



UNIONE EUROPEA

Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



*V Convegno Nazionale AIQUAV,
Qualità della vita e trasformazioni sociali
Firenze 13 – 15 dicembre 2018*

**Prendersi cura dei più anziani.
Invecchiamento e nuove domande
per lo sviluppo del lavoro di cura.**

R. Fefè



*International action Plan of Madrid for the
aging (MIPAA RIS 2012)*



Quale è il ruolo delle funzioni di cura nel promuovere l'integrazione sociale ed intergenerazionale mentre si invecchia?

- Quali politiche e servizi sono state sviluppate per supportare le famiglie che si prendono cura dei più anziani?
- Cosa si è appreso dalla loro implementazione?
- Quali i prossimi passi, le implicazioni per lo sviluppo delle politiche in futuro?

Quali implicazioni dell'invecchiamento sull'assetto qualitativo dei sistemi di welfare e la domanda di lavoro e professioni?

- Esplorare lo sviluppo della domanda di servizi - lavoro/cura/convivenza
- Esplorare lo sviluppo delle policy che tentano di farsi carico delle trasformazioni nella domanda di cura di anziani, originata dai mutamenti intercorsi nelle strutture familiari, nei modelli di genere e nell'assetto dei servizi
- Individuare risorse per lo sviluppo dei servizi e delle professionalità nel lavoro di cura

Politiche pubbliche
(employment, welfare system,
healthcare ...)
Servizi sociali e sanitari

Mediterranean welfare
model

**Aging and care
issues** as product of
social constructions, a
cultural sense-making
process between the 3
central dimensions

Guillemard 2003

Elderly, as they age

«Re-familiarization»
Return of care to the families

Historical, cultural and
contextual changes
and new demand for services

- In che modo i cambiamenti nel sistema sociale intervengono nella relazione con i servizi organizzando la qualità della domanda di lavoro? Quali problemi chiedono di essere trattati?
- In che modo lo sviluppo delle politiche interagisce con la domanda sociale delle famiglie che si prendono cura dei più anziani?
- L'approccio delle famiglie al sistema dei servizi sta cambiando il **mandato sociale** nei confronti dei servizi e delle professioni di cura?

Social Context
Families
and caregivers

- Invecchiamento della popolazione e care giver familiari: cosa dicono le statistiche nazionali sui cambiamenti sociali

- Il long term care e i servizi alle famiglie in Italia: I dispositivi disponibili, la domanda delle famiglie e le nuove politiche

- Lo sviluppo delle professionalità nei servizi di cura

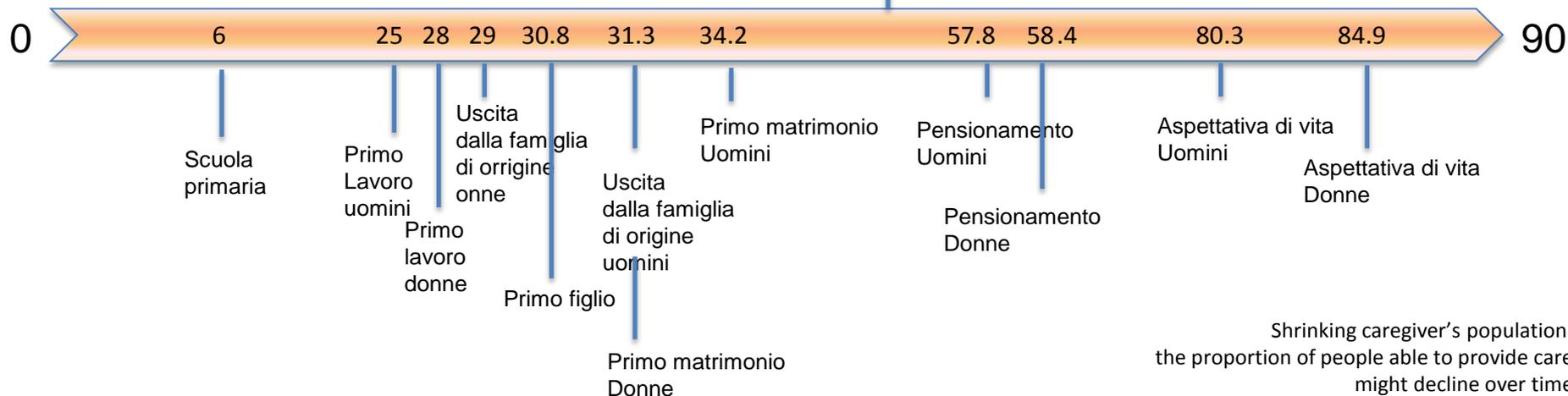
- Ripensare le premesse modellistiche degli interventi:
Punti di forza e potenzialità in stato critico del sistema italiano

- Invecchiamento della popolazione, e care giver: cosa dicono le statistiche nazionali sui cambiamenti sociali

Età Media

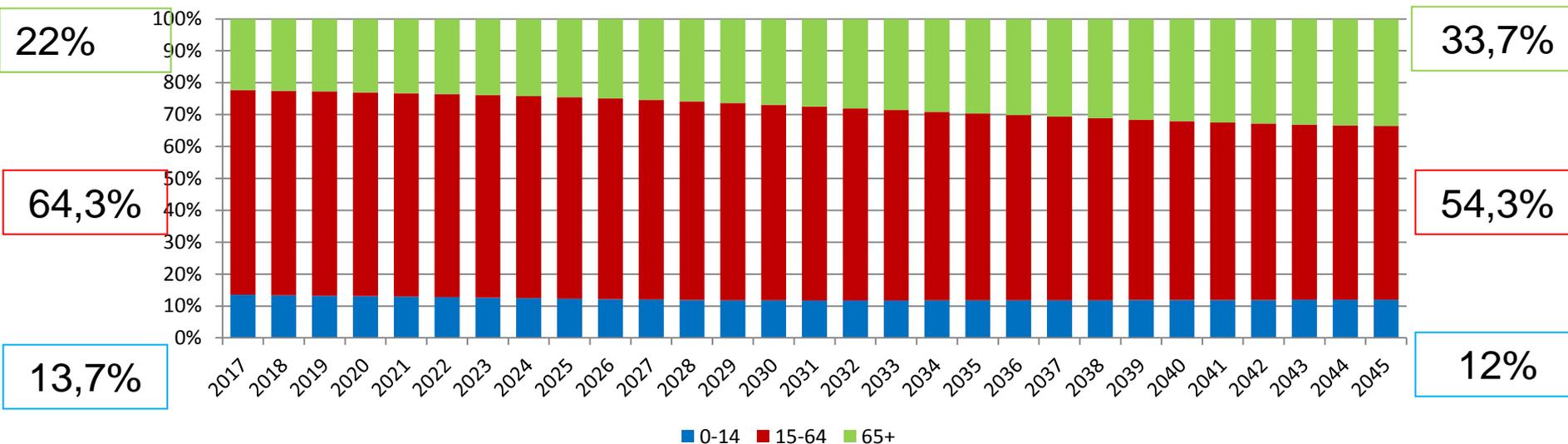
2015: 44,4 (median age: 45,1) 2016: 44,7; 2025: 46,1

Source: Eurostat, 2017

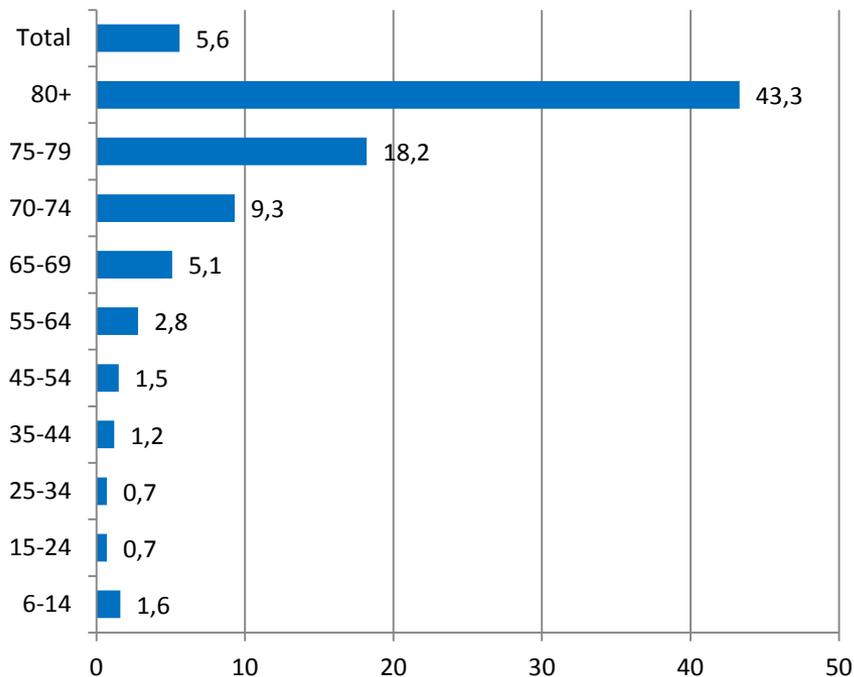


Shrinking caregiver's population:
the proportion of people able to provide care
might decline over time

Popolazione per classi di età. 2017-2045 (%)

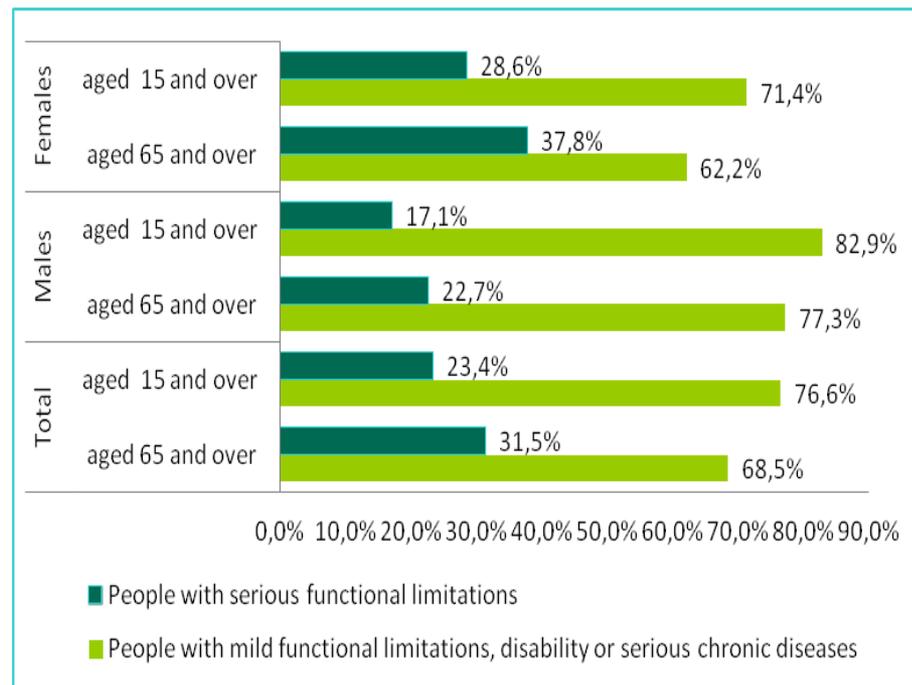


Persone con disabilità per classi di età (%)



Source: Istat, 2018

Limitazioni funzionali per classi di età (%)



Source: Istat Inclusion sociale delle persone con limitazioni funzionali , invalidità o patologie croniche gravi, 2015 ; Istat Condizioni di salute degli anziani 2017.

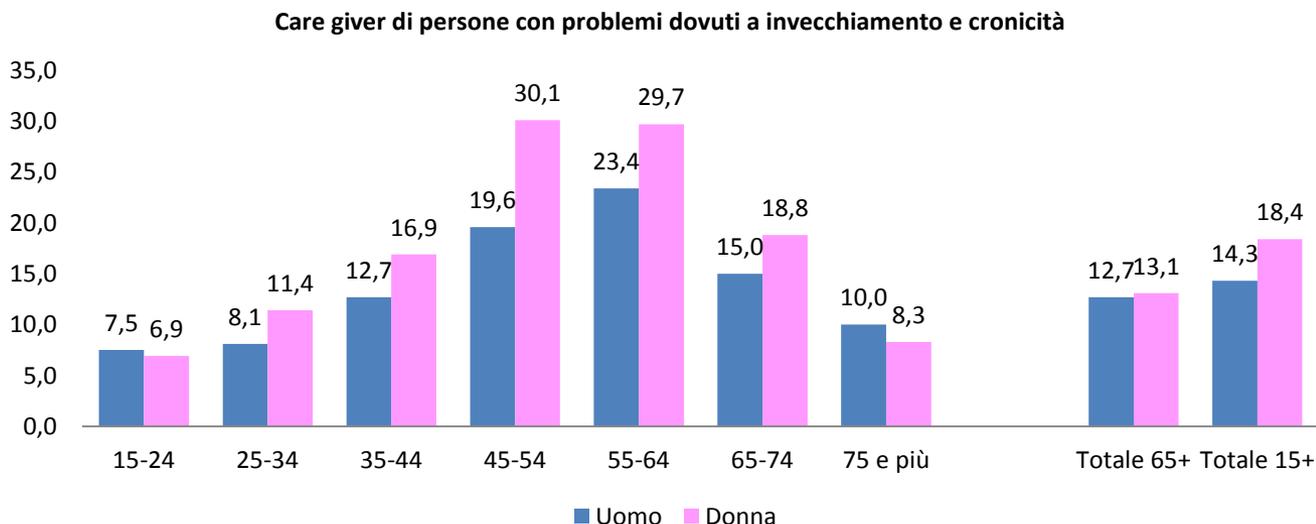
- ✓ Aspettativa di vita in buona salute dopo i 65 anni: 7.5 anni a fronte di una media europea del 9,5.
- ✓ Circa **8.051.000** persone con più di 65 anni con qualche tipo di patologia cronica o limitazione funzionale tale da limitare l'abilità di compiere attività di vita quotidiana (fare le pulizie, uscire di casa, prendere un autobus, prendersi cura di sé, ecc.)
- ✓ 74,8% delle persone fra i 65 ed I 74 anni con almeno una patologia cronica, il 47% almeno due (trend crescente fra gli over 75: rispettivamente l'85,2% e il 65.4%).

	People with serious		People with mild		Total	
	a.v.	%	a.v.	%	a.v.	%
SEX						
Male	1019	33,0	4944	49,0	5963	45,3
Female	2066	67,0	5147	51,0	7213	54,7
AGE CLASS						
15-34	90	2,9	594	5,9	684	5,2
35-54	244	7,9	1950	19,3	2194	16,6
55-64	215	7,0	2033	20,1	2247	17,1
65-74	458	14,8	2680	26,6	3137	23,8
75-84	1117	36,2	2256	22,4	3373	25,6
aged 85 and over	963	31,2	578	5,7	1541	11,7
EDUCATION						
University or upper secondary school	355	11,5	2579	25,6	2934	22,3
Lower secondary school	591	19,1	3310	32,8	3900	29,6
Primary school or no title	2140	69,3	4203	41,6	6342	48,1
ECONOMIC RESOURCES						
Good conditions	1539	49,9	5683	56,3	7223	54,8
Poor conditions	1546	50,1	4408	43,7	5954	45,2
TOTALE	3086	100,0	10091	100,0	13177	100,0

Source: Istat Inclusionione sociale delle persone con limitazioni funzionali , invalidità o patologie croniche gravi, 2015

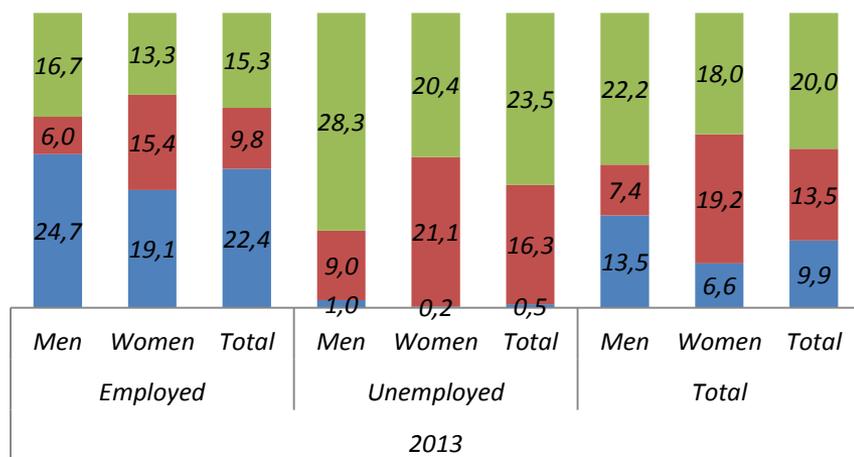
- Le donne tendono ad invecchiare in condizioni peggiori degli uomini
- L'autonomia nelle attività della vita quotidiana tende a ridursi con l'invecchiamento; il **25,9%** degli anziani sente di poter contare su un solido supporto sociale, mentre il **58%** degli anziani con limitazioni più pesanti sente di aver bisogno di aiuto. (ISTAT 2015)
- La maggior parte degli over 65 **vive in coppia senza figli (43%) o sola (29%)**; dopo i 75 anni, si vive in prevalenza soli pur in caso di gravi difficoltà nelle ADL - **46,6%** (55% nel caso delle donne/ 22% uomini).
- C'è un trend che lega la condizione di ridotta autonomia alla povertà/scarsità di risorse economiche.
- Anche se grazie al sistema pensionistico i più anziani sembrano più protetti delle altre generazioni dal rischio di povertà, durante la crisi economica le famiglie con un membro in condizioni di fragilità e con una spesa per le cure eccedente il 20% del reddito familiare tendono ad essere per il 2% più esposte al **rischio di povertà**.

- Nel 2010, più di **15 milioni di persone assumevano una funzione di cura di qualche tipo** (bambini, anziani, non autosufficienti).
- Nel 2017 oltre **8 milioni di caregiver di anziani** (oltre il 16,4% della popolazione).
- **I caregiver sono prevalentemente donne e delle generazioni più anziane.**
- Si prendono cura di anziani **il 54% degli occupati ed il 40% delle persone che non sono nel mercato del lavoro (inattive).**
- Nonostante le strutture familiari siano sempre più frammentate, la famiglia gioca un ruolo preminente nella cura, e nella sua gestione.

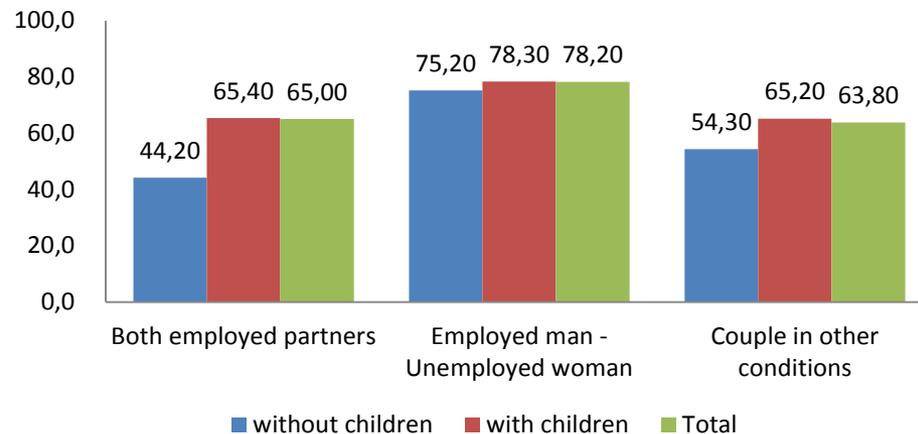


Uso del tempo (% sulle 24 ore)

■ Paid work ■ Unpaid care work ■ Free time



Indice di asimmetria nel lavoro domestico non retribuito (2014)



- ✓ Crisi e lavoro atipico
- ✓ Aumento dell'occupazione femminile (52,5% vs 85,8% m), ma con alta incidenza di part time involontario
- ✓ Molte donne ancora inattive (44% f vs 25%)
- ✓ Oltre 1 m inattivi (15% con resp. di cura) disponibile a lavorare se potesse ridurre il tempo dedicato al lavoro domestico

Riduzione del Gap di Genere nella distribuzione del lavoro

Riduzione dell'indice di asimmetria fra I generi nel lavoro retribuito - non retribuito

**Dedicarsi alle cure
fra scelta realizzativa
e necessità**

- ✓ Accresciuta disponibilità degli uomini e dei padri alla cura
- ✓ Dal Male Breadwinner al dual earner
- ✓ Cura come opportunità relazionale ed espressiva per entrambe I partner (Canal, 2018)

- Il long term care e i servizi alle famiglie in Italia: I dispositivi disponibili, la domanda delle famiglie e le nuove politiche

Risorse dal Welfare pubblico. Milioni di euro e %. 2018

	Supporto alle responsabilità familiari		Sostegno alla Non autosufficienza e Disabilità		Contrasto alla Povertà	
Fondi per Servizi alla persona	380.8	4.9%	521.1	2.6%	2,617.9	31.8%
Trasferimenti monetari	5,032.5	64.4%	18,854	95.3%	5,619	68.2%
Spese Fiscali (Deduzioni)	2,405	30.8%	418.6	2.1%	0.0	0.0
Total	7,818.3		19,703.7		8,236.9	

Source: IRS elaborazioni sulla legge di Bilancio 2018

La spesa pubblica ammontava al 1.7 % del PIL nel 2017. 2/3 della spesa sono diretti agli over 65

Servizi LTC Sist. Sanitario Nazionale	Servizi Sociali LTC Forniti dai Comuni	INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> • 40% della spesa • ADI + Strutture residenziali (pubblico -privato) • Sistema Sanitario Nazionale responsabile della Valutazione del "livello" di disabilità 	<ul style="list-style-type: none"> • 14% della spesa • SAD + Servizi sociali + Voucher • In prevalenza basati sulla prova dei mezzi • Il Sistema Sanitario Nazionale è responsabile della Valutazione della disabilità dei cittadini. 	<ul style="list-style-type: none"> • 46% della spesa • Trasferimenti monetari • Sistema universalistico • Le autorità Sanitarie Locali esaminano i criteri di elegibilità • L'INPS fornisce il sussidio

Source: Ministero dell'Economia e delle Finanze, Le tendenze di medio periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, Rapporto n. 19, 2018; Commissione europea, Italia Health Care & Long-Term Care Systems, Un estratto dalla relazione congiunta sui sistemi di assistenza sanitaria e assistenza a lungo termine & Sostenibilità Fiscale, Ottobre 2016.

Distribuzione della spesa per il LTC per fasce di età



Una relazione ambivalente fra
Deistituzionalizzazione e domiciliarità

La struttura dei servizi per il supporto alla non autosufficienza



UNIONE EUROPEA
Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



ANPAL
Agenzia Nazionale Politiche Attive del Lavoro



Tipologia	Servizio	Livello di governance	Indice di presa in carico
Servizi domiciliari	○ Servizi sociosanitari integrati (ADI)	○ Servizio Sanitario Nazionale	○ Forte frammentazione territoriale ○ Media nazionale del 4.3% - 4,8% (17 ore per fruitore); 2,3% degli over 65
	○ Servizi di sociali di assistenza domiciliare (SAD)	○ Locale – Regioni/Comuni	○ Preso in carico l'1,3% della popolazione anziana
Strutture residenziali	○ Strutture sanitarie Residenziali	○ Servizio Sanitario Nazionale e Strutture Accreditate (pubblico-privato)	○ Ospitato il 1,7% degli anziani non autosufficienti ○ Tasso di copertura delle strutture residenziali (2,3% nel 2011 to 2,2% in 2017).
	○ Servizi postospedalieri		
Trasferimenti Monetari	○ Indennità di accompagnamento	○ Nazionale - INPS	○ Incremento della spesa (8.829 m.euro in 2010 to 10.140 milion of 2013) ○ Progressiva riduzione degli over 65 che vi accedono (12.7% nel 2012 al 12% nel 2017).
	○ Voucher di cura	○ Locale – Regioni/Comuni	○ Forte riduzione dei finanziamenti dopo il 2012
A supporto dei Caregiver	○ Conciliazione e Congedi parentali ○ Welfare aziendale ○ In 5 Regioni Leggi di riconoscimento e servizi	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legge 104/92 (Congedi brevi) ▪ Legge 388/2000 (congedi biennali) ▪ Legge di bilancio 2016 agevolazioni fiscali e welfare aziendale ▪ Legge di bilancio 2018: Fondo care giver ▪ Piani Nazionali (Famiglie-Cronicità e Demenze; Dopo Di Noi; Vita Indipendente) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero crescente di beneficiari (da 291.455 nel 2010 a più di 408.000 nel 2014)

- Le famiglie sono la fonte primaria di supporto nelle cure
- Dal 96,8% al 97,5% dei casi, il beneficiario delle cure è un membro della famiglia
- Circa il 74% dei caregivers si occupa delle cure senza il supporto di altri servizi o assistenti personali
- Il ricorso ai servizi avviene in condizioni di «emergenza»
- 54% dei caregivers più anziani e il 69% dei più giovani utilizza i congedi di lavoro

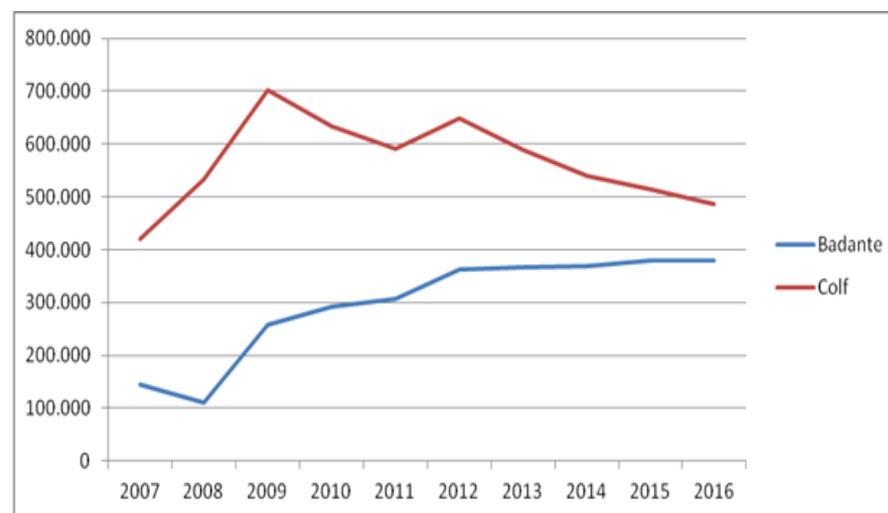
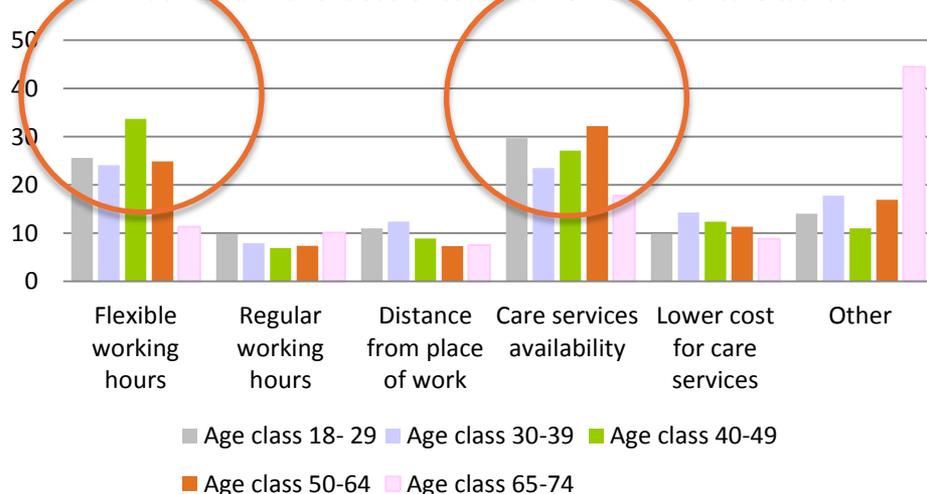
(PLUS, 2016)

- Solo il **6%** delle famiglie con un membro anziano fa ricorso ad un assistente informale o a un servizio professionale; la percentuale sale al **28,3%** in caso si problemi gravi nello svolgimento delle attività quotidiane
- 6,6% dei 65+ riceve un supporto da un caregiver informale “Badante”

(ISTAT, 2015)

- Nel lavoro domestico regolare: decresce l’uso delle assistenti familiari (COLF) - da 1.012.988 nel 2012 a 864.526 in 2017;
- Cresce la contrattualizzazione delle Badanti (INPS 2017)

What would make it easier to combine work with care tasks?





- 864,526 lavoratori domestici con regolare contratto. Oltre il 73% erano stranieri e circa l'88,3% di genere femminile, il 43% con età fra i 50 e i 64 anni (INPS 2017).
- Circa 39,478 (43%) dei lavoratori domestici ha un contratto regolare con le famiglie come assistente personale. Il profilo principale: donna, straniera a lavoro come badante (72%). Si stima tuttavia la presenza di circa 1 milione di lavoratori domestici "informali" non dichiarati. (INPS 2017)
- Prevalenza di salari bassi (da 3,000 a 10,000 euro all'anno)
- La spesa privata dei nuclei familiari è stimata intorno a 9.352 miliardi di euro; circa il 29% del reddito familiare. (Pasquinelli e Rusmini 2008;2013)

Cosa viene chiesto alle badanti:

- A) Vivere nella stessa casa della persona assistita; lavorare oltre 16 ore al giorno declinando la funzione di cura e assistenza su una pluralità di mansioni (tenere compagnia, assistenza infermieristica, pulizia della casa, cucinare, con meno frequenza fare la spesa o pagare bollette)
- B) Dopo la crisi economica in crescita la richiesta di lavoro ad ore (Pasquinelli and Rusmini, 2013-2018)

- ❑ Lavoratori "informali" come surrogato del ruolo tradizionale delle donne, assimilati ad un membro della famiglia senza una chiara distinzione fra supporto "esterno" ed "interno" al nucleo familiare
- ❑ "CORTO CIRCUITO della FUNZIONE SOSTITUTIVA"*, quando l'azione professionale scelta per trattare il problema non è qualificata da una tecnica, ma è in linea con l'agito emozionale che caratterizza la cultura del cliente, e che questo non riesce a sostenere.

*Paniccia, 2012



- Lo sviluppo delle professionalità nei servizi di cura

Culture della cura

Unpaid care work ---- Paid Care Work

Norme e leggi che istituiscono professioni e servizi traducendone il Mandato Sociale

Mutamenti nella domanda di cura rivolta ai servizi

Mandato sociale nei confronti della funzione di cura

Famiglie e caregiver

Assistenti familiari Badanti e Collaboratori domestici

Professioni qualificate nei servizi sociali e sanitari

Spesa pubblica e Investimenti privati

Dal curare al prendersi cura

Contesti e committenze



- Quali competenze, funzioni, prodotto?
- Lavoro «grigio» e sfumature dei percorsi di qualificazione professionale
- Migranti e riconoscimento di competenze e qualifiche
- Cambiamenti in rapporto all'uso di nuove tecnologie/regole e modelli organizzativi dei servizi
- Cambiamenti nella domanda di competenze

Identificate da luogo di lavoro e beneficiario

Servizi LTC per le persone non autosufficienti fornite dal Sistema Sanitario Nazionale

Componente Sociale del LTC fornita dai Comuni

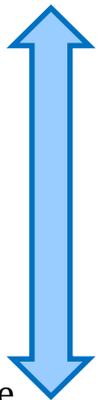
Definizione sfumata del prodotto del lavoro e delle competenze identificative

Saperi tecnico specialistici

Saperi metodologici

Istruzione Terziaria Avanzata/Alte qualifiche

Istruzione Secondaria/Basse qualifiche



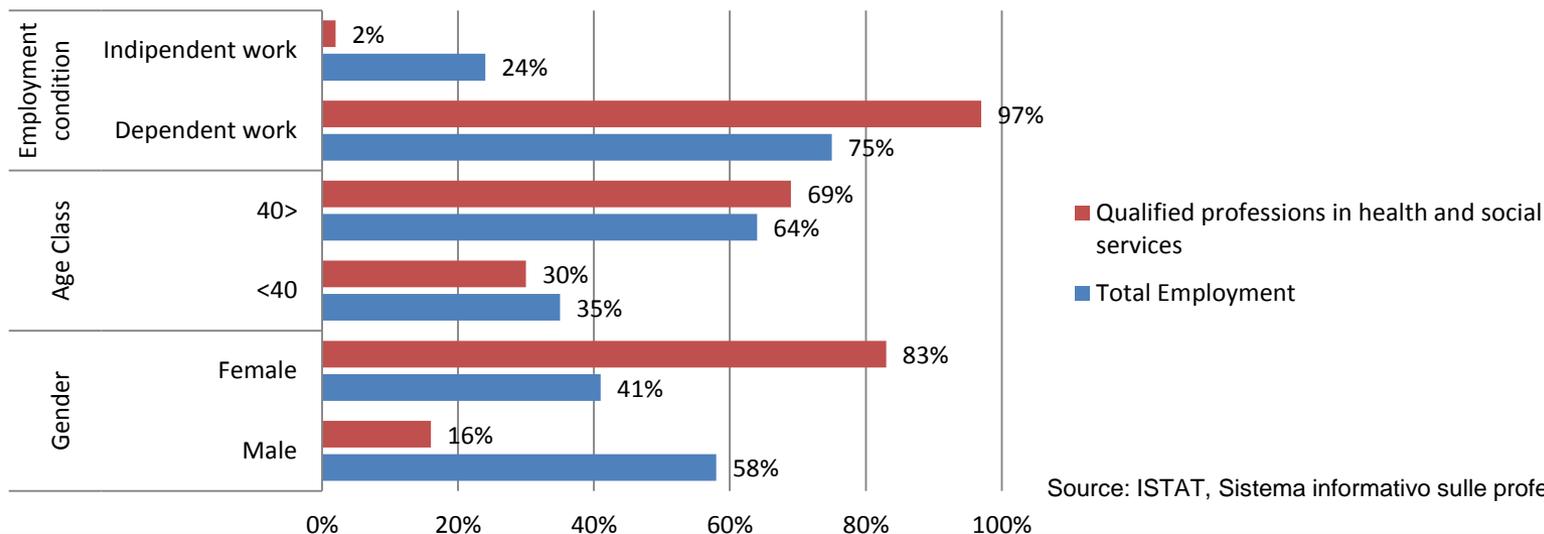
Professioni Sanitarie	Professioni Sociali
Prevenzione, Diagnosi e Cura/Riabilitazione	Care e dimensione relazionale della domanda di salute e convivenza
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Professioni mediche e relative specializzazioni ✓ Professioni tecniche del sistema sanitario ✓ Professioni infermieristiche 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Assistenti sociali ✓ Educatori professionali ✓ Psicologi e Sociologi ✓ Tecnici dell'integrazione sociale ✓ Professioni qualificate nei servizi personali e assimilati (addetti all'assistenza all'infanzia, addetti all'assistenza personale, personale di compagnia e qualificato nei servizi di assistenza alla famiglia)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Operatori Sociosanitari 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Operatori dei Servizi alla persona/Assistenti familiari e personali

Definizione «sfumata» dei profili professionali, anche in ragione dei cambiamenti nell'assetto dei modelli organizzativi dei servizi



- Le persone occupate nei servizi sociali e sociosanitari costituiscono circa l'8,5% del totale dell'occupazione in Italia.
- **Alta segmentazione di genere e pay gap:** salari più bassi rispetto ad altri settori tecnologici; oltre l'88% delle professioni sociali è svolto da donne (in particolare da professionisti qualificati, assistenti familiari e lavoratori domestici, ma anche educatori, assistenti sociali, insegnanti). Durante la crisi, i tagli alla spesa pubblica nella pubblica amministrazione (istruzione, servizi sanitari) hanno portato a una riduzione dei salari (Excelsior 2016-2020).
- **Elevata presenza di stranieri:** nel 2010 erano circa il 46% degli assistenti sociali; nel 2017 gli stranieri erano il 77,6% dei lavoratori domestici (assistenti familiari e assistenti personali)
- **Alto tasso di occupazione irregolare,** in particolare quando i servizi sono forniti direttamente alle famiglie (47,6% nel 2015, 0,2 punti percentuali in più rispetto al 2014, il tasso di occupazione irregolare totale è del 15,9%).

Employment composition by age,sex,working condition (mean 2014-2016)



Source: ISTAT, Sistema informativo sulle professioni, 2014-2016

- Nel 2016-2020, il settore della salute e della cura personale contribuirà notevolmente all'occupazione nei prossimi anni, con un tasso medio annuo del 3,8%, sostenuto sia dalla sostituzione che dall'espansione della domanda di lavoro
- Nel 2020 le stime prevedono il maggior contributo tra i laureati di medici e paramedici (31.000) e insegnanti (quasi 19.000). A causa dell'invecchiamento della popolazione, la domanda di specialisti della salute crescerà del 60%, quella delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali del 34% e quella del personale sanitario del 14% (Excelsior 2018).

MA

- Rischio di discrepanza tra le professioni tecniche e sanitarie ad alta specializzazione e la richiesta di competenze relazionali da parte delle famiglie, in virtù del cambiamento della domanda da parte degli adulti dipendenti
- Considerate l'anzianità degli operatori sanitari e le restrizioni di bilancio nel settore pubblico, potrebbe esserci uno squilibrio fra profili ad alta e bassa specializzazione ed una carenza di operatori

INAPP Indagine campionaria sulle professioni – Audit fabbisogni professionali (2016-2018)

Changing in skills demand

Professioni sociali + Infermieri, lavoratori domestici ed educatori	Professioni sanitarie
Care e dimensione relazionale della domanda di salute e convivenza	Prevenzione, Diagnosi e Cura/Riabilitazione
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non solo «assistenza e controllo individuale» ✓ Presa in carico di relazioni vs presa in carico di individui ✓ Capacità relazionali trasversali e sociali (analisi di situazioni complesse, risoluzione di problemi, negoziazione di obiettivi contestuali e impostazione del lavoro) ✓ Orientamento al cliente ✓ Competenze psico-sociali 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso di big data e macchine ad alta tecnologia ✓ Competenze organizzative ✓ Lavoro di squadra interprofessionale; integrazione di diversi apporti specialistici ✓ Orientamento al cliente e abilità psicosociali

- Ripensare le premesse modellistiche degli interventi:
Punti di forza e potenzialità in stato critico del sistema italiano

Principali tendenze

- Invecchiamento della popolazione e nuovi modelli familiari **trasformano le attese generative della società italiana**
- Prevalenza di prestazioni in denaro sui servizi
- Le risorse pubbliche e le professioni di assistenza si sono fortemente concentrate su coorti di popolazione anziane, ad eccezione dell'istruzione e (in parte) del sistema sanitario
- Superamento iniziale del modello medico a favore dell'adozione di un modello di assistenza bio-psico-sociale (a partire dalla disabilità)
- Valutazione multidimensionale della situazione individuale, diagnosi e individualizzazione della cura vs **relazionalità del problema che organizza la domanda** (disabilità, anziani, povertà)
- Professioni sociali coerenti con forte mandato sociale

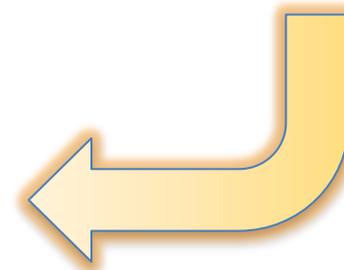
Sfide

- Sovraccarico familiare delle responsabilità di cura – gradi di libertà fra «obbligo» e «scelta»
- Sia i familiari che i professionisti dell'assistenza stanno invecchiando a un ritmo veloce (rischio di carenza di manodopera)
- Riconoscimento della funzione di caregiver nella pianificazione e gestione dei servizi
- Segregazione di genere in alcuni settori professionali
- Frammentazione istituzionale di politiche e servizi (nazionale, regionale, locale/lavoro, formazione, p. migratorie)
- Sviluppo di competenze orientate a tradurre il mandato sociale in una competenza a trattare committenze contestuali



- Medicalizzazione della salute e dell'invecchiamento
- L'invecchiamento è un problema individuale che sta per "curare"
- Tensione tra l'isolamento della malattia / paziente e il suo ritorno al sistema di salute sociale, una volta di nuovo in buona salute
- Accesso ai servizi pubblici solo in condizioni di emergenza
- Approccio compensativo: l'obiettivo del servizio di assistenza domiciliare è quello di garantire le esigenze di sopravvivenza
- Le politiche di assistenza miravano a correggere i deficit

- La salute e l'invecchiamento sono una questione relazionale del corso della vita
- L'ambiente, la dimensione relazionale della domanda di cura, se esplorata, potrebbe rappresentare una risorsa per il processo di cura
- Dall'approccio tecnico / diagnostico all'assistenza in un contesto clinico ad un **approccio trasformativo di convivenza sociale**
- Funzioni e competenze integrative focalizzate sulla domanda familiare e individuale / contestuale
- **Paradigma dell'assistenza attiva - co-creazione e co-implementazione di servizi pubblici**
- Politiche e competenze generative finalizzate allo sviluppo di risorse contestuali e relazionali



Considerando il modo in cui lo Stato interviene a supportare lo sviluppo delle funzioni familiari:

Vogliotti and Vattai, 2015

Politiche abilitanti

- Misure economiche di supporto al reddito familiare (es. Trasferimenti monetari, politiche fiscali)

Politiche compensatorie - sostitutive

- Misure attraverso le quali parte delle funzioni familiari sono svolte da servizi ed istituzioni "in sostituzione" della famiglia (servizi domiciliari e non strettamente rivolti agli anziani)

Politiche integrative

- Misure o servizi volti a promuovere lo sviluppo dei contesti di convivenza familiare, integrando e supportando gli obiettivi, le progettualità e le relazioni che organizzano il rapporto fra famiglia e contesto (es misure di conciliazione, associazionismo, interventi formativi integrati)

Roberta Fefè – r.fefe@inapp.org



Il presente prodotto è stato sviluppato da INAPP in qualità di Organismo Intermedio del PON SPAO con il contributo del FSE 2014-2020
Azione 8.5.6 Ambito di attività I/8i/8.5.6/2

Prendersi cura dei più anziani. Invecchiamento, nuove domande per lo sviluppo del lavoro di cura.

Roberta Fefè

Parole chiave: Invecchiamento, Professioni di cura, Badanti, Welfare, Approccio individualistico-compensativo vs integrativo-relazionale.

Gruppo tematico: 1.Lavoro e politiche sociali, 2.Salute e stili di vita

Negli ultimi decenni, il sistema sociale sta cambiando notevolmente. Fra i mutamenti emergenti, l'aumento consistente dell'incidenza delle fasce di età più anziane sulla popolazione in età da lavoro, le trasformazioni dei nuclei familiari e le loro implicazioni sulla ridefinizione delle funzioni di cura, la progressiva diffusione delle malattie croniche che accompagnano il prolungamento della vita portando un ampio numero di persone a vivere l'anzianità in una condizione di non autosufficienza, sono eventi che portano diverse istituzioni ad interrogarsi sulla efficacia e sostenibilità del sistema di welfare, nello sviluppare la qualità della convivenza a fronte dell'aumento dell'aspettativa di vita (NNA 2017; WHO 2016; UNECE 2017; ILO, 2018).

Dal punto di vista sociosanitario ci si interroga in particolare sulle trasformazioni e la qualità dei servizi di Long Term Care per i quali, a fronte del prolungamento della vita che porta un numero crescente di persone verso una anzianità disabilitante, si prefigura un aumento della domanda di cura in uno scenario che sempre più si rappresenta a risorse scarse (ISTAT 2015; NNA 2017; Fosti e Notarnicola, 2018).

Questo accade in un contesto in cui anche i nuclei familiari, soggetto sociale tradizionalmente considerato risorsa portante nell'assolvimento di funzioni di cura sono anch'essi interessati da profonde trasformazioni (Bizzotto e Villosio 2011; Maino e Ferrera 2017; Canal 2017; ISTAT 2017). In rapporto alla crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro, ed al progressivo investimento su politiche del lavoro orientate a ridurre le possibilità di pensionamento anticipato, la relazione fra responsabilità familiari e lavoro rende critica la posizione dei caregiver entro il sistema produttivo (OECD 2011; Crespo e Mira 2012; Aversa et. al. 2018). Un numero crescente di nuclei familiari individua nelle badanti una funzione di supporto nella gestione delle funzioni di cura dando luogo ad un fenomeno di trasformazione del lavoro domestico e del lavoro privato di cura, di crescente rilevanza sul versante della tenuta occupazionale, ma dai contorni sfumati quanto a definizione dei profili di competenza professionale, dei sistemi di regolazione e tutela della qualità del lavoro nonché delle prospettive di sviluppo ed integrazione della filiera delle professioni sociali, dei servizi di welfare e della relazione fra famiglie e servizi, anche entro il dibattito sul riconoscimento della funzione del caregiving (Pasquinelli e Rusmini 2013

¹ Roberta Fefè, Psicologo, Collaboratore tecnico di ricerca INAPP, r.fefe@inapp.org.

a/b; Casadei e Franceschetti 2011; Scialdone 2015; Franceschetti 2016; NNA 2017; Di Pasquale, Stuppini, Tronchin, 2018).

Nuove domande di servizio riconfigurano la natura del rapporto fra anziani, famiglie e servizi pubblici e privati (Paniccia et al. 2014; Bisogni e Pirrotta 2018), articolando nuove questioni in termini di sostenibilità del modello di cura e presa in carico delle problematiche connesse alla non autosufficienza finora adottato, e gradualmente cambiando i termini di consenso su quali sono i problemi che chiedono di essere trattati e quali siano le finalità e le risposte organizzative più utili ed efficaci da implementare (Vogliotti e Vattai 2015), in altri termini, il mandato sociale nei confronti delle misure di policy a supporto delle funzioni di cura.

Ripercorrendo gli scenari di cambiamento sopra richiamati, il contributo ha l'obiettivo di analizzare il processo di "ri-familiarizzazione" delle funzioni di cura entro la relazione fra famiglie e servizi sociosanitari, che sta avvenendo con lo sviluppo di servizi territoriali, e riflettere su limiti e risorse individuabili nell'attuale assetto entro un modello di welfare di tipo mediterraneo, caratterizzato da prevalenza di spesa pensionistica e supporto monetario alle famiglie rispetto a quella destinata ai servizi.

Si propone quindi l'ipotesi di un possibile spostamento paradigmatico del mandato nei confronti dei servizi e delle competenze nelle professioni di cura: da politiche individualizzate, fondate su un approccio di tipo diagnostico-riabilitativo e sostitutivo-compensativo, verso misure fondate su un approccio integrativo e community-oriented alle funzioni di cura alle questioni poste da invecchiamento e non autosufficienza.

Riferimenti bibliografici

- [1] Aversa M.L., Checcucci P., D'Agostino L., Fefè R., Scarpetti G. (2017). Il ruolo delle politiche per la qualità del lavoro nel contrasto ai fattori di espulsione dei lavoratori maturi, Conferenza internazionale: analisi e prospettive delle politiche del lavoro, 14-15 dicembre, Università Roma Tre, Dipartimento di Economia (in corso di pubblicazione).
- [2] Bisogni F., Pirrotta S. (2018). Ricerca-intervento per lo sviluppo di competenza organizzativa presso un servizio sociosanitario per adulti con disabilità e loro familiari [Research-intervention for the development of organizational competence in a socio-sanitary service for adults with disability and their family members]. *Rivista di Psicologia Clinica* n.1, 2018, 32-65. doi:10.14645/RPC.2018.1.717
- [3] Bizzotto G., Villosio C. (2011), Once there were wives and daughters, now there are badanti: Working in home elderly care in Italy is still an informal, unqualified and unrecognised occupation. *Walqing Social Partnership Series*, <https://goo.gl/YDgwy6>
- [4] Bouget, D., Spasova, S. and Vanhercke, B. (2016), *Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe. A study of national policies*, European Social Policy Network (ESPN), Brussels: European Commission

- [5] Bramanti D., Carrà E., Buone pratiche nei servizi alla famiglia: Famiglie fragili e famiglie con anziani non autosufficienti, Osservatorio Nazionale della famiglia, Roma, 2011. Reperibile in <https://goo.gl/ykjQER>
- [6] Canal T., Gualtieri V., (2018), Il punto su donne e lavoro, INAPP, Policy Brief, n. 6, Roma: INAPP.
- [7] Canal T., (2017), Genere famiglia e lavoro. Verso nuovi modelli familiari?, INAPP, Paper proposto per il Primo Convegno SISEC (Società Italiana di Sociologia Economica): Roma, 26-27-28 Gennaio 2017. “Le Nuove Frontiere della Sociologia Economica”, Roma: INAPP.
- [8] Casadei S., Franceschetti M. (2011), Le professioni sociali in Italia, «Osservatorio Isfol», I (2011), n. 3-4, pp. 69-87.
- [9] Crespo K., Mira P., *Caregiving to Elderly Parents and Employment Status of European Mature Women*, in “Review of Economics and Statistics”, Vol.96, Issue 4, October 2014, p.693-709.
- [10] Di Pasquale E., Stuppini A., Tronchin C. (2018), *Colf e badanti, l’immigrazione silenziosa*. Lavoce.info, 3.8.2018, <https://goo.gl/aCjRuU>
- [11] Falasca C., Domiciliarità e residenzialità per l’invecchiamento attivo, Auser, Roma, 2017. <https://goo.gl/bk4TRP>
- [12] Fosti G., Notarnicola E., (a cura di)(2018). L’innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care, CER GAS SDA Bocconi, Milano: EGEA Spa. <https://goo.gl/3LN632>
- [13] Franceschetti M. (2016), Le professioni sanitarie: dinamiche settoriali, conoscenze e skills da aggiornare, “Osservatorio Isfol”, VI (2016), n. 1-2, pp. 69-83.
- [14] INPS (2017), Osservatorio sui Lavoratori domestici – anno 2017. Statistiche in breve. Roma: INPS. <https://goo.gl/r7aosF>
- [15] International Labour Organization (2018), Care work and care jobs for the future of decent work, International Labour Office – Geneva: ILO.
- [16] ISTAT (2017)a, Rapporto annuale 2017. La situazione del Paese, Roma: ISTAT. <https://goo.gl/1BVi84>
- [17] ISTAT (2017)b, Anziani: le condizioni di salute in Italia e nell’Unione Europea, Anno, 2015, Statistiche Report, 26 settembre 2017, 2017b <https://goo.gl/8UxuJG>
- [18] ISTAT, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*, ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2015. <http://www.istat.it/it/archivio/165366>
- [19] ISTAT, *Tendenze demografiche e trasformazioni sociali. Nuove sfide per il sistema di welfare*, in ISTAT, Rapporto Annuale 2014, ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2014, pp. 140–197. <http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf>
- [20] ISTAT, *La Conciliazione tra lavoro e famiglia*, ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2011. <http://www.istat.it/it/archivio/48912>

- [21] Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Secondo Rapporto sul secondo welfare in Italia. 2015*, Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, Torino, 2015. <https://goo.gl/mn4thM>
- [22] Maino F., Ferrera M. (a cura di), *Terzo Rapporto sul secondo welfare in Italia. 2017*, Centro di ricerca e documentazione Luigi Einaudi, Torino, 2017 <https://goo.gl/KZKrGc>
- [23] N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° Rapporto 2017-2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2017. <https://goo.gl/UTdC3D>
- [24] N.N.A. Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 5° Rapporto. Un futuro da ricostruire*, Maggioli Editore, Sant'Arcangelo di Romagna, 2015. <https://goo.gl/QHbN6e>
- [25] OECD (2015), *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, Paris:OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en
- [26] OECD, Colombo et al. (a cura di) (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing.
- [27] Paniccia R. M., Giovagnoli F. e Caputo A., In-home elder care. The case of Italy: The badante. In *Rivista di Psicologia Clinica*, 2(2014), pp.60–83. Doi:10.14645/RPC.2014.2.506 <https://goo.gl/IeMbUI>
- [28] Pasquinelli S. Rusmini G. (2013)b. *Badanti, famiglie e servizi: uscire dalla nicchia*. In *Animazione Sociale* n. 274, giugno/luglio 2013, 26-33
- [29] Pasquinelli S., Rusmini G., (2013)a. *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Roma:Ediesse.
- [30] Pugliese E. (2011), *Cambiamenti demografici, lavoro di cura e donne immigrate in Italia*, in Paci M., Pugliese E., *Welfare e promozione delle capacità*, Bologna: Il Mulino, Studi e Ricerche, pp. 303-327.
- [31] Scialdone A. (2015), *Le fatiche della conciliazione. Il fronteggiamento degli oneri di cura tra disequilibri demografici e asimmetrie di genere*, in “Il genere e la ricerca storica”, pp. 1098 - 1115
- [32] Scialdone A.(2014), *Passaggi in ombra. Lavoratrici straniere della sfera domestica e catene globali della cura*, in “Genesis”, XIII/1, 2014, pp. 121 - 137.
- [33] UNECE, (2017) *Lisbon Ministerial Declaration, “A Sustainable Society for All Ages: Realizing the potential of living longer”*, 22 september, 2017, UNECE Ministerial Conference on Ageing, 2017. <https://goo.gl/Rch4xa>
- [34] Vogliotti S., Vattai S. (2015), *Welfare state. Parte 2. Le politiche della famiglia in un confronto europeo*, IPL, Bolzano, 2015. <https://goo.gl/F9hyDp>
- [35] World Health Organization (2016), *Global strategy and plan of action on ageing and health - Summary*, Geneva: World Health Organization. <http://who.int/ageing/global-strategy/en/>