

**SENZA WELFARE?**  
**Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello  
mediterraneo**

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

**FAMIGLIE E NON AUTOSUFFICIENZA IN ITALIA:  
BISOGNI, RESPONSABILITÀ E PACCHETTI DI CURA**

Francesca Carrera\*, Alessia Sabbatini\*

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010  
Sessione: nr. 2E - Il welfare invisibile dell'Europa meridionale: migranti e assistenza  
a domicilio

(\*) Ires nazionale  
Via di Santa Teresa, 23  
00198 Roma  
f.carrera@ires.it  
a.sabbatini@ires.it

***abstract***

*Il contributo affronta il tema della domanda e dei bisogni di cura delle famiglie con membri in condizioni di grave compromissione di autonomia e dipendenza. Essa si basa sui risultati di uno studio realizzato dall'area welfare e diritti di cittadinanza dell'IRES nel corso del quale sono state realizzate 500 interviste a famiglie che a diversi livelli vivono la problematica della non autosufficienza. Nel lavoro vengono presi in esame i soggetti dispensatori di cura e la loro identità sociale, la responsabilità della cura e l'attribuzione esplicita o implicita, l'adeguatezza e il grado di soddisfacimento dei bisogni. Inoltre vengono ricostruiti i cosiddetti pacchetti di cura, ovvero l'insieme di soluzioni e combinazioni adottate dalle famiglie e dai soggetti e/o le strutture coinvolte nella cura (caregiver familiare, assistente familiare, servizi pubblici, servizi privati di assistenza domiciliare, organizzazioni di volontariato).*

*Da evidenziare, come l'analisi della domanda di cura espressa dalle famiglie costituisca un ambito ancora poco indagato sotto il profilo empirico, eppure indispensabile per una lettura completa del fenomeno.*

*Dalla survey emerge nitidamente come la risposta principale alla non autosufficienza si concretizzi di fatto in un "sovraccarico funzionale" delle famiglie e delle donne in particolare e nel ricorso sistematico al lavoro – regolare e irregolare – di assistenti familiari privati, stante un'offerta molto limitata di servizi pubblici di assistenza e sostegno.*

## Premessa

Questo lavoro presenta i principali risultati di uno studio sulla domanda e sui bisogni di cura delle famiglie con membri in condizioni di grave compromissione di autonomia e dipendenza, quindi di sostanziale “dipendenza dal care”:<sup>1</sup> La finalità di questo lavoro è stata leggere il bisogno di cura in relazione allo specifico fenomeno della non autosufficienza e di analizzarne le connessioni e i corti circuiti rispetto alle dotazioni del sistema di welfare e al ruolo centrale ricoperto dalla famiglia, ed in particolare dalle donne, nell’attività di cura. L’analisi ha approfondito in particolare alcuni aspetti della cura, le forme che questa assume e le dimensioni di cui si compone, quindi ha preso in esame i soggetti dispensatori di cura e la loro identità sociale, la responsabilità della cura e la sua attribuzione esplicita o implicita, fino a considerarne l’adeguatezza e il grado di soddisfacimento dei bisogni.

E’ innanzitutto utile soffermarsi sulla definizione del concetto di non autosufficienza e sulle dimensioni e principali caratteristiche del fenomeno. L’esigenza di una definizione chiara e condivisa, anche a livello internazionale, è relativamente recente e legata all’incremento del numero di persone che nello svolgimento delle attività di vita quotidiana sono dipendenti da altre, e che pertanto necessitano di cura. L’incremento dell’entità del fenomeno deriva dai processi di allungamento della vita e dal complessivo invecchiamento della popolazione, in corrispondenza di un rischio di disabilità crescente al crescere dell’età, con ampi incrementi del rischio nelle età più avanzate<sup>2</sup>.

Una delle stime più recenti sul numero di persone non autosufficienti in Italia è costituita dall’Indagine multiscopo Istat “Condizione di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari” (2007; dati ripresi anche da Istat 2010 ) che registra il numero di persone confinate, quelle con difficoltà funzionale, di movimento e sensoriali<sup>3</sup>. In

---

<sup>1</sup> La ricerca, realizzata dall’IRES in collaborazione e per conto del Patronato INCA, si è concentrata sull’analisi della domanda di cura espressa dalle famiglie con membri non autosufficienti. Si tratta di un ambito, quello della domanda, ancora poco indagato sotto il profilo empirico: l’informazione – spesso dispersa – riguarda infatti principalmente le rilevazioni delle “prestazioni oggettive” cioè l’utilizzo dei servizi e delle misure disponibili e l’attuale produzione statistica non fornisce, se non sporadicamente e a livello territoriale, rilevazioni organiche sulla domanda di cura e assistenza (Commissione per la garanzia dell’informazione statistica, 2002; Istat, 2010).

<sup>2</sup> A fronte degli imponenti cambiamenti demografici ed al loro impatto sul numero crescente di anziani, l’Italia non ha risposto con adeguate e specifiche politiche sulla non autosufficienza. Come è noto infatti, costituisce uno dei pochi Paesi europei dove non esiste una legislazione nazionale sulla non autosufficienza. Nella maggior parte degli altri Paesi europei infatti il tema della non autosufficienza è stato affrontato attraverso l’emanazione di leggi specifiche nazionali e attraverso l’istituzione di fondi specifici dedicati. E’ questo il caso per esempio della Germania, dei Paesi Bassi, della Francia e della Spagna. In Italia, la legge 328 del 2001 di riforma del sistema integrato dei servizi sociali prevedeva un Fondo nazionale specifico per la non autosufficienza che negli anni a seguire è stato via via ridotto e ad oggi, anche a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, sono le singole regioni a provvedere (o meno) all’istituzione di Fondi specifici per la non autosufficienza.

<sup>3</sup> Le rilevazioni dell’Istat che alimentano le principali fonti disponibili oggi in Italia per la quantificazione del fenomeno della non autosufficienza utilizzano la Activities of daily living scale (AdL), che misura la capacità dei soggetti di svolgere le attività di vita quotidiana, quindi per approssimazione rispetto al più generico concetto di disabilità. L’AdL si basa su una lista di controllo di attività che identificano l’effettivo bisogno di cura e considera difficoltà di comunicazione - quindi di parlare, vedere, sentire, di svolgere attività strumentali, di camminare autonomamente, di prendersi cura di sé.

base a questa stima il numero di persone con disabilità in Italia è di 2.600.000, tra queste 2.200.000 sono persone anziane.

Se dalla letteratura e dai dati emerge uno stretto rapporto tra età e dipendenza, vi sono ampi riscontri anche sulla relazione tra capacità fisica/aspettative di vita e livelli di benessere degli individui (reddito, livelli di istruzione e condizioni di lavoro), per cui le persone con redditi e titoli di studio più basso, o che hanno esperito nella loro vita condizioni di lavoro difficili, si trovano in condizioni di salute peggiori. Così se a 80 anni tra i più benestanti la percentuale di parziale o totale non autosufficienza è del 5-7%, tra i più disagiati arriva al 10-15%, la forchetta si fa ancora più ampia per gli 85enni (Istat, 2007, Condizione di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari).

L'incidenza della non autosufficienza nelle fasce d'età più avanzate si coniuga così spesso con condizioni di svantaggio socioeconomico<sup>4</sup>, introducendo e prefigurando un quadro di crescente criticità considerati i livelli attuali di copertura dei servizi e le pressioni a cui sono sottoposti i nuclei familiari.

Secondo i dati Istat, le famiglie con almeno un componente con problemi di disabilità sono il 10,3% e di queste quasi l'80% non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio; oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza né pubblica né a pagamento (vedi tabella 1) ma evidentemente risponde direttamente ai bisogni di cura e accudimento. Dall'analisi dei dati secondo la ripartizione territoriale, emerge come al sud la percentuale di famiglie che non ha potuto usufruire di assistenza domiciliare sanitaria è quasi doppia rispetto a quella delle regioni del nord (Istat 2010).

*Tabella 1 – Famiglie con almeno una persona disabile che si avvalgono di assistenza dei servizi pubblici o di persona che assiste la persona disabile per ripartizione geografica – Anno 2005)*

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Famiglie con almeno una persona disabile	Famiglie con almeno una persona disabile che ricevono assistenza				Assistenza domiciliare non sanitaria a pagamento	Totale famiglie con assistenza domiciliare	Famiglie con disabili che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio	Famiglie che non possono contare sull'aiuto di persone non conviventi neppure in caso di bisogno
		Assistenza domiciliare erogata da servizi pubblici			Assistenza domiciliare non sanitaria a pagamento				
		Sanitaria	Non sanitaria	Sanitaria o non sanitaria					
Italia Nord-occidentale	8,5	16,0	11,5	21,5	11,9	27,9	24,8	8,7	
Italia Nord-orientale	8,9	17,9	12,9	23,8	14,5	31,9	26,5	9,7	
Italia Centrale	10,4	19,8	10,3	24,3	14,5	32,2	31,7	12,4	
Italia Meridionale	12,2	12,7	7,4	16,8	12,3	24,4	41,2	7,4	
Italia Insulare	13,2	12,4	9,5	19,2	9,0	25,9	36,5	7,7	
<b>ITALIA</b>	<b>10,3</b>	<b>15,7</b>	<b>10,2</b>	<b>20,9</b>	<b>12,5</b>	<b>28,3</b>	<b>32,3</b>	<b>9,1</b>	

Fonte: Istat, 2007.

Allo stato attuale, si osserva ancora una tenuta della struttura solidaristica intergenerazionale. E' allo stesso tempo evidente però il seppur lento venir meno di alcuni modelli sociali e culturali di relazione familiare e il prosciugamento del tempo che le famiglie sono in grado di dedicare alla cura, considerata anche la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro. In corrispondenza di ciò si è registrata

<sup>4</sup> Le statistiche evidenziano inoltre uno svantaggio di genere, non giustificabile solo con la maggiore longevità delle donne. Infine, l'esposizione al rischio di vulnerabilità aumenta, inoltre, all'aumentare della presenza di famiglie monogenitoriali e monopersonali. (Istat, 2007).

nell'ultimo decennio la tendenza a riferirsi al mercato dell'assistenza privata, secondo l'IRS in Italia un anziano non autosufficiente su otto si avvale dell'assistente familiare: si tratta di una presenza, diffusa e capillare sul territorio nazionale che riflette fenomeni di dimensioni epocali - l'invecchiamento e la conseguente non autosufficienza degli anziani e l'immigrazione - e che ha già contribuito a plasmare in maniera significativa, e privatistica, il nostro sistema di welfare<sup>5</sup> Quello delle assistenti familiari straniere operanti prevalentemente nel mercato sommerso non risulta essere un fenomeno esclusivamente italiano. Si tratta di una specificità propria dei paesi dell'Europa meridionale: oltre all'Italia infatti si registra una significativa presenza in Spagna ed in Grecia. La figura dell'assistente familiare risulta più diffusa soprattutto nei paesi con una debole tradizione di erogazione di servizi sociali pubblici a favore degli anziani e uno spiccato sbilanciamento di contributi monetari a sostegno dei bisogni di cura piuttosto che di servizi (Da Roit, Castegnaro 2004). In Italia, Grecia e Spagna si registrano infatti i più bassi tassi di sviluppo dei servizi sociali e socio-sanitari a favore degli anziani non autosufficienti in Europa, sia di tipo domiciliare che residenziale. Rispetto agli altri Paesi dell'Europa, soprattutto quelli del Nord, l'Italia presenta una minore diffusione dei servizi domiciliari e di quelli residenziali. Il dato medio nazionale si assesta infatti intorno a poco meno del 5% contro il 13% dell'Europa settentrionale per l'assistenza domiciliare e sul 3% nell'area della residenzialità contro valori europei pari al 6-8%.

Ad oggi risulta difficile dire quanto personale domestico ci sia in Italia poiché le statistiche ufficiali registrano soltanto la quota di lavoratori stranieri in possesso di un contratto di lavoro mentre, come è noto, una significativa porzione dei collaboratori familiari lavora al di fuori di un regolare rapporto lavorativo. Secondo stime dell'IRS, le assistenti familiari nel 2008 ammontavano a poco meno di 800mila: più di tutti i dipendenti del sistema sanitario nazionale; secondo il Censis (2010) le colf e le badanti in Italia superano il milione e mezzo, e di queste il 62% lavorano in nero o in grigio.

Il paper è strutturato in *tre parti*. Nella prima vengono forniti alcuni elementi di contestualizzazione del bisogno di cura delle famiglie con persone non autosufficienti, le dimensioni approfondite riguardano il concetto di cura che viene analizzato nelle sue diverse componenti ambientali, sociali, culturali, organizzative con l'obiettivo di evidenziarne tanto la complessità quanto il ruolo che le politiche e gli interventi di welfare svolgono nel definire l'etica della cura e l'importanza del riconoscimento del suo valore sociale. Successivamente vengono considerati i fattori che influenzano questa domanda, quindi le trasformazioni socio-demografiche che rendono problematica la gestione dei carichi di cura: la questione demografica e il fenomeno della non autosufficienza, la riduzione della disponibilità al lavoro di cura e la crescente partecipazione femminile al lavoro di mercato. Le analisi mettono altresì in evidenza i rischi legati al crescente deficit di cura e all'aumento delle disuguaglianze nella capacità di soddisfazione dei bisogni.

Nella seconda parte vengono forniti i risultati di un'indagine di campo che si è svolta attraverso 500 interviste a famiglie che a diversi livelli vivono la problematica della non autosufficienza. Si è trattato dunque di un'indagine che ha focalizzato l'attenzione sulla domanda di cura e sulle diverse soluzioni individuate, da noi definite *pacchetti di cura*,

---

<sup>5</sup> Un dato da porre in evidenza è che a ricorrere al personale a pagamento non sono soltanto le famiglie benestanti, bensì anche una quota significativa delle famiglie più disagiate.

a disposizione delle famiglie per fronteggiare la difficile condizione della dipendenza. Dalla *survey* emerge nitidamente come la risposta principale alla non autosufficienza si concretizzi di fatto in un “sovraccarico funzionale” delle famiglie e nel ricorso sistematico al lavoro – regolare e irregolare – di assistenti familiari privati, stante un’offerta molto limitata di servizi pubblici di assistenze e sostegno. Le famiglie dunque sembrerebbero tuttora il perno intorno a cui ruota il sistema di assistenza sociale in Italia. La terza parte, infine, è dedicata a riflessioni conclusive sulle strategie di fronteggiamento in risposta alla non autosufficienza.

## 1. La cura come concetto complesso: ruolo della famiglia e aspettative sociali

L’impronta familista del welfare italiano identifica, come è noto, il soggetto su cui ricade la responsabilità – spesso implicita – della cura: le politiche familiari sono, come sostiene Saraceno (1998), «il risultato di un’assenza». Già a partire dagli anni ’70 il concetto di cura ha iniziato ad essere interpretato in maniera problematica e a diventare un’attività sociale di interesse politico e teorico (Saraceno 2009). E ciò è avvenuto in corrispondenza della nascita e del dispiegamento della coscienza e del movimento femminista, e nel momento in cui la partecipazione al mercato del lavoro delle donne le pone nella condizione di poter rivendicare diritti maggiori e più equi rispetto agli uomini, e un ruolo diverso nella società. Anche il ruolo di cura, fino ad allora pressoché ascrittivamente attribuito alla donna, viene messo in discussione almeno nei termini in cui era stato fino ad allora posto. Tale percorso di emancipazione stimola l’analisi e la dialettica con il concetto stesso di cura, così da sottolinearne la complessità e la multidimensionalità e evidenziandone via via i diversi aspetti implicati: quello *soggettivo*, in termini di sistema di valori, aspettative e affettività; *sociale*, ovvero il contesto istituzionale, l’identità sociali delle persone coinvolte, le reti di aiuto e le relazioni di reciprocità; *legale* in termini di diritti e obblighi di cura; *tecnico-organizzativo* legato alla tipologia dell’offerta dei servizi: natura, intensità, ambiente della cura; misure di conciliazione. Queste prospettive si intersecano tra loro dando vita ad un sistema che articola, nella sua accezione più ampia, quello che in letteratura viene identificato con l’espressione “regime di cura”<sup>6</sup>. L’articolazione del sistema della cura (inclusa l’etica della cura), determina responsabilità e obblighi attribuiti alle diverse Istituzioni a più livelli coinvolte nei confronti delle persone non autosufficienti. Un sistema di cura definisce anche quali sostegni possano essere rivendicati come diritti, così come gli obblighi (ovvero i doveri) in carico ai familiari (Millar, Warman, 1996). Rispetto al tema della cura, l’emanazione della legge n.328/2000 di riforma del sistema dei servizi integrati socio-assistenziali, pur avendo introdotto innovazioni di ampia portata (per quanto riguarda, ad esempio, gli attori coinvolti, gli aspetti della partecipazione e della programmazione e valutazione degli interventi e delle policy), tuttavia si è limitata ad introdurre di fatto un diritto sociale *imperfetto*. Non viene infatti sancito un diritto al *care* che è allo stesso tempo affrancamento dalla dipendenza

---

<sup>6</sup> Il sistema diviene ancor più complesso se lo si considera specularmente sia nel suo aspetto oggettivo (*to cure*, cura come terapia); sia in quello relativo al vissuto soggettivo della malattia (*to care*, prendersi cura), vedi a questo proposito Bronzini 2004.

(soprattutto dalla famiglia) e presa in carico da parte della collettività, secondo una lettura del bisogno e della risposta ad esso anche in termini di interdipendenza, sincronica e diacronica, e come fatto sociale “totale” e fondativo dei legami sociali (Bimbi 1985). In mancanza di un interlocutore e di una risposta «di policy», il bisogno di cura assume per questa via il profilo e le caratteristiche di una risposta prevalentemente *privata* in cui la famiglia continua a giocare un ruolo centrale.

La responsabilità di cura ricade in particolare sulle donne, e ciò ha prodotto un impatto consistente sulla loro partecipazione al mercato del lavoro. In Italia, alla fine degli anni '70, i tassi di occupazione femminile raggiungevano il picco intorno ai 25 anni della donna (45% circa) per poi iniziare a decrescere in corrispondenza evidentemente del matrimonio, della nascita dei figli e dell'invecchiamento dei genitori – già all'epoca fenomeno in ascesa. Il tasso di occupazione femminile continua ad attestarsi oggi su livelli inferiori alla media europea. Tuttavia, oggi, la partecipazione delle donne al mercato del lavoro è riconosciuta come una componente fondamentale del benessere nazionale e familiare per l'apporto in termini di disponibilità di reddito. Sulla partecipazione al mercato del lavoro delle donne insistono, come ampiamente noto, obiettivi macroeconomici e le prescrizioni europee a partire da Lisbona (occupazione femminile al 60% entro il 2010).

Se si considerano le sole età centrali della vita (30-50 anni), si osserva come anche per l'Italia il tasso di occupazione delle donne si mantenga al di sopra o prossimo al 60%. Per molte di queste donne la partecipazione al mercato del lavoro è una conquista o una necessità che faticosamente conciliano con attività di cura.

Come mostra la tabella 2, i carichi familiari sono una ragione frequente dell'inattività e della fuoriuscita dal mercato del lavoro delle donne (Istat, 2004 e 2009). Secondo la rilevazione continua sulle forze lavoro dell'Istat (media 2009) il 44% delle donne italiane sono inattive, con una variabilità alta che va dal 65% in Campania al 30% dell'Emilia Romagna. Circa una donna su cinque – e qui senza variazioni regionali corrispondenti al dato sull'inattività – tra le motivazioni di tale condizione adduce quella della cura verso una persona dipendente, siano questi bambini, anziani, disabili.

Tabella 2 - Donne in eta' 25-64 anni per motivo dell'inattività e giudizio su servizi alle famiglie e regione (migliaia) - media 2009

Regione	Ragione di inattività: prendersi cura dei figli, di bambini e/o di altre persone non autosufficienti			
	tot.	perché i servizi sono assenti/inadeguati i servizi per la cura di bambini	perché i servizi sono assenti/inadeguati i servizi per la cura di persone anziane, malate, disabili	perché i servizi per bambini e persone anziane, malate, disabili sono assenti/inadeguati
Piemonte e Valle d'A.	14,5	13,2	2,1	1,4
Lombardia	19,3	6,4	0,9	1,1
Trentino A.A.	21,0	6,6	0,7	1,4
Veneto	19,9	10,7	1,9	2,6
Friuli V.G.	17,6	4,7	1,7	1,1
Liguria	18,6	7,7	2,3	2,0
Emilia Romagna	17,2	15,0	2,6	0,7
Toscana	16,7	12,4	2,4	4,4
Umbria	16,9	11,3	2,1	2,5
Marche	20,9	13,7	6,9	1,3
Lazio	19,5	11,3	1,2	3,5
Abruzzo	15,4	10,3	1,1	2,8
Molise	18,7	10,7	1,3	7,7
Campania	21,4	24,1	3,5	3,1
Puglia	21,9	8,8	2,0	8,7
Basilicata	15,0	14,9	1,2	7,8
Calabria	15,5	11,0	1,9	3,0
Sicilia	18,6	11,2	2,1	7,5
Sardegna	17,8	7,3	2,9	1,5
<b>ITALIA</b>	<b>18,9</b>	<b>12,3</b>	<b>2,1</b>	<b>3,7</b>

Fonte: nostre elaborazioni su Istat-Rcfl, 2009.

Complessivamente il 41% delle donne che hanno abbandonato il lavoro per la famiglia avrebbe preferito continuare a lavorare ma non è stato loro possibile. Le donne che hanno interrotto il lavoro per dedicarsi alla cura di familiari non autosufficienti sono quelle che lo hanno fatto più malvolentieri (70% dei casi).

La debole attenzione politica prestata ai bisogni di cura e verso le esigenze di conciliazione del ruolo di *caregiver* influisce anche sul trattamento economico e la posizione sociale di coloro che svolgono un lavoro di cura retribuito: secondo un recente studio, coloro che svolgono un lavoro di cura generalmente percepiscono una retribuzione tra le più modeste in tutti i paesi (Neményi e al., 2006; cfr Saraceno). Questo rischio in Italia è ulteriormente aggravato dal massiccio utilizzo della manodopera femminile straniera nel settore della cura e dei servizi alla persona con un potenziale impatto sulla qualità della cura e nel lungo periodo sulla disponibilità dei prestatori di cura stessi.

E' necessario aggiungere che la scelta di ricorrere al lavoro delle immigrate non risponde solo a esigenze di assistenza, ma ha garantito anche la continuità di un modello di lungo periodo basato sulla centralità della famiglia (Bettio e al., 2006). Le lavoratrici straniere forniscono, infatti, un'assistenza difficilmente inquadrabile in una forma contrattuale ma piuttosto simile all'impegno familiare tradizionale, e ad un costo che anche le famiglie con un reddito medio possono permettersi. L'utilizzo delle assistenti familiari ha così parzialmente mitigato il conflitto fra lavoro e cura alleggerendo le

responsabilità delle donne italiane (Ambrosini e Abbatecola, 2010). In questo modo la cura rimane nei fatti interna della famiglia e si redistribuisce per linea femminile (Micheli e Rosina, 2006). Il modello di welfare basato su un mix di emerso e sommerso, di lavoro gratuito familiare e di lavoro sottopagato di forza lavoro immigrata, ha indiscutibilmente costi minori di altri sistemi, tuttavia nel medio termine presenta debolezze e problemi di sostenibilità di varia natura. Come accennato, nei prossimi anni, il numero di anziani che non potranno contare su un familiare che organizzi e supervisioni il lavoro di cura è destinato a crescere, a questo proposito Micheli (2004)<sup>7</sup>. Riguardo ai rischi di deficit di cura, si consideri anche che i flussi di immigrati/e temporanei, o comunque a breve termine dai paesi dell'Est, sono verosimilmente destinati a diminuire, anche per le caratteristiche evolutive demografiche e di crescita economica di quell'area (Bonifazi, 2008) e per le politiche migratorie che alcuni paesi hanno iniziato ad intraprendere basate su incentivi al rimpatrio.

## 2. Famiglie e 'pacchetti di cura' tra sovraccarichi e isolamento

Questo paragrafo contiene i principali risultati di una survey che ha coinvolto circa 500 famiglie che vivono la problematica della non autosufficienza, la cui finalità è stata quella di capire in che misura e secondo quali forme le famiglie sono coinvolte nella cura, quali i bisogni esprimono, le soluzioni adottate e le valutazioni sulle configurazioni che assume nel concreto la cura<sup>8</sup>. Gli ambiti analizzati sono stati in particolare: i) i *pacchetti e i bisogni di cura*, ovvero l'insieme di soluzioni e combinazioni adottate dalle famiglie con persone non autosufficienti e i soggetti e/o le strutture coinvolte nella cura tra cui: il familiare, l'assistente familiare (la cosiddetta badante), il servizio pubblico territoriale, il servizio privato di assistenza domiciliare, le organizzazioni di volontariato. Sono state approfondite le caratteristiche della cura e le modalità della prestazione anche rispetto alle condizioni che determinano le

---

<sup>7</sup> Micheli sostiene che il bisogno di cura andrebbe rilevato costruendo appositi 'indici di cura' che considerino al numeratore la popolazione di età ben oltre i 65 anni (la non autosufficienza ha infatti probabilità maggiori di subentrare in età più avanzate) e che riportino come denominatore la numerosità delle donne tra i 50 e i 60 anni su cui di fatto gravano la gran parte degli anziani non autosufficienti. Se ad oggi su 100 donne tra i 50 e i 60 anni gravano 24 anziani non-autosufficienti, questi saranno 40 nel 2030, 75 nel 2050. Un carico di cura davvero insostenibile se si pensa anche che oltretutto queste donne saranno molto più spesso occupate rispetto ad oggi.

<sup>8</sup> La survey è stata realizzata attraverso interviste *vis a vis* a 488 famiglie che vivono la problematica della non autosufficienza; il periodo di rilevazione è stato novembre 2008 - febbraio 2009. Le famiglie sono state individuate attraverso la tecnica *snowball* a partire dai primi contatti avvenuti in diversi luoghi di aggregazione (strutture sindacali, organizzazioni di Terzo settore, associazioni datoriali, strutture territoriali di varia natura come parrocchie, centri anziani, servizi sociali.) Le Regioni oggetto della survey sono state: il Friuli Venezia Giulia, la Liguria, il Lazio, la Campania e la Puglia. I criteri di scelta dei territori in cui si è svolta l'indagine sono stati, oltre alla ripartizione per macro aree territoriali, i) la ripartizione geografica; ii) l'entità del fenomeno della non autosufficienza; iii) le caratteristiche socio-demografiche territoriali (in particolare quelle che hanno un impatto più o meno diretto sul fenomeno quindi: l'indice di vecchiaia, lo scarto occupazionale tra uomini e donne, la presenza di popolazione straniera residente); iv) le risposte istituzionali (ovvero le caratteristiche del sistema di welfare locale, quali la diffusione dei servizi socio-assistenziali e la presenza di normative regionali specifiche). All'interno di ciascuna regione, la rilevazione si è concentrata nei comuni capoluogo considerati contesti urbani in cui l'articolazione delle risposte ai bisogni di cura è più complessa.

caratteristiche e il grado di non autosufficienza. ii) Le *opinioni e percezioni delle famiglie* la cui finalità è stata di rilevare l’impatto diretto ed indiretto che la cura della persona non autosufficiente ha avuto sulle condizioni di vita e di lavoro delle persone intervistate e di raccogliere suggerimenti ed opinioni rispetto alle migliori soluzioni ed esigenze di assistenza.

La survey conferma come sia la famiglia il principale dispensatore di cura per le persone non autosufficienti. Le famiglie sono coinvolte infatti nel 66% dei casi nella cura e se ne occupano in forma esclusiva nel 40%<sup>9</sup>. Anche le assistenti familiari svolgono un ruolo considerevole: partecipano alla cura in circa un caso su tre, e se ne occupano in modo esclusivo nel 17% dei casi. Il servizio pubblico complessivamente prende parte al 19% dei pacchetti di cura principalmente in via esclusiva o affiancato dalla famiglia. Il volontariato interviene in poco più del 10% dei casi da solo o affiancando la famiglia.

Gli abbinamenti più frequenti nei pacchetti di cura sono quelli tra famiglia e assistente familiare e tra famiglia e servizio pubblico (tabella 3).

*Tabella 3 – Composizione dei pacchetti di cura*

	Pacchetti di cura	%	
<b>Famiglia</b>	solo famiglia	40	
	famiglia e assistente familiare	16	
	Tot. <b>66%</b>	famiglia e servizio pubblico	7
	famiglia e volontariato	3	
<b>Assistente familiare</b>	solo assistente familiare	17	
	assistente familiare e famiglia	16	
	Tot. <b>35%</b>	assistente familiare e servizio pubblico	1
<b>Servizio pubblico</b>	solo servizio pubblico	8	
	servizio pubblico e assistente familiare	1	
	Tot. <b>19%</b>	servizio pubblico e volontariato	2
	servizio pubblico e famiglia	7	
<b>Volontariato</b>	solo volontariato	5	
	famiglia e volontariato	3	
	Tot. <b>10%</b>	servizio pubblico e volontariato	2

*Fonte:* Indagine Ires, 2009.

La composizione del pacchetto di cura è condizionata dalla *gravità* della non autosufficienza: se la non autosufficienza è grave si osserva un “appesantimento” del ruolo della famiglia che interviene nel 75% dei pacchetti di cura; mentre la presenza del servizio pubblico non subisce grosse variazioni (15% nei pacchetti di cura rivolti ai non autosufficienti gravi). Anche la presenza dell’assistente familiare sembra non risentire, o risentire solo marginalmente, della gravità delle condizioni di dipendenza.

Le variazioni del pacchetto di cura non sembrano inoltre condizionate dai livelli di istruzione della persona non autosufficiente, quindi in qualche misura dello status socio-

<sup>9</sup> Secondo uno studio realizzato a livello europeo dalla Fondazione europea di Dublino sulla cura delle persone anziane (che, come visto, costituiscono la quota più rilevante tra i non autosufficienti), circa il 65% della cura proviene da componenti del nucleo familiare, solo il 13% dai servizi pubblici, l’11% dai privati, il 3% dal volontariato (European Foundation, 2006).

economico. Le caratteristiche delle relazioni familiari, il livello di diffusione dei servizi e la disponibilità di personale di cura a basso costo, la tolleranza del lavoro nero rendono evidentemente nella pratica la risposta poco sensibile a questa dimensione.

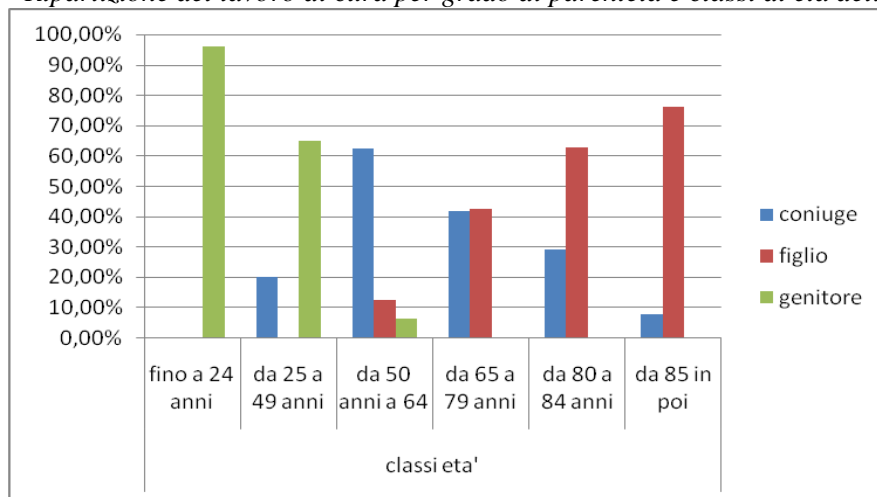
Nel complesso, i pacchetti di cura hanno una composizione relativamente semplice: il 66% sono costituiti da un unico dispensatore di cura, circa un quarto da due dispensatori.

*Il ruolo della famiglia.* I familiari che maggiormente si occupano della persona non autosufficiente sono i figli (più spesso le figlie): complessivamente questi rappresentano il 51% dei casi. Frequente è anche il caso in cui il familiare che cura sia il coniuge (26%); seguono a notevole distanza il genitore (12%), il fratello/sorella/cognato/a (8%), il nipote (3%)<sup>10</sup>.

Il *caregiver* familiare principale è nel 72% dei casi una donna<sup>11</sup>; a questo proposito si consideri che per i minori i *caregiver* sono nell'88% dei casi le madri (che sono coloro sulle quali si rilevano le difficoltà maggiori di partecipazione al mercato del lavoro).

Naturalmente il familiare che si occupa della persona non autosufficiente varia a seconda della classe di età della persona non autosufficiente. Come mostra il grafico 1 per le classi più giovani il *caregiver* familiare più presente è il genitore, nelle classi centrali il coniuge, che al crescere dell'età lascia spazio al figlio, che ricopre infatti un ruolo preponderante nelle classi di età più anziane.

Grafico 1 – Ripartizione del lavoro di cura per grado di parentela e classi di età della persona



Fonte: Indagine Ires, 2009.

Volendone tracciare un profilo-tipo, il *caregiver* familiare è coniugato (77%), con figli (76%) tendenzialmente già grandi (80% > 15 anni), convive con la persona non autosufficiente in rapporto al grado di parentela (96% nel caso del coniuge, 50% le figlie, il 25% figli, oltre il 90% i genitori). La cura che fornisce ha un'intensità molto

<sup>10</sup> Il dato risente delle caratteristiche del gruppo degli intervistati, l'85% è rappresentato da persone *over* 65. Delle 488 persone non autosufficienti raggiunte dalla survey il 68% sono donne, l'85% sono *over* 64, il 54% *over* 79 (con una preponderanza in questa classe di donne).

<sup>11</sup> Anche in Europa le responsabilità di cura sono in carico per i due terzi a donne con un potenziale impatto molto consistente sulla partecipazione al mercato del lavoro (Rapporto Eurobarometer 2007).

elevata: quasi il 90% dei *caregiver* si occupa tutti i giorni della persona non autosufficiente e oltre la metà dei familiari se ne occupa 24 ore su 24<sup>12</sup>.

In parte prescindendo dalla condizione occupazionale del *caregiver* familiari<sup>13</sup>, i dati evidenziano che per la metà di essi coloro le esigenze di cura hanno comportato un condizionamento alla propria partecipazione al mercato del lavoro: circa un terzo ha evidenziato una condizione di difficoltà specifica nella gestione dei carichi di lavoro e dunque nella conciliazione dei tempi di vita, per il 13% dei *caregiver* principali, l'impegno di cura ha determinato l'abbandono del lavoro, il 12% ha dovuto rivedere le proprie ambizioni e aspettative professionali legate alla carriera. Anche in questo si evidenzia una maggiore esposizione delle donne le quali risentono più spesso degli uomini dei condizionamenti.

L'influenza della non autosufficienza di un familiare sulla vita lavorativa del *caregiver* familiare differisce, oltre che sulla base del sesso, anche rispetto al grado di parentela: sono prevalentemente le figlie e le madri a subire le conseguenze più rilevanti sulle scelte lavorative.

*L'assistente familiare ovvero le cosiddette 'badanti'*. Ad alleggerire in modo sostanziale l'impegnativo carico di cura "naturalmente" attribuito alle famiglie e a renderlo conciliabile con il resto degli impegni interviene in oltre un caso su tre l'assistente familiare. Il coinvolgimento della famiglia è ancora però particolarmente oneroso: oltre il 30% delle famiglie partecipa economicamente al costo dell'assistente familiare: nel 21% dei casi integrando le risorse della persona non autosufficiente, nel 13% in via esclusiva.

In linea con i dati INPS (2008) la quasi totalità delle assistenti familiari sono donne dato che caratterizza nel complesso il settore del lavoro di cura in Italia<sup>14</sup>. La maggior parte di esse appartiene alle fasce di età centrali; anche questo dato, così come quello relativo al genere, trova conferma nei numerosi studi che sono stati realizzati e che delineano il profilo anagrafico delle lavoratrici che si occupano di persone anziane (Sgritta 2009; Iref-Acli 2007; Catanzaro, Colombo, 2009; Censis, 2010). Quasi la metà sono coniugate (45%); hanno figli (64%) che per lo più non vivono in Italia.

Analizzando i dati secondo l'area geografica di provenienza delle assistenti familiari, quasi il 70% proviene dai Paesi dell'Europa Orientale di cui circa la metà sono cittadine europee, poco meno del 14% provengono da Paesi extraeuropei.

Rispetto alla condizione migratoria e considerando quindi le persone provenienti da Paesi extracomunitari (circa il 48%), emerge un dato preoccupante: secondo quanto dichiarato dalle famiglie, il 31% delle assistenti familiari non è regolare; il 58% è in possesso di un regolare permesso di soggiorno, mentre l'11% della carta di soggiorno.

---

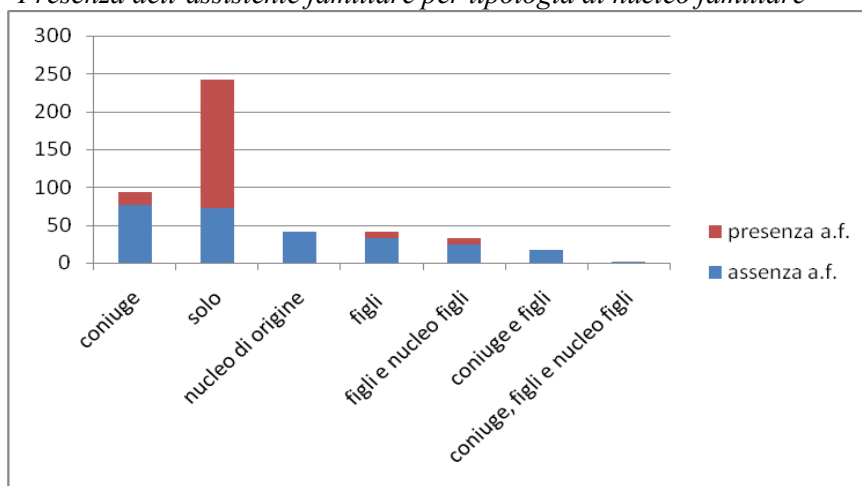
<sup>12</sup> In circa il 20% dei pacchetti in cui è coinvolta la famiglia sono due i familiari che partecipano alla cura: in questi casi le attività svolte dal secondo caregiver sono di supporto e di integrazione a quelle svolte dal principale dispensatore della cura. Se non emergono particolari differenziazioni sotto il profilo socio-anagrafico, tuttavia la prestazione di cura per il secondo familiare è meno intensa pur rimanendo elevata: il 43% si dedica al familiare non autosufficiente tutti i giorni, il 38% 24 ore su 24, il 22,4% solo nei fine settimana.

<sup>13</sup> Poco meno della metà di essi (46%) lavorano, poco meno di un terzo (29%) sono pensionati e circa il 20% - costituito come prevedibile da sole donne - sono casalinghe.

<sup>14</sup> I dati rilevati sulle assistenti familiari sono stati raccolti indirettamente, hanno infatti risposto al questionario le famiglie (qui in veste di datori di lavoro).

Le assistenti familiari coinvolte nella cura delle persone non autosufficienti nel 65% dei casi vivono nella stessa abitazione della persona che assistono. La condizione di coabitazione dell'assistente familiare è molto frequente nei casi in cui la persona non autosufficiente sia sola, mentre è residuale nei casi in cui questa sia inserita in un nucleo familiare più ampio (grafico 2).

Grafico 2 – Presenza dell'assistente familiare per tipologia di nucleo familiare



Fonte: Indagine Ires, 2009.

Il 40% delle famiglie intervistate non conosce il titolo di studio del lavoratore; solo il 21% delle assistenti familiari possiede una formazione finalizzata al tipo di lavoro che svolge, fra queste, la maggior parte ha acquisito queste competenze in Italia, mentre meno di un terzo nel proprio Paese di origine. Nel complesso oltre i due terzi hanno un buon livello della conoscenza della lingua italiana.

Anche dalle attività svolte (cura della persona, governo della casa, assistenza di base) emerge la funzione suppletiva svolta dalle assistente familiare rispetto alla famiglia che viene in tal modo alleggerita da una pluralità di compiti.

Sulla condizione lavorativa dalla ricerca è emerso che quasi il 30% delle famiglie ha instaurato con l'assistente familiare un rapporto di lavoro non regolare. Le motivazioni della mancata regolarizzazione derivano nella maggior parte dei casi da una condizione provvisoria, nel 23% dei casi la non regolarità del rapporto di lavoro è legata a convenienze economiche del lavoratore, nel 16% è il datore di lavoro a non essere disponibile alla regolarizzazione.

Le famiglie intervistate hanno dichiarato che, in media le assistenti familiari lavorano circa 90 ore a settimana e percepiscono un salario mensile pari a circa 700 Euro<sup>15</sup>. Come diversi studi hanno mostrato, per le assistenti familiari è difficile separare le ore di lavoro con quelle di non lavoro, specie se in regime di coresidenza: spesso non risulta semplice determinare il numero effettivo di ore di lavoro giornaliero proprio perché non è chiaro se la presenza e la sorveglianza rappresentino di per sé lavoro (Da Roit, 2004). Al di là dei compiti connessi alla cura e all'assistenza, una parte del tempo non è necessariamente impegnato da attività specifiche, ma deve essere comunque impegnato

<sup>15</sup> Secondo un'indagine del Censis (2010) la paga mensile media è di 900 euro mensili netti.

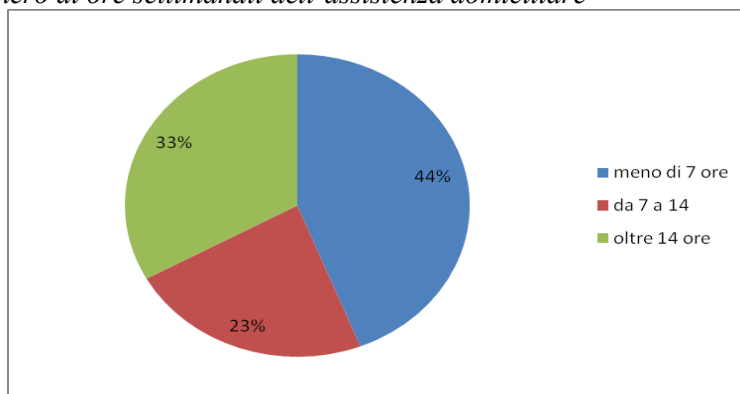
nella casa accanto alla persona da accudire, che generalmente non è in grado di restare sola.

E' opportuno evidenziare come all'aumentare delle ore lavorate settimanalmente, non corrisponde una proporzionale crescita del salario: nella maggior parte dei casi infatti le assistenti familiari lavorano più di cinque giorni a settimana.

Ancora sull'orario di lavoro, secondo quanto dichiarato dalle famiglie, oltre la metà delle assistenti familiari lavorano da 5 a 7 giorni e gli viene richiesta una disponibilità oraria totale, pari a 24 ore su 24. Quando l'assistente familiare è l'unico *caregiver* della persona non autosufficiente l'impegno orario settimanale per quasi il 65% di esse supera le 80 ore<sup>16</sup>.

*Il servizio pubblico.* Come visto nel nostro caso il 19% delle famiglie usufruisce del servizio pubblico per la cura della persona non autosufficiente. Le tipologie di servizio pubblico utilizzate dalle famiglie sono i servizi domiciliari, che assicurano la cura della persona sia per gli aspetti sociali che sanitari e consentono di mantenere la persona non autosufficiente presso la propria abitazione e i servizi semi-residenziali (centri diurni)<sup>17</sup>. Oltre la scarsa copertura del servizio, quasi la metà delle famiglie (44%) ha dichiarato di ricevere meno di sette ore a settimana, e dunque meno di un'ora al giorno; quasi il 70% delle famiglie riceve non più di 2 ore al giorno di assistenza domiciliare. Non si tratta dunque solo di una soluzione poco utilizzata perché poco diffusa e scarsamente disponibile, ma anche di un servizio la cui copertura oraria è assolutamente irrilevante rispetto al bisogno di assistenza di una persona che non è in grado di svolgere le normali attività quotidiane e che, anche sotto il profilo sanitario dipende spesso dalle cure di altri<sup>18</sup>.

Grafico 3 – Numero di ore settimanali dell'assistenza domiciliare



Fonte: Indagine Ires, 2009.

<sup>16</sup> Per quanto riguarda l'orario lavorativo, i giorni di riposo e le ferie, le condizioni di lavoro rilevate appaiono ben lontane da quanto previsto dal CCNL (60% non usufruisce di ferie retribuite, 54% non usufruisce di permessi retribuiti).

<sup>17</sup> A livello europeo risulta complicato fornire una comparazione sulle caratteristiche ed il funzionamento dei servizi di assistenza a domicilio poiché questi ricomprendono un'ampia serie di servizi di assistenza professionale, accessibili nel territorio la cui qualità e durata variano enormemente da Paese a Paese.

<sup>18</sup> Si consideri a titolo esemplificativo che il livello di copertura dell'assistenza domiciliare integrata rivolta agli anziani copre il 3,3% dell'utenza potenziale (pur con scostamenti - sia positivi che negativi- nei diversi contesti regionali; Sistema Informativo Sanitario, 2007).

## Soddisfazione del bisogno e priorità di policy: le opinioni delle famiglie

La non autosufficienza ha un forte impatto sulla vita quotidiana del nucleo familiare. E' però emerso che il 77% delle famiglie ritengono, pur vivendo una situazione complicata, di aver trovato una risposta adeguata alle esigenze di cura della persona non autosufficiente. Sembrerebbe dunque che il bisogno di cura sia nel complesso soddisfatto e certamente non potrebbe che essere così visto l'impegno richiesto e gestito dalle famiglie con l'indispensabile sostegno delle assistenti familiari.

Uno studio europeo di qualche anno fa sul caso di impegni di cura doppi anziani-bambini (Trifiletti et al. 2003) può aiutarci a chiarire alcuni aspetti che emergono dalla survey ad uno sguardo più attento. L'analisi metteva in luce l'importanza decisiva dell'ampiezza della rete di supporto e cura ai bisogni della persona non autosufficiente. Allo stesso tempo rimarcava altre caratteristiche che apparivano altrettanto, se non più, determinanti. Tra queste la presenza/assenza del nucleo familiare (estensione e distanza, forme di cooperazione), la presenza/assenza di figure professionali (e l'eventuale intensità del loro apporto), e - a partire da queste - l'intensità e la proporzioni di cura informale e formale. Relativamente al nucleo familiare risultava in particolare rilevante la presenza/assenza di un *caregiver* principale che si occupasse dell'organizzazione generale della cura, del controllo dell'assistenza e del coordinamento delle diverse attività (risorsa importante, forse la più importante).

I risultati della survey evidenziano del resto come il grado di soddisfazione dei diversi aspetti sia condizionato dal tipo di pacchetto di cura, e in generale sia più alto quando nel pacchetto è coinvolta la famiglia.

Approfondendo le motivazioni per cui un familiare abbia deciso di occuparsi personalmente della persona non autosufficiente, la motivazione prevalente è legata alla convinzione secondo la quale si ritiene la cura di un familiare insostituibile (46%)<sup>19</sup>. Per il 26% delle famiglie la motivazione di questa scelta è di tipo organizzativo/funzionale, ovvero il contributo del familiare costituisce un'integrazione indispensabile; in particolare la frequenza della risposta è maggiore nei pacchetti in cui, al fianco della famiglia, è coinvolta un'assistente familiare o i servizi pubblici. Mentre per oltre il 10% delle famiglie la ragione è dettata dalle difficili condizioni economiche che rendono questa soluzione l'unica praticabile (la percentuale sale al 14% quando la famiglia dispensatore esclusivo della cura)<sup>20</sup>.

Se la famiglia rappresenta la base su cui appoggia la parte più consistente e importante della cura delle persone non autosufficienti, è interessante osservare le caratteristiche e le condizioni di coloro che non possono contare su questo sostegno. Fra questi ultimi il 50% hanno 80 anni e più (il 38% tra i 65 e i 79), spesso hanno perso il coniuge (70%),

---

<sup>19</sup> Nei casi in cui la famiglia è la sola dispensatrice di cura la percentuale di questa risposta sale al 63%.

<sup>20</sup> Il coinvolgimento della famiglia, secondo il rapporto "Health and long-term care in the European Union" di Eurobarometer (2010), sembrerebbe d'altro canto la soluzione preferita (e attesa) da poco meno della metà delle persone intervistate nell'eventualità dell'insorgere di condizioni di dipendenza. Circa un quinto si aspettano e preferirebbero essere accuditi da servizi professionali domiciliari, il 10% da *personal carer*; il 9% si aspettano e preferiscono la cura presso istituti residenziali. Naturalmente le preferenze e aspettative risentono delle norme sociali e dei valori diffusi a livello nazionale, ma anche al loro interno a seconda del contesto territoriale (urbano/rurale) e sociale (*middle/working class*); le aspettative e le preferenze variano inoltre a seconda dell'offerta e della diffusione di servizi rivolti a questo tipo di problematica.

hanno livelli di istruzione bassi (tre quarti nessun titolo o la licenza elementare), l'85% vivono solo. In questi casi le assistenti familiari sono più numerose (oltre il 50% dei casi) e anche il servizio pubblico incrementa il proprio apporto (i due terzi degli utenti usufruiscono di più di 17 ore a settimana).

Tra le motivazioni prevalenti delle famiglie che si sono rivolte ad un'assistente familiare, quasi la metà giudica l'offerta pubblica inadeguata a rispondere al bisogno, per oltre un quarto delle famiglie questa soluzione è dovuta al fatto di non riuscire a garantire la cura senza un ulteriore supporto. Sembra interessante qui evidenziare come il livello di soddisfazione del pacchetto di cura per quanto riguarda gli aspetti economici sia particolarmente alto quando nella cura sono coinvolte le assistenti familiari.

Volendo approfondire quello che Pugliese (2007) chiama domanda potenziale, intesa come domanda di prestazioni e servizi espressa dalle famiglie, è stato chiesto alle famiglie intervistate nel corso dell'indagine quali fossero le soluzioni di cura ritenute 'migliori' e più consone alle proprie esigenze, esprimendo un loro giudizio rispetto alle priorità di policy. Poco meno della metà delle famiglie auspica una maggiore diffusione e copertura dei servizi socio-assistenziali alla persona (in particolare oltre il 35% domiciliari e quasi il 10% residenziali); più del 20% vorrebbe avere la possibilità economica di delegare a terzi la cura; un quarto infine vorrebbe poter contare su un'organizzazione del lavoro meno rigida, con orari di lavoro flessibili e permessi specifici per la cura.

### **Alcune riflessioni conclusive: tra bisogni di cura e strategie di risposta**

Le tematiche al centro di questa ricerca – non autosufficienza e ruolo della famiglia nella cura – si caratterizzano per essere complesse in sé e possono essere analizzate secondo diversi approcci a seconda del focus adottato. Nel nostro caso l'attenzione è stata posta sulle connessioni e interazioni esistenti tra aspetti specifici di queste tematiche, tenendo conto in particolare delle preoccupazioni da più parti avanzate circa il rischio di «insostenibilità» sociale dei futuri carichi di cura per un deficit strutturale dei soggetti cui la cura è stata, storicamente o più recentemente, demandata (famiglia e 'badanti').

Sulla non autosufficienza sono state messe in luce da una parte le dinamiche socio-demografiche che evidenziano un acuirsi del fenomeno in particolare per le fasce più anziane della popolazione, in costante crescita, per cui la non autosufficienza costituisce e costituirà un bisogno sociale sempre più impellente a cui le politiche sociali dovranno prestare grande attenzione. Dall'altro lato sono state evidenziate le numerose componenti della cura a cui storicamente ha corrisposto la famiglia, e in particolar le donne, in ragione di una strutturale carenza d'offerta pubblica, e in virtù di un modello familiare forte, esteso, legato ad una cultura di tipo tradizionale. L'attenzione è stata posta in particolare alla partecipazione femminile al mercato del lavoro e alle ricadute sulla capacità di risposta ai bisogni di cura. In questa cornice rivestono un ruolo centrale le politiche di conciliazione intese sia in termini di misure finalizzate ad una migliore organizzazione del lavoro sia in termini di interventi e servizi socio-assistenziali e sanitari.

I risultati evidenziano la priorità di intervenire sul conflitto tra attività informali di cura e attività lavorativa retribuita e, in questo scenario, le politiche di conciliazione acquistano un forte rilievo<sup>21</sup>. Esse sono volte a gestire la trasformazione avvenute nel mondo del lavoro e ad armonizzare e conciliare le nuove esigenze delle donne e delle famiglie sia in termini di rimozione di ostacoli alla partecipazione femminile al mercato del lavoro (comprese la parità di trattamento e il principio di parità di salariale), che – specularmente – di sostegno al venir meno della loro presenza nei contesti di cura. Una tipologizzazione degli interventi a sostegno della conciliazione identifica diverse misure i cui ambiti di intervento riguardano prevalentemente il sistema dei servizi e l'organizzazione del lavoro, esemplificando: orari e tempi di lavoro; incremento dei servizi; misure di sostegno economico; welfare locale territoriale (Tempia, 2005).

Dunque, alla luce del quadro emerso anche dalla *survey*, la non autosufficienza rimane un problema in carico alle famiglie e spesso risolto facendo ricorso alla figura della 'badante' che di per se parte da una propria posizione di fragilità. Il numero di 'badanti' inoltre è destinato a diminuire, anche per effetto del pacchetto sicurezza, comportando dunque un aumento del divario tra domanda e offerta di lavoro per l'assistenza familiare alle persone non autosufficienti prefigurando un rischio concreto di deficit di cura<sup>22</sup>.

Le policy tardano a riconoscere come priorità quelle della conciliazione e del sostegno alla cura. Su questi temi sarebbe invece necessaria una riflessione attenta, anche rispetto ad una valutazione dei problemi di compatibilità e del sistema di vincoli tra la partecipazione al mercato del lavoro delle donne e il lavoro di cura nella prospettiva di una pari dignità tra lavoro domestico/familiare e lavoro di mercato nella produzione di benessere (Bosi et al., 2005). Senza dimenticare che, nonostante le misure di conciliazione sembrino onerose, esse in realtà producono un significativo ritorno economico: secondo il Foundation Forum, iniziativa promossa dalla Fondazione di Dublino (2007), gli effetti finanziari per le imprese che investono in misure di conciliazione sono notevoli e si stima che per ogni euro speso l'investimento frutti 16 volte tanto.

Per concludere, è da oltre un decennio che una parte del dibattito – valga per tutti il riferimento alla Commissione Onori - sulla problematica della non autosufficienza si è concentrata sulla carenza specifica del welfare italiano di un programma di spesa di assicurazione sociale contro questo fenomeno. La soluzione di questo problema richiederebbe, data l'entità e il trend del fenomeno, una maggiore attenzione da parte delle Istituzioni centrali: ad oggi nessuna riforma incisiva in questa direzione è stata realizzata e l'Italia continua ad essere uno dei pochi paesi in Europa a non avere una

---

<sup>21</sup> Per politiche di conciliazione si intendono l'insieme di interventi che mirano ad integrare le responsabilità familiari con politiche familiari di «nuova generazione», ovvero con politiche che tentano di organizzare la vita di uomini e donne entro un quadro di sostenibilità, anche ricomponendo la frammentarietà e disarticolazione dell'intervento dello Stato nel supporto alla famiglia o sostenendo la disponibilità e l'utilizzo di risorse messe a disposizione dalle famiglie stesse, dal terzo settore e dalla comunità (Gorrieri 2002).

<sup>22</sup> Gli effetti del pacchetto sicurezza ad oggi sembrerebbero destare ulteriori preoccupazioni sia alle famiglie, che temono di essere perseguite legalmente, sia ai lavoratori che temono di essere ancora più deboli sul mercato e dunque ricattabili. Il reato di clandestinità rischia di minare ulteriormente il sistema di welfare in quanto le famiglie potrebbero essere costrette a rinunciare all'assistente familiare e dunque eserciteranno una pressione sempre più forte nei confronti dei servizi sociali territoriali che allo stato attuale non forniscono una copertura sufficiente.

legge sulla non autosufficienza. Il Fondo per le politiche sociali introdotto dalla legge n. 328/2000 è stato costantemente ridotto e il sistema di servizi territoriali ha ottenuto finanziamenti sempre più scarni. Emerge dunque complessivamente la necessità di un ripensamento dei confini e delle responsabilità in cui la cura si presenta come una combinazione di modalità di prestazione differenziate, e dunque retribuita e non, formale e informale, in cui le responsabilità siano suddivise in modi più equilibrato tra i diversi attori sociali: famiglia, Stato, comunità, sindacato, mercato. Si consideri a questo proposito che la dimensione economica del settore della cura è considerata una delle più dinamiche in Europa (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006). Tra il 1995 e il 2001 nel settore della salute e del *social care* sono stati creati più di 2 milioni di posti di lavoro, corrispondenti al 18% della creazione complessiva di lavoro. Le ragioni della difficoltà dell'espansione dell'offerta di servizi di cura sarebbero di diversa natura: economica, culturale, amministrativa; la tendenza verso il lavoro informale; la mancanza di adeguati incentivi da parte pubblica; la bassa attrattiva del lavoro di cura a causa dei bassi salari, delle scarse possibilità di carriera, della mancanza di opportunità formative; la tendenza di questo tipo di lavoro a rimanere nella sfera dell'informalità o del lavoro nero.

### Riferimenti bibliografici

- Ambrosini M., Abbatecola E. (a cura di), 2010, *Famiglie in movimento. Separazioni, legami, ritrovamenti nelle famiglie migranti*, Il Melangolo, Genova.
- Anttonen A. e Sipila J., 2001, *I modelli di servizi sociali in Europa*, in Gori C. (a cura di), *I servizi sociali in Europa. Caratteristiche, tendenze, problemi*, Carocci, Roma.
- Bettio F., 2005, *Regimi di cura e di benessere in Europa*, in «Studi economici», anno LX nuova serie, numero speciale.
- Bimbi F. e Pristinger F. (a cura di), 1985, *Profili sovrapposti. La doppia presenza delle donne in un'area ad economia diffusa*, Franco Angeli, Milano
- Bosi P., 2007, *Le politiche di sostegno delle responsabilità familiari e di contrasto della povertà dieci anni dopo la Commissione Onofri: l'irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari*, [www.capp.unimo.it](http://www.capp.unimo.it).
- Bosi P., Guerra M.C., Silvestri P., 2005, *Il finanziamento dei servizi per la non autosufficienza nel quadro della riforma del Titolo V*, CAPP, Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche.
- Bronzini M., 2004, «Cura» Parola-chiave, in «la Rivista delle Politiche Sociali», SSN. Vincoli strutturali, nuovo universalismo, etica pubblica, n. 4, Ediesse, Roma.
- Catanzaro R., Colombo A. (a cura di), 2009, *Badanti & co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Censis, 2010, *Il lato oscuro del lavoro domestico*, 14 luglio.
- Da Roit B., 2004, *Chi sono le assistenti familiari*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 17.
- Da Roit B. e Castagnaro C., 2004, *Chi cura gli anziani non autosufficienti? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per anziani in Emilia-Romagna*, Franco Angeli, Milano

- Del Boca D., Rosina A., 2009, *Famiglie sole. Sopravvivere con un welfare inefficiente*, Il Mulino, Bologna.
- Döhner H., Kofahl C. (a cura di), 2005, *Supporting Family Carers of Older People in Europe. Empirical Evidence, Policy Trends and Future Perspectives*, EUROFAMCARE, 5th Framework Programme of the European Union.
- Eurobarometer, 2010, Poverty and Social Exclusion, Report, February 2010, Brussels.
- European Commission, 2003, *Feasibility Study. Comparable Statistics in the Area of Care of Dependent Adults in the European Union*.
- European Commission, 2005, *Green Paper. Confronting demographic change: a new solidarity between the generations*, Communications from Commission, COM(2005) 94 final, 16 marzo, Bruxelles.
- European Commission, 2004, *How Europeans spend their time. Everyday life of women and men*, Pocketbooks.
- European Commission, 2007, *Health and long-term care in the European Union*, Special Eurobarometer 283, December.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006, *Employment in social care in Europe*, [www.eurofound.eu.int](http://www.eurofound.eu.int).
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2007, *Foundation findings. Work-life balance. Solving the dilemma*, [www.eurofound.europa.eu/events/2004/forum2004](http://www.eurofound.europa.eu/events/2004/forum2004).
- Eurostat, 2008, *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Statistics in focus, 72, Population and social conditions.
- Fondazione Brodolini, 2005, GALCA Project Gender analysis and long term care (Final Report).
- Gori C., 2008, *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo stato*, Carocci, Roma.
- Istat, 2007a, *Condizione di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari. Anno 2005*.
- Istat, 2007b, *L'uso del tempo. Indagine multiscopo sulle famiglie "Uso del tempo". Anni 2002-2003*.
- Istat, 2008, *Conciliare lavoro e famiglia Una sfida quotidiana*.
- Istituto per la Ricerca Sociale, 2009, *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Pasquinelli S., Rumini G. (a cura di).
- Micheli A.M., 2005, *Criticità ed esemplificazioni del modello di «famiglia forte»*, in «la Rivista delle Politiche Sociali», Famiglie e sistemi di welfare. Soggetti, mutamento, politiche, n. 4, Ediesse, Roma.
- Micheli G. A., 2007, *Coperture variabili. Non autosufficienza anziana e erogazione di welfare*, «Stato e Mercato», n.81, Il Mulino, Bologna.
- Micheli G.A. e Rosina A., 2006, *Il lavoro adulto femminile tra due fuochi*, «Rivista Internazionale di Scienze Sociali», vol. 114, n. 4, pp. 505-524.
- Millar J., Warman A., 1996, *Family obligations in Europe*, Report to the Joseph Rowntree Foundation, Centre for the Analysis of Social Policy, University of Bath, luglio.
- Neményi E., Herczog M., Kravalik Z., Jones M., Bekarian L. e Huggins R., 2006, *Labour Supply in Social Care*, Report, European Foundation for Improving Working and Living Conditions, Office of Official Publications, Lussemburgo.
- Network Non Autosufficienza (a cura di), 2009, *L'assistenza degli anziani non autosufficienti in Italia, rapporto 2009*, promosso dall'IRCCS-INRCA per

- l'Agencia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli editore, Sant'Arcangelo di Romagna (RN).
- Pasquinelli S., 2009, *Perché la sanatoria ha fatto flop*, Lavoce.info, 9 ottobre.
- Pasquinelli S., 2007, *Se la badante non conviene più*, Lavoce.info, 9 maggio.
- Pavolini E., 2004, *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.
- Pavolini E., 2008, *Governance regionali: modelli e stime di performance*, in *L'Europa e le Regioni. Il welfare fra federalismo e ri-centralizzazione*, «La Rivista delle Politiche Sociali», Numero 3 - Luglio Settembre, Ediesse, Roma.
- Pugliese E. (a cura di ), 2007, *La domanda di servizi sociali*, Ricerca IRPPS-CNR, Rapporto interno.
- Quattrini S., Melchiorre M.G., Balducci C., Spazzafumo L., Lamura G., 2006, *Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. The National Survey Report for Italy*, EUROFAMCARE, 5th Framework Programme of the European Union.
- Ranci C., 2002, *Una nuova proposta per la non autosufficienza*, www.lavoce.it.
- Ranci C., 2007, *Tra vecchie e nuove disuguaglianze: la vulnerabilità nella società dell'incertezza* in «la Rivista delle Politiche Sociali», *Ristratificazione sociale. Lavori, redditi, habitus*, n. 4, Ediesse, Roma.
- Ranci C., 2008, *Tutelare la non autosufficienza. Una proposta di riforma dell'indennità di accompagnamento*, Carocci, Roma.
- Saraceno C., 1998, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., 2009, *Genere e cura: vecchie soluzioni, nuovi scenari?*, in «la Rivista delle Politiche Sociali», *Donne e welfare. Una cittadinanza incompiuta*, n.2 Ediesse, Roma.
- Sgritta G.B., 2009, *Badanti e anziani in un welfare senza futuro*, ed. Edizioni Lavoro, Roma.
- Tempia A., 2005, *Italia. Fasi e tipologie delle politiche di conciliazione*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», *Tempi e orari. Riflessioni sulla flessibilità amica*, n. 3, Ediesse, Roma.
- Trifiletti R., Simoni S., Pratesi A., 2003, *Work and care in double front carer families. A qualitative comparison of care arrangements in Finland, France, Italy, Portugal and the UK*, SOCCARE PROJECT, New Kinds of Families, New Kinds of Social Care, 5th Framework Programme of the European Commission.