

The logo for IRES (Istituto Ricerche Economiche e Sociali) consists of a white stylized arrow pointing right, followed by the letters 'IRES' in a bold, sans-serif font.

Istituto Ricerche Economiche e Sociali

Famiglie e non autosufficienza in Italia: bisogni, responsabilità e pacchetti di cura

presentazione a cura di:

Francesca Carrera

Alessia Sabbatini

Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010

Sessione: nr. 2E - Il welfare invisibile dell'Europa meridionale: migranti e assistenza a domicilio

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010



senza welfare?

federalismo e diritti di cittadinanza
nel modello mediterraneo

Presentazione N. **18/2010**

Finalità della ricerca

La finalità dello studio è stata **leggere il bisogno di cura** in relazione allo specifico fenomeno della non autosufficienza e di analizzarne le **connessioni** e i corto 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.

Articolazione della presentazione

La presentazione è strutturata in tre parti:

- 1** il fenomeno della non autosufficienza e i fattori che influenzano la domanda e la gestione dei carichi di cura
- 2** i risultati della survey
- 3** alcune riflessioni conclusive



1 il fenomeno della non autosufficienza e i fattori che influenzano la domanda e la gestione dei carichi di cura

2 i risultati della survey

3 alcune riflessioni conclusive

Famiglie e non autosufficienza:

le (principali) dimensioni analizzate dalla ricerca

Sulla non autosufficienza sono state messe in luce 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.

Sul ruolo della famiglia nella cura sono state evidenziate le componenti della cura a cui storicamente ha corrisposto la famiglia (in particolar le donne), in ragione di una strutturale carenza d'offerta pubblica, e in virtù di un modello familiare forte, 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.

Trasformazioni socio-demografiche e non autosufficienza (I)

Il numero di anziani (non autosufficienti) è destinato ad aumentare, su una popolazione totale che invece diminuirà.

Secondo stime di Eurostat (2008), alla luce dell'allungamento della vita e del calo della fecondità, le persone over 65 anni aumenteranno dal 17,1% per il 2008 al 30% nel 2060; nello stesso arco di tempo la quota degli anziani over 80 triplicherà passando da 21,8 milioni a 61,4 milioni.

Già nel corso degli anni Novanta la quota di anziani ha superato quella dei giovani (con età inferiore ai 15 anni). Se nel 1950 la quota di anziani sul totale della popolazione era pari all'8%, nel 2005 è passata al 20% e si prevede che la percentuale supererà il 34% nel 2050 (Istat, 2007). Si consideri inoltre che, la speranza di vita in Italia è tra le più alte al mondo: 78,3 anni per gli uomini e 84 per le donne e che l'Italia è ai primi posti nel mondo per il livello di invecchiamento.

Trasformazioni socio-demografiche e non autosufficienza (II)

In Italia le persone con disabilità sono 2 milioni e 600 mila, di cui 2 milioni e 200 mila tra le persone anziane (Istat 2007);

le famiglie con almeno un componente con problemi di disabilità sono il 10,3%. di queste, quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento (soprattutto nel sud).

Famiglie con almeno 1 persona disabile che si avvalgono di assistenza dei servizi pub. o di persona che assiste la persona disabile per ripartizione geografica-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							
		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	
ITALIA	10,3	15,7	10,2	20,9	12,5	28,3	32,3	9,1	

Fonte: Istat, 2007

La responsabilità della cura e partecipazione delle donne al M.d.L

L'impronta familista del welfare italiano identifica il soggetto su cui ricade la responsabilità (spesso implicita) della cura. La famiglia continua a giocare un ruolo centrale nella risposta al bisogno di cura (anche in assenza di una risposta «di policy»). La responsabilità di cura ricade in particolare sulle donne, e ciò ha prodotto un impatto consistente sulla loro partecipazione al mercato del lavoro.

Il tasso di occupazione femminile continua ad attestarsi oggi su livelli inferiori alla media europea. Tuttavia, oggi, in seguito alle trasformazioni di carattere socio-economico e culturale, la partecipazione delle donne al m.d.l. è riconosciuta come una componente fondamentale del benessere familiare per l'apporto in termini di disponibilità di reddito.

E' evidente però il 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. In corrispondenza di ciò si è registrata nell'ultimo decennio la tendenza a riferirsi al mercato dell'assistenza privata.

Visti i cambiamenti nell'apporto delle donne alla famiglia i problemi relativi alla sostenibilità della cura rientreranno tra i cosiddetti nuovi ed urgenti bisogni sociali. 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.

Carichi familiari e inattività delle donne

SECONDO L'ISTAT (media 2009) IL 44% DELLE DONNE ITALIANE SONO INATTIVE, CON UNA VARIABILITA' DAL 65% IN CAMPANIA AL 30% DELL'EMILIA ROMAGNA

Donne in età 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
ITALIA	18,9	12,3	2,1	3,7

Fonte: nostre elaborazioni su Istat-Rcfl, 2009.

Le politiche di conciliazione

Una tipologizzazione degli interventi a sostegno della conciliazione identifica le seguenti misure (Tempia, 2005), i cui ambiti di intervento riguardano prevalentemente il sistema dei servizi e l'organizzazione del lavoro:

orari e tempi di lavoro (part-time, elasticità di entrata e uscita, flessibilità su base annua, banca ore, facilitazione di orario in corrispondenza del rientro dalla maternità, congedi parentali ecc.);

sostegno alla carriera ed alle competenze professionali;

sostegno alle lavoratrici e ai lavoratori atipici;

incremento dei servizi;

azioni di sensibilizzazione per la condivisione del lavoro di cura;

misure di sostegno economico;

governo territoriale.

1 il fenomeno della non autosufficienza e i fattori che influenzano la domanda e la gestione dei carichi di cura

2 i risultati della survey

3 alcune riflessioni conclusive

La survey: le famiglie

La survey ha coinvolto circa **500 famiglie** che vivono la problematica della non autosufficienza.

La 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.

La survey: il questionario

1. **Il bisogno di cura.** Le domande hanno approfondito diverse **caratteristiche della persona** non autosufficiente quali:

- ◇ le condizioni che determinano lo stato di non autosufficienza;
- ◇ le attività a cui la persona n. a. riesce o meno a provvedere autonomamente;
- ◇ le malattie di cui soffre;
- ◇ il grado di non autosufficienza.

2. **Il pacchetto di cura.** Ovvero l'insieme di **soluzioni e combinazioni** adottate dalle famiglie con persone n.a. e i soggetti e/o le strutture coinvolte nella cura. Le informazioni raccolte hanno riguardato i soggetti coinvolti (coloro che se ne occupano almeno una volta a settimana) nella cura e assistenza della persona n.a.:

- il familiare (o più di uno),
- l'assistente familiare (la cosiddetta badante),
- il servizio pubblico territoriale,
- il servizio privato di assistenza domiciliare,
- le organizzazioni di volontariato.

3. **Le opinioni e percezioni.** Le domande hanno mirato a cogliere **l'impatto diretto ed indiretto** che la cura della persona non autosufficiente ha avuto sulle condizioni di vita e di lavoro delle persone intervistate.

4. **I dati socio-anagrafici della persona non autosufficiente.**

La composizione dei “pacchetti di cura”

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

Fonte: Indagine Ires, 2009.

Alcuni riscontri europei ai pacchetti di cura

La composizione dei pacchetti di cura emersa dalla survey trova riscontro in due recenti studi realizzati a livello europeo da:

1) Fondazione europea di Dublino (2006) sulla cura delle persone anziane secondo cui, :

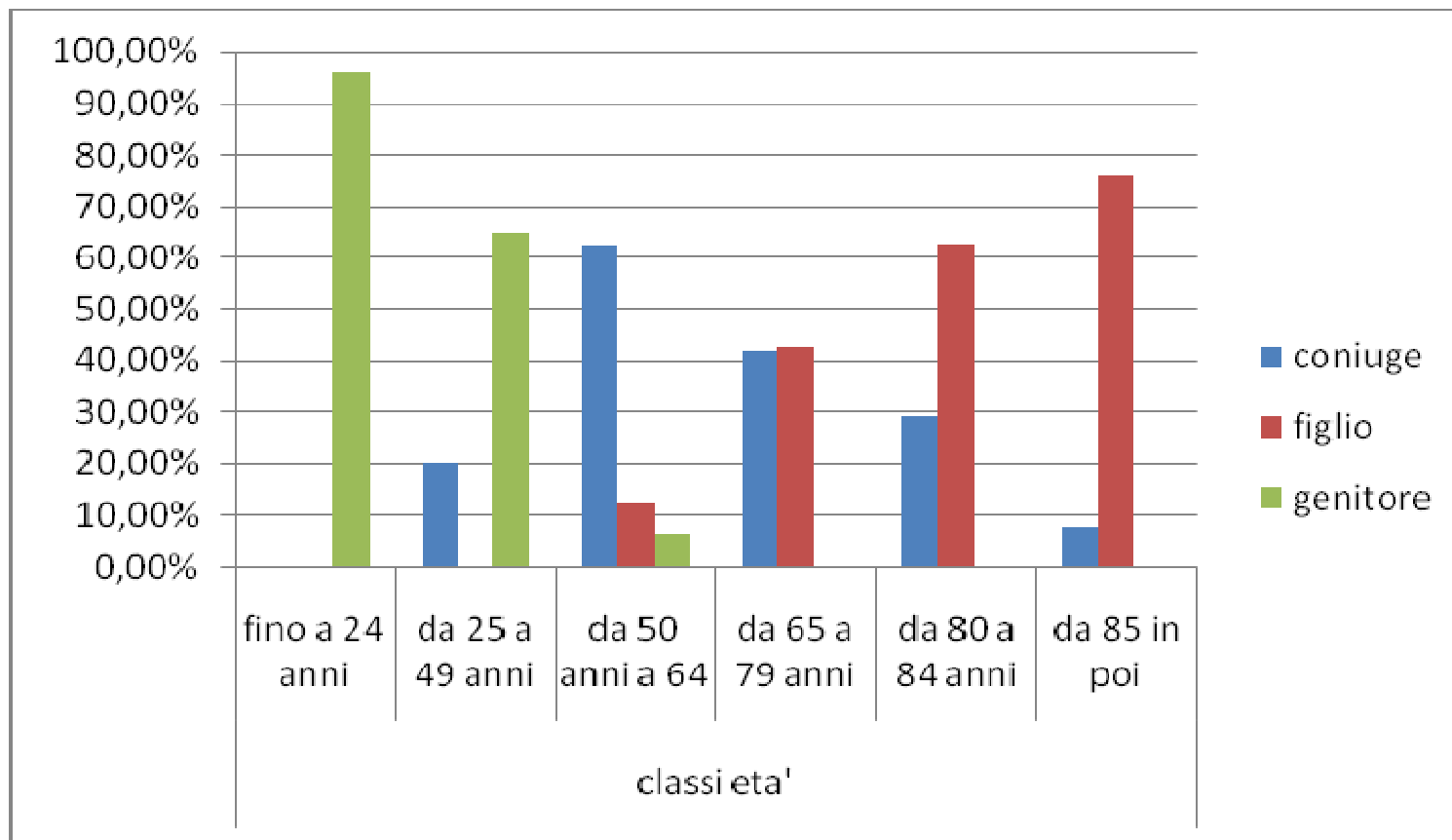
- circa il 65% della cura proviene da componenti del nucleo familiare
- solo il 13% dai servizi pubblici
- l'11% dai privati
- il 3% dal volontariato

2) Eurobarometer (2007) rapporto “Health and long-term care in the European Union” secondo cui, nell'eventualità dell'insorgere di condizioni di dipendenza:

- il coinvolgimento della famiglia è la soluzione preferita da poco meno della metà delle persone intervistate
- circa un quinto si aspettano e preferirebbero essere accuditi da servizi professionali domiciliari
- il 10 % da personal carer
- il 9% preferiscono la cura presso istituti residenziali

Chi è il familiare che si occupa della persona non autosufficiente

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



Fonte: Indagine Ires, 2009.

Il profilo-tipo del caregiver familiare (A)

è donna (72%)

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)

la cura che fornisce ha un'intensità molto 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.

Bisogno di cura e occupazione. L'impatto sul caregiver familiare (B)

- poco meno della metà di essi (46%) lavorano, poco meno di un terzo (29%) sono pensionati e circa il 20% sono casalinghe

- prescindendo (in parte) dalla condizione occupazionale del *caregiver* familiare, i dati evidenziano che *per la metà di essi 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.

- 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.

Le motivazioni per cui un familiare si occupa personalmente della persona non autosufficiente

per il 46% la motivazione prevalente è legata alla convinzione secondo la quale si ritiene la *cura di un familiare insostituibile*;

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.)

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).

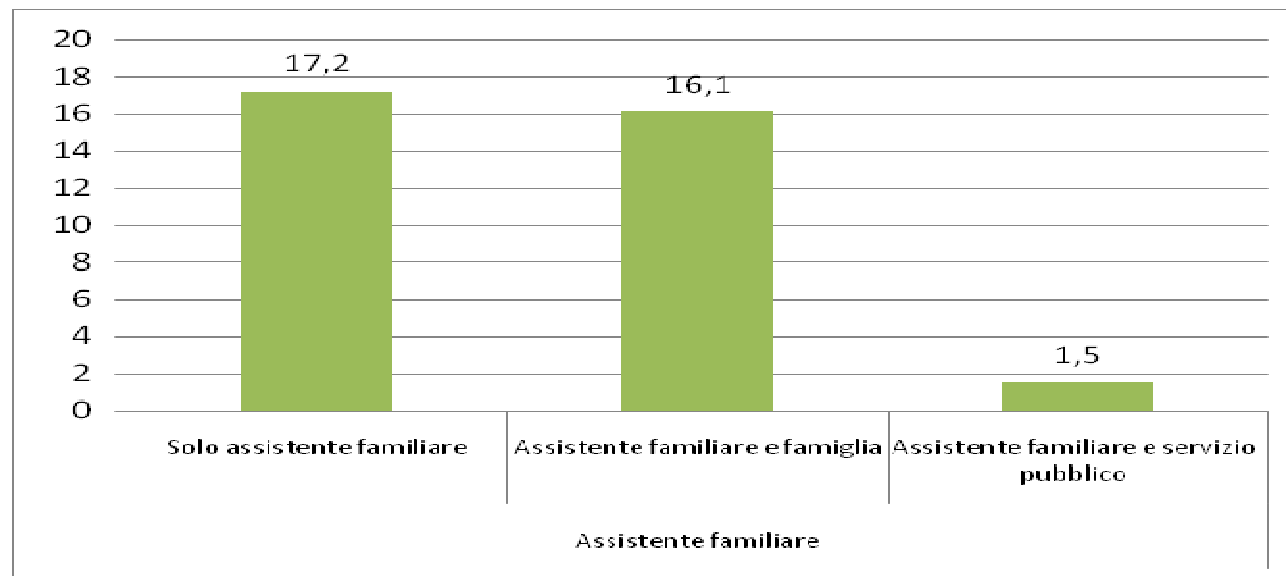
Il coinvolgimento delle assistenti familiari nella cura

Tra le soluzioni adottate dalle famiglie oltre un terzo (34,8%) si rivolgono all'assistente familiare, fra queste

il 17,2% in maniera esclusiva.

nel 16,1% dei casi invece è coinvolto anche un familiare

nell'1,5% ad affiancare l'assistente familiare nella cura della persona non autosufficiente è il servizio pubblico.

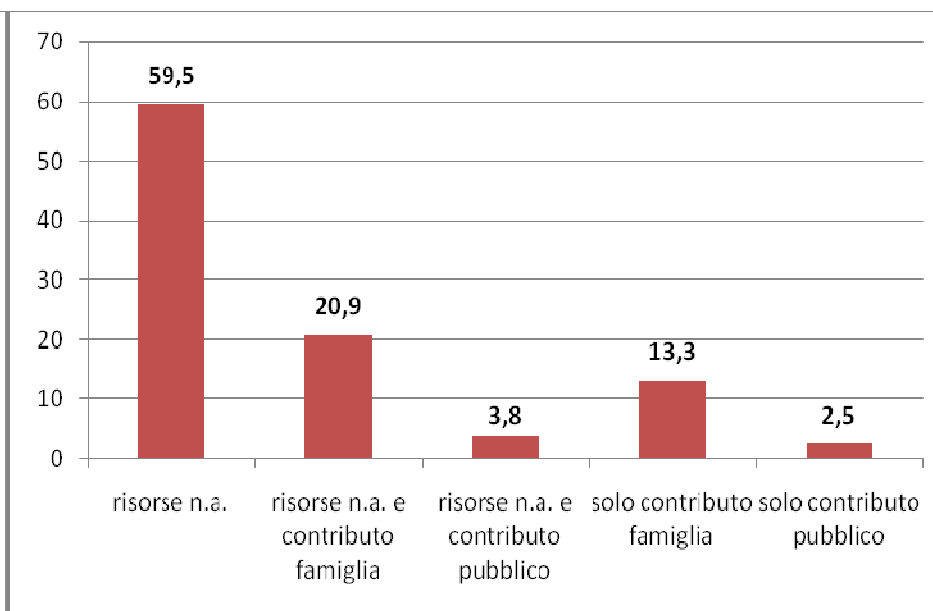
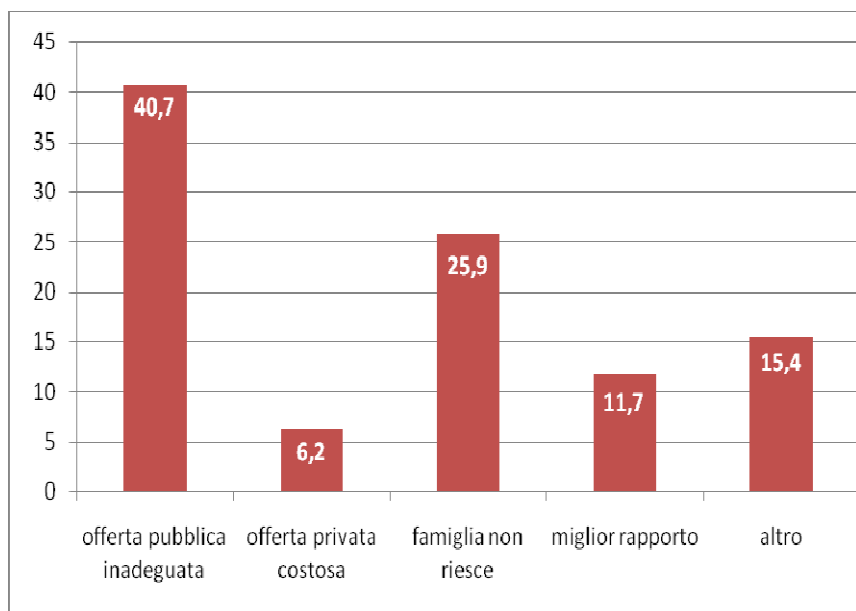


Fonte: Indagine Ires 2009

Motivazioni e risorse economiche delle famiglie

Motivi per cui le famiglie hanno preferito l'assistente familiare rispetto ad altre soluzioni di cura

Risorse con cui le famiglie pagano l'assistente familiare



Fonte: Indagine Ires 2009

Chi sono le assistenti familiari coinvolte nella cura

I dati emersi dalla survey trovano conferma in numerosi studi che sono stati realizzati e che delineano il profilo socio-anagrafico delle lavoratrici che si occupano di persone anziane (Sgritta 2009; Iref-Acli 2007; Catanzaro, Colombo, 2009; Censis, 2010)

in linea con i dati INPS (2008) la quasi totalità delle assistenti familiari sono donne

appartengono alle fasce di età centrali

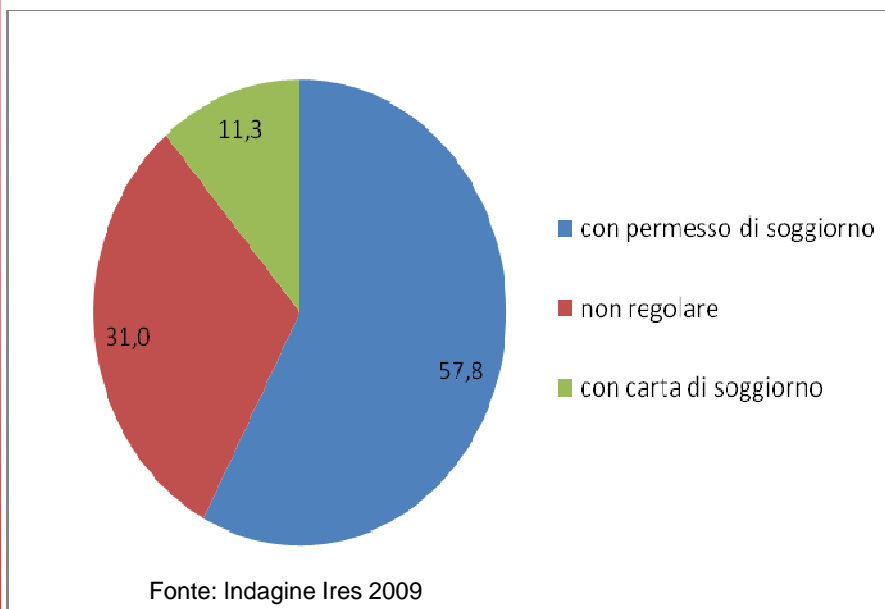
quasi la metà sono coniugate (45%); hanno figli (64%) che per lo più non vivono in Italia

il 70% proviene dai Paesi dell'Europa Orientale di cui circa la metà sono cittadine europee, poco meno del 14% provengono da Paesi extraeuropei.

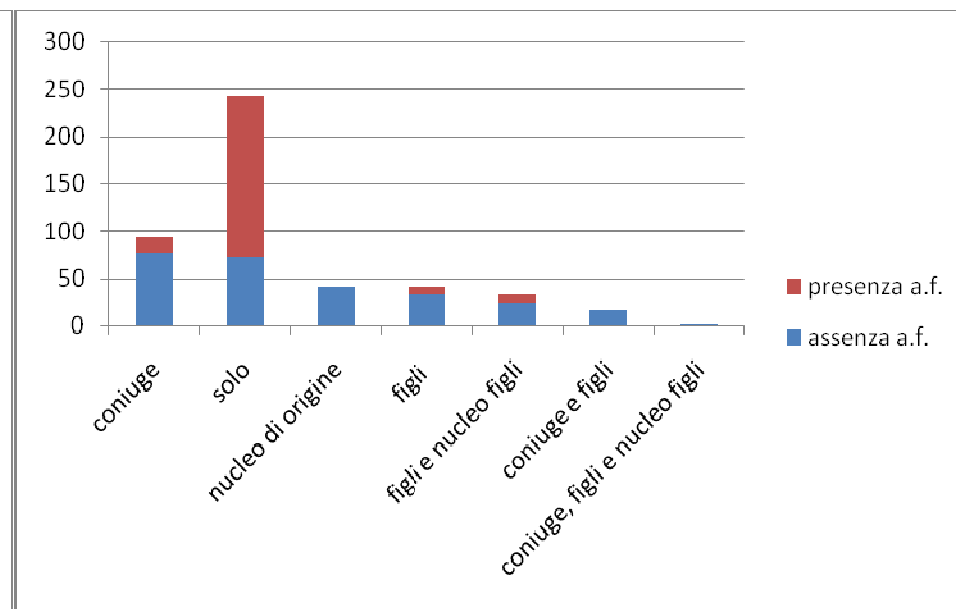
il 40% delle famiglie intervistate non conosce il titolo di studio del lavoratore; solo il 21% delle assistenti familiari possiede una formazione finalizzata al tipo di lavoro che svolge, fra queste, la maggior parte ha acquisito queste competenze in Italia, mentre meno di un terzo nel proprio Paese di origine.

Qual è la condizione migratoria delle assistenti familiari coinvolte nella cura

La condizione migratoria delle assistenti familiari dei Paesi extracomunitari



Presenza dell'assistente familiare per tipologia di nucleo familiare



Le attività svolte dalle A.F.

il 93% delle assistenti familiari svolge attività che riguardano la *cura della persona*: (ciò significa per esempio che aiutano la persona a camminare, a vestirsi, ad andare in bagno, a mangiare e si occupano dell'igiene e della cura del corpo)

il 90% delle assistenti familiari si occupano del *governo della casa*: pulizie domestiche, preparazione pasti, spesa, disbrigo di piccole commissioni amministrative (bollette, ritiro farmaci etc.).

poco più della metà (54,5%) svolgono attività di *assistenza di base* (es. esecuzione di medicazioni semplici, cambio di pannolone, somministrazione farmaci etc.).

Le condizioni di lavoro delle A.F.

quasi il 30% delle famiglie ha instaurato con l'assistente familiare un rapporto di lavoro non regolare. Le motivazioni nella maggior parte dei casi derivano 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;

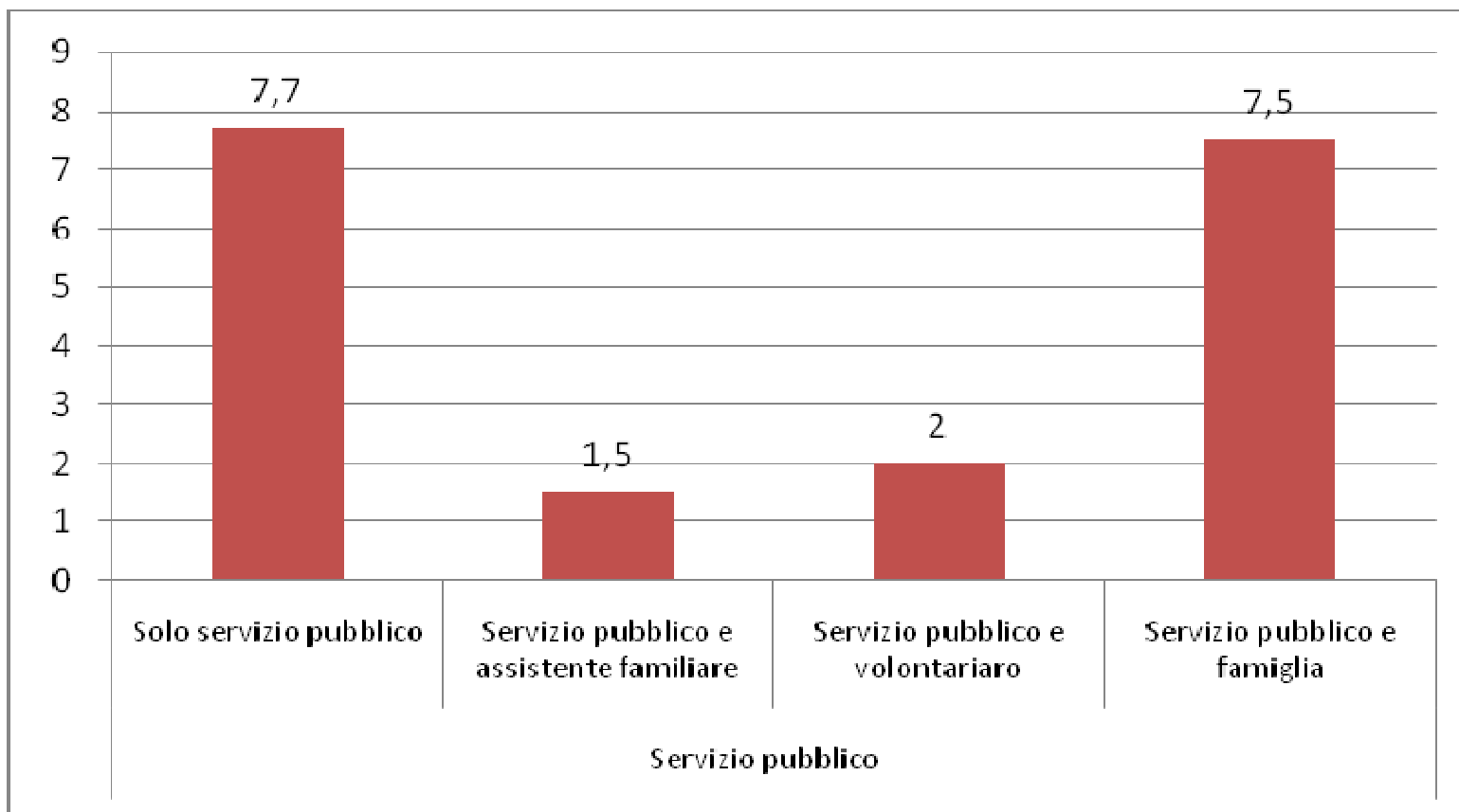
in media le assistenti familiari lavorano circa 90 ore a settimana e percepiscono un salario mensile pari a circa 700 Euro. All'aumentare delle ore lavorate settimanalmente, non corrisponde una proporzionale crescita del salario;

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;

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).

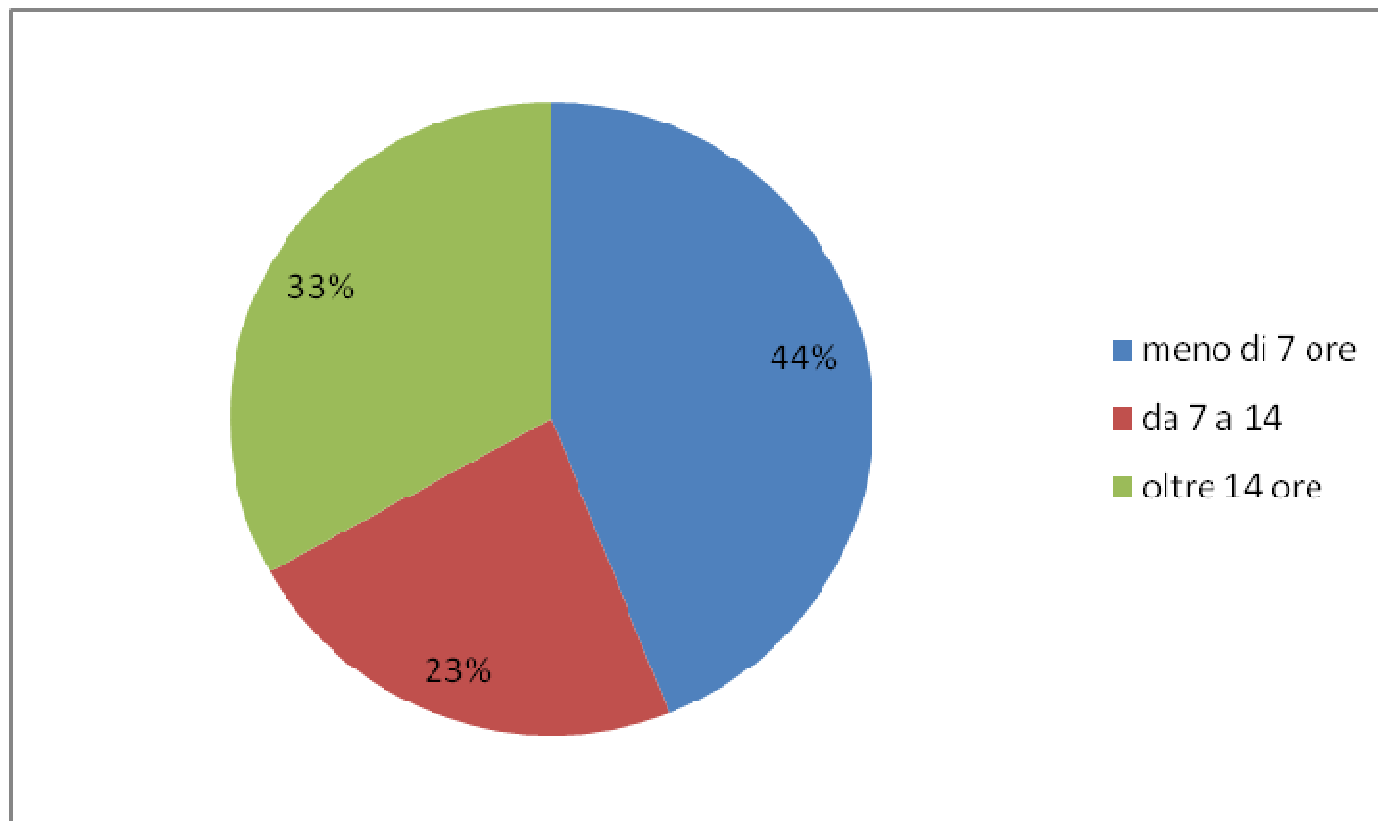
Il servizio pubblico come risposta alla cura della persona non autosufficiente: l'articolazione del pacchetto di cura

Il 19% delle famiglie si rivolge al servizio pubblico per la cura della persona non autosufficiente



Fonte: Indagine Ires 2009

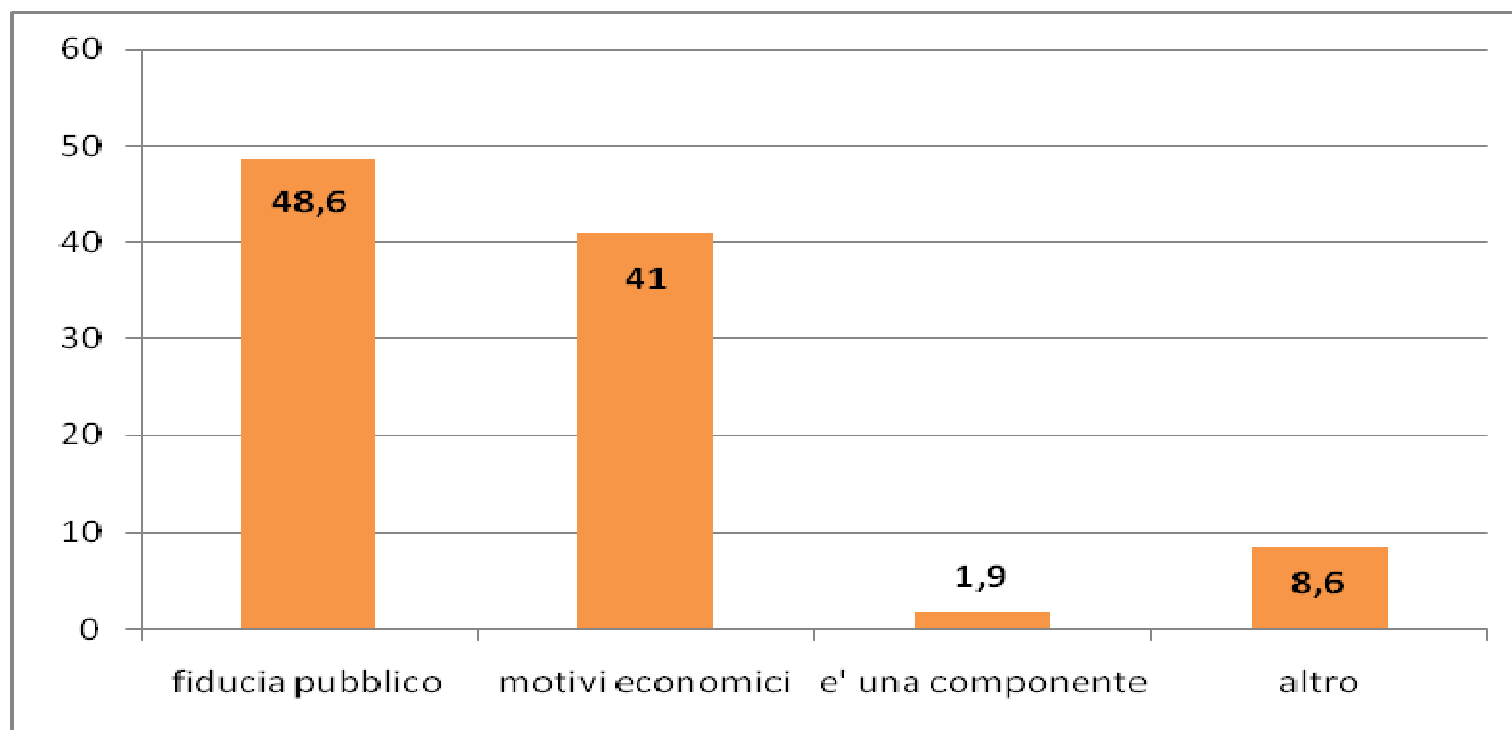
Numero di ore settimanali dell'assistenza domiciliare



Fonte: Indagine Ires 2009

Le motivazioni della scelta delle famiglia rispetto al servizio pubblico

Le motivazioni



Fonte: Indagine Ires 2009

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

La non autosufficienza ha avuto un forte impatto sulla vita quotidiana del nucleo familiare. Il 77% delle famiglie ritengono, pur vivendo una situazione complicata, di aver trovato una *risposta adeguata alle esigenze di cura della persona non autosufficiente*.

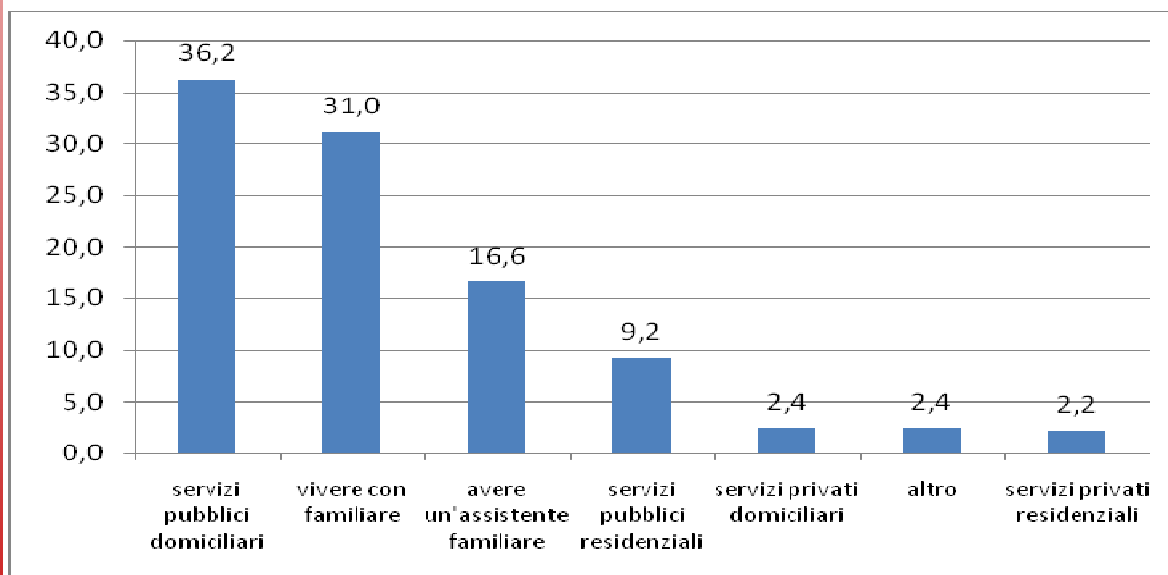
Il grado di soddisfazione sembra essere condizionato dal tipo di pacchetto di cura, e in generale è più alto quando nel pacchetto è coinvolta la famiglia.

Opinioni e percezioni delle famiglie e bisogno di cura

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.



La migliore soluzione di cura secondo le famiglie (%)

Fonte: Indagine Ires 2009

1 il fenomeno della non autosufficienza e i fattori che influenzano la domanda e la gestione dei carichi di cura

2 i risultati della survey

3 alcune riflessioni conclusive

....In conclusione...

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.

La soluzione di questo problema richiederebbe, una maggiore attenzione da parte delle Istituzioni centrali attraverso politiche ed interventi di welfare specifici su: 1) la non autosufficienza (normativa nazionale, finanziamenti, rafforzamento della rete territoriale dei servizi socio-assistenziali e sanitari); 2) misure e interventi a favore della conciliazione e del sostegno alla cura.