

XIX Convegno Nazionale di Economia del Lavoro
23-24 Settembre 2004

Qualità del lavoro e qualità della vita: la cura per gli anziani non autosufficienti tra lavoro formale, lavoro sommerso e lavoro domestico

Francesco Cossentino, Marina Innorta

Indice

1. Premessa
 2. Gli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna: le caratteristiche e le dimensioni della domanda di lavoro di cura
 3. Il lavoro dei *caregivers* familiari
 4. Il lavoro di cura nel sistema di protezione formale
 5. Le assistenti familiari: tra lavoro regolare e lavoro sommerso
 6. Le relazioni di cura: tra lavoro non retribuito e retribuito, regolare e irregolare
 7. Considerazioni conclusive
- Riferimenti Bibliografici

Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna - Area Politiche Sociali

Viale Aldo Moro 21, 40127 Bologna

Dott. Francesco Cossentino tel. 0516397101 – e-mail: fcossentino@regione.emilia-romagna.it

Dott.ssa Marina Innorta tel. 0516397107 – e-mail: minnorta@regione.emilia-romagna.it

Qualità del lavoro e qualità della vita: la cura per gli anziani non autosufficienti tra lavoro formale, lavoro sommerso e lavoro domestico*

Francesco Cossentino, Marina Innorta

1. Premessa

Un anziano non autosufficiente è dipendente per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana da altre persone¹. Questa dipendenza si sostanzia nella necessità di ricevere cure². L'invecchiamento della popolazione produce una criticità sul sistema sociale nel momento in cui queste forme di dipendenza tendono ad aumentare. Tale criticità, tuttavia, non deriva solo dall'aumento della popolazione "dipendente", ma anche da un insieme di condizioni che riguardano l'altro versante della relazione: coloro che svolgono il lavoro di cura, i *carers*.

L'istituzione maggiormente responsabile del lavoro di cura nei confronti degli anziani non autosufficienti è la famiglia alla quale, sia pure in maniera variabile nei diversi sistemi

* Questo lavoro si inserisce all'interno di una ricerca dal titolo "La sostenibilità del lavoro di cura: famiglie e anziani non-autosufficienti in Emilia-Romagna", svolta dall'Area Politiche Sociali dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia-Romagna. Oltre agli estensori dell'articolo fanno parte del gruppo dei ricercatori il dott. Francesco Bertoni e il dott. Marzio Barbieri. L'intero lavoro di ricerca ha beneficiato delle discussioni con molti colleghi e amici. Tra questi vogliamo ricordare Mauro Alboresi, Giovanni Solinas, Francesco Taroni.

La ricerca si è svolta nel corso degli anni 2002 e 2003 con i seguenti obiettivi: tracciare il quadro della domanda potenziale di servizi e di interventi a sostegno del lavoro di cura per anziani non auto-sufficienti tra le famiglie dell'Emilia-Romagna; analizzare il sistema di protezione locale dei servizi pubblici e del mercato sociale a livello regionale, approfondire il tema dell'offerta dei servizi privati individuali con riferimento al cosiddetto fenomeno del "badantato". Dal punto di vista metodologico, per quanto riguarda i primi due obiettivi, si è ricorso ad una analisi su diverse banche dati: le Indagini Istat *Aspetti della vita quotidiana, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, e *I consumi delle famiglie, l'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane* della Banca d'Italia, e il Sistema Informativo delle Politiche Sociali (SIPS); per quanto riguarda il terzo obiettivo è stata condotta una indagine *ad hoc*, realizzata attraverso colloqui informali con testimoni esperti del fenomeno e con interviste in profondità rivolte ad assistenti familiari straniere e alle famiglie degli assistiti. L'analisi del contenuto delle interviste è stata realizzata dal prof. Giovanni Mottura in collaborazione con la dott.ssa Mirna Cola. La dott.ssa Antonietta Di Giovannantonio ha coordinato il lavoro delle intervistatrici.

¹ Il concetto di dipendenza è particolarmente utile a riformulare il tema dell'invecchiamento della popolazione perché sottolinea un aspetto che non sempre viene adeguatamente esplicitato. *La dipendenza è un concetto relazionale: non è una proprietà di un individuo o di un gruppo sociale, ma è una relazione tra individui (livello micro) e tra gruppi sociali (livello macro). Il motivo per cui la dipendenza diventa un problema dal punto di vista sociale ed economico è che essa produce uno squilibrio e una asimmetria tra i membri della società.*[Jackson 1988].

² Nell'accezione anglosassone del termine, quindi non limitatamente a cure di tipo sanitario, ma anche in riferimento ad attività di accompagnamento, di cura dell'ambiente domestico, di aiuto nelle funzioni quotidiane essenziali (mangiare, vestirsi, mettersi a letto, alzarsi), ecc. Possiamo riassumere tutte queste diverse attività parlando di *lavoro di cura*.

nazionali di *welfare*, è attribuito il compito di assistere i membri non autosufficienti, siano essi bambini, o adulti e anziani in condizioni di disabilità. Nel *welfare* italiano questo aspetto è particolarmente evidente: le politiche di supporto ai compiti di cura delle famiglie hanno sempre avuto un ruolo residuale [Esping-Andersen 2000].

Le profonde trasformazioni nell'organizzazione della produzione, nel mercato del lavoro e nella famiglia, unitamente all'invecchiamento della popolazione, hanno modificato l'assetto tradizionale entro cui il lavoro di cura è organizzato [Saraceno 1998].

Lo sviluppo di un mercato di servizi alla persona e la crescente attenzione da parte delle politiche sociali al settore socio-assistenziale [Cossentino 2002], sono elementi che sembrano indicare come progressivamente le famiglie esprimono una domanda di *care* che evidentemente non sono più in grado di soddisfare al loro interno: ci troviamo oggi davanti ad una redistribuzione delle responsabilità e dei compiti di cura tra famiglia, stato e mercato [Daly, Lewis 2000].

La crescita della *doppia presenza* delle donne e la difficoltà a conciliare i tempi di lavoro retribuito con i tempi del lavoro domestico e familiare, pone al centro del dibattito i ruoli familiari femminili cui viene attribuita la responsabilità primaria del lavoro domestico e di cura [Saraceno 2003].

Soprattutto nei paesi caratterizzati da una elevata partecipazione femminile al mercato del lavoro, il movimento delle donne ha contribuito a rendere visibile il lavoro domestico, che ancora negli anni '50 e '60 era considerato come facente parte della sfera privata, regno delle scelte personali e degli imperativi morali, e in quanto tale non soggetto ad analisi di tipo sociale, economico o politico [Gardiner 1997, Graham 1991].

A partire dagli anni '70 nelle scienze sociali il lavoro di cura comincia a essere tematizzato e analizzato e successivamente viene a essere utilizzato in ambiti differenti e con accezioni differenti: non più solo come lavoro domestico non retribuito femminile, ma anche come lavoro professionale svolto da personale pagato all'interno di specifiche strutture di natura pubblica o privata, o ancora come lavoro volontario non retribuito in ambito non domestico, o ancora come prestazione professionale a domicilio. In questo contesto la definizione di lavoro di cura tende a divenire più articolata: variano i soggetti che se ne fanno carico, variano i soggetti che ne beneficiano, varia il rapporto esistente tra loro, così come il contesto istituzionale che contiene e regola la relazione di cura, e varia il contenuto stesso della relazione.

Nell'affrontare dunque le tematiche relative al lavoro di cura risulta utile metterne in evidenza le diverse dimensioni [Thomas 1993] che riguardano l'identità sociale del *carer*, l'identità sociale dei soggetti assistiti, le relazioni interpersonali tra chi offre la cura e chi la riceve, la natura della cura, il dominio sociale all'interno del quale è collocata la relazione di cura, il carattere economico della relazione di cura, il contesto istituzionale. Tenendo presenti queste dimensioni, il concetto di *care* diventa uno strumento utile sia nell'analisi dello sviluppo dei servizi alla persona e delle trasformazioni nel mercato del lavoro, sia nell'analisi dei *welfare state* contemporanei e delle loro traiettorie di mutamento [Daly, Lewis 2000].

Nella differente combinazione tra queste dimensioni si vanno a configurare i contesti maggiormente diffusi e significativi entro cui il lavoro di cura viene erogato:

1. lavoro di cura svolto da un familiare, quindi lavoro *non retribuito* e svolto principalmente nell'*ambito domiciliare*;
2. lavoro di cura retribuito offerto da singoli operatori, in qualche caso al di fuori della regolamentazione del mercato del lavoro (*sommerso*), nella maggior parte dei casi svolto presso il domicilio dell'assistito;
3. lavoro di cura svolto da personale che opera nell'ambito di organizzazioni formali, pubbliche o private. Quindi lavoro *retribuito*, formalmente *regolamentato*, che può essere svolto sia presso il domicilio dell'assistito che all'interno delle strutture residenziali e semi-residenziali

2. Gli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna: le caratteristiche e le dimensioni della domanda di lavoro di cura

Prima di analizzare alcuni degli aspetti maggiormente rilevanti del lavoro di cura nei tre contesti sopra delineati, è opportuno fornire un'idea, seppure approssimativa, delle caratteristiche e delle dimensioni della domanda di cura degli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna.

2.1. Le caratteristiche della domanda

Utilizzando congiuntamente l'Indagine Multiscopo dell'Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (anno 1999-2000) e i dati del SIPS (Sistema Informativo Politiche Sociali) regionale riferiti al 31/12/2000, possiamo stimare in circa 170.000 (circa il 4% della

popolazione totale) le persone con più di 65 anni che hanno una qualche forma di disabilità che, in diverso grado, ne limita l'autonomia³. Poiché si tratta di situazioni di disabilità differenziate tra loro, differenziato è anche il bisogno di assistenza di questi anziani, che può andare da un livello massimo di assistenza continuativa durante tutto l'arco della giornata fino ad interventi più sporadici e limitati a situazioni particolari. Il bisogno di assistenza, oltre ad essere differenziato sulla base di diversi livelli di intensità, si presenta differenziato anche in relazione al contenuto e alle specifiche prestazioni [Schneekloth 1997].

Gli anziani disabili che vivono presso il proprio domicilio sono circa 150.000, di cui più della metà (69.000) presenta severe limitazioni della propria autonomia e sono costretti in modo permanente nella propria abitazione (Tab. 1).

Nelle strutture residenziali vivono 24.839 anziani non autosufficienti, di cui circa 16.500 anziani in condizioni di non autosufficienza severa, come vedremo meglio in seguito, in presidi socio-sanitari (RSA e Case Protette) e circa 8.500 anziani in condizioni di non autosufficienza lievi e moderate in presidi socio-assistenziali (Case di riposo, comunità alloggio e residenze protette).

Tabella 1. Persone anziane disabili in Emilia-Romagna secondo alcune dimensioni di disabilità

	65-74 anni		75 anni e oltre		65 anni e oltre	
	N	%	N	%	N	%
Con almeno una forma di disabilità	36.629	7,9	115.740	29,3	152.369	17,8
<i>Di cui</i>						
Costretti a letto	5.166	1,1	9.812	2,5	14.978	1,8
Costretti una sedia o poltrona	3.148	0,7	12.578	3,2	15.726	1,8
Costretti a rimanere nella propria abitazione	7.111	1,5	32.091	8,1	39.202	4,6
<i>Totale confinati</i>	<i>15.425</i>	<i>3,3</i>	<i>54.481</i>	<i>13,8</i>	<i>69.906</i>	<i>8,2</i>
Con difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana (ma non confinati)	8.561	1,9	41.668	10,6	50.229	5,9
Totale	23.986	5,2	96.149	24,3	120.135	14,0

Fonte: ASR elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000

³ La disabilità infatti, viene definita come una limitazione di massimo grado in almeno una delle tre sfere di autonomia funzionale individuate dall'Istat nella sua rilevazione: la mobilità, le funzioni della vita quotidiana, la comunicazione.

Tra gli anziani disabili sono presenti le donne in misura maggiore degli uomini, e lo scarto tra uomini e donne tende a crescere nelle classi di età più avanzate. In Emilia-Romagna degli *over 65* disabili il 30% sono uomini e il 70% sono donne; tra gli *over 75* invece, la percentuale di uomini scende al 25% e quella delle donne sale al 75%.

Un aspetto di fondamentale importanza è quello che riguarda i contesti familiari degli anziani con disabilità: sappiamo infatti che la famiglia è nella grande maggioranza dei casi il primo responsabile di cura. Sarebbe importante in questo caso potere analizzare non solo i nuclei di convivenza degli anziani disabili, ma anche il loro contesto familiare più allargato, poiché non sono rari i casi in cui tra la persona anziana disabile e il suo *caregiver* familiare, vi è una relazione di parentela stretta, ma non una situazione di convivenza. Purtroppo però a livello campionario è possibile descrivere solo i nuclei di convivenza degli anziani disabili.

Gran parte degli anziani - sia quelli con una qualche forma di disabilità che quelli che godono di autonomia - vivono da soli oppure con il proprio coniuge, e solo una minoranza di loro vive all'interno di strutture familiari più allargate. Anche se c'è una maggiore propensione delle persone anziane disabili - rispetto ai loro coetanei non disabili - a vivere come membri aggregati all'interno di altri nuclei familiari, in particolare con i figli, soprattutto nelle età più avanzate quando le condizioni di non autosufficienza si aggravano [Buratta, Cialesi 1996], tuttavia è elevata la quota di anziani non autosufficienti che vivono da soli (Tab. 2). In Emilia-Romagna gli anziani disabili soli sono circa 44.300 persone, in gran parte di età superiore ai 75 anni. I disabili anziani dunque vengono a trovarsi in condizione di solitudine prevalentemente nelle età molto avanzate quando è ipotizzabile che i loro *caregivers* più vicini (il/la coniuge) siano deceduti o, nel caso dei figli, abbiano costituito un nucleo familiare separato.

Per quanto riguarda le condizioni socio-economiche degli anziani disabili l'Indagine dell'Istat ci consente solo qualche considerazione parziale. Una prima considerazione riguarda le fonti di reddito: la maggior parte degli anziani disabili è composta da ritirati dal lavoro (l'89% dei maschi e il 60% delle femmine) la cui fonte di reddito principale è la pensione da lavoro. Tra questi troviamo una maggioranza di persone che prima del pensionamento svolgevano un lavoro di operaio o assimilati (il 45,2%) oppure come lavoratori in proprio (il 37,1%), mentre gli anziani disabili che in passato hanno occupato posizioni lavorative ad alto reddito sono una decisa minoranza.

Tab. 2 Popolazione di 65 anni e oltre per tipo di contesto familiare e presenza di disabilità, Emilia Romagna, (2000), dati in percentuale

	65-74 anni		75 anni e oltre	
	Disabili	Non disabili	Disabili	Non disabili
Persone sole	15,1	17,7	33,6	34,2
In altre famiglie senza nuclei	0,6	1,7	6,2	2,9
Come membro aggregato	11,2	3,9	21,6	12,5
In coppia senza figli	46,9	48,0	26,0	38,0
In coppia con figli come genitore	12,9	17,4	2,1	5,1
In famiglia monogenitore come genitore	9,2	6,1	7,0	4,7
In famiglia monogenitore come figlio	-	0,5	-	-
In famiglie con più nuclei	4,1	4,7	3,5	2,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: ASR elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000

Una seconda indicazione riguarda i livelli di istruzione. Il livello di istruzione è un elemento importante che, in assenza di altri dati certi riguardo ad esempio al reddito o alle condizioni abitative, può fornire elementi in grado di definire lo status socio-economico degli anziani non-autosufficienti. Le persone anziane in generale hanno titoli di studio piuttosto bassi: il 56,5% degli *over 65* ha la licenza elementare, circa il 23% non ha nessun titolo di studio (e tra questi l'1,9% risulta analfabeta), solo il 9,8% ha la licenza media e ancora meno sono coloro che hanno studiato fino alle scuole superiori. Se analizziamo separatamente i titoli di studio degli anziani disabili e non disabili (Tab. 3) ci accorgiamo che tra i disabili troviamo percentuali ancora più elevate di soggetti senza titolo di studio o con solo la licenza elementare: il 51,6% dei disabili anziani ha solo la licenza elementare, il 37,8% nessun titolo di studio e tra questi, coloro che non sanno leggere e scrivere sono il 4,4%. Mediamente quindi i livelli di scolarità degli anziani disabili sono inferiori a quelli dei loro coetanei non disabili.

Queste indicazioni, sia pure incomplete e indirette, ci suggeriscono che gli anziani disabili in gran parte hanno redditi e livelli di istruzione bassi. La loro condizione di disabilità spesso va a coniugarsi con altri elementi di svantaggio rendendo ulteriormente problematico l'aspetto dell'accessibilità dei servizi e della sostenibilità economica dell'assistenza.

Considerando che la popolazione anziana, e in particolare le donne, è maggiormente esposta al rischio di povertà [Baldini, Silvestri 2003], va tenuto presente che le condizioni di disabilità possono andare a costituire un ulteriore fattore di impoverimento⁴.

Tab. 3 Persone anziane per presenza di disabilità e titolo di studio, valori percentuali, Emilia - Romagna.

	Disabili			Non disabili			Totale disabili e non disabili		
	65-74 anni	75 anni e oltre	totale 65 anni e oltre	65-74 anni	75 anni e oltre	totale 65 anni e oltre	65-74 anni	75 anni e oltre	totale 65 anni e oltre
Nessun titolo di studio (non sa leggere e/o scrivere)	5,1	4,1	4,4	0,7	2,4	1,3	1,0	2,9	1,9
Nessun titolo di studio (sa leggere e/o scrivere)	18,4	38,1	33,4	12,7	27,2	18,5	13,2	30,4	21,1
Licenza elementare	62,1	48,4	51,6	60,4	53,1	57,5	60,5	51,7	56,5
Licenza scuola media inferiore	6,3	3,3	4,0	12,8	8,4	11,1	12,3	6,9	9,8
Diploma scuola media superiore (2-3 anni)	2,5	0,0	0,6	2,0	0,4	1,4	2,0	0,3	1,2
Diploma scuola media superiore (4-5 anni)	4,6	3,8	4,0	6,5	5,5	6,1	6,4	5,0	5,8
Laurea o post laurea	1,0	2,3	2,0	4,9	3,0	4,1	4,6	2,8	3,7

Fonte: ASR elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000

D'altra parte il deteriorarsi delle condizioni fisiche non è esclusivamente funzione dell'avanzare dell'età. Un ruolo molto importante lo giocano le condizioni economiche, sociali e culturali che sono state vissute con l'avanzare dell'età: come ormai da tempo evidenziano le ricerche epidemiologiche, lo stato di salute delle persone è correlato al reddito, all'istruzione e alle condizioni di lavoro.

2.2. Le dimensioni potenziali della domanda

Una ipotesi sulla dimensione potenziale della domanda di lavoro di cura per gli anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna può essere formulata a partire dal regolare bisogno di assistenza (*regular need of care*) che è stato definito come il bisogno di aiuto, almeno una volta al giorno, nello svolgimento delle attività quotidiane [Schneekloth 1997].

⁴ Da una recente ricerca sulla distribuzione del reddito nella provincia modenese [Baldini e Silvestri 2003] è emerso che, mentre in Italia la povertà raggiunge livelli piuttosto contenuti tra le classi di età più anziane, nella provincia di Modena, al contrario, la povertà tende a concentrarsi nella componente femminile anziana della popolazione.

Questa definizione, adottata nel sistema di *long term care* tedesco, ha consentito mediante l'introduzione di uno specifico fondo, di sostenere la domanda di cura degli anziani non autosufficienti. Tale fondo ha l'obiettivo di sostenere le prestazioni assistenziali necessarie ad alleviare i carichi di lavoro delle famiglie, in particolare delle donne, e a mantenere l'anziano il più possibile all'interno del nucleo familiare [Cuellar, Wiener 2000, Beltrametti 1998].

Assumendo la suddivisione del sistema tedesco in tre livelli della non autosufficienza (Livello I, non autosufficienza moderata, che prevede 1,5 ore di assistenza media al giorno; Livello II, che prevede 3 ore di assistenza media al giorno; Livello III, molto grave, 5 ore di assistenza media al giorno), si può fornire una stima approssimativa del fabbisogno di occupazione aggiuntiva necessario ad integrare adeguatamente i livelli di assistenza domiciliare per gli anziani non autosufficienti.

Tab. 4 Ipotesi di stima del monte ore settimanale di assistenza e del numero di operatori equivalenti per livelli di non autosufficienza

Livelli di non autosufficienza	Ore di assistenza media giornaliera*	Ore di assistenza media settimanale	Over 65 confinati**	Monte ore settimanale di assistenza	Numero di operatori equivalenti***	Fabbisogno finanziario (milioni €)****
Livello I: confinati nella propria abitazione	1,5	10,5	39.202	411.621	11.434	241,4
Livello II: confinati su una sedia	3	21	15.726	330.246	9.174	193,7
Livello III: confinati a letto	5	35	14.978	524.230	14.562	307,5
Totale	---	---	69.906	1.266.097	35.170	742,6

*Dati tratti da Cuellar, A.E., Wiener, J.M., "Can social insurance for long term care work? The experience of Germany", *Health Affairs*, 19, 2000.

**Dati ottenuti attraverso nostre elaborazioni su dati ISTAT "Indagine statistica multiscope - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", 1999-2000.

***Con operatore equivalente si intende una unità di personale impiegata per 36 ore settimanali.

**** Il fabbisogno finanziario è ottenuto moltiplicando il numero di operatori equivalenti per il salario medio ponderato delle professionalità socio-assistenziali (AdB, RAA, assistenti sociali, animatori, personale di servizio, podologi). Il salario medio è ottenuto considerando il CCNL degli enti locali relativo al comparto per il triennio 2002-2005.

Se ipotizziamo di far coincidere gli anziani non autosufficienti con gli anziani disabili confinati rilevati dall'Indagine Istat sulla salute e attribuiamo ai confinati a casa il livello I, a quelli su una sedia o su una poltrona il livello II e ai confinati a letto il livello III, possiamo stimare attorno a 70mila gli anziani non autosufficienti che vivono presso il proprio domicilio

(circa il 2% sul totale della popolazione). Si tratta di una cifra assai approssimativa che non tiene conto di quelle forme di disabilità che, seppure non rientrano tra le confinanti, come ad esempio le forme di demenza, comportano tuttavia un elevato grado di non autosufficienza.

Nell'ipotesi in cui si volesse erogare a questi anziani prestazioni di assistenza domiciliare analoghe a quelle previste dal sistema tedesco, il fabbisogno occupazionale aggiuntivo agli addetti che operano nelle strutture pubbliche e del privato sociale, sarebbe di circa 35.000 operatori equivalenti. Ipotizzando un costo del lavoro di circa 21.000 euro all'anno, ottenuto dalla media ponderata dei diversi profili professionali socio-assistenziali, sarebbe necessario un incremento delle risorse finanziarie destinate a tutti gli anziani disabili di circa 750 milioni di euro.

Questa domanda potenziale di assistenza per gli anziani non autosufficienti, che in termini effettivi è sostenuta in modo parziale dalle politiche di spesa pubblica, di fatto si traduce in un aumento dei carichi di lavoro familiare e, negli ultimi anni in modo sempre più frequente, nell'acquisto di servizi privati individuali resi prevalentemente da donne migranti in forma spesso irregolare.

3. Il lavoro dei *caregivers* familiari

Sull'altro versante delle relazioni di dipendenza insite nella condizione di non autosufficienza, possiamo domandarci quanti sono e chi sono coloro che sono impegnati nelle attività di cura nei confronti di questo universo composito e differenziato di anziani in difficoltà, cominciando dal lavoro di cura erogato in modo informale all'interno delle famiglie.

Come si è visto, l'Indagine Multiscopo dell'Istat su "Condizioni di salute della popolazione" stima che, al 2000 in Emilia-Romagna, vi siano più di 150.000 anziani con disabilità che vivono presso il proprio domicilio. Gli anziani disabili che vivono presso il proprio domicilio non necessariamente sono totalmente in carico a loro familiari: i centri diurni e il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) intervengono rispettivamente sull'1,6% e sull'8,4% di questi anziani. Decisamente più numerosi sono coloro che usufruiscono di interventi di Assistenza Domiciliare Integrata (37,1%), anche se va ricordato che quest'ultima si sostanzia in interventi dal contenuto prevalentemente sanitario, lasciando quindi scoperti i bisogni di tipo assistenziale.

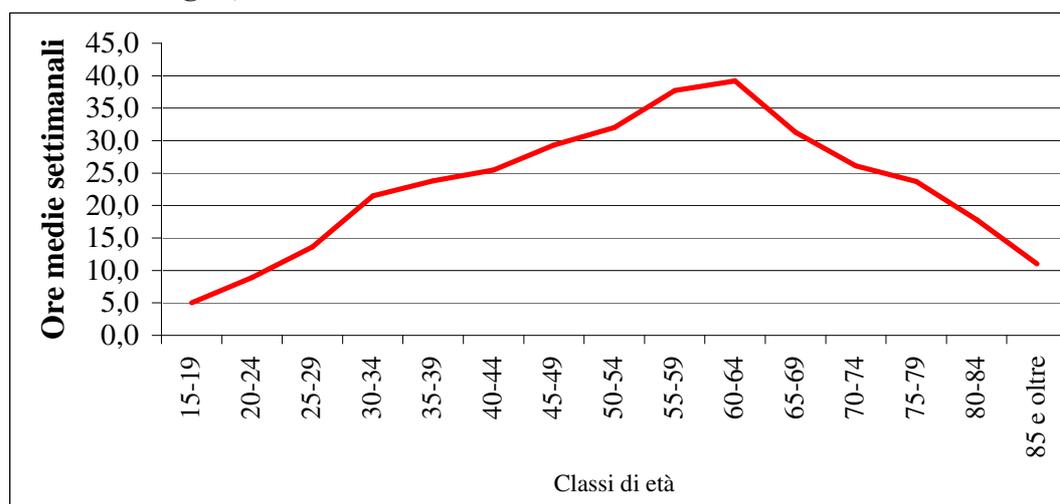
In tutti e tre i casi, l'intervento pubblico non si configura come una vera e propria presa in carico dell'anziano (come invece avviene negli interventi di tipo residenziale), ma in una serie

di interventi, di poche ore settimanali, di sostegno alle attività di cura svolte prevalentemente dai familiari dell'anziano stesso.

Non esiste nessuna indagine campionaria, condotta a livello nazionale o regionale, che renda possibile una stima del lavoro di cura svolto in favore degli anziani non autosufficienti e che identifichi il numero e le caratteristiche dei loro *caregivers* familiari⁵.

Abbiamo tuttavia preso in considerazione, sulla base dei dati dell'Indagine Multiscopo "Famiglie e vita quotidiana", il numero di ore settimanali di lavoro domestico e familiare svolto dalla popolazione emiliano-romagnola come dato che, pur non fornendo indicazioni precise rispetto alla quantità di lavoro erogato nello specifico per persone anziane non autosufficienti, ci aiuta ad identificare chi sono i soggetti maggiormente impegnati nelle attività domestiche e di cura.

Grafico 1. Ore medie di lavoro domestico settimanale delle donne con 15 anni e più – Emilia-Romagna, 2000



Fonte: ASR - Elaborazione su dati Istat, Indagine Multiscopo "Famiglie e vita quotidiana" - anno 2000

La grande maggioranza del lavoro domestico e familiare è svolto dalle donne e, in particolare, le donne nelle classi di età comprese tra i 50 e i 69 anni sopportano i carichi di lavoro domestico più pesanti (mediamente superiori alle 30 ore settimanali). Le donne anziane, anche quelle nell'età più avanzate, oltre i 75 anni, continuano a sostenere carichi di lavoro

⁵ Uno dei dati più interessanti in questa direzione è presente nell'Indagine sui Bilanci delle famiglie italiane condotta dalla Banca d'Italia, nella quale vengono rilevate le ore settimanali di lavoro domestico, svolto da tutta la popolazione con più di 14 anni, distinguendo all'interno della categoria di "lavoro domestico" quattro componenti: le attività domestiche in senso stretto, la cura di bambini e ragazzi, la cura nei confronti di altri familiari co-residenti e la cura nei confronti di parenti non co-residenti. Si tratta di un dato più articolato rispetto a quello derivabile dall'indagine Multiscopo Istat "Famiglie e vita quotidiana", ma rappresentativo solo a livello nazionale e di grandi ripartizioni geografiche, non a livello regionale.

domestico consistenti, pari se non superiori a quelli delle donne nelle età comprese tra i 35 e i 45 anni [Grafico 1.].

Il carico di lavoro domestico e familiare che pesa su alcune fasce d'età della popolazione femminile è tale da configurare un vero e proprio problema di sostenibilità delle attività di cura, soprattutto quando le attività domestiche vanno a coniugarsi con un lavoro retribuito sul mercato del lavoro.

Se infatti prendiamo in considerazione le ore di lavoro totale (lavoro domestico e familiare+lavoro retribuito) delle donne occupate, verificiamo come le occupate in età compresa tra i 45 e i 64 anni arrivano mediamente a dovere svolgere più di 60 ore di lavoro settimanale.

Questo dato concorda con quanto emerso in altri studi [D'Amico, Musatti 1996, Saraceno 2003] a proposito del forte impegno del lavoro di cura delle donne della cosiddetta "generazione sandwich". In questa fase del ciclo di vita infatti è frequente che una donna si trovi a fronteggiare il carico di lavoro dovuto alla presenza di genitori molto anziani, contemporaneamente a quello dovuto alla prolungata presenza dei figli nel nucleo familiare d'origine. Nei casi in cui, invece, i figli adulti abbiano formato un nucleo familiare proprio, frequente è l'impegno della nonna giovane nel lavoro di cura nei confronti dei nipotini. Molto spesso, il contributo di cura della nonna svolge una funzione fondamentale nella vita di un'altra donna (la figlia o la nuora), alleviandone il carico di lavoro di cura e garantendole in molti casi il tempo per il lavoro extradomestico retribuito.

Se teniamo conto del fatto che la tendenza delle donne ad occupare una posizione attiva sul mercato del lavoro è in crescita, possiamo facilmente prevedere che il problema della sostenibilità del lavoro di cura e della necessità di conciliazione tra quest'ultimo e il lavoro retribuito diventerà sempre più pressante nel prossimo futuro.

Questi dati, emersi a livello di indagine campionaria su tutta la popolazione della regione, e relativi al lavoro domestico e familiare nel suo complesso, trovano una loro conferma anche in ricerche mirate⁶ sul lavoro di cura per anziani non autosufficienti. I *caregivers* familiari sono in prevalenza donne in età compresa tra i 50 e i 75 anni, hanno legami stretti di parentela con l'anziano di cui si prendono cura (sono prevalentemente le mogli e le figlie), il loro

⁶ Facciamo qui riferimento a quanto emerso nella nostra ricerca "La sostenibilità del lavoro di cura: famiglie e anziani non autosufficienti" relativamente alle interviste in profondità svolte ad un gruppo di caregiver familiari, e anche ai risultati di altre indagini sullo stesso tema. Cfr: Cfr. F. Bettio, F. Mazzotta, G. Solinas, *Domanda e costi dei servizi di cura agli anziani, Progetto Europeo Galca, Rapporto sull'Italia, primi risultati*, aprile 2004; e B. Da Roit, C. Castegnaro, *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Angeli, Milano, 2004; P. Taccani (a cura di), *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, Angeli, Milano, 1994.

impegno di cura tende a variare tra le 20 e le 45 ore settimanali e cresce all'aggravarsi delle condizioni di non-autosufficienza dell'anziano.

4. Il lavoro di cura nel sistema di protezione formale

Il sistema formale di assistenza pubblico e privato del territorio regionale si compone di strutture residenziali (a loro volta differenziate in strutture di tipo socio-sanitario e in strutture di tipo socio-assistenziale), di strutture semi-residenziali (i centri diurni), di interventi domiciliari (anche questi differenziati a seconda del contenuto di tipo più sanitario nel caso dell'ADI, o più assistenziale nel caso del SAD) e di trasferimenti monetari (assegni di cura e di accompagnamento).

Complessivamente il sistema formale pubblico e privato di protezione regionale è in grado di assicurare a circa 71.000 anziani un impegno stimabile in complessive 774.963 ore di lavoro settimanali operate da circa 21.500 operatori equivalenti (Tab. 5).

Tab. 5 Stima degli operatori equivalenti, remunerati e non remunerati, impegnati settimanalmente nelle diverse tipologie di servizi formali per anziani della regione Emilia-Romagna

	Servizi Socio-Sanitari	Servizi Socio-Assistenziali	Servizi Semiresidenziali	Servizi Domiciliari	Totali
Utenti	17.930	8.508	2.494	42.706	71.638
numero operatori equivalenti remunerati	12.492	3.991	733	2.848	20.064
<i>Di cui</i>					
Assistenti di Base + RAA	7.636	2.197	541	1.768	12.142
I.P. + Medici	1.700	420	34	728	2.882
Assistenti Sociali, Psicologi, Animatori e Terapisti	361	97	40	171	669
Addetti ai Servizi Ausiliari (❖)	1.977	929	72	7	2.983
Coord.to Direz. e Ammi.ne (⊛)	818	348	46	174	1.388
numero operatori equivalenti NON remunerati	739	221	241	261	1463
<i>di cui</i>					
Obiettori	508	117	184	247	1.056
Volontari	231	104	57	14	406
TOTALE OPERATORI EQUIVALENTI	13.231	4.212	974	3.109	21.527

Fonte: ASR Regione Emilia-Romagna, stime elaborate da dati Sips e dati Flusso Informativo Repetto-SIADI 2002

Nelle strutture residenziali vengono erogate settimanalmente, a circa 25.000 anziani, 612.628 ore di lavoro (circa l'80 % del monte ore totale) pari, in termini di operatori equivalenti a 17.443 addetti. Si tratta infatti di strutture che accolgono anziani severamente disabili che hanno quasi o del tutto compromessa la loro autonomia.

Negli interventi domiciliari, le ore di lavoro erogate in media ogni settimana ammontano a 146.987, pari in termini di operatori equivalenti a circa 4.083 addetti per un totale di 45.200 anziani assistiti a domicilio.

Fra gli interventi domiciliari vanno compresi i centri diurni. Strutture, diffuse soprattutto nei comuni di grandi dimensioni, che accolgono tutti i giorni o più volte alla settimana anziani che continuano a vivere nel proprio nucleo familiare per ricevere assistenza tutelare ed interventi riabilitativi e di socializzazione.

I Servizi di Assistenza Domiciliare, SAD, diffusi ormai in quasi tutti i comuni della regione si articolano in prestazioni dirette alla persona (l'igiene personale, l'alzata, la mobilitazione etc) che vengono erogate da personale professionale e in prestazioni ausiliarie di supporto (fornitura di pasti, spesa a domicilio, accompagnamento, attività di socializzazione etc.), dove è frequente il decentramento a cooperative sociali e l'impiego di obiettori. Si tratta di prestazioni non standardizzate, che si attivano su richieste individuali specifiche e che possono talora integrarsi con alcuni servizi residenziali (RSA, case protette dimissioni protette di degenze ospedaliere).

All'insorgere di situazione più complesse, che richiedono interventi sanitari (medico o infermieristico), gli anziani fragili o con problemi di non autosufficienza possono ricorrere ad interventi aggiuntivi più specialistici, quali l'Assistenza Domiciliare Integrata, per evitare il ricovero ospedaliero, o assistere l'anziano nella fase che segue le dimissioni ospedaliere.

Complessivamente più dell'80% del totale degli addetti del sistema di protezione regionale sono donne. L'occupazione straniera è ancora modesta. Gli stranieri nel 2000 erano circa il 3% del totale degli operatori equivalenti, si tratta prevalentemente di donne provenienti dal Sud America e dall'Africa che si caratterizzano, come vedremo più avanti, contrariamente alle badanti, per un progetto migratorio di più lungo periodo.

Oltre la metà del totale delle ore lavorate in una settimana (il 53,3% ovvero 413.288 ore) è a carico del personale addetto ai servizi di assistenza di base il cui numero, tradotto in termini di operatori equivalenti, può stimarsi in 11.490 unità.

Gli operatori sanitari, infermieri professionali e medici, sono circa 2.900, il 13% circa dell'occupazione totale, di cui più della metà è impiegato nei servizi socio-sanitari, mentre le figure a supporto terapeutico e d'animazione (assistenti sociali, psicologi, animatori e terapisti) hanno un peso modesto. Infine, per quanto non si tratti in senso stretto di lavoro

professionale, non è affatto residuale l'impegno delle figure non retribuite, obiettori e volontari, dal momento che insieme coprono il 6,8% del volume orario totale. Gli obiettori svolgono gran parte del loro impegno nel settore pubblico, in attività di trasporto, accompagnamento, compagnia, piccole commissioni, consegna di cibi e indumenti al domicilio, etc., mentre le prestazioni erogate gratuitamente dai volontari sono più diffuse nel privato non profit dove spesso offrono prestazioni di *care*, dal momento che talora la dizione "volontario" cela la presenza di personale professionalizzato (soprattutto religioso) che opera a titolo gratuito.

Tab. 6. Stima degli operatori equivalenti, remunerati e non remunerati, impiegati nelle Strutture Socio-Sanitarie per anziani (C.P. e RSA) della regione Emilia-Romagna, per settore d'offerta

	Pubblico	Non profit	Privato for Profit	Tot.
Utenti	10.431	2.219	5.280	17.930
numero operatori equivalenti remunerati	8.059	1.741	2.691	12.491
<i>di cui</i>				
Assistenti di Base + RAA	4.992	1.022	1.621	7.635
I.P. + Medici	1.105	223	372	1.700
Assistenti Sociali, Psicologi, Animatori e Terapisti	213	63	85	361
Addetti ai Servizi Ausiliari (↔)	1.233	331	413	1.977
Coord.to Direz. e Ammi.ne (⊛)	516	102	200	818
numero operatori equivalenti NON remunerati	555	122	61	738
<i>di cui</i>				
Obiettori	442	43	23	508
Volontari	113	78	39	230
TOTALE OPERATORI EQUIVALENTI	8.615	1.863	2.753	13.231

Fonte: ASR Regione Emilia-Romagna, stime elaborate da dati Sips e dati Flusso Informativo Repetto-SIADI 2002

Tab.7. Stima degli operatori equivalenti, remunerati e non remunerati, impiegati nelle Strutture Socio-Assistenziali per anziani (CdR, Com. Alloggio e Res. Prot.) della regione Emilia-Romagna, per settore d'offerta

	Pubblico	Non profit	Privato for Profit	Tot.
Utenti	1.957	2.854	3.697	8.508
numero operatori equivalenti remunerati	811	1.346	1.833	3.990
<i>di cui</i>				
Assistenti di Base + RAA	456	658	1.083	2.197
I.P. + Medici	86	139	195	420
Assistenti Sociali, Psicologi, Animatori e Terapisti	18	30	49	97
Addetti ai Servizi Ausiliari (*)	180	409	339	928
Coord.to Direz. e Ammi.ne (**)	71	110	167	348
numero operatori equivalenti NON remunerati	75	112	34	221
<i>di cui</i>				
Obiettori	61	44	12	117
Volontari	14	68	22	104
TOTALE OPERATORI EQUIVALENTI	886	1.458	1.868	4.211

Fonte: ASR Regione Emilia-Romagna, stime elaborate da dati Sips e dati Flusso Informativo Repetto-SIADI 2002

Nel settore pubblico si concentrano gli interventi assistenziali che si caratterizzano per complessità organizzativa, come ad esempio la rete dei servizi domiciliari (SAD e ADI) interamente gestita dagli enti locali, e i servizi residenziali ad alto contenuto sanitario (il 65% del totale degli addetti che operano nelle strutture socio sanitarie sono tutelati da contratti pubblici).

Il mercato, sia profit che non profit - che ha registrato nel corso degli anni 90 una significativa crescita per impulso della pressione della domanda e delle politiche di *contracting out*, alimentate dagli enti locali come conseguenza della riduzione della spesa pubblica - si è maggiormente sviluppato, invece, laddove le prestazioni sono caratterizzate da una forte valenza assistenziale e da un contenuto organizzativo meno complesso, come ad esempio nelle strutture socio-assistenziali dove l'occupazione del privato sociale raggiunge l'80% (di cui nel non profit 34,6 % e nel for profit 44,4%).

L'occupazione nel sistema di protezione formale presenta una marcata segmentazione. Se si considera la figura professionale più diffusa quale l'assistente di base (ADB), si evidenzia innanzitutto che nelle strutture pubbliche tutti gli operatori hanno un livello di formazione professionale legalmente riconosciuto. Il confronto fra le retribuzioni, al netto dei contributi a carico del datore di lavoro, degli ADB con specifica formazione fra il settore pubblico e il non profit mostra un differenziale che si aggira intorno al 19%. Questo differenziale aumenta fino

a raggiungere quasi il 30% se si considera che nel settore non profit è assai diffusa la presenza di ADB che non hanno una formazione specifica.

Un altro aspetto rilevante da considerare nel sistema di protezione regionale sono i trasferimenti monetari: gli assegni di cura e le indennità di accompagnamento, che di fatto vanno ad integrare i redditi degli anziani.

In Emilia-Romagna, l'assegno di cura è stato introdotto con la L.R. 5/94 a favore di quelle famiglie⁷ che assumono il compito di erogare interventi assistenziali a favore dei propri componenti anziani non autosufficienti.

Il contributo giornaliero viene erogato sulla base di tre livelli di non autosufficienza: severo, 15,49 euro; intermedio, 10,33 euro; e moderato, 7,23 euro. Nel corso del 2002, sono stati attivati circa 12.500 "contratti di cura" per un totale di trasferimenti pari a circa 18 milioni di euro.

Tab. 8: numero e importi delle pensioni di invalidità erogate in Emilia-Romagna, distribuite per classe di età dei percettori

classe età	numero pensioni	importo medio mensile	importo annuo
fino a 14	3.097	316,59	12.746.375
da 15 a 19	1.316	363,97	6.226.717
da 20 a 29	3.861	449,32	22.552.529
da 30 a 39	6.407	406,93	33.893.435
da 40 a 49	7.215	394,17	36.971.494
da 50 a 54	4.653	381,17	23.056.302
da 55 a 59	5.232	372,92	25.364.253
da 60 a 64	7.209	381,91	35.791.232
da 65 a 69	3.881	434,48	21.920.789
da 70 a 79	15.380	432,90	86.554.033
da 80 in poi	42.025	432,22	236.130.240
senza indicazione	1	426,09	5.539
Totale	100.277	415,17	541.212.938

fonte:Inps

L'importo dell'assegno di cura tuttavia viene dimezzato nel caso l'anziano sia beneficiario dell'indennità di accompagnamento erogato dall'INPS. L'indennità di accompagnamento costituisce la parte più consistente dei trasferimenti monetari. In Emilia-Romagna sono 100.277 i beneficiari degli assegni di invalidità (tra questi le persone che hanno più di 65 anni

⁷ L'assegno di cura successivamente è stato esteso ad altri soggetti che intrattengono "consolidati e verificabili rapporti di cura, anche se non legati da vincoli familiari" con gli anziani a cui prestano assistenza.

sono 61.287, per un ammontare di trasferimenti pari a circa 541 milioni di euro). L'importo medio mensile per le classi di età superiori ai 65 anni è di circa 430 euro al mese per tredici mensilità.

L'indennità di accompagnamento, essendo erogata al solo titolo dell'invalidità, può essere concessa indipendentemente dalle condizioni economiche. Si tratta quindi di un'integrazione al reddito che va a contribuire sia all'abbattimento dei costi delle rette a carico delle famiglie nelle strutture residenziali sia allo sviluppo del mercato individuale dei servizi di cura alla persona sia esso regolare che sommerso.

5. Le assistenti familiari tra lavoro regolare e lavoro sommerso

Un terzo segmento del lavoro di cura è quello che riguarda le prestazioni assistenziali fornite a domicilio da operatori privati individuali. L'indagine Istat ci dice che circa il 25% delle persone anziane con disabilità ricorre ad un servizio privato di collaborazione domestica e/o di tipo assistenziale.

Il settore del lavoro di cura alle persone e delle collaborazioni domestiche è un settore in cui tradizionalmente vi è una forte componente di lavoro sommerso spesso prestato da lavoratori – o per meglio dire lavoratrici – straniere. Per queste sue caratteristiche è impossibile delineare con esattezza le dimensioni di questo mercato; abbiamo tuttavia due dati da prendere in considerazione; il primo riguarda i lavoratori domestici iscritti all'Inps: in Emilia-Romagna sono in tutto 15.613 (dato del 2001), nella grande maggioranza dei casi si tratta di donne (il 91%), e poco meno della metà (47,6%) sono stranieri. A questa porzione di mercato già regolare al 2001 possiamo aggiungere la quota di lavoratrici e lavoratori domestici stranieri che ha presentato domanda di regolarizzazione nel 2002: si tratta di altri 26.000 lavoratori domestici, da aggiungere a quelli già iscritti all'Inps.

Questi dati non ci consentono di distinguere tra i lavoratori che prestano lavoro a domicilio in favore di anziani non-autosufficienti, da quelli che invece svolgono attività di collaborazione domestica (e non di assistenza) presso famiglie che non hanno a carico un anziano non autosufficiente. In secondo luogo anche dopo l'azione di regolarizzazione, sicuramente permane una quota ancora importante di sommerso che riguarda sia lavoratori stranieri che lavoratori italiani.

In mancanza di dati esaustivi sul mercato sommerso o semi-sommerso della cura, per poter delineare alcune delle caratteristiche delle lavoratrici straniere impiegate come "badanti", una

parte della ricerca è stata dedicata a raccogliere testimonianze dirette presso i *caregivers* familiari e presso alcune donne immigrate impiegate come “badanti”.

La ricerca da noi svolta ha coinvolto 37 soggetti impiegati come “badanti” presso famiglie emiliano-romagnole, 36 donne e un uomo. Malgrado non si tratti di un campione rappresentativo emergono con chiarezza, dal gruppo delle intervistate, alcune caratteristiche distintive: la maggior parte proviene dai paesi dell’est europeo (27) e solo una minoranza da altri paesi (7 da paesi africani, una cubana e una filippina); le età sono variabili ma il gruppo più numeroso (16 soggetti) si concentra nella fascia d’età compresa tra i 35 e i 44 anni; i loro titoli di studio sono nella più parte dei casi piuttosto elevati (19 diplomi e 9 lauree); infine nella maggior parte dei casi si tratta di persone che hanno una loro famiglia rimasta al paese d’origine (22 sono coniugate e 23 hanno figli).

Queste caratteristiche che abbiamo riscontrato nel corso della nostra ricerca, emergono anche in altre ricerche [Da Roit, Castegnaro, 2004] e ci indicano che, attualmente, il fenomeno del cosiddetto badantato è legato ad uno specifico flusso migratorio, proveniente dai paesi dell’est dell’Europa, che riguarda donne adulte che sono giunte a formulare il loro progetto migratorio in seguito ad un peggioramento delle condizioni economiche nei paesi di origine. Come vedremo meglio in seguito i loro sono progetti migratori di breve periodo, fortemente finalizzati a produrre quanto più reddito possibile in breve tempo per sostenere le esigenze delle famiglie.

6. Le relazioni di cura: tra lavoro non retribuito e retribuito, regolare e irregolare

La suddivisione che abbiamo operato tra i tre diversi contesti entro i quali il lavoro di cura viene erogato e “ricevuto” è frutto di una distinzione analitica tra alcune delle variabili che caratterizzano l’argomento in oggetto: il luogo fisico (l’abitazione dell’anziano, la struttura residenziale, il centro diurno), che al contempo rappresenta anche il contesto istituzionale che regola la relazione di cura; la natura economica di tale relazione (lavoro di cura retribuito o non retribuito); la relazione interpersonale tra chi offre la cura e chi la riceve che può essere di tipo familiare, di amicizia e di vicinanza, oppure si può trattare di una relazione tra soggetti precedentemente sconosciuti che si instaura nell’ambito di un rapporto formale.

Si tratta di distinzioni analitiche, utili a sottolineare la complessità del lavoro di cura e la molteplicità di forme sotto le quali si presenta, senza perdere però di vista l’unitarietà del concetto. Tuttavia dobbiamo avere presente che queste dimensioni possono mescolarsi tra loro secondo modalità variabili, dando vita a relazioni complesse in cui il soggetto anziano

non autosufficiente può vivere una parte del suo tempo presso la propria abitazione e parte all'interno di istituzioni (ad esempio con ricoveri temporanei nelle RSA utilizzati per la gestione delle emergenze); può essere coinvolto in relazioni di cura con più persone, che possono essere familiari o sconosciuti, che svolgono attività di cura gratuite o retribuite, che possono convivere con l'anziano oppure no.

Dalle interviste in profondità rivolte ai responsabili di cura familiari è possibile ricostruire la molteplicità dei vincoli del processo decisionale relativo alle scelte che vengono effettuate per la cura dell'anziano non autosufficiente. Si tratta, come vedremo, di scelte profondamente vincolate ad aspetti economici, culturali e affettivi.

Un primo elemento che emerge con chiarezza dalle interviste è che davanti alla condizione problematica di un soggetto anziano, la prima opzione è sempre quella di una attivazione delle risorse interne alla famiglia. Alle attività di cura che i familiari svolgono in favore dell'anziano non autosufficiente viene attribuita una forte valenza affettiva: il lavoro di cura cioè non viene percepito come una semplice "esecuzione di mansioni" ma se ne evidenziano gli aspetti relazionali connessi al contatto quotidiano, all'intimità, alla convivenza, allo scambio comunicativo. Queste sembrano essere le ragioni per cui, davanti all'insorgere della condizione di non autosufficienza appare alle famiglie naturale e inevitabile l'attivazione delle proprie risorse interne per aiutare l'anziano.

Le testimonianze raccolte tuttavia evidenziano anche la gravosità dei compiti che i *caregivers* familiari si trovano a dovere sostenere, e la grande difficoltà a conciliare tra loro le esigenze dell'anziano, quelle della famiglia propria e, quando c'è, del lavoro retribuito. La condizione di non-autosufficienza dell'anziano determina una reciproca dipendenza tra l'anziano e il suo responsabile di cura, e ciò va ad incidere, tra l'altro, sugli equilibri familiari e lavorativi di quest'ultimo. Quando l'anziano presenta forme di non-autosufficienza gravi, la famiglia si trova davanti ad un problema di sostenibilità del lavoro di cura e inizia a vagliare le possibilità di ricercare una qualche forma di aiuto all'esterno della famiglia.

La decisione di ricorrere ad un aiuto esterno è vissuta sovente in modo conflittuale: da una parte permane la volontà di prendersi cura dell'anziano fragile, dall'altra parte, i costi che questo comporta in termini di tempo, di fatica, di difficoltà a tenere insieme le relazioni familiari, vengono sempre più percepiti come insostenibili. Il processo decisionale in alcuni casi è lungo e maturato gradualmente, in altri casi interviene un evento traumatico a distruggere gli equilibri precedentemente creati. In ogni caso il momento in cui la famiglia prende coscienza dell'inadeguatezza delle possibilità d'intervento diretto di cui dispone è

delicato e destabilizzante e non di rado comporta un certo livello di conflittualità tra i soggetti coinvolti.

Le famiglie da noi intervistate, davanti alla necessità di trovare un appoggio esterno per la cura dell'anziano non autosufficiente, hanno deciso di non ricoverare l'anziano in una struttura residenziale, principalmente per due ragioni. Una prima ragione risiede nella volontà di operare per il benessere dell'anziano, benessere che a sua volta viene percepito come strettamente legato alla possibilità di tenere l'anziano "a casa sua". Una seconda motivazione è relativa alla sostenibilità dei costi monetari della struttura residenziale (vedi tabella 8) che vengono considerati eccessivamente gravosi.

Tab. 8 Tabella riassuntiva dei valori medi in Euro delle rette mensili dichiarate dalle strutture applicabili come valori massimi a carico degli utenti nei differenti presidi residenziali, anno 2000

		retta max mensile a carico utente			Quota mensile a carico FSN		
		Pubblico	Profit	Non-Profit	Pubblico	Profit	Non-Profit
RSA	posti convenzionati	1.308,60	1.675,80	1.322,10	1.016,40	1.354,20	800,70
	posti non convenzionati	1.922,70	2.742,30	2.128,80	-	-	-
Case protette	posti convenzionati	1.215,30	1.370,70	1.227,60	654,00	744,90	672,30
	posti non convenzionati	1.449,00	1.925,40	1.596,30	-	-	-
Casa Riposo	posti convenzionati	1.122,90	1.696,50	1.038,00	995,40	-	464,70
	posti non convenzionati	1.125,30	1.734,90	1.080,60	-	-	-
Com. All.	posti convenzionati	451,80	-	707,70	384,30	-	232,50
	posti non convenzionati	850,50	1.348,50	969,00	-	-	-

fonte: ASR Regione Emilia-Romagna, elaborazioni da dati SIPS

Note: sulla variabilità della retta di RSA vanno a incidere i ricoveri temporanei (max 3 mesi) a totale carico SSN.

Come si vede dalla tabella, i costi medi, a carico delle famiglie, per il mantenimento dell'anziano in una struttura residenziale, sono estremamente variabili a seconda del tipo di struttura, della modalità gestionale e della presenza o meno di una quota a carico del Fondo Sanitario; il costo che ogni famiglia si trova a dovere sostenere per mantenere l'anziano all'interno di una struttura dipende da diversi fattori, tra cui, prima di tutto, il livello di non autosufficienza dell'anziano stesso. Se osserviamo la distribuzione degli utenti all'interno delle diverse strutture, possiamo però osservare che la quota più consistente (circa il 70%) è attualmente ricoverata all'interno di strutture di tipo socio-sanitario (Case Protette e RSA). Pertanto, tenendo conto del range di variazione dei costi evidenziato dalla tabella, è più

probabile che le famiglie si trovino a dovere sostenere costi che si avvicinano maggiormente al limite superiore che non a quello inferiore.

In alternativa all'istituzionalizzazione, come abbiamo visto, l'assistenza domiciliare pubblica è nella grande maggioranza dei casi del tutto insufficiente a soddisfare le necessità degli anziani e delle loro famiglie poiché si sostanzia in interventi a carattere sanitario e/o assistenziale che di fatto non sono sufficienti ad alleviare sensibilmente il carico di lavoro dei *caregivers* familiari.

Le indennità di accompagnamento e gli assegni di cura forniscono alle famiglie un reddito aggiuntivo che può essere speso, nel caso in cui non si voglia ricorrere all'istituzionalizzazione, sul mercato per l'acquisto di servizi di assistenza. Quando l'anziano è gravemente non-autosufficiente, e necessita di interventi più volte al giorno e di una sorveglianza pressoché costante nell'arco delle 24 ore, i costi dell'assistenza privata sul mercato regolare diventano proibitivi.

In questa situazione, caratterizzata da una evidente insufficienza del sistema pubblico di protezione, emerge una *domanda* di lavoro di cura, espressa dalle famiglie, che ricercano figure in grado di garantire la loro presenza durante tutto l'arco della giornata, il cui costo sia sostenibile. Questa domanda va ad incontrarsi con l'esistenza di uno specifico flusso migratorio femminile, dando origine al cosiddetto fenomeno del "badantato".

Dalle interviste effettuate risulta che il compenso monetario effettivo di una assistente familiare straniera convivente con l'anziano sia mediamente compreso tra 700-800 euro mensili. Molto spesso il rapporto lavorativo è di tipo semi-sommerso: la badante viene cioè regolarmente assunta con un contratto lavorativo che prevede un numero di ore settimanali o mensili decisamente inferiore a quelle effettivamente prestate.

Una parte importante delle interviste è stata dedicata all'approfondimento del tipo di relazione che viene ad instaurarsi tra la badante e la famiglia presso la quale lavora.

E' emerso chiaramente come si tratti di una relazione di scambio non riconducibile esclusivamente al rapporto tra salario e prestazione.

In primo luogo perché alcuni elementi fondamentali della contrattazione riguardano aspetti non monetari della relazione di scambio. Il vitto e soprattutto l'alloggio messi a disposizione dalle famiglie per la badante straniera costituiscono un elemento fondamentale del contratto: l'anziano sovente infatti vive in abitazioni sovradimensionate rispetto alle sue esigenze. L'offerta di un alloggio per la badante non costituisce per le famiglie un costo percepito come gravoso, e rappresenta così un "salario aggiuntivo" che consente alle famiglie un minore

esborso monetario per lo stipendio della badante; dall'altra parte permette alla badante stessa di risolvere il problema abitativo che avrebbe costi proibitivi e non compatibili con le finalità stesse del progetto migratorio, se dovesse essere affrontato sul mercato.

Inoltre l'accoglienza in famiglia costituisce un importante punto di riferimento per l'immigrata che trova un contesto in cui inserirsi e che, soprattutto quando l'immigrata è da poco in Italia e può venirsi a trovare in una condizione di irregolarità, la protegge e l'aiuta ad orientarsi in un paese a lei straniero.

Sull'altro versante della relazione di scambio la badante si rende disponibile non solo alla coabitazione con l'anziano, ma anche ad essere presente accanto all'anziano giorno e notte, affiancando alle sue mansioni dirette di cura, una sorveglianza costante, lavorando di fatto molto più di quanto non sia previsto nel suo contratto formale di lavoro.

Possiamo cioè parlare di una situazione di reciproco vantaggio che consente un adattamento tra famiglia da un lato e badante dall'altro, un adattamento che non viene predefinito una volta per tutte durante la contrattazione, ma che è continuamente *in itinere*. Due sono gli aspetti di questa relazione di scambio da tenere particolarmente in considerazione: in primo luogo si tratta di una contrattazione privata tra i soggetti coinvolti, in buona parte al di fuori della normale regolamentazione dei rapporti di lavoro, che pone inevitabilmente dei problemi per quanto riguarda il riconoscimento dei diritti dell'anziano non autosufficiente e della lavoratrice badante. In secondo luogo questa forma di adattamento e di reciproco vantaggio è resa possibile soprattutto dal fatto che il progetto migratorio di queste donne non è finalizzato ad un inserimento definitivo nel nostro paese, ma è vissuto come una situazione temporanea durante la quale l'obiettivo è quello di massimizzare il reddito da inviare alla propria famiglia, minimizzando i costi economici del mantenimento in un paese straniero.

7. Considerazioni conclusive

Il benessere di un anziano non autosufficiente è strettamente legato al lavoro di cura e quindi alla relazione che si instaura tra l'anziano e i suoi *caregivers*. Il benessere e la qualità della vita dell'anziano è affidato al ruolo delle reti familiari, al sistema di protezione pubblico e al ruolo del mercato.

Il lavoro e le attività di cura vengono erogate da queste tre istituzioni che non sono altro che costruzioni sociali le cui trasformazioni stanno producendo una ridefinizione nella distribuzione delle attività di cura.

Ciò che accomuna queste tre istituzioni è che il lavoro erogato, in forma retribuita o non retribuita, presso il domicilio dell'anziano o presso le strutture, con contratti di lavoro regolari o irregolari, da personale italiano o straniero, è sempre prevalentemente svolto dalle donne. In altri termini la redistribuzione delle responsabilità e dei compiti di cura tra famiglia, stato e mercato avviene all'interno del mercato del lavoro femminile.

La frammentazione del lavoro di cura, soprattutto quando l'anziano non autosufficiente vive presso il proprio domicilio, tra lavoro informale non retribuito, lavoro retribuito regolare, sommerso o semi-sommerso, riflette più in generale la segmentazione del mercato del lavoro nel comparto dei servizi alla persona.

L'aspetto relazionale ci porta a sottolineare l'intreccio del tutto particolare tra qualità del lavoro e qualità della vita di tutti i soggetti coinvolti. Qualità che non è misurabile solo sulla base di parametri legati alla professionalità dell'assistente familiare, ma anche e soprattutto sulla positività della relazione fra chi dà e chi riceve l'assistenza.

Questa relazione non può semplicisticamente essere ricondotta ad una relazione di scambio prestazione /salario, dove l'anziano, o il suo responsabile di cura, nella sua libertà di scelta acquista un servizio per garantirsi un certo grado di autonomia. Il processo di scelta, come è stato evidenziato dalle interviste in profondità ai responsabili di cura è intriso di conseguenze psicologiche e affettive: l'umiliazione della dipendenza, sentimenti di pudore, colpa e vergogna.

Il riconoscimento della dipendenza nelle relazioni di cura per gli anziani non autosufficienti ha significative implicazioni sul piano delle policy.

L'enfasi che spesso viene posta sulla libertà di scelta degli utenti e quindi sulla positività dell'autonomia e dell'indipendenza rischia infatti di non cogliere i bisogni reali di chi vive una condizione di non autosufficienza, con il risultato di accentuare le condizioni di isolamento degli anziani e, quando ci sono, delle loro famiglie.

Riferimenti bibliografici

- Baldini M., Silvestri P., *Redditi benessere e disuguaglianza nella provincia di Modena*, Centro Analisi delle Politiche Pubbliche, Modena, 2003.
- Barbagli M. (a cura di), *Famiglie e politiche sociali in Emilia-Romagna*, Regione Emilia-Romagna, 1998.
- Barbagli M., Saraceno C., *Lo stato delle famiglie in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1997
- Beltrametti, L., “L’assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito”, *Politica economica*, XIV, n.1, 1998
- Bettio, F., Mazzotta, F., Solinas, G., *Domanda e costi dei servizi di cura agli anziani, Progetto Europeo Galca, rapporto sull’Italia, primi risultati*, 2004
- Borzaga, C. (a cura di), *Capitale umano e qualità del lavoro nei servizi sociali: un’analisi comparata tra modelli di gestione*, Fondazione italiana per il volontariato, Roma, 2000
- Borzaga, C., Musella, M. (a cura di), *Produttività ed efficienza nelle organizzazioni nonprofit: il ruolo dei lavoratori e delle relazioni di lavoro*, Edizioni 31, Trento, 2003
- Buratta V., Crialesi R., “Le famiglie dei disabili: profilo socio-demografico e relazionale”, *Rassegna italiana di sociologia*, XXXVII, n. 3, 1996
- Cossentino F., Di Giovannantonio A., Tomarchio L., *I servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale*, Collana Dossier, n. 70, Regione Emilia-Romagna – ASR, 2002
- Cuellar, A.E., Wiener, J.M., “Can social insurance for long term care work? The experience of Germany”, *Health Affairs*, 2000
- Da Roit, B., Castegnaro, C. (a cura di), *Chi cura gli anziani non autosufficienti?*, Angeli, Milano, 2004
- Daly, M., Lewis, J. “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states”, *British Journal of Sociology*, n.51, 2000
- Esping-Andersen, G., *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna, 2000
- Gardiner, J., *Gender, care and economics*, Macmillan, Houndmills, 1997
- Graham, H., “The concept of caring in feminist research: the case of domestic service”, *Sociology* 25 (1), 1991
- Jackson, W.A., *The political economy of population ageing*, Edward Elgar, Cheltenham, 1988
- Musatti, T., D’Amico, R. “Nonne e nipotini: lavoro di cura e solidarietà intergenerazionale”, *Rassegna italiana di sociologia*, XXXVII, n. 4, 1996
- Saraceno, C., “La conciliazione di responsabilità familiare e attività lavorativa in Italia: paradossi ed equilibri imperfetti”, *POLIS*, XVII, 2003
- Saraceno, C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1998
- Schneekloth, U., “Determining the long term care needs of individuals living in private households: results from a survey”, in Eisen R., Sloan F. (a cura di), *Long term care: economics issues and policy solutions*, Kluwer Academic Publisher, Boston, 1997

Schneider, U., "Germany's social long term care insurance: design, implementation and evaluation", *International social security review*, 1999

Taccani, P. (a cura di), *Dentro la cura. Famiglie e anziani non autosufficienti*, Angeli, Milano, 1994

Thomas, C., "De-constructing concepts of care", *Sociology* 27 (4), 1993

Ungerson, C., "Social politics and the commodification of care", *Social politics* 4 (3), 1997