossia quella tra i 45 e i 64 anni, presumibilmente dovuta all'esigenza di cura nei confronti di un genitore (o un suocero). Una marcata differenza si ravvisa, però, nel genere dei caregiver informali, che, in Italia, come visto, coinvolge prevalentemente le donne (75% secondo i dati ISTAT³⁹⁹), mentre nei Paesi Bassi la differenza di genere nella cura è quasi impercettibile. Secondo la ricerca condotta nel 2017 dal Network olandese di studi sulle pensioni e l'invecchiamento, le donne rappresentano meno del 58% dei caregiver informali⁴⁰⁰. Si tratta di uno dei frutti del grande impegno profuso dal Paese nella promozione della parità di genere e nella condivisione delle responsabilità familiari.

Ad ogni modo, a causa del rapido invecchiamento demografico e del conseguente aumento della domanda di cura, in correlazione con la sempre più difficile sostenibilità economica e la necessità di contenimento della spesa pubblica, il caregiving informale potrebbe assumere grande rilevanza e diventare un pilastro del sistema olandese di assistenza a lungo termine (Abbing *et al.* 2023: 463).

Si tratta, dunque, di una questione rilevante e improcrastinabile anche nei Paesi Bassi (Koopman *et al.* 2020: 1578), *a fortiori* dopo la fase pandemica da Covid-19 (Gräler *et al.* 2022: 5515), che ha messo a dura prova anche le nazioni più solide dal punto di vista sanitario e finanziario.

³⁹⁹ Riportati in <https://grupposanitalia.it/donne-caregiver-pilastri-silenziosi-dellassistenza-in-italia/>.

⁴⁰⁰ <https://www.netspar.nl/kennisplein/informal-caregiving-and-caregivers-labor-supply-in-the-netherlands/>.

6. Il riconoscimento giuridico del caregiver informale olandese (*mantelzorger*)

Nei Paesi Bassi il caregiver informale assume la denominazione di *mantelzorger*, espressione coniata nel 1972 dal medico olandese Johannes Hattinga Verschure per indicare coloro che prestano un'assistenza informale – a lungo termine e non retribuita – nei confronti di persone care (familiari, amici, vicini di casa) che siano malati cronici, persone con disabilità e bisognose di cura.

Il caregiving informale (*mantelzorg*) è un fenomeno che nei Paesi Bassi è stato associato alla cura delle malattie croniche, a tal punto che, da circa venti anni, nell'ambito della settimana di sensibilizzazione dedicata a tali patologie, è stata introdotta la Giornata nazionale del caregiver, che si celebra annualmente il 10 novembre, con iniziative mirate⁴⁰¹.

Il riconoscimento giuridico è, però, arrivato successivamente.

Il primo riferimento ai caregiver è rinvenibile nell'art. 5:1 della legge sul lavoro e l'assistenza (*Wet Arbeid en Zorg*) del 2001, che, in realtà, non fornisce una definizione del prestatore di cura, ma introduce delle tutele per conciliare l'attività lavorativa del *working carer* con l'esercizio dell'assistenza (su cui ci si soffermerà *amplius* nel paragrafo successivo). In ogni caso, il citato art. 5:1 focalizza l'attenzione sulle necessità assistenziali a breve termine, mentre molto più mirati sono i riferimenti al caregiving contenuti nella legge sul sostegno sociale (*Wet maatschappelijke ondersteuning*, abbreviata WMO) del 2007, successivamente sostituita dalla versione del 2015, attualmente vigente.

La WMO ha introdotto la definizione di assistenza informale, che, secondo l'art. 1.1.1., è quella svolta «ai fini dell'autosufficienza, della partecipazione, dell'alloggio protetto, del ricovero, dell'assistenza e altri servizi» nell'ambito di «una relazione sociale tra persone» e «non nel contesto di una professione assistenziale»⁴⁰².

Una premessa è, però, necessaria per comprendere la profonda differenza – anche sotto il profilo giuridico – tra la cura familiare prestata in Italia e l'assistenza informale nei Paesi Bassi.

Contrariamente al dovere giuridico di cura che incombe – con diversa intensità e ampiezza – nelle relazioni familiari italiane (v. cap. 2), nei Paesi Bassi non sussiste alcun obbligo giuridico di prestare assistenza a un familiare, salva l'ipotesi dei genitori nei

⁴⁰¹ Per maggiori informazioni, v. <https://www.mantelzorg.nl/dag-van-de-mantelzorg/>.

⁴⁰² I virgolettati sono tratti dall'art. 1.1.1. WMO.

confronti dei figli minori, stabilita dall'art. 1:247 del Codice civile olandese (*Burgerlijk Wetboek*)⁴⁰³.

Di conseguenza, anche quando subentra la non autosufficienza o una condizione di disabilità, non vi è alcun obbligo giuridico da parte dei congiunti di prendersi cura del familiare bisognoso di assistenza.

Secondo l'art. 2.1.1. sono «le autorità comunali» del luogo in cui il soggetto («con una condizione somatica o psicosociale, o con una disabilità intellettuale, fisica o sensoriale»: il riferimento è alla legge sull'assistenza a lungo termine, *Wet langdurige zorg*) vive ad essere «responsabili del sostegno sociale». La norma è una delle modalità nelle quali si concretizza l'art. 20, comma 3, della Costituzione olandese, secondo cui «i cittadini olandesi residenti nei Paesi Bassi che non sono in grado di provvedere a sé stessi hanno il diritto, regolato da una legge del Parlamento, all'assistenza da parte delle autorità» (Vonk, Olivier 2019: 232).

Sulla questione è intervenuta anche la Corte d'Appello Centrale (*Centrale Raad van Beroep*)⁴⁰⁴, che, nel gennaio 2017, ha ribadito come l'assistenza informale non debba essere considerata obbligatoria per i familiari e gli amici della persona non autosufficiente. La Corte ha anche chiarito che ci sono dei limiti ragionevoli (di tempo, impegno e natura) all'assistenza eventualmente prestata dai caregiver informali. Sono i comuni a dover fornire il supporto necessario, attraverso l'erogazione di un trattamento economico o di servizi in natura.

Ad ogni modo, prima di procedere all'individuazione delle misure di assistenza più adatte per l'assicurato, le amministrazioni comunali verificano se ci siano caregiver informali che possono – non devono – prendersi cura dell'assistito. In caso affermativo, anche i caregiver informali vengono inseriti nel programma di sostegno sociale elaborato dal comune.

L'art. 2.1.2 della WMO, infatti, assegna al Consiglio comunale un compito di monitoraggio e valutazione anche nei confronti dei caregiver informali. Nell'adozione periodica del piano sulle politiche sociali attuate, il comune prende in considerazione anche i caregiver informali attraverso la loro individuazione e la valutazione dell'assistenza loro prestata.

Per quanto riguarda gli adempimenti formali, nei Paesi Bassi non esiste una registrazione dei caregiver a livello centrale, ma la loro identificazione avviene –

⁴⁰³ L'art. 1:247 del Codice civile olandese afferma, nel primo comma, che «l'autorità genitoriale comprende il dovere e il diritto del genitore di prendersi cura e crescere il figlio minore» e, nel secondo comma, fornisce un'interpretazione autentica dell'espressione «prendersi cura e crescere», che consiste nella «cura e assunzione di responsabilità per il benessere e la sicurezza mentale e fisica del minore e la promozione dello sviluppo della sua personalità».

⁴⁰⁴ *Centrale Raad van Beroep*, 11.01.2017, n. 16.

nell'ambito comunale – attraverso la somministrazione di questionari o la dichiarazione volontaria da parte dello stesso prestatore di cura.

L'identificazione del caregiver e dei suoi bisogni avviene grazie alle risposte fornite dal prestatore di cura alle domande sul rapporto con il beneficiario dell'assistenza e sulla natura e l'entità dell'aiuto fornito (Menghini 2022), come, ad esempio, il tempo dedicato a compiti quotidiani (igiene personale, pulizia dell'ambiente domestico, trasporto...).

7. Le tutele per i caregiver informali

L'individuazione dei caregiver informali è indispensabile ai fini dell'accesso alle tutele previste dall'ordinamento giuridico olandese.

Come visto, dal coordinamento tra la legge sull'assistenza a lungo termine e la legge sul sostegno sociale emerge come la cura informale venga incoraggiata dal governo. La sua promozione avviene mediante un variegato ventaglio di misure erogate a livello comunale.

I comuni supportano i caregiver informali, innanzitutto, fornendo loro informazioni e consulenza per risolvere le problematiche amministrative in cui possono incorrere oppure le difficoltà di conciliazione che possono sorgere nell'ambito del rapporto di lavoro eventualmente svolto. Inoltre, predispongono iniziative formative su alcuni aspetti dell'assistenza o sulle diverse patologie dalle quali sono affetti gli assistiti.

Molto utile è il servizio di supporto psicologico ed emotivo che viene garantito per prevenire i rischi psicosociali collegati all'assistenza a lungo termine. Al riguardo, le statistiche olandesi segnalano che un caregiver informale su dieci si sente sovraccarico e stressato (Sociaal en Cultureel Planbureau 2017b). Si tratta di dati ben poco preoccupanti se confrontati con i risultati di un analogo studio condotto in Italia nei confronti dei caregiver di anziani affetti da demenza, secondo il quale lo stress assistenziale riguarda l'83% degli intervistati, che manifesta un livello di affaticamento tale da richiedere un intervento di sollievo, mentre il 66% presenta un livello estremo di carico assistenziale, con gravissimo rischio di esaurimento (Deponete *et al.* 2021). Eppure, per quanto il fenomeno dello stress assistenziale non risulti allarmante, i comuni dei Paesi Bassi, già dal 2015, hanno attuato anche servizi di c.d. di sollievo, per creare «spazi di respiro»⁴⁰⁵ nei quali i caregiver informali vengono sostituiti per un determinato lasso di tempo nelle prestazioni di cura nei confronti del caro assistito. Il supporto di sollievo può concretizzarsi in una assistenza diurna ad opera di operatori sociosanitari oppure nel ricovero presso una struttura residenziale a breve termine, ad esempio per sopperire ad un'emergenza o anche semplicemente per offrire al caregiver il tempo necessario per andare in vacanza. Dal monitoraggio effettuato nel 2019 emerge che il 29% dei caregiver

⁴⁰⁵ V. art. 3.1.1. della legge sull'assistenza a lungo termine (WLZ).

informali olandesi ha usufruito di tali servizi di sollievo (Sociaal en Cultureel Planbureau 2020).

Un'altra interessante iniziativa realizzata a livello comunale è la promozione di opportunità di incontro con altri caregiver informali, per favorire il confronto, la condivisione e la creazione o il rafforzamento di reti sociali.

Non risultano, invece, attività formative finalizzate alla valorizzazione delle competenze di cura acquisite per poter diventare caregiver professionali oppure operatori sociosanitari. Al riguardo, è significativo rilevare che tale tipo di proposta è inserita in alcuni dei disegni di legge italiani attualmente al vaglio della Commissione Affari sociali della Camera (art. 6 del d.d.l. n. 114/2022 e art. 13 del d.d.l. n. 443/2022).

La legge sull'assistenza a lungo termine olandese prevede un importo, definito *persoonsgebonden budget* ed erogato all'assistito per procurarsi autonomamente le prestazioni e i servizi necessari. Tale *budget* personale può essere utilizzato per pagare un caregiver professionale o per compensare il caregiver informale. In quest'ultimo caso, però, è necessario formalizzare un accordo, altrimenti non sarà possibile corrispondere alcun importo. Alcuni comuni sono particolarmente restrittivi nell'ammettere tale possibilità⁴⁰⁶ e, in ogni caso, l'assistito deve motivare la sua preferenza per il beneficio economico anziché per la fruizione dei servizi in natura (residenziali o domiciliari).

L'importo dell'emolumento varia a seconda delle esigenze effettive dell'assistito: ad esempio, le tariffe stabilite nel 2025 prevedono € 20,99 all'ora per un supporto nelle faccende domestiche; da € 62,59 a € 81,34 all'ora, a seconda della gravità delle condizioni di salute, per una supervisione professionale e € 24,42 all'ora per il caregiving informale⁴⁰⁷.

La legge sul sostegno sociale (WMO), all'art. 2.1.6, prevede una prestazione economica anche per i caregiver informali e demanda ai comuni di stabilirne le modalità e l'importo. Questo riconoscimento annuale (*waardering de mantelzorgers*) varia a seconda del comune e può tradursi nella corresponsione di una somma in denaro oppure nella distribuzione di *voucher* per fruire di determinati servizi⁴⁰⁸.

7.1 Tutele specifiche per i *working carers*

Nei Paesi Bassi cinque caregiver informali su sei (in età lavorativa, tra i 18 e i 65 anni) hanno un lavoro retribuito. Dalle statistiche nazionali emerge che soltanto l'11% è costretto a ridurre l'orario di lavoro per poter svolgere l'attività di cura⁴⁰⁹.

⁴⁰⁶ V. al riguardo, il report della Camera dei rappresentanti degli Stati generali (*Tweede Kamer der Staten-Generaal*), sessione 2015-2016, Appendice 827.

⁴⁰⁷ <https://www.en.gemert-bakel.nl/personal-budget-pgb-rates-wmo-as-of-1-7-2025>.

⁴⁰⁸ V. <https://mantelzorgelijk.nl/geld-en-vergoedingen/vergoedingen-voor-mantelzorgers/>.

⁴⁰⁹ <https://www.mantelzorg.nl/>.

Questi dati risultano pienamente in linea con il massiccio utilizzo del part-time da parte della forza lavoro olandese (già segnalato nel § 3) e, al contempo, conferma l'elevato livello di *work-life balance* del Paese, che, secondo il *Better Life Index* dell'OCSE, è al primo posto nell'Unione Europea con un punteggio di 9,3/10⁴¹⁰.

Al riguardo, è interessante notare che l'art. 7:611 del Codice civile olandese (*Burgerlijke Wetboek*) stabilisce che i datori di lavoro devono agire secondo il principio giuridico del «buon datore di lavoro», che si traduce nell'agire tenendo conto non soltanto degli interessi aziendali, ma anche delle esigenze del dipendente.

Inoltre, l'art. 7:658 del Codice civile impone al datore di lavoro di organizzare e mantenere un buon ambiente di lavoro e lo invita ad assumere un comportamento proattivo per realizzare questo obiettivo.

Nella prospettiva della conciliazione cura-lavoro, ciò può concretizzarsi in vari modi. Ad esempio, attraverso l'introduzione di misure di flessibilità nello svolgimento della prestazione di lavoro.

Nei Paesi Bassi, le modalità di lavoro flessibile sono regolamentate, fin dal 2000, dalla legge sull'adeguamento dell'orario di lavoro (*Wet Aanpassing Arbeidsduur*), che, nel 2016, è stata sostituita dalla legge sull'orario flessibile (*Wet flexibel werken*). In base all'art. 2, i lavoratori occupati presso imprese con più di dieci dipendenti hanno il diritto di adattare o ridurre il proprio orario di lavoro, previa richiesta al datore di lavoro almeno due mesi prima.

Titolari del diritto sono tutti i lavoratori subordinati, ai quali spetta la garanzia dell'equilibrio tra la vita personale e l'attività professionale, a prescindere dalla sussistenza di una effettiva necessità di cura. Per coloro che hanno esigenze specifiche – come, ad esempio, i genitori di figli minori o i caregiver informali – è stata introdotta, nel 2016, la deroga al preavviso, per cui l'adeguamento è immediatamente operativo (art. 2a della *Wet flexibel werken*).

Tra le misure previste dall'art. 2 della legge sul lavoro flessibile vi è anche la scelta del «posto di lavoro desiderato» tra le unità produttive aziendali e il ricorso al lavoro da remoto.

I datori di lavoro possono respingere la richiesta di un dipendente di modificare il proprio orario di lavoro, la sede o la modalità di svolgimento della prestazione solo in presenza di impellenti interessi aziendali. In ogni caso, l'art. 3 e l'art. 3a della legge sul lavoro flessibile vietano il licenziamento e qualunque trattamento meno favorevole nei confronti del dipendente che abbia fatto richiesta – stragiudiziale o giudiziale – di adeguamento dell'orario, del luogo o della modalità di lavoro.

⁴¹⁰ Dati aggiornati al mese di febbraio 2018: <https://www.oecd.org/en/data/tools/oecd-better-life-index.html>.

Un'altra misura di conciliazione vita-lavoro consiste nel rimborso, da parte del datore, dei costi per l'intervento di un mediatore di assistenza informale (*mantelzorgmakelaar*)⁴¹¹ – una sorta di agenzia di somministrazione di lavoro – finalizzato all'assunzione di un caregiver professionale (Furmańska-Maruszak, Heeger-Hertter 2023: 25). L'obiettivo è, da un lato, ridurre o prevenire il sovraccarico di stress per il lavoratore caregiver e, dall'altro, mantenere o addirittura incrementare la produttività con una più efficace armonizzazione tra attività professionale e assistenza alla persona cara bisognosa di cura.

Inoltre, la legge sul lavoro e l'assistenza (*Wet Arbeid en Zorg*), all'art. 5:1, riconosce ai caregiver informali che siano titolari di un rapporto di lavoro subordinato il diritto a fruire di un congedo per prestare la necessaria assistenza al coniuge (o partner registrato o convivente di fatto), al figlio, al figlio del coniuge (o del partner registrato o convivente di fatto), al minore in stato di affidamento, a un parente di primo o secondo grado, «a una persona che, senza un rapporto di lavoro, fa parte del nucleo familiare» oppure a «una persona con cui ha altrimenti una relazione sociale, nella misura in cui l'assistenza da fornire derivi direttamente da tale relazione e debba essere ragionevolmente fornita dal dipendente».

L'ampiezza dei destinatari della tutela è significativa: vengono equiparate situazioni molto diverse tra loro, dalla cura genitoriale all'assistenza nei confronti di un amico o vicino di casa.

Il congedo riconosciuto dall'art. 5:1 della *Wet Arbeid en Zorg* può consistere in due tipologie, a seconda che l'esigenza sia di breve o di lungo termine. Nella prima ipotesi, il lavoratore ha diritto a dieci giorni di congedo all'anno, anche frazionato, se lavora a tempo pieno (40 ore settimanali); altrimenti il periodo verrà proporzionalmente ridotto in base all'orario effettivamente svolto. Durante il congedo viene corrisposto dal datore di lavoro il 70% della retribuzione (i contratti collettivi o i regolamenti aziendali possono prevedere la corresponsione di un importo maggiore).

Il congedo per l'assistenza a lungo termine può avere la durata massima pari a sei volte l'orario di lavoro settimanale del dipendente interessato. Quindi, nell'ipotesi di un *full-time* a 40 ore settimanali, il lavoratore può fruire al massimo di 240 ore o di 30 giorni, in un'unica soluzione. In questo caso, il congedo non è retribuito, salvo che non sia altrimenti previsto dal contratto collettivo applicato o dal regolamento aziendale.

È opportuno specificare che l'art. 7:670, comma 6, del Codice civile olandese vieta il licenziamento nei confronti di coloro che abbiano usufruito del congedo per l'assistenza a lungo termine.

⁴¹¹ <https://www.bmzm.nl/mantelzorgmakelaar/kosten/>.

Per completezza, è opportuno precisare che i lavoratori autonomi non hanno accesso al congedo per l'assistenza a breve o a lungo termine (Yerkes, den Dulk 2015: 510).

8. Spunti di riflessione dalla comparazione con il modello olandese

Come visto nel corso del presente capitolo, a fronte di un crescente interesse nei confronti del caregiving informale in entrambi i Paesi, i contesti socioculturali ed economici italiano e olandese presentano differenze profonde e radicate, che si riverberano anche nelle scelte giuridiche e nelle misure di tutela adottate.

Alla luce di ciò, la semplice trasposizione nell'ambito italiano delle misure olandesi che risultano più efficaci sarebbe pressoché insostenibile sia sotto il profilo finanziario che organizzativo.

D'altronde, anche nei Paesi Bassi, che presentano una situazione economica più florida, una delle principali criticità consiste proprio nel contenimento dell'ingente spesa pubblica per la sanità e, in particolar modo, per l'assistenza a lungo termine, che, negli ultimi dieci anni, ha subito dei ridimensionamenti. Ed è proprio la riduzione della spesa per la *long-term care* e, di conseguenza, dei servizi (residenziali o domiciliari) erogati a richiedere una compensazione attraverso il maggiore coinvolgimento dei caregiver informali (Sociaal en Cultureel Planbureau 2016).

Questa esigenza incontra, però, due ostacoli fondamentali: dal punto di vista legale (come visto nel § 6) nei Paesi Bassi non sussiste alcun obbligo giuridico alla cura nei confronti del familiare anziano non autosufficiente e ciò pone sullo stesso piano i congiunti, gli amici e i semplici vicini di casa; nella pratica, due caregiver informali su tre ritengono di non poter fornire più assistenza di quella già prestata (Sociaal en Cultureel Planbureau 2017b) e ciò rispecchia la dilagante cultura individualista (v. § 5).

Una prospettiva di soluzione, però, potrebbe essere offerta dalle significative esperienze di volontariato e di cooperazione sociale presenti nei Paesi Bassi. Ad esempio, il c.d. Caffè Alzheimer è un'iniziativa nata nel 1997 a Leiden, grazie all'intuizione dello psicologo e geriatra olandese Bèrè Miesen⁴¹². Si tratta della creazione di spazi informali e de-istituzionalizzati (ossia, diversi dai contesti sanitari tradizionali) per offrire un'occasione di incontro, ascolto e socializzazione alle persone con demenza e ai loro caregiver. L'obiettivo è contrastare l'isolamento sociale e sostenere i caregiver nell'attività di cura, anche fornendo loro la possibilità di lasciare i propri cari per qualche ora in un ambiente protetto per potersi dedicare del tempo di riposo o di svago.

⁴¹² V. <https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-friendly-communities/alzheimer-cafes/>.

Questa esperienza si è diffusa anche in altri Paesi, tra i quali l'Italia. I risultati italiani di questa iniziativa appaiono incoraggianti, in considerazione dell'impatto positivo sui sintomi neuropsicologici dei pazienti e sullo stress dei caregiver familiari (Gottardi *et al.* 2020), ma i "caffè Alzheimer" attivi sono, al momento, pochissimi: dalla mappatura realizzata in Italia nel 2024 ne sono stati rilevati soltanto una cinquantina (Boffelli *et al.* 2024), un numero irrisorio se confrontato con i circa 300 presenti sul – notevolmente meno popolato – territorio olandese⁴¹³.

Un'altra interessante iniziativa olandese è il *Buurtzorg*⁴¹⁴ (in italiano "cura di quartiere"), che si affianca al sistema sanitario nazionale nell'offerta di servizi di assistenza domiciliare da parte di organizzazioni no-profit unite in una rete che copre capillarmente tutto il territorio nazionale. Ideato nel 2006 dall'infermiere Jos de Blok, ora è composto da circa quindicimila operatori sanitari suddivisi in 950 squadre a seconda dell'area geografica. Questo modello elimina le gerarchie tradizionali, permettendo agli infermieri di auto-organizzarsi in piccoli gruppi, supportati da una piattaforma digitale denominata "*Buurtzorg-Web*", che garantisce una comunicazione trasparente e un'efficiente condivisione delle informazioni.

Il *Buurtzorg* adotta un approccio assistenziale di tipo olistico, focalizzato sulla cura integrale del paziente, fornendo non solo prestazioni sanitarie, ma anche supporto nello svolgimento delle attività quotidiane e sostegno per i caregiver. È considerato un'eccellenza nei Paesi Bassi ed è attualmente in fase di sperimentazione anche in altri Paesi, come la Svezia e il Regno Unito (Hegedüs, Schürch, Bischofberger 2022).

Anche in Italia la valorizzazione del volontariato e della cooperazione sociale potrebbe rappresentare un valido supporto ai caregiver familiari, che sostengono quasi completamente il carico della cura, con il rischio di una seria compromissione della propria vita personale, professionale e sociale. La cultura italiana prevalentemente familista, in cui i legami di sangue e il dovere (morale e giuridico) della cura assumono una rilevanza essenziale, rischia di ritorcersi come un *boomerang* e di pesare come un fardello sui caregiver (sia *tout court* che *working carers*).

È vero che, *mutatis mutandis*, le tutele offerte ai caregiver dai due ordinamenti appaiono simili, ma occorre tenere presente la notevole differenza, già segnalata, nella natura e nell'intensità dell'impegno di caregiving.

Alla luce della comparazione effettuata, dai Paesi Bassi proviene sicuramente uno sprone per implementare le tutele nei confronti dei caregiver italiani, dal momento che la cura informale è la colonna portante del sistema nazionale di assistenza a lungo termine, a differenza di quanto avviene, almeno fino ad oggi, nel territorio olandese.

⁴¹³ <https://www.dementie.nl/alzheimer-cafe>.

⁴¹⁴ V. <https://www.buurtzorg.com/>.

Uno stimolo, in considerazione del comune decentramento dei servizi e delle prestazioni nei confronti sia degli anziani non autosufficienti che dei caregiver, potrebbe consistere nel cercare di superare le diseguaglianze territoriali e garantire l'uniformità degli standard di qualità, così come è avvenuto nei Paesi Bassi nell'immediatezza della riforma del 2015. A tal fine, potrebbe rivelarsi utile l'adozione di linee guida a livello centrale e l'attuazione del doppio monitoraggio (nazionale e locale) per valutare i risultati dell'assistenza a lungo termine (v. § 4.2.) e incoraggiare le iniziative in favore dei caregiver, che in Italia sono ancora *in nuce*.

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE: PROPOSTE PER LA DEFINIZIONE DI UNO “STATUTO” DEL CAREGIVER FAMILIARE

Già nel 2001 Gottardi (2001: 125) aveva segnalato una disattenzione nei confronti del lavoro di cura familiare, al crocevia tra la marginalità del suo riconoscimento come fattispecie autonoma e la sua crescente valorizzazione come esimente della prestazione di lavoro subordinato.

Il risultato è stato quello di considerare la cura come «non lavoro», collocato «al di fuori del recinto del lavoro professionale», senza «preventiva stipulazione di un contratto», «indissolubilmente connesso alla gratuità» (Gottardi 2001: 124). Eppure, già allora tale soluzione appariva una «forzatura», frutto non tanto di un ragionamento giuridico, quanto di una valutazione, in termini di politica del diritto, sulla opportunità di regolamentare e sostenere il lavoro di cura familiare.

A oltre venti anni di distanza la situazione, come visto nel corso della trattazione, non è molto cambiata, dal momento che il caregiving familiare è ancora aprioristicamente escluso dal campo di applicazione del diritto del lavoro. Come osserva Tiraboschi (2022: 21), non si tratta di una naturale conseguenza dell'ordine sociale, ma del «risultato di precise scelte istituzionali e normative».

L'ostacolo al riconoscimento dell'attività di cura familiare come lavoro non è, quindi, la sua astratta incompatibilità con i canoni giuslavoristici, ma si rinviene, ancora una volta, nei condizionamenti culturali, negli stereotipi di genere e, ovviamente, anche nell'esiguità delle risorse economiche a disposizione. D'altronde, l'inclusione del caregiving familiare nell'area del lavoro comporterebbe inevitabili conseguenze, che ancora non si è in grado di prevedere e affrontare adeguatamente. Se l'attività eseguita dal prestatore di cura familiare venisse considerata lavoro, chi dovrebbe accollarsene i costi? L'assistito, che ne beneficia in prima persona, oppure lo Stato (anche nelle sue articolazioni territoriali), che trae un significativo vantaggio da questa attività che contribuisce ad alleggerire i costi sociali per l'intera collettività? (v., *supra*, cap. 1, sez. 1, § 3 e cap. 2, § 7).

Si tratta di interrogativi che, qualunque sia la risposta, esigono non soltanto il superamento della logica dei bonus sporadici ed estemporanei in favore di uno stanziamento e una distribuzione di fondi in maniera strutturata, ma anche una vera e propria sistematizzazione del lavoro di cura familiare.

Il tentativo di fare ordine nella frammentarietà e disorganicità dei riferimenti normativi al caregiving familiare e di tracciare delle possibili linee direttrici, anche alla luce della dottrina e della giurisprudenza in materia, non può non affrontare il “cuore”

del problema, ossia la carenza o inadeguatezza di una rete protettiva per il caregiver. Naturalmente, le tutele saranno diverse a seconda che la cura familiare nei confronti degli anziani non autosufficienti sia collocata nell'area del lavoro o del non-lavoro.

Come visto (*supra*, cap. 1, sez. 2, § 1.1), l'assistenza a un anziano non autosufficiente presso il suo domicilio rientra nell'ambito del lavoro domestico e, nel nostro ordinamento giuridico, non sussiste alcun divieto all'instaurazione di un rapporto di lavoro domestico – subordinato o autonomo – nei confronti di un familiare, benché siano previsti un adempimento ulteriore e qualche deroga alla disciplina generale (*supra*, cap. 3, sez. 2, § 3).

Il caregiving familiare può, dunque, essere svolto anche in maniera professionale e retribuita. Questa semplice constatazione sembra smentire la stessa concezione di caregiver familiare che si è ormai radicata non soltanto a livello sociale, ma anche normativo: l'art. 39, comma 1, d. lgs. n. 29/2024 sottolinea, infatti, la natura «non professionale e non retribuita» del caregiver familiare (*supra*, cap. 3, sez. 1, § 4.4). Al riguardo, però, occorre ricordare, ancora una volta, che nella definizione di caregiver di cui all'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, assunta come modello da tutti i provvedimenti successivi, non vi è alcun riferimento alle modalità di svolgimento dell'attività, ma esclusivamente l'individuazione dei soggetti prestatori e destinatari della cura.

Ad oggi, in mancanza di monitoraggi *ad hoc*, non è possibile quantificare l'entità del fenomeno dei caregiver familiari occupati in qualità di lavoratori domestici, con mansioni di assistente familiare (badante) del proprio congiunto. Ad ogni modo, qualora ricorra tale ipotesi, la disciplina e le tutele applicabili al caregiver familiare assunto come assistente familiare devono essere quelle del lavoro domestico (*supra*, cap. 1, sez. 2, § 1.1 e cap. 3, sez. 1, § 4.5 e sez. 2, § 3).

Il passaggio successivo consiste nel verificare se l'attività di cura familiare – svolta in maniera non professionale e non retribuita – debba rimanere confinata nel non-lavoro, ossia in una dimensione meramente privata (o, comunque, nell'ambito del diritto di famiglia e dei principi costituzionali di cui agli artt. 29-31 Cost.) oppure sia almeno astrattamente riconducibile alla nozione ampia e onnicomprensiva di lavoro di cui all'art. 4 Cost.

Tenuto conto di quanto fin qui detto, l'attività di cura familiare si presenta come una delle modalità di concretizzazione del principio di diritto/dovere al lavoro di cui all'art. 4 Cost. anche per il caregiver *tout court* (*supra*, cap. 4, § 4), perché risponde alla vocazione sia “sociale” sia “esistenziale” del lavoro. Da un lato, il caregiver familiare puro, attraverso l'assistenza del congiunto non autosufficiente, concorre al progresso materiale e spirituale della società; dall'altro, nella cura esprime la sua personalità e le sue capacità, esercitando quel «diritto di essere utili», che, secondo D'Antona (1998: 147), deve essere garantito affinché ciascuno, anche al di fuori del mondo della produzione e dello scambio economico, possa dare un contributo attivo al benessere della società.

Utile, il caregiver familiare, lo è senz'altro, come dimostra il riconoscimento normativo del suo valore sociale ed economico, sancito dall'art. 39, comma 1, d. lgs. n. 29/2024 (*supra*, cap. 3, sez. 1, § 4.4), e il suo recente coinvolgimento nel sistema integrato dei servizi di cura alle persone fragili ad opera dei d. lgs. n. 29/2024 e n. 62/2024. Il caregiver è chiamato a partecipare sia alla procedura di valutazione multidimensionale integrata dei bisogni del familiare anziano non autosufficiente (cap. 1, sez. 2, § 4) e alla redazione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI)⁴¹⁵, sia all'unità di valutazione multidimensionale che elabora il Progetto di vita⁴¹⁶ per il congiunto con disabilità.

Inoltre, la “gravosità” dell'attività di cura svolta per almeno sei mesi viene considerata alla stregua di un lavoro usurante ai fini dell'accesso alle misure di anticipazione pensionistica (v., *supra*, cap. 4, § 2.5). Tuttavia, tale beneficio riguarda solo coloro che hanno maturato un'anzianità contributiva di almeno trenta anni⁴¹⁷ e, quindi, prevalentemente i *working carers*, che si dedicano alla cura familiare in maniera non esclusiva e, di conseguenza, in un arco temporale limitato.

Il paradosso è che, ancora oggi, a fronte del riconoscimento giuridico del ruolo e del valore della cura familiare, ben poche (e poco efficaci) sono le tutele previste per i caregiver puri o caregiver *tout court* (cap. 4, § 4) e questa carenza di protezioni non assolve né alla tradizionale funzione “emancipatoria” del lavoro (inteso nell'ampia accezione di cui all'art. 4 Cost.), né al principio costituzionale di solidarietà, di cui il caregiving è espressione concreta a vantaggio della collettività.

Al fine di tirare le fila del discorso sin qui intessuto, è opportuno individuare qualche proposta per la teorizzazione di uno “statuto” di tutele volte a prevenire o, quantomeno, ridurre i significativi rischi ai quali i caregiver familiari sono esposti proprio a causa dell'attività di assistenza, che può rivelarsi faticosa e totalizzante, con serie ripercussioni in termini di inserimento/reinserimento lavorativo, indipendenza economica, discontinuità nel percorso professionale e conseguenti lacune previdenziali, oltre alle inevitabili ricadute sulla salute fisica e mentale, provocate dallo stress prolungato e dall'isolamento forzato.

Nonostante i tentativi di disciplinare la materia operati dai numerosi disegni di legge al vaglio della Commissione Affari sociali della Camera e le istanze provenienti dal mondo dell'associazionismo, che a giugno 2024 ha presentato una “Carta dei diritti del caregiver”⁴¹⁸, la trama protettiva in vigore risulta fragile, frammentata e insufficiente.

⁴¹⁵ Art. 27, comma 15, d. lgs. n. 29/2024.

⁴¹⁶ Art. 24, comma 3, lett. a), d. lgs. n. 62/2024.

⁴¹⁷ Nell'ipotesi di A.Pe. sociale, 35 nell'Opzione Donna, 41 nella Quota 41.

⁴¹⁸ V. <https://www.osservatoriomalattie.it/news/attualita/21142-caregiver-presentata-la-carta-dei-diritti>.

Il primo passo per una tutela efficace ed effettiva è quello di introdurre una formalizzazione dell'individuazione del caregiver familiare attraverso una registrazione valida su tutto il territorio nazionale, con requisiti e procedure stabiliti a livello centrale, in modo da garantire l'uniformità di trattamento, a prescindere dalle inevitabili differenze che possono verificarsi a livello locale.

Nella pratica, l'iscrizione al "Registro unico dei caregiver" potrebbe avvenire in duplice modalità, offrendo al prestatore di cura familiare e all'assistito l'alternativa di recarsi personalmente presso il Comune di residenza con la documentazione necessaria oppure di provvedere telematicamente tramite SPIID. Nella seconda ipotesi, al fine di superare il divario digitale frequentemente collegato all'età avanzata o al livello di istruzione sia dell'assistito sia del caregiver, sarebbe opportuno introdurre – laddove non esistenti – o potenziare – ove presenti – i presidi territoriali di accesso facilitato ai servizi digitali rivolti alle persone anziane o con disabilità, già previsti nell'ambito del Quadro Europeo per le Competenze Digitali (*DigComp*), al quale l'Italia aderisce.

Quanto più sono destinate ad aumentare le responsabilità del caregiver (conseguenti anche al coinvolgimento nelle procedure di valutazione multidimensionale del familiare assistito), tanto più necessaria e urgente appare la formalizzazione della sua individuazione, anche al fine della costruzione di una rete protettiva. Ad esempio, la registrazione dei caregiver familiari (e il suo aggiornamento in caso di sostituzione) consentirebbe agli stessi di ricevere direttamente i contributi economici a loro destinati (v. *supra*, cap 4, § 3), che, ad oggi, vengono generalmente corrisposti all'assistito.

Al riguardo, è indispensabile un'ulteriore precisazione: come visto (cap. 1, sez. 2, § 4 e cap. 3, sez. 1, § 2.1), nella definizione di caregiver familiare di cui all'art. 1, comma 255, l. n. 205/2017, coesistono la cura nei confronti delle persone non autosufficienti e l'assistenza delle persone con disabilità, senza una chiara distinzione né un coordinamento con i d. lgs. n. 29/2024 e n. 62/2024: l'armonizzazione normativa sul punto sarebbe molto importante sia per evitare incertezze applicative sia per garantire l'effettività delle tutele.

Inoltre, come emerso nel corso della trattazione, la maggior parte dei benefici previsti per i caregiver puri, anche a livello locale, e delle agevolazioni nell'ambito del rapporto di lavoro per i *working carers* è rivolta a coloro che assistono disabili in situazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, l. n. 104/1992. Di conseguenza, un numero considerevole di caregiver di cui al citato comma 255 è escluso dal novero di coloro che possono avvalersi di rilevanti strumenti di tutela, quali, ad esempio, le misure di conciliazione vita-lavoro costituite dai permessi *ex* art. 33, comma 3, l. n. 104/1992 e il congedo *ex* art. 42, comma 5, d. lgs. n. 151/2001.

Le possibili soluzioni a questo disallineamento sarebbero due: da un lato, restringere la nozione di caregiver familiare, limitandola all'assistenza nei confronti delle persone con disabilità di cui al citato comma 3 dell'art. 3 (nella nuova formulazione, che entrerà

in vigore nel 2027), o, dall'altro, ampliare il ventaglio di tutele, estendendole all'area della c.d. "non autosufficienza", alla quale fa riferimento la definizione di caregiver, possibilmente precisandone il perimetro. In questo secondo caso, le tutele potrebbero essere strutturate a cerchi concentrici, con la previsione di un nucleo minimo di benefici validi per tutti coloro che si prendono cura di familiari non autosufficienti e misure via via più consistenti a seconda della gravità della condizione patologica o di disabilità dell'assistito.

Il momento storico è maturo per un cambio di paradigma anche nell'individuazione della gamma di misure da predisporre a tutela dei caregiver, superando la logica monetaria del "*cash for care*" per rispondere, invece, ad esigenze mirate. In questa prospettiva, la comparazione con il modello olandese (v. *supra*, cap. 5) e le sperimentazioni attuate in alcune Regioni-pilota del nostro territorio nazionale (cap. 4, § 4) potrebbero fungere da sprone e offrire preziosi suggerimenti.

Un primo tassello nel mosaico delle proposte potrebbe essere rappresentato dall'introduzione o implementazione di sportelli di ascolto e di supporto psicologico ed emotivo, anche con la creazione di gruppi di mutuo-aiuto tra i caregiver, in modo da prevenire i rischi psicosociali spesso conseguenti ad una prolungata attività assistenziale.

Una priorità dovrebbe essere anche l'erogazione di iniziative formative sulla gestione della cura e della specifica patologia dalla quale sono affetti i cari assistiti. Nella maggior parte dei casi, infatti, i caregiver non hanno competenze sanitarie e non sono adeguatamente preparati ad affrontare gli aspetti pratici connessi all'assistenza. Risulterebbero anche utili canali informativi volti ad aiutare i caregiver nel destreggiarsi tra i molteplici adempimenti amministrativi e burocratici legati alla cura.

Ad ogni modo, l'assistenza del congiunto non autosufficiente potrebbe riguardare soltanto una fase – benché lunga – della vita del caregiver e, per tale motivo, al fine di favorire il suo accesso o reinserimento nel mercato del lavoro (ad esempio, a seguito del ricovero presso una struttura residenziale o del decesso dell'assistito), sarebbe importante la valorizzazione dell'esperienza e delle competenze maturate durante l'attività di cura, certificandole ai sensi del d. lgs. 16 gennaio 2013, n. 13. Qualche spiraglio in tal senso si intravede nell'art. 39, comma 7, d. lgs. n. 29/2024, che demanda alle Regioni e alle Province autonome la valutazione ed eventuale regolamentazione di questa possibilità, ma, finora, non vi è stato alcun passo in avanti.

Una simile soluzione contribuirebbe ad eliminare il disagio provocato dalle lacune nel curriculum professionale del *carer*, in quanto i periodi dedicati alla cura verrebbero considerati come formazione e addestramento e, in tale prospettiva, la certificazione delle competenze acquisite durante l'assistenza potrebbe essere particolarmente utile per gli *young carers*, non soltanto ai fini dell'inserimento lavorativo, ma anche come riconoscimento di crediti formativi per la scuola secondaria di secondo grado e per l'università.

Un'altra misura volta al sostegno dei soggetti che sono o sono diventati economicamente e socialmente deboli, perché hanno dovuto lasciare il lavoro "produttivo" per assistere a tempo pieno, in maniera continuativa ed esclusiva, il congiunto bisognoso di cura, potrebbe essere il riconoscimento di contributi figurativi (Inps 2025: 85), a carico dello Stato, per il periodo di caregiving. L'intervento potrebbe essere destinato a coloro che, in precedenza, abbiano maturato un'anzianità contributiva pari almeno a un determinato numero di anni. La misura potrebbe, così, tamponare le lacune contributive conseguenti ai percorsi lavorativi interrotti o frammentati a causa dell'esercizio dell'attività di cura familiare e risulterebbe molto più efficace di eventuali bonus o elargizioni estemporanee.

Ovviamente, approntare questa fitta rete di tutele presuppone un notevole investimento pubblico e la prima obiezione consiste proprio nella limitatezza delle risorse disponibili. In realtà, è opportuno ricordare che un Fondo a favore dei caregiver familiari era stato istituito ed erano state stanziare delle risorse, ma, a causa delle criticità più volte segnalate, non sono state utilizzate per lo scopo prestabilito (*supra*, cap. 3, sez. 1, § 4.1). Dunque, in prima analisi potrebbe essere sufficiente una razionalizzazione delle risorse finanziarie a disposizione, procedendo per priorità e obiettivi mirati, anziché disperdendole in iniziative *una tantum*. In secondo luogo, alla luce della fase demografica in corso, occorre valutare e stimare se sia più conveniente destinare una sostanziosa porzione di fondi pubblici al sostegno dei caregiver familiari o, piuttosto, alla creazione e gestione di strutture pubbliche residenziali per l'accoglienza e il ricovero degli anziani non autosufficienti.

Infine, anche se la distinzione è soltanto *de facto* e non emerge in via normativa, non si può non tenere conto della specificità dei *working carers*, che associano una prestazione lavorativa extra-domestica all'attività di cura nei confronti del familiare fragile.

Nell'ordinamento italiano le misure per i *working carers*, pur se introdotte soltanto recentemente, risultano già collaudate, in quanto ricalcano quelle tradizionalmente previste per l'esercizio delle funzioni genitoriali. Pertanto, sono più numerose e solide delle esigue protezioni ad oggi esistenti per i caregiver puri. Ciononostante, ci sono ancora margini per valorizzare concretamente la conciliazione cura-lavoro, come dimostra l'elevato contenzioso in materia (v. *supra*, cap. 4, § 5). In particolare, la portata innovativa della recentissima sentenza della Corte di Giustizia dell'Unione Europea dell'11 settembre 2025, riconoscendo l'applicazione degli accomodamenti ragionevoli anche in favore dei caregiver familiari, rappresenta una leva formidabile per superare i tanti ostacoli che appesantiscono la vita personale e professionale dei *working carers*.

Non si può, però, trascurare l'altro lato della medaglia, ossia l'"effetto boomerang" che un rafforzamento delle tutele potrebbe comportare agli stessi caregiver, rendendoli meno allettanti agli occhi del datore di lavoro perché più "costosi" in termini economici e organizzativi, e, di fatto, riducendo le loro possibilità di occupazione (come

storicamente è avvenuto e tuttora avviene per le donne in età fertile). È vero che le informazioni relative alla dimensione della cura familiare dovrebbero costituire un dato sensibile, di conseguenza sottratto alla conoscenza del datore di lavoro, almeno in fase pre-assuntiva, ma non si può escludere che in contesti locali o attraverso ricerche via *social media* tali situazioni siano agevolmente conoscibili e possano penalizzare i candidati aventi carichi di cura familiare.

In questa ottica, per contemperare tutti i diritti e gli interessi coinvolti e tutelare – indirettamente, ma concretamente – l’occupabilità dei caregiver, sarebbe opportuno valutare l’introduzione di agevolazioni (economiche, fiscali, previdenziali...) per i datori di lavoro che occupano prestatori di cura familiare, come sporadicamente è stato fatto per incentivare il lavoro delle donne con figli⁴¹⁹.

La stratificazione e disorganicità dei riferimenti normativi relativi alle agevolazioni per i *working carers*, la farraginosità applicativa delle misure e la difficile ricerca dell’equilibrio tra esigenze del lavoratore e organizzazione aziendale potrebbero rendere indispensabile, almeno nelle realtà imprenditoriali più complesse, l’introduzione del c.d. *care manager*.

La nuova figura professionale – inizialmente sperimentata in ambito sanitario attraverso uno studio “sul campo” condotto dal Centro di ricerche e studi in management sanitario (Ce.Ri.S.Ma.S.) dell’Università Cattolica del Sacro Cuore, con la collaborazione della Fondazione Pfizer⁴²⁰ – da due anni è stata inserita tra le iniziative di *welfare* aziendale del Gruppo Rekeep⁴²¹, con il compito di offrire un supporto personalizzato ai lavoratori e alle loro famiglie, fungendo da “ponte” con il datore di lavoro e la rete dei servizi sociosanitari territoriali.

A seconda delle esigenze aziendali, il *care manager* potrebbe affiancarsi al c.d. *diversity manager*⁴²², che si occupa di promuovere l’inclusione dei lavoratori con disabilità, o rappresentare una sua implementazione, aggiungendo alla gestione delle diversità l’attenzione nei confronti dei bisogni di cura provenienti dalle famiglie dei dipendenti, in modo da facilitare la conciliazione vita-lavoro e, di conseguenza, incrementare il benessere individuale e organizzativo.

Sviluppare e valorizzare una formazione professionale che coniughi le competenze di *HR management* con quelle sanitarie e sociosanitarie potrebbe risultare utile per

⁴¹⁹ L’art. 1, comma 180, l. n. 213/2023, ha riconosciuto al datore di lavoro che occupa con contratto di lavoro subordinato a tempo indeterminato madri con tre o più figli un esonero del 100% della quota dei contributi previdenziali per l’invalidità, la vecchiaia e i superstiti a carico del lavoratore fino al mese di compimento del diciottesimo anno di età del figlio più piccolo.

⁴²⁰ <https://www.policlinicogemelli.it/news-eventi/care-manager-langelo-custode-che-aiuta-i-pazienti/>.

⁴²¹ <https://www.rekeep.com/media/notizie/rekeep-lancia-keepcare-family-un-nuovo-progetto-per-fornire-un-sostegno-concreto-ai-propri-dipendenti>.

⁴²² V. la norma internazionale ISO 30415:2021.

sensibilizzare sul tema della cura e dare grande impulso al c.d. *work-life balance* nelle imprese e nelle amministrazioni pubbliche.

La creatività del *welfare* aziendale potrebbe rivelarsi preziosa nel rafforzamento delle tutele per i *working carers* (v., *supra*, cap. 4, § 3), ma questo strumento rischia di non poter esprimere appieno le proprie potenzialità senza un duraturo intervento statale che adoperi la leva fiscale e contributiva per incentivare le imprese all'adozione di tali misure, che hanno ingenti costi economici e organizzativi.

Si aggiunga che, come visto (cap. 4, § 2.5), l'attività di caregiving familiare è stata inserita tra i requisiti di accesso alle anticipazioni pensionistiche denominate Opzione Donna, A.Pe. sociale e Quota 41. Per superare, anche in questo caso, la stratificazione ed eterogeneità delle tutele, potrebbe risultare più proficuo introdurre – in via strutturale e non temporanea – un'anticipazione unica per le lavoratrici e i lavoratori che abbiano prestabiliti requisiti contributivi e anagrafici, ove ricorrano le situazioni di particolare vulnerabilità che l'ordinamento intende proteggere (tra le quali, la cura familiare). In pratica, le misure esistenti potrebbero essere fuse e ricalibrate per dare vita ad una sola opzione di pensionamento flessibile, con regole chiare e predeterminate, alla quale destinare le risorse di anno in anno disponibili.

Un'ultima considerazione va dedicata ai *working carers* che sono lavoratori autonomi. Così come finora disegnati dal legislatore, gli strumenti di conciliazione vita-lavoro sono esclusivamente appannaggio dei lavoratori subordinati, lasciando sprovvisti di tutela sia gli autonomi puri sia i collaboratori coordinati e continuativi. Alla luce del percorso – benché lungo e faticoso – di estensione ai lavoratori autonomi di una piccola parte delle tutele per la genitorialità previste per i dipendenti, è auspicabile, che, con il tempo, si apra qualche spiraglio in tal senso anche per i caregiver familiari. I congedi parentali di cui al capo XI del d. lgs. n. 151/2001 potrebbero costituire il modello della tutela, pur nella consapevolezza della necessità di rinvenire soluzioni adeguate a garantire la difficile sostenibilità economica per le Casse professionali e le Gestioni Inps per i lavoratori autonomi (Gestione Separata e Gestioni speciali Artigiani, Commercianti e Coltivatori diretti).

Giunti alla fine di queste riflessioni, è di tutta evidenza che per dare concretezza a tali spunti di “linee guida per uno statuto del caregiver familiare” serve un impegno serio e lungimirante da parte delle istituzioni: non si tratta soltanto di programmare degli investimenti, ma di rimodellare il sistema della cura, adottando una visione di lungo periodo, in grado di affrontare le sfide imposte dai cambiamenti demografici con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita delle persone residenti in Italia.

D'altronde, se prendersi cura di una persona anziana non autosufficiente è «segno di civiltà» (Mead 1928), lo è anche prendersi cura di chi si prende cura.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Abbasciano A. (2025). L'estensione dell'obbligo di rilevazione dell'orario di lavoro alle collaboratrici domestiche nella recente giurisprudenza europea. *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 2: 260-266.
- Abbing J., Suanet B., Broese van Groenou M.I. (2023). Socio-economic inequality in long-term care: a comparison of three time periods in the Netherlands. *Ageing & Society*, 3: 643-663.
- AIP-Associazione Italiana Psicogeriatria (2022). Il ruolo della psicologia nella promozione del benessere della persona anziana. Roma: Pubblicazioni AIP.
- Alders P., Schut F.T. (2019). The 2015 long-term care reform in the Netherlands: Getting the financial incentives right?. *Health Policy*, 3: 312-316.
- Ales E. (2008). Il modello sessuato di ruolo sociale e i suoi antidoti: l'adult worker model nell'ordinamento italiano. *Lavoro e Diritto*, 3: 533-554.
- Ales E. (2014). Del lavoro sommerso o, meglio, «non dichiarato»: una tipizzazione giuridica fondata sul concetto di «attività remunerata». *Diritti Lavori Mercati*, 1: 11-25.
- Ales E. (2015). Diritti sociali e discrezionalità del legislatore nell'ordinamento multilivello: una prospettiva giuslavoristica. *Giornale di Diritto del Lavoro e delle Relazioni Industriali*, 3: 455-495.
- Alessi C. (2018). Lavoro e conciliazione nella legislazione recente. *Diritto delle relazioni industriali*, 3: 804-821.
- Alessi R. (2008). La gratuità nel diritto delle persone e delle relazioni familiari. In: Galasso A., Mazzaresse S., a cura di, *Il principio di gratuità*, Milano: Giuffrè.
- Alpa G. (1994). Solidarietà. *Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, 2: 365-373.
- Altamari M. (2018). Telelavoro e lavoro agile nella pubblica amministrazione. *Variazioni su temi di diritto del lavoro*, 3: 843-864.
- Amoroso G. (1998). *L'impresa familiare*. Padova: Cedam.
- Angiello L. (2003). La retribuzione (artt. 2099-2102). In: Schlesinger P., fondato da, e Busnelli F.D., diretto da, *Il codice civile. Commentario*, Milano: Giuffrè.
- Antonini E. (2007). La tutela penale degli obblighi di assistenza familiare. Milano: Giuffrè.
- Apostoli A. (2020). Considerare il lavoro come diritto è ancora possibile. *Costituzionalismo*, 1: 1-40.
- Arconzo G., a cura di (2025), *La giurisprudenza sui diritti delle persone con disabilità anno 2024. Secondo Rapporto Annuale*. Testo disponibile al sito: <https://osservatoriodisabilitahumanhall.unimi.it/2025/07/09/report-annuale-2024/>.
- Ascarelli T. (1952). Studi di diritto comparato e in tema di interpretazione. Milano: Giuffrè.
- Auletta T. (1984). *Alimenti e solidarietà familiare*, Milano: Giuffrè.
- Auletta T. (2017), Comma 11. In: Bianca C.M., a cura di, *Le unioni civili e le convivenze*. Torino: Giappichelli.

- Auletta T. (2022). *Diritto di famiglia*. Torino: Giappichelli.
- Autorino G., a cura di (2005). Il diritto di famiglia nella dottrina e nella giurisprudenza. Il matrimonio. I rapporti personali. Torino: Giappichelli.
- Autorino G. (2017). La comparazione come fonte del diritto tra scienza e conoscenza. *Comparazione e Diritto Civile*, 2: 1-27.
- Avio A. (2008). Disabilità e avviamento al lavoro. *Lavoro e Diritto*, 3: 497-510.
- Avio A., Buoso S. (2024). Caregivers e disabili nel labirinto della stratificazione regolativa. In: S. Renga, a cura di, *Lungo la strada della conciliazione: spunti per il dibattito*. Torino: Giappichelli.
- Bakx P., Van Doorslaer E., Wouterse B. (2023). *Long-term care in the Netherlands*. Cambridge: National Bureau of Economic Research.
- Balandi G. (1996). voce Sicurezza sociale. In *Digesto delle discipline privatistiche*, XIII.
- Balandi G. (2013). Il lavoro e i suoi diritti nella Costituzione. in Pugiottio A., a cura di, *Per una consapevole cultura costituzionale. Lezioni magistrali*. Napoli: Jovene.
- Balbo L. (2014). Lavoro, tempo, cura: connessioni e cambiamenti. *Politiche Sociali*, 2: 253-262.
- Balduzzi R., Carpani G. (2013). *Manuale di diritto sanitario*, Bologna: Il Mulino.
- Barbiera L. (2005). *Il matrimonio*. Padova: Cedam.
- Basenghi F. (2000). *Il lavoro domestico*. Milano: Giuffrè.
- Bastawrous M. (2013). Caregiver Burden. A Critical Discussion. *International Journal of Nursing Studies*, 3: 431-441.
- Battisti A.M. (2019). Donne (in)visibili e disparità retributiva. *Massimario di Giurisprudenza del Lavoro*, 3: 459-492.
- Battisti A.M. (2024). *Fattore demografico e misure per il lavoro*. Torino: Giappichelli.
- Battisti A.M. (2025). L'invecchiamento attivo nel sistema normativo "multilivello". Prospettive di sviluppo della contrattazione collettiva. *Massimario di giurisprudenza del lavoro*, 1: 17-28.
- Bavaro V. (2008). Il tempo nel contratto di lavoro subordinato. Critica sulla de-oggettivazione del tempo-lavoro. Bari: Cacucci.
- Bavaro V. (2015). Il lavoro part-time dopo il d.lgs. n. 81/2015. In: Ghera E., Garofalo D., a cura di, *Contratti di lavoro, mansioni e misure di conciliazione vita-lavoro nel Jobs Act 2*, Bari: Cacucci.
- Bavaro V. (2022). L'orario di lavoro agile «senza precisi vincoli». *Lavoro Diritti Europa*, 1; 1-12.
- Bellavista A. (2000). *Il lavoro sommerso*. Torino: Giappichelli.
- Bellavista A. (2008). Le politiche statali di emersione del lavoro nero: strumenti e tecniche. In: Pinto V., a cura di, *Le politiche pubbliche di contrasto al lavoro irregolare*, Bari: Cacucci.
- Bellavista A., Garilli A. (2012). Politiche pubbliche e lavoro sommerso: realtà e prospettive. *Rivista Giuridica del Lavoro*, 2: 269-281.
- Bellomo S. (2025). Il contratto di lavoro a tempo parziale ed il lavoro ripartito. In Santoro-Passarelli G., fondato da, Mezzacapo D., Preteroti A., Valente L., diretto da, *Diritto e processo del lavoro e della previdenza sociale. Privato e pubblico*, Milano: Utet Giuridica.

- Bernardini. (2020). (In)visibili? La vulnerabilità alla violenza di chi non ha l'età. *GenIUS*, 2: 1-14.
- Betti E. (1950). Teoria generale del negozio giuridico. Torino: Utet.
- Bevivino G. (2023). Introduzione "critica" al diritto di famiglia. Regole e tendenze del moderno diritto nelle relazioni familiari. Torino: Giappichelli.
- Biagi M. (1999). Disabili e diritto al lavoro. *Guida al Lavoro*, 9: 12-20.
- Bianca C.M. (1993). *Diritto Civile. L'obbligazione*. Milano: Giuffrè.
- Bianca C.M. (2005). Diritto civile. La famiglia e le successioni. Milano: Giuffrè.
- Biggs H., Jones C. (2014). Legally Vulnerable: What is Vulnerability and Who is Vulnerable?. In: Freeman M., Hawkes S., Bennett B., a cura di, *Law and Global Health: Current Legal Issues*, Oxford: Oxford University Press.
- Bilotta E., a cura di (2008). Le unioni tra persone dello stesso sesso. Profili di diritto civile, comunitario e comparato, Milano: Mimesis Edizioni.
- Bin R. (2001). La famiglia: alla radice di un ossimoro. *Lavoro e Diritto*, 1: 9-20.
- Blanpain R. (2005). Le differenze di trattamento e la discriminazione connessa all'età: una società per tutte le età. *Diritto delle relazioni industriali*, 4: 942-953.
- Boffelli S., Montalti S., Trabucchi M., Govoni S., Osti R. (2024). *I caffè alzheimer in Italia: Manuale operativo*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Bonamini T. (2017). I doveri nascenti dall'unione civile. In: Bonilini G., a cura di, *Trattato di diritto di famiglia. Unione civile e convivenza di fatto*, Milano: Utet Giuridica.
- Bonardi O. (2011). I diritti dimenticati dei disabili e dei loro familiari in seguito alle recenti riforme. *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 4: 779-818.
- Bonardi O. (2022). *Luci e ombre della nuova legge delega sulla disabilità*. Testo disponibile al sito: <https://www.italianequalitynetwork.it/luci-e-ombre-della-nuova-legge-delega-sulla-disabilita/>.
- Bonilini G. (2012). Art. 143 c.c. In: Bonilini G., Confortini M., Granelli C., *Codice civile commentato*, Milano: Utet Giuridica.
- Borelli S. (2020). Who cares? Il lavoro nell'ambito dei servizi di cura alla persona. Napoli: Jovene.
- Borelli S. (2021). Le diverse forme dello sfruttamento nel lavoro domestico di cura. *Lavoro e Diritto*, 2: 281-301.
- Borelli S. (2023). L'interregno dei servizi di assistenza per le persone non autosufficienti. Spunti di riflessione nella prospettiva giuslavoristica. In: Buoso S., Passaro A., a cura di, *Organizzazione e lavoro in sanità. Una ricerca interdisciplinare*, Torino: Giappichelli.
- Bottari C., Riversi Monaco F.A., a cura di (2012), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Bozzao P. (2001). La protezione sociale della famiglia. *Lavoro e Diritto*, 1: 55-96.
- Bozzao P. (2017). *Anzianità, lavori e diritti*. Napoli: Editoriale Scientifica.

- Brenna E., Di Novi C. (2016). Is caring for older parents detrimental to women's mental health? The role of the European North–South gradient. *Review of Economics of the Household*, 14: 745-778.
- Brenna E. (2020). *Legami familiari e cura degli anziani in Europa. Aggiornamenti da SHARE*. Testo disponibile al sito: <https://www.welforum.it/legami-familiari-e-cura-degli-anziani-in-europa/>.
- Briggs A. (1961). The Welfare State in Historical Perspective. *European Journal of Sociology*, 2: 221-258.
- Brollo M. (1991). *Il lavoro a tempo parziale*. Napoli: Jovene.
- Brollo M., Filì V. (2004). Le politiche del lavoro possono trasformarsi in politiche per la famiglia?. In: AA.VV., *La bassa fecondità tra costrizioni economiche e cambio di valori. Convegno Internazionale Roma 15 e 16 maggio 2003*. Roma: Pubblicazioni Accademia Nazionale dei Lincei.
- Bronzini M. (2004). Cura. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 4: 236-244.
- Brouwer W., van Exel J. A., van den Berg B., van den Bos G.A.M., Koopmanschap M.A. (2005), Process utility from providing informal care: the benefit of caring. *Health Policy*, 1: 85-99.
- Buch E.D. (2014). Troubling Gifts of Care: Vulnerable Persons and Threatening Exchanges in Chicago's Home Care Industry. *Medical Anthropology Quarterly*, 4: 599-615.
- Buch E.D. (2015). Anthropology of aging and care. *Annual Review of Anthropology*, 44: 277-293.
- Bugetti M.N. (2017). La solidarietà tra genitori e figli e tra figli e genitori anziani. *Famiglia*, 3: 313-322.
- Buoso S. (2022). *La cura sanitaria territoriale tra emergenza pandemica e PNRR*. In: Guastaferrò B., Tebano L., a cura di, *Cura, lavoro, diritti. L'Unione Europea e le sfide della contemporaneità. Quaderno della Rivista Diritti Lavori Mercati*, 12: 131-150.
- Busatta L. (2024). Il nuovo volto della sanità territoriale tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative. In: Buoso S., Viscomi A., *Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, Torino: Giappichelli.
- Bussino T. (2009). Vigilanza ispettiva nel lavoro a titolo gratuito e a titolo oneroso. *Working Paper Adapt*, 95: 1-13.
- Calafà L. (2001). La prestazione di lavoro tra assenze e (dis)equilibri familiari. *Lavoro e Diritto*, 1: 143-161.
- Calafà L. (2004). *Congedi e rapporto di lavoro*. Padova: Cedam.
- Calafà L. (2008). Disabilità, discriminazione e molestia «associata»: il caso Coleman e l'estensione elastica del campo di applicazione della Direttiva 2000/78. *Diritto del lavoro*, 4: 1169-1172.
- Calafà L. (2015). Il lavoro a tempo parziale (artt. 4-12). In: Carinci F., a cura di, *Commento al d.lgs. 15 giugno 2015, n. 81: le tipologie contrattuali e lo jus variandi*, Modena: Adapt University Press.
- Calafà L. (2022). La conciliazione vita e lavoro in ambiente digitale. *Federalismi*, 34: 193-208.
- Calvellini G. (2020). *La funzione del part-time: tempi della persona e vincoli del sistema*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.

- Calvi C. (2023). Le politiche di supporto ai caregiver informali di persone anziane non autosufficienti in Friuli Venezia Giulia. Ancona: Pubblicazioni INRCA.
- Canciani M. (2009). Promuovere l'auto-mutuo aiuto per caregiver. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2: 17-21.
- Capponi F. (2022). Le dinamiche attuali del mercato del lavoro di cura in Italia tra cooperative e tipologie contrattuali atipiche. In: L. Casano, a cura di, *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*, Bergamo: Adapt University Press.
- Carlassare L. (2013). Priorità costituzionali e controllo sulla destinazione delle risorse. *Costituzionalismo*, 1: 1-17.
- Carlassare L. (2016). Solidarietà: un progetto politico. *Costituzionalismo*, 1: 45-67.
- Carpaneto L., Pesce F., Queirolo I. (2019). La famiglia nell'azione della comunità e dell'Unione Europea: la progressiva "erosione" della sovranità statale. In: Carpaneto L., Pesce F., Queirolo I., a cura di, *La "famiglia in movimento" nello spazio europeo di libertà e giustizia*. Torino: Giappichelli.
- Carsten J. (2013). What Kinship Does and How. *Journal of Ethnographic Theory*, 2: 245-251.
- Casalini B. (2012). L'etica della cura. Dal personale al globale. *B@belonline*, 12: 223-233.
- Casano L., a cura di (2022a), *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*. Bergamo: Adapt University Press.
- Casano L. (2022b). Dal lavoro domestico alla care economy. In: Casano L., a cura di, *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*, Bergamo: Adapt University Press.
- Casillo R. (2023). Permessi e agevolazioni per i lavoratori caregivers familiari. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University Press.
- Catalano C., Impellizzieri G., Ligorio G., Peruzzi E. (2022). Classificazione e inquadramento giuridico del lavoro di cura: orientamenti giurisprudenziali. In: Casano L., a cura di, *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*, Bergamo: Adapt University Press.
- Censis (2025). *I Paper Rapporto. La fatica delle famiglie: una difficile articolazione della domanda di cura*. Testo disponibile al sito: <https://www.censis.it/lavoro/la-fatica-delle-famiglie-una-difficile-articolazione-della-domanda-di-cura>.
- CEPS (2012), *Performance of long-term care systems in Europe*. Bruxelles: CEPS Publications.
- Cerbone M. (2023). Divieto di discriminazione. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University Press.
- Cerrina Feroni G., Morbidelli G. (2020). La comparazione giuridica: profili introduttivi. In: Morbidelli G., Volpi M., Cerrina Feroni G., a cura di, *Diritto costituzionale comparato*, Torino: Giappichelli.
- CGIL (2024), *Lavoro, anziani e Non autosufficienza. Osservazioni Cgil al d.lgs. 15 marzo 2024, n. 29*. Testo disponibile al sito: <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/non-autosufficienza/lavoro-anziani-e-non-autosufficienza-osservazioni-cgil-al-dlgs-15-marzo-2024-n29-u39dqb1q>.
- Cimaglia M.C. (2016). Il sistema di protezione rafforzato delle persone con disabilità. *Rivista giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 3: 366-370.

- Cinelli M. (1990). voce Sicurezza sociale. *Enciclopedia del Diritto*, vol. XLII.
- Cinelli M. (2019). Condizionamenti finanziari e diritti sociali: la giustizia costituzionale tra vecchi e nuovi equilibri. *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 1: 1-36.
- Cinelli M., Giubboni S. (2022). *Lineamenti di Diritto della Previdenza Sociale*. Milano: Wolters Kluwer.
- Cnel (2024a). Rapporto 2024. Demografia e forza lavoro. Roma: Cnel.
- Cnel (2024b). Osservazioni e proposte del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro in materia di linee guida per la formazione degli assistenti familiari. Roma: Cnel.
- Cnel (2024c). Disabilità e diritto al lavoro. Luci ed ombre sulla relazione di monitoraggio del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali alla Legge 68 del 1999. Roma: Cnel.
- Cnel (2024d). Il valore sociale del caregiver. Roma: Cnel.
- Cnel (2025). *Memoria concernente Osservazioni e Proposte del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro sugli effetti economici e sociali della transizione demografica*. Roma: Cnel.
- Cnel, Istat (2025). Il lavoro delle donne tra ostacoli e opportunità. Roma: Cnel.
- Cohen L. (1998). No Aging in India: Alzheimer's, The Bad Family, and Other Modern Things. Berkeley: University of California Press.
- Colapietro C., Salvia A., a cura di (2013). Assistenza inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità. A vent'anni dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Commissione Affari Sociali della Camera (2007). *Indagine conoscitiva sulle condizioni sociali delle famiglie in Italia*. Testo disponibile al sito: https://leg15.camera.it/_dati/lavori/bollet/chiscobollet.asp?content=/_dati/lavori/stencomm/12/indag/famiglie/elenco.htm.
- Commissione Europea (2001). Realising the European Union's potential: Consolidating and extending the Lisbon Strategy. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2004). Increasing the employment of older workers and delaying the exit from the labour market. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2014). *Population ageing in Europe. Facts, implications and policies*. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2018a). *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Netherlands*. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2018b). *Informal Care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality*. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2019). *Frailty. European Union support to prevent ageing decline in citizens*. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2021). Libro Verde sull'invecchiamento demografico. Promuovere la solidarietà e la responsabilità fra le generazioni. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Commissione Europea (2022). *Report on Gender Equality in the EU*. Bruxelles: Pubblicazioni Commissione Europea.

- Commissione Europea (2024). 2024 Ageing Report. Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2022-2070). Lussemburgo: Pubblicazioni Commissione Europea.
- Comitato ONU per i diritti delle persone con disabilità (2022). Italy: Lack of financial and social support to family of people with disabilities amounted to human rights violation, UN Committee finds. Testo disponibile al sito: <https://www.ohchr.org/>.
- Conaghan J. (2005). Work, Family and the Discipline of Labour Law. In: Conaghan J., Rittch K., a cura di, *Labour Law, Work, and Family*, Oxford: Oxford University Press.
- Corazza L. (2025). Il lavoro delle donne? Una questione redistributiva. Milano: Franco Angeli.
- Costa G. (2020). Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e nei metodi di studio. *Epidemiologia & Prevenzione*, 5-6: 14-17.
- Cottrau G. (1981). La nozione del rapporto di lavoro subordinato. In: Ricci R., Saffirio F., a cura di, *Il rapporto di lavoro privato subordinato*, Torino: Utet.
- Curto N., Marchisio C.M. (2020). I diritti delle persone con disabilità. Percorsi di attuazione della Convenzione ONU. Roma: Carocci.
- Dagnino E. (2023). Priorità per l'accesso al lavoro agile e ad altre forme di lavoro flessibile. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University Press.
- D'Antona M. (1989). La subordinazione e oltre. Una teoria giuridica per il lavoro che cambia. In: Pedrazzoli M., a cura di, *Lavoro subordinato e dintorni*, Bologna: Il Mulino.
- D'Antona M. (1998). La grande sfida delle trasformazioni del lavoro: ricentrare le tutele sulle esigenze del lavoratore come soggetto. In: Amato F., a cura di, I "destini" del lavoro. Autonomia e subordinazione nella società postfordista, Milano: Franco Angeli.
- D'Arrigo C. (2001). voce Salute (diritto alla). *Enciclopedia del diritto*, V.
- D'Auria M. (2017). *L'impresa nella famiglia*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- David R., voce Comparazione giuridica. *Enciclopedia delle scienze sociali*, III.
- De Beauvoir S. (1971). *La terza età*. Torino: Einaudi.
- Decataldo A., Limongelli P.E. (2021). Riconoscere e supportare i giovani caregiver. Riflessioni a partire da una ricerca partecipativa. In: Calcaterra V., Raineri M.L., a cura di, *Tra partecipazione e controllo. Contributi di ricerca sul coinvolgimento di bambini e famiglie nei servizi di tutela minorile*, Trento: Erickson University.
- De Cupis A. (1985). La solidarietà umana nel diritto civile. *Rivista di diritto civile*, 2: 621-624.
- Degoli M. C. (2025). Caregiver. In: Arconzo G., a cura di, *La giurisprudenza sui diritti delle persone con disabilità anno 2024. Secondo Rapporto Annuale*. Testo disponibile al sito: <https://osservatorioidisabilitahumanhall.unimi.it/2025/07/09/report-annuale-2024/>.
- De Leonardis N. (2023). *L'estensione della tutela per maternità delle lavoratrici autonome*. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University Press.

- Delfino M. (2022). Cura dei soggetti fragili e rapporti di lavoro subordinato tra vecchi problemi e nuovi equilibri. In: Guastaferrò B., Tebano L., a cura di, *Cura, lavoro, diritti. L'Unione Europea e le sfide della contemporaneità. Quaderno della Rivista Diritti Lavori Mercati*, 12: 173-188.
- Dell'Olio M. (2000). Il lavoro sommerso e la «lotta per il diritto». *Argomenti di Diritto del Lavoro*, 1: 43-53.
- Del Tufo M. (2019). Delitti contro la famiglia. In: Pulitanò D., a cura di, *Diritto penale. Parte speciale. Tutela della persona*, Torino: Giappichelli.
- De Martino C. (2021). Chi bada alle badanti? La specialità del lavoro domestico alla prova del Covid-19. *Giornale di Diritto del Lavoro e di Relazioni Industriali*, 1: 53-78.
- De Meijer C. (2012). *Studies of health and long-term care expenditure growth in aging populations*, Rotterdam: Erasmus University.
- De Meijer C., Bakx P., Koopmanschap M., van Doorslaer E. (2015). Explaining declining rates of institutional LTC use in the Netherlands: a decomposition approach. *Health Economics*, 1: 18-31.
- Deponte A., Palmeri R., de Morpurgo E., Galvani G. (2021). Un osservatorio per i caregiver di persone con demenza. *I luoghi della cura rivista online*, 3: 1-8.
- De Simone G. (2010). Sull'assistenza familiare alla persona gravemente disabile. L. n. 104 del 1992. *Ragiusan*, 313: 248-258.
- De Tommaso C.V. (2024). *Long Term Care in Europa: una nuova era riformista*. Testo disponibile al sito: <https://www.secondowelfare.it/long-term-care/long-term-care-in-europa-una-nuova-era-riformista/>.
- Di Carluccio C. (2022). *Lavoro e salute mentale. Dentro e fuori l'istituzione*. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Di Cosimo G. (2025). Diritti sociali e risorse limitate nella giurisprudenza costituzionale. *Rivista del diritto della sicurezza sociale*, 1: 57-66.
- Dinh M. L. (2022). L'enrichissement injustifié en droit privé. État des lieux et perspectives. Marsiglia: Presses Universitaires d'Aix-Marseille.
- Diodati F. (2021). Oltre l'ambivalenza del "care". Indicazioni analitiche sull'antropologia del prendersi cura. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 51: 71-101.
- Diodati F. (2022). Il riconoscimento del caregiver nell'assistenza agli anziani: prospettive etnografiche sull'opposizione fra cure familiari e cure a pagamento. *Antropologia*, 1: 75-93.
- Di Pasquale E., Tronchin C. (2020). *L'impatto della 'sanatoria' 2020 sul lavoro domestico e di cura*. Il testo è disponibile al sito: <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/12/limpatto-della-sanatoria-2020-sul-lavoro-domestico-e-di-cura/>.
- Di Stasi A. (2013). Il diritto del lavoro dei disabili e le aspettative tradite del "collocamento mirato". *Argomenti di diritto del lavoro*, 4-5: 880-908.
- Di Stasi A. (2021). *Diritto del lavoro e della previdenza sociale*: Milano: Giuffrè.
- D'Onghia M. (2019). Dall'assistenza sociale a un nuovo modello di politiche sociali. Mutamenti e sfide del sistema italiano. *Variazioni su temi di diritto del lavoro*, 2: 349-387.

- D'Onghia M. (2024). Lavoro “informale” di cura e protezione sociale. *Diritto delle relazioni industriali*, 1: 82-109.
- Doria G. (1997). Liberalità e interessi familiari. *Diritto di famiglia e delle persone*, 4: 1543-1553.
- Emiliani S.P. (2024). Il collocamento obbligatorio In: Amoroso G., Di Cerbo V., Maresca A., a cura di, *Previdenza, assistenza e sicurezza sociale*, Milano: Giuffrè.
- Emiliani S.P. (2025). Accomodamenti ragionevoli e organizzazione di lavoro. *Argomenti di diritto del lavoro*, 3: 392-410.
- Esping-Andersen G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esposito M. (2012). Il contrasto al lavoro nero: discontinuità dei percorsi legislativi e cultura dei valori giuridici. *Discussion Paper CRISEI*, 2: 1-12.
- Esposito M. (2014). Un approccio inclusivo e resiliente: tutele crescenti per l'undeclared work?. *Diritti Lavori Mercati*, 2: 289-294.
- Esposito M., Fili V., Mc Britton M., a cura di (2023), Le problematiche del lavoro sommerso in una prospettiva interdisciplinare. *Rivista Giuridica del Lavoro e della previdenza sociale*, 3: 315-320.
- Esposito M., Gaeta L., Zoppoli A., Zoppoli L. (2023), *Diritto del lavoro e sindacale*. Torino: Giappichelli.
- Eurispes (2022). *Rapporto Italia: Arretratezza/ Modernità. I caregiver in Italia, un esercito di invisibili*. Testo disponibile al sito: <https://eurispes.eu/ricerca-rapporto/rapporto-italia-2022/>.
- European Institute for Gender Equality (2024). *Gender Equality Index 2024*. Testo disponibile al sito: <https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2024/IT>.
- Eurostat (2011). Active ageing and solidarity between generations. A portrait of the European Union. Lussemburgo: Pubblicazioni Eurostat.
- Eurostat (2020). *Childbirth at older age*. Testo disponibile al sito: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200515-2>.
- Falasca C. (2020). Anziani soli: una emergenza silenziosa. *Rivista di informazione sui problemi abitativi degli anziani*, 1: 3-4.
- Federici S. (2012). *Revolution at Point Zero: Housework, Reproduction and Feminist Struggle*. New York: PM Press.
- Ferguson S. (2019). *Women and Work: Feminism, Labour, and Social Reproduction*. Londra: Pluto Press.
- Ferrara R. (1997), voce Salute (diritto alla). *Digesto delle discipline pubblicistiche*, XIII.
- Ferraro G. (1998). *I contratti di lavoro*. Padova: Cedam.
- Ferrera M. (1993). *Modelli di solidarietà*. Bologna: Il Mulino.
- Ferri L. (1988). Della potestà dei genitori. In: Scialoja A., Branca G., a cura di, *Commentario al Codice civile*. Bologna: Zanichelli.
- Fierro Cenderelli F. (2007). La violazione degli obblighi di assistenza familiare. Padova: Cedam.
- Fierro Cenderelli F. (2010). Famiglia (dir. pen.). *Digesto delle discipline penalistiche*, V.

- Fili V. (2004), Le politiche locali. In: Brollo M., Fili V., Le politiche del lavoro possono trasformarsi in politiche per la famiglia?, in AA.VV., *La bassa fecondità tra costrizioni economiche e cambio di valori. Convegno Internazionale Roma 15 e 16 maggio 2003*, Roma: Pubblicazioni Accademia Nazionale dei Lincei.
- Fili V. (2020). I lavoratori anziani tra esclusione e inclusione. *Argomenti di Diritto del Lavoro*, 2: 369-385.
- Fili V. (2022a). Prefazione. In: Fili V., a cura di, Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare, Bergamo: Adapt University Press.
- Fili V. (2022b). Longevità vs. sostenibilità. Prove di resistenza. In: Fili V., a cura di, Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare, Bergamo: Adapt University Press.
- Fili V. (2023). L'impatto del decreto n. 105/2022 sul contesto. Ottimismo della volontà, pessimismo dell'intelligenza e pragmatismo visionario. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Troisi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University Press.
- Fischer J., Polte A., Sternkopf M. (2022). Introduction of Long-Term Care Systems: The Nascent Diffusion of an Emergent Field of Social Policy. In: Windzio M., Mossig I., Besche-Truthe F., Seitzer H., a cura di, *Networks and Geographies of Global Social Policy Diffusion*, Londra: Springer Nature.
- Fondazione Onda (2023). Verso un'equità di genere nella salute e nella ricerca. Libro bianco 2023. Milano: Franco Angeli.
- Fondazione Studi Consulenti del Lavoro (2023). L'occupazione nel settore delle collaborazioni domestiche caratteristiche, evoluzione e tendenze. Roma: Fondazione Studi Consulenti del Lavoro.
- Fondazione Studi Consulenti del Lavoro (2025). *Il lavoro autonomo in Italia, un confronto con l'Europa*. Roma: Fondazione Studi Consulenti del Lavoro.
- Posti G., Notarnicola E., Perobelli E., a cura di (2025). Il settore Long Term Care tra connessioni, interdipendenze e necessità di integrazione. 7° Rapporto Osservatorio Long Term Care. Milano: Egea.
- Fraioli A.L. (2022). La dipendenza economica tra autonomia e subordinazione: quali tutele?. Torino: Giappichelli.
- Fraioli A.L. (2024). Diritti sociali, risorse disponibili e sindacato di costituzionalità. *Il Diritto del mercato del lavoro*, 1: 159-182.
- Fudge J. (2011). Labour as a 'Fictive Commodity': Radically Reconceptualizing Labour Law. In: Davidov G., Langille B., a cura di, *The Idea of Labour Law*, Oxford: Oxford University Press.
- Furguele G. (1979). *Libertà e famiglia*. Milano: Giuffrè.
- Furmańska-Maruszak A., Heeger-Hertter S. (2023). Fair Working Conditions for Workers Providing Informal Care for the Elderly in Poland and in the Netherlands. *Utrecht Law Review*, 3: 25-43.

- Fusaro A. (2019). L'atto patrimoniale della persona vulnerabile. Oltre il soggetto debole: vulnerabilità della persona e condizionamento del volere. Napoli: Jovene.
- Gabriele A. (2024). *Contratto di lavoro e diritto al tempo per la cura*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Gaeta L. (2015). *Telelavoro*. Testo disponibile al sito: [https://www.treccani.it/enciclopedia/telelavoro_\(Diritto-on-line\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/telelavoro_(Diritto-on-line)/).
- Gaeta L., Viscomi A. (1996). L'Italia e lo Stato sociale. In: Ritter G.A., a cura di, *Storia dello Stato sociale*, Bari: Laterza.
- Galardi R. (2024). La tutela della genitorialità nel lavoro autonomo. *Labor*, 2: 213-226.
- Galasso A., Mazzaresse S. (2008). La gratuità come principio. In: Galasso A., Mazzaresse S., a cura di, *Il principio di gratuità*, Milano: Giuffrè.
- Garbuio C. (2022). L'estensione dell'art. 36 Cost. al lavoro autonomo: tra chiusure giurisprudenziali e aperture legislative. *Labour & Law Issues*, 1: 3-22.
- Garofalo D. (2009). Voce Disabili (lavoro dei). *Digesto delle discipline pubblicistiche*, V.
- Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di (2023). *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*. Bergamo. Adapt University Press.
- Gazzoni F. (2015). *Manuale di diritto privato*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Generali Italia (2024). *Welfare Index PMI. Rapporto 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.welfareindexpmi.it/evento-2024/>.
- Ghera E. (2011). *Diritto del Lavoro*. Bari: Cacucci.
- Ghera E., Garilli A., Garofalo D. (2023). *Diritto del lavoro*. Torino: Giappichelli.
- Giarelli G. (2024). Il Servizio sanitario nazionale dalla salute di prossimità alle reti territoriali. In: Buoso S., Viscomi A, a cura di, *Per un welfare di comunità. Organizzazione e lavoro nella sanità territoriale*, Torino: Giappichelli.
- Golini A. (1991). Anziani. Enciclopedia delle scienze sociali Treccani.
- Gorla G. (1955). *Il contratto*. Milano: Giuffrè.
- Gorman M. (1999). Development and the rights of older people. In: AA. VV., The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people, Londra: Routledge.
- Gottardi D. (2001). Lavoro di cura. Spunti di riflessione. *Lavoro e Diritto*, 1: 121-142.
- Gottardi D. (2008). Discriminazioni per disabili: tutelati anche i familiari lavoratori. *Guida al lavoro*, 35: 62-63.
- Gottardi D. (2021). Recovery Plan e lavoro femminile. *Diritti Lavori Mercati*, 2: 261-270.
- Gottardi F., Vecchi C., Avanzini S., Berruti N., Rodella A., Boffelli S., Trabucchi M. (2020). Il Caffè Alzheimer e la relazione coi malati: risultati positivi e criticità. *I luoghi della cura*, 5: 1-8.
- Governo Italiano (2021). *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*. Testo disponibile al sito: <https://www.italiadomani.gov.it/it/strumenti/documenti/archivio-documenti/piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza.html>.

- Gräler L., Bremmers L., Bakx P., van Exel J., van Bochove M. (2022). Informal care in times of a public health crisis: Objective burden, subjective burden and quality of life of caregivers in the Netherlands during the COVID-19 pandemic. *Health & Social Care in the Community*, 6: 5515-5526.
- Guaia A. (2021). I servizi residenziali (I). Guardare indietro per andare avanti In: Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli.
- Gualandi S. (2024). Oltre Coleman. La caregiver familiare di persona disabile è destinataria della tutela contro le discriminazioni indirette sul luogo di lavoro e del diritto agli accomodamenti ragionevoli?. *Labor*, 4: 501-515.
- Gualandi S. (2025). Analisi giuslavoristica della riforma in materia di politiche in favore delle persone anziane non autosufficienti. In: Alessi C., Chiaromonte W., Esposito M., Filì V., Gambacciani M., Tiraboschi M., a cura di, *Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica*, Bergamo: Adapt University.
- Guariso A. (2018). La tutela giurisdizionale contro le discriminazioni nel dialogo con le Alte Corti. In: Bonardi, a cura di, *Eguaglianza e divieti di discriminazione nell'era del diritto del lavoro derogabile*, Roma: Futura.
- Hegedüs A., Schürch A., Bischofberger I. (2022). Implementing Buurtzorg-derived models in the home care setting: a Scoping Review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4.
- Holmes S., Sunstein C.R. (2000). Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse. Bologna: Il Mulino.
- Houwerzijl M., Zekić N., Evers M., Bekker S. (2021). *Working, yet poor. National Report: Netherlands*, Tilburg: Tilburg University Press.
- Ichino P. (2010). La nozione di giusta retribuzione nell'articolo 36 della Costituzione. *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 4: 719-767.
- Inl (2025). *Rapporto attività di vigilanza anno 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.ispettorato.gov.it>.
- Inps (2025). *Rendiconto di genere 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.inps.it/it/it/inps-comunica/notizie/dettaglio-news-page.news.2025.02.rendiconto-di-genere-2024-i-dati.html>.
- Irti C. (2023). La persona anziana tra famiglia e società. Problematiche di diritto civile. Pisa: Pacini.
- Irti C. (2024). Allungamento della aspettativa di vita e istituti familiari. *Diritto di Famiglia e delle Persone*, 3: 1246-1267.
- Istat (2010). La relazione tra offerta di servizi di Long Term Care ed i bisogni assistenziali dell'anziano. Roma: Istat.
- Istat (2019). I tempi della vita quotidiana. Lavoro, conciliazione, parità di genere e benessere soggettivo. Roma: Istat.
- Istat (2020). Invecchiamento attivo e condizioni di vita degli anziani in Italia. Roma: Istat.
- Istat (2021). Struttura, comportamenti e performance dal censimento permanente. Roma: Istat.
- Istat (2024a). *Report Popolazione e società*. Roma: Istat.

- Istat (2024b). Report Matrimoni, unioni civili, separazioni e divorzi. Anno 2023. Roma: Istat.
- Istat (2024c). Report Previsioni della popolazione residente e delle famiglie. Roma: Istat.
- Istituto Superiore di Sanità (2024). *Stress, salute e differenze di genere nei caregiver familiari. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Jarrett W.H. (1985). Caregiving within kinship systems: is affection really necessary?. *Gerontologist*, 1: 5-10.
- Jemolo A.C. (1949), La famiglia e il diritto. *Annali del Seminario giuridico dell'Università di Catania*, 3: 57-79.
- Koopman E., Heemskerk M., van der Beek A.J., Coenen P. (2020). Factors associated with caregiver burden among adult (19–64 years) informal caregivers. An analysis from Dutch Municipal Health Service data. *Health & Social Care in the Community*, 5: 1578-1589.
- Lamura G., Barbabella F. (2013). Le politiche per la cura della popolazione anziana: il quadro internazionale. *I luoghi della cura rivista online*, 4: 1-5.
- Leibing A. (2016). Successful Selves? Heroic tales of Alzheimer's Disease and Personhood in Brazil. In; Lamb S., a cura di, *Successful Aging? Global Perspectives on a Contemporary Obsession*, New Brunswick: Rutgers University Press.
- Livi Bacci M. (1998). *Storia minima della popolazione del mondo*. Bologna: Il Mulino.
- Lo Calzo A. (2018). Il diritto all'assistenza e alla cura nella prospettiva costituzionale tra eguaglianza e diversità. *Osservatorio Costituzionale*, 3: 211-234.
- Long J. (2010). La cura della persona dipendente tra etica, legge e contratto. *Diritto di Famiglia*, 1: 478-498.
- Longo E. (2011). Unitarietà del bisogno di cura. Riflessioni sugli effetti giuridici conseguenti al passaggio dal modello medico al modello sociale di disabilità. *Non Profit*, 2: 35-49.
- Longo E. (2017). Un aggiornamento in tema di Costituzione e diritti sociali. In: Canavesi G., Ales E., a cura di, *Il sistema previdenziale italiano. Principi, struttura ed evoluzione*, Torino: Giappichelli.
- Luciani M. (1980). Il diritto costituzionale alla salute. *Diritto e società*, 2: 769-792.
- Ludovico G. (2019). Il welfare aziendale come risposta ai limiti del welfare state. In: Ludovico G., Squeglia M., a cura di, *Il welfare aziendale oggi: il dibattito de iure condendo*, Milano: Giuffrè.
- Ludovico G. (2025). Dalla società dell'invecchiamento alla società della longevità. *Lavoro Diritti Europa*, 1: 1-9.
- Lunardon F. (2007). La subordinazione. In: Carinci F., a cura di, *Commentario. Diritto del lavoro. Il rapporto di lavoro subordinato: Costituzione e svolgimento*, Torino: Utet Giuridica.
- Lupo A. (2014). Antropologia medica e umanizzazione delle cure. *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 37:105-126.
- Luppi M. (2015). Non autosufficienza e impoverimento. In: Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Luppi M. (2018). Coinvolgimento familiare e politiche per la non autosufficienza: modelli di defamilizzazione in Europa. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1: 151-169.

- Mangia A. (2013). I diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria. In: Cavasino E., Scala G., Verde G., a cura di, *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Napoli: Editoriale Scientifica.
- Marsili V., Melchiorre M. G., Lamura G. (2006). Ruolo e prospettive dei gruppi di auto mutuo aiuto per familiari caregiver di anziani non autosufficienti in Italia. *Giornale di Gerontologia*, 4: 240-248.
- Martelloni F. (2020). La tutela del lavoro nel prisma dell'art. 35 Cost. *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 3: 399-428.
- Martone M. (2018). Il lavoro agile nella l. 22 maggio 2017, n. 81: un inquadramento. In: Zilio Grandi G., Biasi M., a cura di, *Commentario breve allo Statuto del lavoro autonomo e del lavoro agile*, Milano: Wolters Kluwer.
- Martone M., a cura di (2020). Il lavoro da remoto. Per una riforma dello smart working oltre l'emergenza. Piacenza: La Tribuna.
- K. Marx (1867). *Il Capitale. Libro Primo*, Roma: Editori Riuniti (edizione 2017).
- Maurits E. E. M., de Veer A. J. E., Groenewegen P.P., Francke A.L. (2018). Attractiveness of people-centred and integrated Dutch home care: a nationwide survey among nurses. *Health & Social Care in the Community*, 4: 523-531.
- Mazziotti M. (1964). Diritti sociali. *Enciclopedia del diritto*, XII.
- Mazzoni G. (1977). *Manuale di diritto del lavoro*. Milano: Giuffrè.
- Mazzotta O. (2025). *Manuale di Diritto del Lavoro*. Milano: Wolters Kluwer Cedam.
- McCarthy J., Heraty N., Cross C., Cleveland J.N. (2014). Who is considered an 'older worker'? Extending our conceptualisation of 'older' from an organisational decision maker perspective. *Human Resource Management Journal*, 4: 374-393.
- Mead M. (1928). *Coming of Age in Samoa: A Psychological Study of Primitive Youth for Western Civilization*. New York: William Morrow & Company.
- Mellink A.G.M. (2013). Worden zoals wij: Onderwijs en de opkomst van de geïndividualiseerde samenleving sinds 1945 (Being Who We Are Education and the Rise of the Dutch Individualized Society since 1945). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Menghini L. (1989). Nuovi valori costituzionali e volontariato. Milano: Giuffrè.
- Menghini V. (2022). Le politiche di sostegno ai caregivers informali: uno sguardo internazionale dall'ultimo Rapporto OECD. *I luoghi della cura rivista online*, 3: 1-13.
- Mezzadri A. (2020). The Informal Labours of Social Reproduction. *Global Labour Journal*, 11: 156-163.
- Militello M. (2020). *Conciliare vita e lavoro. Strategie e tecniche di regolazione*. Torino: Giappichelli.
- Ministero della Salute, del Welfare e dello Sport olandese (2014), *Over financiële duidelijkheid voorgeeenten (Lettera al Parlamento sulla chiarezza finanziaria per i comuni)*. Testo disponibile al sito: <https://lokaleregelgeving.overheid.nl/CVDR385593>.
- Montuschi L. (2009). La Costituzione e i lavori. *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 1: 153-176.

- Morozzo Della Rocca P. (1998). Gratuità, liberalità e solidarietà. Contributo allo studio della prestazione non onerosa. Milano: Giuffrè.
- Mortati C. (1961). La tutela della salute nella Costituzione italiana. *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 1: 1-13.
- Mortati C. (1975). *sub Art. 1*. In: Branca G., a cura di, *Commentario alla Costituzione*, Bologna-Roma: Zanichelli.
- Mot E. (2010). *The Dutch system of long-term care*. L'Aja: CPB Documents.
- Mot E., Biró (2012). Performance of long-term care systems in Europe. *ENEPRY Policy Brief*, 13: 1-14.
- Murena C. (2019). Il welfare aziendale e la recente normativa sui flexible benefits. *Diritto delle Relazioni Industriali*, 4: 1235-1246.
- Murena C. (2023). Il congedo straordinario per i cc.dd. caregiver di portatori di handicap gravi. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University.
- Musaio M., Belloni V. (2023). Prendersi cura di chi si prende cura in famiglia: vulnerabilità invisibile dei giovani caregivers, compiti di cura e rielaborazione personale. *Journal of Health Care Education in Practice*, 1:121-129.
- Napoli M. (2001). Note introduttive al commento della legge 8 marzo 2000, n. 53. *Nuove Leggi Civili Commentate*, 6: 1215-1219.
- Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement (2018). *Informal Caregiving and Caregivers' Labor Supply in the Netherlands*. Testo disponibile al sito: <https://www.netspar.nl/kennisplein/informal-caregiving-and-caregivers-labor-supply-in-the-netherlands/>.
- Nunin R. (2010). La nozione di «assistenza» al disabile e la fruizione dei permessi ex l. n. 104/92. *Famiglia e diritto*, 4: 413-415.
- OCSE (2013). *Health care reform and long-term care in the Netherlands*. Parigi: OCSE Publishing.
- OCSE (2019a). *Pension Policy Notes: Italy*. Parigi: OCSE Publishing.
- OCSE (2019b). *Part-time and Partly Equal: Gender and Work in the Netherlands*. Parigi: OCSE Publishing.
- OCSE (2020a). *Spending on long-term care*. Parigi: OCSE Publishing.
- OCSE (2020b). *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*. Parigi: OCSE Publishing.
- OCSE (2021). *Studi economici dell'OCSE Italia*. Parigi: OCSE Publishing.
- OCSE (2022). *Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind*. Testo disponibile al sito: https://www.oecd.org/en/publications/supporting-informal-carers-of-older-people_0f0c0d52-en.html.
- OCSE (2023). *Health at a glance 2023*. Parigi: OCSE Publishing.
- OIL (2002). *Care work. The quest for security*. Ginevra: OIL.

- OIL (2013). Resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization. Ginevra: OIL.
- OIL (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. Ginevra: OIL.
- OIL (2020). Disability-inclusive Social Protection response to Covid-19 crisis. Ginevra: OIL.
- OIL (2022). Care work. The quest for security. Ginevra: OIL.
- OIL (2023). Resolution to amend the 19th ICLS resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization. Ginevra: OIL.
- OIL (2024). *Decent work and care economy*. Ginevra: OIL.
- OMS (1999). Home-based and long-term care. Ginevra: OMS.
- OMS (2021a). Price setting and contracting help to ensure equitable access in the Netherlands. Ginevra: OMS.
- OMS (2021b). Pricing long-term care for older persons. Ginevra: OMS.
- OMS (2022). *Ageing and health*. Ginevra: OMS.
- OMS (2024). Long-term care financing: lessons for low- and middle-income settings. Ginevra: OMS.
- Onida V. (2018). *Diritti sociali "incomprimibili" e limite delle risorse*. Testo disponibile al sito: <https://www.welforum.it/diritti-sociali-incomprimibili-e-limite-delle-risorse/>.
- ONU (2020). *World Population Ageing 2019*. New York: ONU.
- ONU-Dipartimento per gli Affari economici e sociali (2023). *Leaving No One Behind In An Ageing World, World Social Report 2023*. New York: ONU.
- ONU (2024). *World Population Prospects 2024*. New York: ONU.
- Osservatorio demenze (2023). *Indagine nazionale sugli aspetti socio-economici delle famiglie di persone con demenza*. Testo disponibile al sito: <https://www.demenze.it/it-schede-39-survey>.
- Osservatorio Domina sul lavoro domestico (2024). *6° Rapporto annuale sul lavoro domestico*. Testo disponibile al sito: <https://www.osservatoriolavorodomestico.it/rapporto-annuale>.
- Overall C. (2016). How Old Is Old? Changing Conceptions of Old Age. In: Scarre G., a cura di, *The Palgrave Handbook of the Philosophy of Aging*, Londra: Springer.
- Pacifico M. (1989). Lavoro produttivo, lavoro riproduttivo. Contributi alla divisione sessuale del lavoro. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Paglia V. (2021). L'età da inventare. La vecchiaia tra memoria ed eternità. Milano: Piemme.
- Palladini S. (2012). I principi costituzionali in materia di retribuzione. In: Gagnoli E., Palladini S., a cura di, *La retribuzione*, Torino: Utet.
- Palmeri G. (2008). I negozi familiari. In: Galasso A., Mazzaresse S., a cura di, *Il principio di gratuità*, Milano: Giuffrè.
- Panci M., Russo M. (2017). Particolari rapporti di lavoro. In: Santoro Passarelli G., a cura di, *Diritto e processo del lavoro e della previdenza sociale. Privato e pubblico*, Milano: Utet Giuridica.

- Papa A. (2018). La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?. *Federalismi*, 4: 80-99.
- Papa Francesco (2014). *Discorso durante la visita alla Comunità di Sant'Egidio*. Testo disponibile al sito: https://www.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2014/june/documents/papa-francesco_20140615_comunita-sant-egidio.html.
- Paradiso M. (2024). *Corso di istituzioni di diritto privato*. Torino: Giappichelli.
- Pasquili R. (2022). Persone anziane e fragili: verso nuovi modelli di gestione dell'età. In: Fili V., a cura di, *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare*, Bergamo: Adapt University Press.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (2013). *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*. Roma: Futura Editrice.
- Pastore B. (2021). *Semantica della vulnerabilità. Soggetto, cultura giuridica*. Torino: Giappichelli.
- Patti S. (2022). La famiglia: dall'isola all'arcipelago?. *Rivista di diritto civile*, 3: 507-523.
- Pavolini E., Ranci C. (2014). *Le politiche di welfare*. Bologna: Il Mulino.
- Pavolini E. (2022). *Long-term care protection models in the EU*. Bruxelles: EU publications.
- Penning F. (2022). *Social Security Law in the Netherlands*. Alphen aan den Rijn: Wolters Kluwer.
- Perlingieri P. (2024). *Manuale di Diritto Civile*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Persiani M. (1987). Sicurezza sociale. *Novissimo Digesto Italiano*, VII.
- Perulli A. (2021). Oltre la subordinazione. La nuova tendenza espansiva del diritto del lavoro. Torino: Giappichelli.
- Perulli A., Treu T. (2022). "In tutte le sue forme e applicazioni". Per un nuovo Statuto del lavoro. Torino: Giappichelli.
- Peruzzi M. (2015). Lavoro irregolare, sommerso, non dichiarato, illegale: questioni definitorie nella prospettiva interna e dell'Unione Europea. *Diritti Lavori Mercati*, 1: 115-152.
- Peruzzi M. (2021). Differenziali di genere e trasparenza retributiva, tra reporting aziendale e certificazione di parità. *Giornale di diritto del lavoro e relazioni industriali*, 1: 143-147.
- Pessi R. (2019). La tutela previdenziale ed assistenziale nella Costituzione. Solidarietà economica e sostenibilità sociale. *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 1: 37-56.
- Pessi R. (2022). *Lezioni di Diritto della Previdenza Sociale*. Padova: Cedam.
- Picco G. (2022). Il welfare invisibile: lo sfruttamento legale e illegale delle colf e badanti. In: Fili V., a cura di, *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare*, Bergamo: Adapt University Press.
- Picco G. (2024a). *Il diritto sanzionatorio del lavoro*. Bergamo: Adapt University Press.
- Picco G. (2024b). Low-skilled jobs e sfruttamento. In: Brollo M., Zoli C., Lambertucci P., Biasi M., a cura di, *Dal lavoro povero al lavoro dignitoso. Politiche, strumenti, proposte*, Bergamo: Adapt University Press.

- Pistore G. (2018). Permessi e congedi per l'assistenza alle persone con disabilità. Stato dell'arte e profili critici alla luce della l. n. 76 del 2016. *Working Paper Csdle "Massimo D'Antona"*, 375: 1-12.
- Pistore G. (2020). Alla ricerca di un inquadramento giuridico per il caregiver familiare. In: Del Punta R., Gottardi D., Nunin R., Tiraboschi M., *Salute e benessere dei lavoratori: profili giuslavoristici e di relazioni industriali*, Bergamo: Adapt University Press.
- Politi F. (2017). Diritti sociali. *Enciclopedia Treccani* online. Testo disponibile al sito: [https://www.treccani.it/enciclopedia/diritti-sociali-dir-cost_\(Diritto-on-line\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/diritti-sociali-dir-cost_(Diritto-on-line)/).
- Ponzellini A.M., Tempia A. (2003). Quando il lavoro è amico. Aziende e famiglie: un incontro possibile. Roma: Edizioni Lavoro.
- Proia G. (2025). *Manuale di Diritto del Lavoro*. Milano: Wolters Kluwer Cedam.
- Prospero F. (2006). Impresa familiare, art. 230 bis. In: Schlesinger P., Busnelli F.D., diretto da, *Il Codice Civile. Commentario*, Milano: Giuffrè.
- Pugliese E., Vitiello M. (2024). *Storia dell'emigrazione italiana. Dall'Unità a oggi*. Bologna: Il Mulino.
- Purkis M.E., Ceci C. (2015). Problematising care burden research. *Ageing & Society*, 35: 1410-1428.
- Racca G.M. (2022). Salute. *Enciclopedia del Diritto*, III.
- Raji N. A., Liverpool S., Bannerman F., Fletcher K.A. (2025). Experiences and outcomes of young carers living in low-and middle-income countries: a scoping review and narrative synthesis. *Journal of Child and Family Studies*, 1: 83-95.
- Ranci C., Parma A. (2020). La concettualizzazione dell'insicurezza economica. Una rassegna della letteratura. *Working Papers DASTU*, 6: 1-32.
- Riccardi A. (2018). *Disabili e lavoro*. Bari: Cacucci.
- Riccobono A. (2020). *Diritto del lavoro e terzo settore*. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Romagnoli U. (1975). L'impresa familiare nella riforma del diritto di famiglia. *Giurisprudenza costituzionale*, 1: 494-505.
- Romagnoli U. (2009). La società industriale e il suo diritto. In: Romagnoli U., *Giuristi del lavoro. Percorsi italiani di politica del diritto*, Roma: Donzelli.
- Romano S., Degni F. (1931). *Cura*, in *Enciclopedia Italiana*, XI.
- Rosina A., Impicciatore R. (2022). Storia demografica d'Italia. Crescita, crisi e sfide. Roma: Carocci.
- Rosina A. (2025). L'impatto della transizione demografica sul mondo del lavoro. *SINAPPSI*, 1: 29-34.
- Rossi N. (2025). Le indagini tramite agenzie investigative e la vita privata del lavoratore subordinato. *Il Lavoro nella giurisprudenza*, 6: 620-627.
- Russo M. (2014). Abusi dei permessi per assistenza disabili e controlli occulti. *Rivista Giuridica del lavoro e della previdenza sociale*, 3: 444-448.
- Russo M. (2017). Età pensionabile e prosecuzione del rapporto di lavoro. Tutele individuali e misure di ricambio generazionale. Napoli: Editoriale Scientifica.

- Russo M. (2018). Qualche riflessione sul lavoro irregolare. In: Confortini M., a cura di, *Giuseppe Santoro Passarelli Giurista della contemporaneità*, Torino: Giappichelli.
- Russo M. (2019). Discriminazione per handicap e orario di lavoro. *Rivista giuridica del lavoro*, 3: 497-509.
- Russo M. (2023). Il datore di lavoro agile. Il potere direttivo nello smart working. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Russo M. (2024). Are cross-border worker protections under challenge? Insights from a comparative perspective between Italy and the Netherlands. *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, 2: 120-137.
- Russo M. (2025). Profili pensionistici del gender gap. In: D'Avino E., De Gennaro D., Inno L., Vicentini G., a cura di, *Work Life Balance e Gender Equality tra diritto e prassi. Quadro normativo, profili organizzativi e sfide applicative*, Bari: Cacucci.
- Sadler E., McKevitt C. (2013). 'Expert Carers': an Emergent Normative Model of the Caregiver. *Social Theory & Health*, 1: 40-58.
- Salazar C. (2024). Sui diritti sociali e il principio di solidarietà. *Rivista Associazione Italiana Costituzionalisti*, 1: 188-210.
- Salem B.E., Nyamathi A., Phillips L.R., Mentis J., Sarkisian C., Brecht L. (2015). *Identifying Frailty Among Vulnerable Populations*. Bethesda: National Institute of Health Publications.
- Sandirocco L. (2017), L'ufficio tutelare nella società romana al tempo del principato, in *Rivista di Diritto Romano*, 1-2: 1-10.
- Santoro-Passarelli G. (2015). Lavoro subordinato. *Treccani-Diritto on line*, § 10.
- Santoro-Passarelli G. (2017a). *Diritto dei lavori e dell'occupazione*. Torino: Giappichelli.
- Santoro-Passarelli G. (2017b). Il lavoro subordinato. L'identificazione della fattispecie. In: Santoro Passarelli G., a cura di, *Diritto e processo del lavoro e della previdenza sociale. Privato e pubblico*, Milano: Utet Giuridica.
- Santoro Passarelli G. (2017). Lavoro eterorganizzato, coordinato, agile e il telelavoro: un puzzle non facile da comporre in un'impresa in via di trasformazione. *Working Paper Csdle "Massimo D'Antona"*, 327: 1-13.
- Saraceno C. (2001). Politiche del lavoro e politiche della famiglia: un'alleanza lunga e problematica. *Lavoro e Diritto*, 1: 37-54.
- Saraceno C. (2025). *La famiglia naturale non esiste*. Bari: Laterza.
- Sarti R., a cura di (2011). *Lavoro domestico e di cura: quali diritti?*. Roma: Futura Editrice.
- Scarponi S. (2001). Il lavoro delle donne fra produzione e riproduzione: profili costituzionali e "citizenship". *Lavoro e Diritto*, 1: 97-120.
- Schiavetti F. (2025). Invecchiamento della popolazione e sostenibilità della sicurezza sociale: il ruolo dei caregivers familiari. In: Alessi C., Chiaromonte W., Esposito M., Fili V., Gambacciani M., Tiraboschi M., a cura di, *Dinamiche demografiche e mercato del lavoro: la prospettiva giuridica*, Bergamo: Adapt University Press.

- Schneider M., Ticozzelli L. (2021). *Figli di genitori anziani: analisi delle connessioni tra i vari sistemi sociopsicologici e prospettive future*. Testo disponibile al sito: <https://www.stateofmind.it/2021/09/genitori-anziani-figli-futuro/>.
- Scognamiglio R. (1972). *Lezioni di diritto del lavoro*. Bari: Cacucci.
- Scott A. J. (2021). The longevity society. *Health Policy*, 2: 820-827.
- Scott A. J. (2023). The economics of longevity. An introduction. *The Journal of the Economics of Ageing*, 1: 1-15.
- Secci N. (2023). *Ape sociale 2023: requisiti e valutazione di convenienza*. Testo disponibile al sito: <https://consulentidellavoro.mi.it/estratti-rivista/ape-sociale-2023-requisiti-e-valutazione-di-convenienza>.
- Senatori I., Favretto C. (2017). La tutela del caregiver nel diritto del lavoro: profili legislativi e contrattuali. *Sociologia e Politiche Sociali*, 3: 45-72.
- SIGG-Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (2018). *Quando si diventa anziani?* Testo disponibile al sito: www.sigg.it.
- SIMG-Società Italiana di Medicina generale e delle cure primarie (2023). *Linee Guida. Valutazione multidimensionale della persona anziana*. Testo disponibile al sito: <https://www.simg.it/valutazione-multidimensionale-vmd-della-persona-anziana/>.
- Smith A. (1776). *La Ricchezza delle Nazioni*. Roma: Newton (edizione 1995).
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015*. L'Aja: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2017a). *Kerncijfers: informele hulp in Nederland 2016*. L'Aja: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2017b). *Zicht op Wmo 2016: Ervaringen van melders, mantelzorgers en gespreksvoerders*. L'Aja: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2019). *Thinking of the Netherlands. Social and Cultural Report 2019*. L'Aja: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2020). Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014–2019. L'Aja: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sofritti F. (2024). Le politiche di supporto ai caregiver informali di persone anziane non autosufficienti nella Regione Abruzzo. Ancona: INRCA.
- Spagnuolo Vigorita L. (1998). Subordinazione e autonomia: fattispecie astratta e situazioni effettive. In: Amato F., a cura di, *I "destini del lavoro". Autonomia e subordinazione nella società postfordista*, Milano: Franco Angeli.
- Spano R. (2022). Diritti umani e persone vulnerabili (Lectio magistralis tenuta il 22.04.2022 presso l'Università Sapienza di Roma). Testo disponibile al sito: www.cortecostituzionale.it.
- Spena A. (2012). Reati contro la famiglia. In: Grosso C.F., Padovani T., Pagliaro A., diretto da, *Trattato di diritto penale. Parte speciale*, Milano: Giuffrè.
- Speranza L. (2019). Who cares? Who cures? Perché è meglio non separare umanità e competenza. *Professionalità Studi*, 6: 1-12.

- Spinelli C. (2018). *Tecnologie digitali e lavoro agile*. Bari: Cacucci.
- Stanzione P. (2009). Costituzione, diritto civile e soggetti deboli. *Famiglia e diritto*, 3: 305-314.
- Stanzione P. (2021). *Manuale di diritto privato*. Torino: Giappichelli.
- Sterns H.L., Doverspike D. (1989). Aging and the retraining and learning process in organizations. In: Goldstein I., Katznel R., *Training and development in work organizations*, San Francisco: Pfeiffer.
- Supiot A. (2000). Lavoro subordinato e lavoro autonomo. *Diritto delle relazioni industriali*, 2: 217-240.
- Taccani P. (1994). *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*. Milano: Franco Angeli.
- Tagliabue I. (2022). Definizione giuridica del concetto di cura. In: Casano L., a cura di, *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*, Bergamo: Adapt University Press.
- Tardivo D. (2024). L'inclusione lavorativa della persona con disabilità: tecniche e limiti. Torino: Giappichelli.
- Taschini L. (2023). L'indennità di maternità per le libere professioniste. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Filì V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro. Commentario ai decreti legislativi n. 104 e n. 105 del 2022*, Bergamo: Adapt University Press.
- Tenand M., Bakx P., van Doorslaer E. (2020). Eligibility or use? Disentangling the sources of horizontal inequity in home care receipt in the Netherlands. *Health Economics*, 10: 1161-1179.
- Tesauro T. (2025). La sfida della non autosufficienza: i nodi irrisolti. In: Bramanti D., Errichiello L., Falavigna G., Nanetti S., a cura di, *Verso un invecchiamento attivo, in salute e sostenibile: riflessioni teoriche ed evidenze empiriche sul bilanciamento tra lavoro e vita privata. Quaderni IRCrES*, 23: 117-127.
- Thelen T. (2015). Care as Social Organization: Creating, Maintaining and Dissolving Significant Relations. *Anthropological Theory*, 4: 497-515.
- Tiraboschi M. (2019). *Persona e lavoro tra tutele e mercato. Per una nuova ontologia del lavoro nel discorso giuslavoristico*. Bergamo: Adapt University Press.
- Tiraboschi M. (2020). Il welfare aziendale ed occupazionale in Italia: una prospettiva di relazioni industriali. *Diritto delle Relazioni Industriali*, 1: 86-103.
- Tiraboschi M. (2022). Il mercato del lavoro come costruzione sociale: perché ripensare in questa prospettiva il lavoro domestico e di cura. In: Casano L., a cura di, *Verso un mercato del lavoro di cura: questioni giuridiche e nodi istituzionali*, Bergamo: Adapt University Press.
- Tiraboschi M. (2023). Salute e lavoro: una questione di sostenibilità. Salute e lavoro: un binomio da ripensare. Questioni giuridiche e profili di relazioni industriali. *Diritto delle Relazioni Industriali*, 2: 229-276.
- Tiraboschi M. (2024a). I sistemi di classificazione e inquadramento del lavoro oggi: una prospettiva di diritto delle relazioni industriali. *Diritto delle Relazioni Industriali*, 4: 1095-1144.
- Tiraboschi M., a cura di (2024b). *Welfare for People. Settimo rapporto sul welfare occupazionale e aziendale in Italia*. Bergamo: Adapt University Press.
- Tosti F. (1948). Cura. *Enciclopedia Italiana*, II.

- Touraine A. (2000). Stiamo entrando in una civiltà del lavoro?. In: Ambrosiani M., Becalli B., a cura di, *Lavoro e nuova cittadinanza, cittadinanza e nuovi lavori*, Milano: Franco Angeli.
- Trabucchi M. (2021). I caregiver: un ruolo importante, complesso, gravoso. In: Pesaresi F., a cura di, *Il manuale dei caregiver familiari. Aiutare chi aiuta*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli.
- Treu T. (2016). Conclusioni. Lavoro, famiglia e welfare. In: Ferrante V., a cura di, *Lavoro, cittadinanza, famiglia*, Milano: Vita e Pensiero.
- Treu T. (2018). Protezione sociale ed equilibrio intergenerazionale. *Working Paper Csdle "Massimo D'Antona"*, 374.
- Treu T., a cura di (2023). *Welfare aziendale*. Milano: Wolters Kluwer.
- Triantafillou J., Naiditch M., Repkova K. (2010). Informal care in the long-term care system. *European Overview Paper*, 5: 1-67.
- Tridico P. (2021). Mercato del lavoro e sostenibilità del sistema pensionistico: indicazioni di policy. *Rivista del Diritto della Sicurezza Sociale*, 3: 459-482.
- Trojsi A. (2023). Sulla ricerca del giusto equilibrio di genere tra cura familiare e lavoro: finalità, contenuti e risorse del decreto legislativo n. 105/2022. In: Garofalo D., Tiraboschi M., Fili V., Trojsi A., a cura di, *Trasparenza e attività di cura nei contratti di lavoro*, Bergamo: Adapt University Press.
- Tronto J. (1994). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Londra: Routledge.
- Tufo M. (2021). *Il lavoro digitale a distanza*. Napoli: Editoriale Scientifica.
- Tufo M. (2022). Le “famiglie” nel diritto del lavoro e della sicurezza sociale: dalle origini ad oggi. In: Gaeta L., a cura di, *La famiglia nel prisma giuslavoristico: valori, rapporti, tutele*, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Tursi A. (2019). Welfare contrattuale e responsabilità sociale dell'impresa. In: Ludovico G., Squeglia M., a cura di, *Il welfare aziendale oggi: il dibattito de iure condendo*, Milano: Giuffrè.
- UNPRPD-United Nations Partnership on the Rights of Persons with Disabilities (2020). *Disability inclusive social protection response to Covid-19 crisis*. Testo disponibile al sito: <https://www.ilo.org/publications/disability-inclusive-social-protection-response-covid-19-crisis>.
- Vaia F. (2017). Dal ‘curare’ al ‘prendersi cura’. In: Ciona C., Morsello B., Misale F., *Medicina narrativa. Temi, esperienze, riflessioni*, Roma: Roma Tre Press.
- Vallauri M.L. (2022). Il d.lgs. 30 giugno 2022, n. 105 di attuazione della Direttiva (UE) 2019/1158. *Lavoro Diritti Europa*, 3: 1-6.
- Venturi D. (2008). Effettività della tutela comunitaria contro la discriminazione diretta fondata sull'handicap ed estensione dell'ambito soggettivo della tutela: il caso Coleman. *Diritto delle relazioni industriali*, 3: 849-853.
- Vercellone P. (1987). La filiazione. In: Vassalli F., a cura di, *Trattato di diritto civile italiano*, Torino: Utet.
- Viscomi A. (2000). Profili giuridici del lavoro sommerso. *Diritti Lavori Mercati*, 2: 379-390.

- Vonk G., Olivier M. (2019). The fundamental right of social assistance: A global, a regional (Europe and Africa) and a national perspective (Germany, the Netherlands and South Africa). *European Journal of Social Security*, 3: 219-240.
- Voza R. (2016). Lavoro domestico e presunzione di gratuità: non basta l'affetto. *Rivista italiana di diritto del lavoro*, 1: 150-159.
- Westert G.P., Van den Berg M. J., Zwakhals S.L.N., de Jong J.D., Verkleij H. (2010). *Dutch Health Care Performance Report 2010*. Bilthoven: RIVM.
- Yerkes M. A., den Dulk L. (2015). Arbeid-en-zorgbeleid in de participatiesamenleving. Een vergroting van de mogelijkheden?. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 4: 510-528.
- Yghemonos S. (2023). Front Matter. In: Charalambous A., a cura di, *Informal Caregivers: From Hidden Heroes to Integral Part of Care*. Cham: Springer.
- Zappalà L. (2022). La parità di genere al tempo del PNRR: tra trasparenza, certificazione e misure premiali. *Lavoro Diritti Europa*, 3: 1-14.
- Zelizer V.A. (2007). *The Purchase of Intimacy*. Princeton: Princeton University Press.
- Zilio Grandi G. (1996). La retribuzione. Fonti, struttura, funzioni. Napoli: Jovene.
- Zilli A. (2022a). Donne che curano: il lavoro delle caregivers in Italia In: Filì V., a cura di, *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare*, Bergamo: Adapt University Press.
- Zilli A. (2022b). La trasparenza nel lavoro subordinato. Principi e tecniche di tutela. Pisa: Pacini.
- Zoppoli L. (1998). Lavoro e non-lavoro nella stagione dello sviluppo senza occupazione. In: Cappelletti F.A., Gaeta L., a cura di, *Diritto Lavoro Alterità. Figure della diversità e modelli culturali*, Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Zucaro R. (2024). *Il diritto all'equilibrio vita-lavoro*. Torino: Giappichelli.

IRPPS MONOGRAFIE

Titoli pubblicati

1. *Alternative patterns of family life in modern societies*. Edited by Lea Shamagar- Handelman, Rossella Palomba. (IRPPS Monografie n. 1, 1987).
2. *Le famiglie italiane degli anni '80*. A cura di Adele Menniti. (IRPPS Monografie n. 2, 1991).
3. *People, policy and perspectives: a comparative survey on population policy acceptance in Italy and in the Netherlands*. Edited by Hein Moors, Rossella Palomba. (IRPPS Monografie n. 3, 1991).
4. *Migration and regional development in Italy*. Marc Temote, Antonio Golini, Bruno Cantalini. (IRPPS Monografie n. 4, 1991).
5. *La città di Venezia: un'analisi territoriale delle differenze di genere*. Adele Menniti, Maura Misiti, Rossella Palomba, Susanna Terracina. (IRPPS Monografie, n. 5, 1995).
6. *Politiche familiari, welfare e sviluppo sostenibile*. Contributi dei borsisti del Fondo sociale europeo. (IRPPS Monografie, n. 6, 1996).
7. *La salute degli anziani in Italia*. Atti del Convegno di Roma, 21-22 marzo 1995. Roma: Consiglio Nazionale delle Ricerche. Progetto finalizzato invecchiamento, Istituto di Ricerche sulla Popolazione, Istituto Nazionale di Statistica. (IRPPS Monografie n. 7, 1997).
8. *Aspetti e problemi dell'invecchiamento della popolazione*. Antonio Golini, Paola Bruno, Plautilla Calvani. (IRPPS Monografie n. 8, 1997).
9. *Veneto: le donne in cifre*. A cura di Adele Menniti, Maura Misiti, Rossella Palomba. (IRPPS Monografie n. 9, 1997).
10. *Mezzogiorno e migrazioni interne*. A cura di Corrado Bonifazi. (IRPPS Monografie n. 10, 1999).
11. *Le scienze sociali e la nuova crisi balcanica. Materiali del progetto di fattibilità*. A cura di Corrado Bonifazi. (IRPPS Monografie n. 11, 2001).
12. *Contributions to international migration studies*. Edited by Corrado Bonifazi, Giuseppe Gesano. (IRPPS Monografie n. 12, 2002).
13. *Aforismi, visioni e divagazioni intorno ad una parola... RICERCARE che è il motore della vita*. Sveva Avveduto, Fabio Fornasari. (IRPPS Monografie n. 13, 2011).
14. *Saperi in rete: scenari e prospettive su popolazione, welfare, scienza e società*. A cura di Sveva Avveduto. (IRPPS Monografie n. 14, 2013).

15. *Networked Together: Designing Participatory Research in Online Ethnography*. Edited by Paolo Landri, Andrea Maccarini, Rosanna De Rosa. (IRPPS Monografie n. 15, 2014).
16. *Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: il caso dei lavoratori indiani e peruviani*. Marco Accorinti e Francesco Gagliardi. (IRPPS Monografie n. 16, 2014).
17. *Urban sprawl e shrinking cities in Italia. Trasformazione urbana e redistribuzione della popolazione nelle aree metropolitane*. Massimiliano Crisci, Roberta Gemmiti, Enzo Proietti, Alberto Violante (IRPPS Monografie n. 17, 2014).
18. *Creatività, innovazione e attrattività dei territori*. Andrea Salvatore Antonio Barbieri. (IRPPS Monografie n. 18, 2015).
19. *Scienza, genere e società. Prospettive di genere in una società che si evolve*. A cura di Sveva Avveduto, Maria Luigia Paciello, Tatiana Arrigoni, Cristina Mangia, Lucia Martinelli. (IRPPS Monografie n. 19, 2015).
20. *Terra ancestrale. La diaspora ellenica contemporanea in Italia tra prima e seconda generazione*. Andrea Pelliccia, Rigas Raftopoulos. (IRPPS Monografie n. 20, 2016).
21. *Il web-documentary come nuova frontiera della comunicazione della scienza: stato attuale e prospettive*. Valentina Tudisca (IRPPS Monografie n. 21, 2016).
22. *Il sistema di accoglienza per protetti internazionali in Francia: quadro evolutivo e aspetti comparativi con l'Italia*. Marco Accorinti (IRPPS Monografie n. 22, 2017).
23. *Migrazioni e integrazioni nell'Italia di oggi*. A cura di Corrado Bonifazi (IRPPS Monografie, n. 23, 2017).
24. *#WeTooInScience - Molestie sessuali nell'università e nelle istituzioni di ricerca*. A cura di Sveva Avveduto, Silvana Badaloni, Claudine Hermann, Lucia Martinelli, Giuliana Rubbia, Monica Zoppè (IRPPS Monografie n. 24, 2019).
25. *La riproduzione in Italia e nelle sue regioni nel quadro delle dinamiche demografiche in Europa*. A cura di Giuseppe Gesano (IRPPS Monografie n. 25, 2019).
26. *Imago Migrantis: migranti alle porte dell'Europa nell'era dei media*. A cura di Valentina Tudisca, Andrea Pelliccia, Adriana Valente (IRPPS Monografie n. 26, 2020).
27. *Il volontariato è già un valore. Proposta di analisi e misurazione del valore sociale generato*. A cura di Marco Accorinti (IRPPS Monografie n. 27, 2020).
28. *AMBIENTE E CLIMA. Il presente per il futuro*. A cura di Cristina Mangia, Mariangela Ravaoli, Sveva Avveduto, Patrizia Colella, Giuliana Rubbia. (IRPPS Monografie n. 28, 2020).
29. *OFFICINA - Curriculum e Competenze Giornata di studi su innovazioni curriculari e sviluppo di competenze*. A cura di Claudia Pennacchiotti, Valentina Tudisca, Adriana Valente, Rete Officina 2019 (IRPPS Monografie n. 29, 2020).

30. *Co-create. Competence development and educational research through the lens of knowledge co-creation*. Editors: Valentina Tudisca, Claudia Pennacchiotti, Adriana Valente (IRPPS Monografie n. 30, 2021)

31. *L'educazione al tempo dell'incertezza. Immaginare e progettare i futuri dell'educazione in un contesto europeo e globale*. A cura di Claudia Pennacchiotti, Valentina Tudisca, Adriana Valente e la Rete Officina 2020-2021. (IRPPS Monografie n. 31, 2022).

32. *La società italiana nelle intemperie del nuovo millennio*, (a cura di) Claudia Pennacchiotti e Sandro Turcio. (IRPPS Monografie n. 32, 2024).

La cura familiare nei confronti delle persone anziane non autosufficienti si fonda esclusivamente sul dovere morale e sociale derivante dal legame di sangue e affettivo oppure sussistono veri e propri fondamenti giuridici? Da questo interrogativo muove il presente studio monografico, che, alla luce della transizione demografica in atto e del valore sociale ed economico della cura informale, analizza in chiave giuslavoristica la figura del caregiver familiare.

L'inquadramento giuridico dell'attività di cura familiare offre un'occasione propizia per riflettere sui confini tra lavoro e non-lavoro, evidenziando le criticità e le smagliature nella fragile rete di tutele finora apprestate e, al contempo, le potenzialità di un serio sforzo sistematico alla ricerca di punti fermi e diritti esigibili.

Il saggio monografico è realizzato nell'ambito del Progetto "Age-it: Ageing Well in an Ageing Society" - Spoke 6 "Silver Economy: lavoro, partecipazione e welfare in età avanzata" - WP 4 "Welfare e benessere nel ciclo di vita", a valere sulle risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 4 "Istruzione e ricerca" – Componente 2 "Dalla ricerca all'impresa" – Investimento 1.3., finanziato dall'Unione Europea – NEXTGENERATIONEU PE00000015. Avviso Pubblico D.D. n. 341/2022 Ministero dell'Università e della Ricerca.

Marianna Russo, Ph.D. in Diritto del lavoro, è assegnista di ricerca presso il CNR-IRPPS nell'ambito del Progetto di ricerca "Age-it: Ageing Well in an Ageing Society". È autrice di numerose pubblicazioni scientifiche, relatrice in occasione di convegni nazionali e internazionali e titolare di incarichi di insegnamento universitario e post-universitario in Diritto del lavoro e della previdenza sociale.

Tiziana Tesaro è ricercatrice presso il CNR-IRPPS e svolge attività di ricerca afferenti sia all'area Innovazione e Politiche Sociali, sia all'area Salute e Società. Si occupa di sistemi di welfare e politiche sociali, con particolare attenzione all'organizzazione dei servizi socio-assistenziali per gli anziani, e di processi e pratiche formative in ambito socio-sanitario, dove ha sperimentato il prototipo denominato Trame. Task leader per il progetto "Age-it: Ageing Well in an Ageing Society", sta coordinando la linea di ricerca "Traiettorie di cura familiare: processi di marginalizzazione e mancate tutele".

DOI: 10.14600/9788898822287

ISBN 978-88-988 22270 versione cartacea

ISBN 978-88-988 22287 versione elettronica

Editing, composizione ed elaborazione grafica della copertina: Cristiana Crescimbene

IRPPS e-publishing - MONOGRAFIE - Roma, ottobre 2025

