



Transizioni e politiche pubbliche

Barbara Da Roit,  
Carla Facchini

## **ANZIANI E BADANTI**

Le differenti condizioni  
di chi è accudito  
e di chi accudisce

**FrancoAngeli**

Negli ultimi anni le politiche sociali sono state oggetto di un acceso dibattito, che ha investito sia il loro ruolo, sia le loro concrete modalità di funzionamento. Un indicatore di tale dibattito è la presenza di diverse iniziative editoriali – collane e riviste – che trattano appunto di servizi e di politiche sociali. A fronte di questo interesse, risultano però relativamente poco presenti iniziative che abbiano come obiettivo quello di orientare il dibattito in corso sulle politiche sociali verso approfondimenti storici o verso confronti internazionali e che, allo stesso tempo, si rivolgano in modo specifico agli operatori dei servizi stessi. Spesso infatti, il dibattito sui servizi e sulle politiche tende ad essere circoscritto ad analisi del «qui e ora» oppure collocato ad un livello esclusivamente teorico, in cui poca è l'attenzione prestata alle esperienze concrete di innovazione e di sperimentazione.

Obiettivo specifico di questa collana è appunto quello di raggiungere gli operatori dei servizi, proponendo materiale di riflessione che favorisca un processo volto a contestualizzare il servizio in cui si opera, a coglierne sia le coordinate storiche, sia gli elementi di ricchezza che derivano dalla comparazione con altri paesi. L'obiettivo quindi è quello di rendere disponibile sia al dibattito scientifico italiano sia agli operatori sociali interessati una serie di materiali preziosi da un lato per la sperimentazione e l'innovazione e, dall'altro, per la ricerca di «radici» e di connessioni rispetto alla propria attività quotidiana.

La Fondazione Bignaschi ha come scopo quello di promuovere studi ed iniziative per il miglioramento delle condizioni di vita degli anziani e di altre fasce sociali disagiate o emarginate.

La sede della Fondazione è in via Olmetto 3 a Milano.

*Supervisione editoriale della collana* Carla Facchini

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "informazioni" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità o scrivere, inviando il loro indirizzo, a: "FrancoAngeli, viale Monza 106, 20127 Milano".

Barbara Da Roit,  
Carla Facchini

## **ANZIANI E BADANTI**

Le differenti condizioni  
di chi è accudito  
e di chi accudisce

**FrancoAngeli**

Diego Velázquez, *Cristo in casa di Marta e Maria*, olio su tela, 1620, National Gallery, Londra

Copyright © 2010 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni qui sotto previste. All'Utente è concessa una licenza d'uso dell'opera secondo quanto così specificato:*

1. L'Utente è autorizzato a memorizzare l'opera sul proprio pc o altro supporto sempre di propria pertinenza attraverso l'operazione di download. Non è consentito conservare alcuna copia dell'opera (o parti di essa) su network dove potrebbe essere utilizzata da più computer contemporaneamente;
2. L'Utente è autorizzato a fare uso esclusivamente a scopo personale (di studio e di ricerca) e non commerciale di detta copia digitale dell'opera. Non è autorizzato ad effettuare stampe dell'opera (o di parti di essa).  
Sono esclusi utilizzi direttamente o indirettamente commerciali dell'opera (o di parti di essa);
3. L'Utente non è autorizzato a trasmettere a terzi (con qualsiasi mezzo incluso fax ed e-mail) la riproduzione digitale o cartacea dell'opera (o parte di essa);
4. è vietata la modificazione, la traduzione, l'adattamento totale o parziale dell'opera e/o il loro utilizzo per l'inclusione in miscellanee, raccolte, o comunque opere derivate.

## *Indice*

Prefazione, <i>di Anna Bonanomi</i>	p. 7
1. Le badanti: stato dell'arte e problemi aperti, <i>di Barbara Da Roit</i>	11
2. I motivi e la metodologia della ricerca, <i>di Barbara Da Roit e Carla Facchini</i>	31
3. I differenti profili delle assistenti domiciliari, <i>di Carla Facchini</i>	41
4. Gli anziani accuditi: caratteristiche socio-familiari, condizioni di salute e necessità assistenziali, <i>di Carla Facchini</i>	61
5. Il lavoro delle badanti, <i>di Barbara Da Roit</i>	89
6. Strategie migratorie e problematiche affrontate, <i>di Carla Facchini</i>	115
7. Inserimento sociale e tempo libero, <i>di Barbara da Roit</i>	133
8. Cosa ne pensano le badanti: visioni, prospettive, opinioni, <i>di Barbara Da Roit</i>	144
9. Conclusioni, <i>di Barbara Da Roit</i>	160
Bibliografia di riferimento	168



## *Prefazione*

Questa ricerca è nata da una iniziativa del coordinamento delle donne dello Spi regionale con lo scopo di conoscere meglio il fenomeno delle assistenti familiari in Lombardia, un fenomeno unico nello scenario europeo per le sue dimensioni. Altro obiettivo era, per indagare questa realtà, capire se la soluzione «badante» fosse la più adeguata per rispondere alle maggiori necessità di assistenza e cura che l'invecchiamento della popolazione pone. La ricerca ci aiuta a capire meglio le caratteristiche di questo fenomeno, condizione necessaria per individuare e promuovere politiche che tengano conto di questa nuova realtà. Mi sembra molto importante mettere in evidenza la forte risposta positiva di un alto numero di collaboratrici domestiche che si sono rese disponibili a rispondere al questionario: ben seicentoquarantatre, su tutto il territorio lombardo. La loro disponibilità ha, tra l'altro, permesso un rapporto diretto con la nostra organizzazione, rappresentata dalle donne che sono entrate in contatto con queste lavoratrici.

L'analisi fatta ci permette di conoscere meglio aspettative, provenienza, progetto migratorio, età e caratteristiche sociali e di farne tesoro per rendere le nostre proposte più rispondenti ai reali bisogni degli anziani, delle loro famiglie e delle stesse collaboratrici domestiche.

L'Irs ha verificato come in Lombardia – dove vivono 1.841.882 anziani di età superiore ai 65 anni – ci siano sette badanti ogni cento pensionati che scelgono di stare nella propria abitazione anziché in una casa di riposo. Sono tante. Si stima che, solo nella nostra regione, siano 126 mila: sono donne, per lo più dell'Est o latino americane. Le famiglie degli assistiti spendono in media mille euro al mese; loro, le badanti, spesso sono pagate in nero e sono disponibili generalmente 24 ore su 24, proprio perché curano a domicilio i nostri anziani, che sono prevalentemente non autosufficienti totali o parziali.

Le motivazioni per cui le famiglie adottano questa soluzione per af-



frontare il problema dell'assistenza domiciliare dei loro anziani in condizioni di fragilità, è dovuta allo scarso sviluppo dei servizi domiciliari pubblici cui fa da contrappeso la presenza di un modello familistico prevalente.

Le dimensioni di questo fenomeno, le sue caratteristiche, hanno fatto diventare di grande attualità questo tema che richiede risposte più adeguate nell'ambito del complesso problema della condizione di non autosufficienza. Abbiamo posto e continueremo a porre questo tema all'attenzione delle istituzioni, delle forze politiche, degli operatori che si occupano di assistenza e alle stesse confederazioni sindacali perché sinora non ha trovato una sintesi efficace. Persino il governo Berlusconi, dopo l'annunciata stretta di vite sull'immigrazione clandestina, ha dovuto prendere atto che molti clandestini vivono in casa nostra e, diciamo noi, per fortuna perché – considerato che il sistema pubblico non garantisce le stesse condizioni di servizio – molti anziani non sarebbero altrimenti curati. Per questo non basta una sanatoria tampone per regolare il flusso delle badanti e farle uscire dalla condizione di irregolarità. Dobbiamo, invece, e in modo particolare il governo, prendere atto che la dimensione del fenomeno è tale da non poter più essere ignorata. Di fatto, potremmo dire, che è già stata modificata l'organizzazione informale del nostro stato sociale e il costo è a totale carico delle famiglie.

Sul fenomeno della badanti e l'impatto che ha sul welfare, possiamo affermare che esso ha trovato terreno fertile per l'incontro di due bisogni diversi, da un lato quello delle famiglie – impegnate per la cura dei propri cari a ricercare soluzioni a costo accettabile con la garanzia di continuità e affidabilità nella cura, condizione che i servizi offerti dal pubblico non garantiscono –, e dall'altro l'ingresso nel mercato del lavoro di donne immigrate disponibili al lavoro generico, spesso non in regola, senza alloggio, con la necessità di inviare alla famiglia di origine il massimo del salario percepito. Hanno vissuti culturali, modelli di vita e abitudini molto differenti dai nostri e perciò ancora più lontani dai modelli culturali dei nostri anziani. L'intesa tra due mondi diversi è gestita dalla famiglia che diventa datore di lavoro senza averne competenza, e non sempre è facile trovare corrispondenza tra i bisogni e le aspettative reciproche.

Bisogna perciò affrontare questo argomento con una modalità interdisciplinare.

Occorre studiare nuove regole e puntare molto sulla qualificazione professionale degli addetti al lavoro di cura. A svolgere questa mansione sono in prevalenza donne migranti, che assumono, rispetto alla famiglia di origine, il ruolo di capofamiglia, spesso non più giovanissime e non sempre interessate a restare in Italia. Un problema nel problema.

È avvertita l'esigenza di aggiornare le disposizioni legislative vigenti, così come si deve pensare a organizzare corsi di formazione per questi nuovi addetti all'assistenza familiare, presenti e operanti in alcune decine di migliaia nello stesso territorio lombardo e provenienti in gran numero dall'Est europeo.

Il tema delle badanti coinvolge contemporaneamente anche gli aspetti sociali legati all'assistenza domiciliare e investe il campo dei nuovi bisogni delle persone anziane. Nuovi bisogni che necessitano di nuove soluzioni e nuovi sostegni.

La nostra discussione sul fondo per le persone non autosufficienti dovrà interessare anche questo tema.

Vanno ricercate politiche più adeguate per agevolare l'incontro tra domanda e offerta, per sostenere le famiglie sul piano relazionale e quello economico, per promuovere le competenze delle assistenti familiari e garantirne i processi di inserimento lavorativo e l'emersione dal lavoro sommerso, non ultimo un sistema di valutazione sulla qualità del servizio, in grado di garantire una valida assistenza anche nelle situazioni di salute più complesse.

A questi aspetti si aggiunge il tema più generale dell'immigrazione che evoca anche forme di integrazione sociale e di fenomeni migratori che stanno inesorabilmente modificando la nostra società.

La diffusa presenza delle badanti a domicilio nelle famiglie lombarde esprime una domanda di assistenza diretta a domicilio che oggi non è soddisfatta da altri (pubblico, privato a pagamento, privato sociale, ecc.).

In sintesi, questa nuova risorsa dell'immigrazione femminile, a costi nell'insieme ancora competitivi, rispetto alle tariffe delle strutture protette, è stata percepita dalle famiglie come un toccasana della nuova domiciliarità. Pur con molti problemi, un servizio nella sostanza in grado di dare una risposta omnicomprensiva, personalizzata, stabile e conveniente.

C'è in noi tutta la consapevolezza di essere in presenza di un'evoluzione importante del nostro sistema di welfare. L'impegno che lo Spi si assume è quello di proseguire con convinzione a proporre confronti e soluzioni a tutti gli attori interessati, per rappresentare al meglio i bisogni e le necessità degli anziani fragili e delle loro famiglie affinché si sentano meno soli ad affrontare i problemi quotidiani.

Anna Bonanomi - Segretario generale Spi Cgil Lombardia



# *1. Le badanti: stato dell'arte e problemi aperti*

*di Barbara Da Roit*

## **1.1. Un fenomeno non più nuovo**

Sul finire degli anni '90 una nuova, per molti versi inattesa, figura di *caregiver* diviene via via sempre più evidente e trasforma radicalmente l'organizzazione del lavoro di cura per le persone anziane non auto-sufficienti in Italia. Si tratta della «badante», una donna immigrata assunta quale lavoratrice domestica con compiti di assistenza e di cura a favore di persone anziane con cui, generalmente, convive.

Il numero effettivo delle badanti presenti in Italia è sconosciuto, data la natura ampiamente sommersa del fenomeno. Tuttavia, diverse stime si attestano tra 700 mila ed un milione di lavoratrici, ovvero il 6-8% della popolazione di età pari o superiore a 65 anni [Da Roit e Castegnaro 2004; Mesini *et al.* 2006; Simonazzi, 2009], un numero decisamente più elevato rispetto a quello dei lavoratori di cura del settore formale [Da Roit e Sabinelli, 2005].

In questi dieci anni la trasformazione del modello familiare di cura delle persone anziane non autosufficienti ha interessato gli studiosi di relazioni familiari, di immigrazione e di politiche sociali ed i *policy makers*, soprattutto regionali e locali. Questo libro intende pertanto inserirsi in un dibattito già sviluppato. Prima di addentrarci nei contenuti della ricerca e dei suoi risultati, riteniamo pertanto utile fare il punto su ciò che è noto e ciò che è dibattuto intorno al fenomeno delle badanti.

Dopo avere brevemente ricostruito i tratti essenziali del fenomeno delle badanti nei suoi elementi di continuità e rottura rispetto al passato ed avere fatto il punto sulla posizione delle politiche sociali al riguardo (par. 1), ricostruiamo il contesto entro cui la trasformazione delle pratiche di cura è avvenuta con riferimento (par. 2) e ripercorriamo le analisi disponibili sulle origini e sulle conseguenze del fenomeno (par. 3).

### 1.1.1. Tra rottura e continuità

Questa nuova forma di cura degli anziani rappresenta una rottura significativa rispetto all'immagine tradizionale delle famiglie (ed in particolare delle figlie) che curano. Fino a pochi anni prima, soluzioni diverse da quella tradizionale della cura offerta all'interno della famiglia sarebbero state impensabili. Le ricerche sia qualitative che quantitative condotte fino ai primi anni '90 fanno raramente cenno alla questione della cura privata di mercato. L'indagine sociale lombarda condotta nel 1991 [Irer 1991] includeva, ad esempio, una domanda relativa alle possibili strategie che le famiglie avrebbero adottato in situazioni di cura critiche sia rispetto ai bisogni di cura degli anziani che dei bambini. Le risposte fornite dagli intervistati potevano essere riorganizzate «lungo un continuum di reciprocità» [Micheli 1991: 73] che si muoveva da soluzioni interne al nucleo familiare o dalla cura fornita dai membri della famiglia estesa a soluzioni di mercato, all'uso di servizi territoriali ed, infine, residenziali. Tuttavia, mentre nel caso dell'accudimento dei bambini piccoli emergeva, dalle risposte degli intervistati, la possibilità di rivolgersi al mercato della cura «lungo un continuum di reciprocità», l'acquisto di servizi privati nel caso degli anziani non era neppure contemplato. D'altro canto, una *survey* condotta nel 1994 sugli anziani dimessi da un ospedale milanese evidenziava come il ricorso a servizi privati nel percorso di ritorno a casa fosse piuttosto significativo, ma limitato a compiti molto specializzati (come quelli infermieristici) o, in certa misura, alle faccende domestiche. Al contrario, le risorse di mercato giocavano un ruolo marginale nella cura in senso proprio [Ciorli e della Croce 1994: 116-117], come confermato da ricerche qualitative dello stesso periodo [Taccani 1994].

Ciò che caratterizza il lavoro delle badanti è la realizzazione di una vasta gamma di compiti differenti, che variano dalla cura delle persona, alla sorveglianza, alla cura della casa, alla relazione, in un contesto di convivenza. Se tale delega rappresenta una sostanziale novità rispetto al modello tradizionale, essa riprende e riproduce due aspetti importanti che hanno forti continuità con il passato. Da un lato, la funzione della badante ricalca e riproduce il modello di cura informale – non specializzato e totalizzante – che caratterizzava l'accudimento degli anziani da parte delle figlie e delle nuore. In un certo senso, il fatto che le cure offerte siano le stesse, pur se fornite da altri, fa apparire il passaggio dalle cure informali a quelle di mercato meno traumatico e forse più accettabile. D'altro canto, la figura della badante o, se si vuole, dell'assistente familiare, si è costruita a partire dal profilo delle lavoratrici domestiche, che in Italia hanno tradizionalmente svolto un ruolo più significativo che in altri Paesi europei. Al tempo stesso, la

figura della badante trasforma tale profilo riempiendolo di nuovi significati.

### *1.1.2. Il mercato della cura e le politiche sociali*

Contrariamente a quanto avvenuto in altri Paesi europei tradizionalmente poco impegnati sul fronte delle politiche per la non autosufficienza dove nel corso degli anni '90 si sono prodotte importanti riforme di questo settore delle politiche sociali, in Italia il dibattito è rimasto marginale e non ha prodotto grandi innovazioni sino ad oggi [Naldini e Saraceno 2008]. Le proposte avanzate dalla Commissione Onofri per l'introduzione di un nuovo schema di protezione per la non autosufficienza [Commissione Onofri 1997] sono rimaste lettera morta, anche dopo l'introduzione della legge quadro sugli interventi e servizi sociali (l. 328/2000). In sintesi, il tema della non autosufficienza non ha avuto grande spazio nel dibattito e non ha avuto particolari sviluppi di *policy* fino all'avvento delle badanti. Soltanto dopo che questa nuova soluzione ai problemi posti dalla cura degli anziani è divenuta visibile, le politiche sociali hanno cominciato ad occuparsi del tema. Se ne sono occupati, tuttavia, attraverso interventi volti a riconoscere, regolare, sostenere un mercato della cura già esistente e funzionante con modalità proprie. Alcune caratteristiche di questo mercato sono apparse immediatamente evidenti – la quasi esclusiva presenza di lavoratrici straniere, l'elevato tasso di irregolarità dei contratti di lavoro e dello status delle lavoratrici rispetto alle norme sull'immigrazione – e sono state oggetto degli interventi di *policy*, che a livello nazionale hanno avuto come punto di partenza le politiche migratorie e a livello regionale e locale gli interventi sociali.

Il rilievo quantitativo del fenomeno e le peculiarità del mercato della cura che si è andato costruendo sono emersi chiaramente fra il 2002 e il 2003, in seguito alla regolarizzazione prevista dalla cosiddetta legge Bossi-Fini (l. 189/2002). La legge ha prestato particolare attenzione al tema delle badanti (e delle collaboratrici familiari) identificate come categoria particolarmente «meritevole». Nei mesi successivi all'entrata in vigore della norma, sono state presentate 341.000 domande di regolarizzazione per il settore del lavoro domestico, pari a quasi la metà di tutte le domande [Caritas, 2003]: un numero di poco inferiore a quello delle lavoratrici domestiche regolarmente registrate presso l'Inps precedentemente all'avvio del processo di regolarizzazione [Inps, osservatorio sul lavoro domestico on line]. Inoltre, la determinazione annuale dei flussi in entrata per i lavoratori stranieri ha da allora considerato le badanti quali categoria privilegiata, prevedendo una

quota *ad hoc* per questa figura professionale.

A distanza di qualche anno, come peraltro la storia di ripetute regolarizzazioni utilizzate come strumento per la regolazione dei flussi migratori poteva facilmente lasciar prevedere, la questione delle badanti è stata nuovamente trattata come una questione di regolazione dell'immigrazione: la più recente iniziativa di regolarizzare il mercato della cura, attraverso una nuova «sanatoria» dei rapporti di lavoro e della permanenza in Italia delle badanti, sembra, tuttavia, avere avuto minore successo.

Parallelamente a queste iniziative nazionali, fin dal riconoscimento del rilievo del fenomeno delle assistenti familiari, gran parte del dibattito politico-sociale in tema di politiche di assistenza agli anziani nell'ambito delle politiche regionali e territoriali si è concentrato sui temi del lavoro di cura privato fornito dalle lavoratrici straniere e dei «nuovi mercati privati della cura», sviluppatasi separatamente rispetto agli indirizzi – laddove esistenti – di *policy* [cfr. Gori, a cura di, 2002; Mesini *et al.*, 2007; Pasquinelli, 2006].

## **1.2. L'invecchiamento e la cura in Italia**

Non occorre qui soffermarsi a lungo sull'importanza del processo di invecchiamento della popolazione e sulla rilevanza che il fenomeno ha assunto, in particolare in Italia, negli ultimi venti anni. Se da un lato abbiamo assistito a notevoli incrementi di longevità, è noto che le condizioni generali di salute e l'autonomia nella gestione della vita quotidiana tendono a peggiorare al crescere dell'età. A causa della simultanea crescita di malattie croniche e disabilità connesse all'invecchiamento e dell'aumento dell'incidenza della popolazione anziana sul totale della popolazione, una proporzione crescente della popolazione richiede cure continuative. Tale incremento della disabilità, che si esprime spesso sottoforma di multiproblematicità, e dei conseguenti bisogni di cura, rappresentano una sfida decisiva per l'organizzazione sociale.

### *1.2.1. Invecchiamento e bisogni di cura*

Ricerche comparate europee hanno messo in evidenza come malattie e disabilità tra le persone anziane che vivono al domicilio non siano ugualmente distribuite tra i diversi Paesi. Nel 1994 nei 15 Paesi dell'Unione il 58,7% della popolazione maschile ed il 66,4% della popolazione femminile di età pari o superiore a 60 anni dichiarava di essere in cattive condizioni di

salute. In Italia, la percentuale era rispettivamente il 70,7% tra gli uomini e l'80,2% tra le donne. La prevalenza di disabilità e di bisogni di cura di lungo periodo tra le donne era il 45,5% in Italia (contro una media pari al 42,6% nei Paesi considerati) e tra gli uomini il 54,8% (contro una media del 47,8%) [Huisman *et al.* 2003: 868]. Tali differenze sono in parte il risultato di fattori demografici (il processo di invecchiamento in Italia è più avanzato e comporta quindi una maggiore incidenza nella popolazione anziana di «grandi anziani» che sono più spesso interessati da disabilità), epidemiologici e sociali (poiché esiste una relazione tra condizione socioeconomica e condizioni di salute, una maggiore incidenza tra la popolazione anziana di soggetti poco istruiti ed in condizioni socioeconomiche svantaggiate si traduce in una maggiore incidenza complessiva della disabilità). Tuttavia, tali differenze sono anche in parte spiegate da politiche sociali differenti. In Italia, la presenza di persone anziane che vivono in strutture residenziali è decisamente più contenuta rispetto a quella della maggior parte dei Paesi europei (si veda oltre) con l'eccezione di alcuni Paesi mediterranei. Poiché nelle strutture residenziali tendono generalmente a concentrarsi anziani con forti deficit di autonomia, una ridotta offerta di servizi residenziali corrisponde ad una popolazione anziana residente al domicilio relativamente più colpita da disabilità.

Ciò detto, in Italia, secondo le stime Istat (indagine multiscopo sulle condizioni di salute), gli anziani «disabili» che vivevano in famiglia nel 2004 erano oltre due milioni. Di questi, 403 mila avevano un'età compresa tra 65 e 74 anni (pari al 6,7% della popolazione nella stessa fascia di età) e 1 milione 627 mila un'età pari o superiore a 75 anni (31,8% della popolazione nella fascia di età). Ipotizzando che l'incidenza della disabilità per fascia di età sia rimasta invariata negli anni più recenti, la crescita della popolazione in età avanzata ha determinato una crescente diffusione della disabilità tra la popolazione complessiva e tra la popolazione anziana. Se nel 1999 gli anziani disabili rappresentavano il 3,2% della popolazione complessiva, la percentuale era salita fino al 3,8% nel 2005. L'incidenza complessiva della disabilità sulla popolazione cresceva, nello stesso periodo, dal 17,8% al 19,2%.

Vale la pena, infine, sottolineare che, dietro la generica definizione di disabilità si celano situazioni estremamente differenziate in termini sia di grado di perdita (o mantenimento dell'autonomia) sia di tipo di disabilità – motoria, cognitiva, combinata – e conseguenti bisogni.



### 1.2.2. L'offerta di cura informale

Come sopra ricordato, in Italia le reti familiari estese e il lavoro femminile non retribuito hanno tradizionalmente costituito la più importante fonte di sostegno per le persone anziane non autosufficienti [Micheli, 1996; Irer, 2000]. Ciò emerge chiaramente anche dai confronti internazionali. Nonostante le cure informali costituiscano un elemento chiave in tutti i modelli di welfare, in Italia esse assumono un peso e significato specifico. L'Italia, insieme agli altri Paesi mediterranei, si caratterizza non tanto e non solo per una maggiore disponibilità delle reti informali nel garantire assistenza ai componenti anziani delle famiglie, ma soprattutto per un impegno più gravoso dei *caregivers* informali che si fanno carico di forme di assistenza intense e prolungate nel tempo [Albertini *et al.*, 2007; Brandt *et al.*, 2009].

L'incremento, la differenziazione, l'intensificazione dei bisogni di cura degli anziani rappresentano una sfida considerevole per qualsiasi modello di welfare, dal momento che, oltre a porre sotto pressione i servizi pubblici e collettivi, richiedono l'intensificarsi del sostegno fornito dalle reti di sostegno informale. Tale sfida assume un peso maggiore in contesti, come quello italiano, in cui le risorse informali sono già da tempo sotto pressione.

Inoltre, parallelamente all'incremento dei bisogni di cura, diversi indicatori richiamano l'attenzione sulla possibile riduzione delle risorse di cura informale disponibili. Ricordiamo qui tre diversi aspetti, che fanno riferimento alla trasformazione delle strutture familiari, ai mutamenti nella partecipazione femminile al mercato del lavoro ed ai più generali mutamenti di carattere culturale che caratterizzano le nuove generazioni, in particolare delle donne.

In primo luogo, nonostante l'Italia sia uno dei Paesi europei con il più basso tasso di occupazione femminile, negli anni recenti quest'ultimo ha evidenziato una crescita. In particolare, si evidenzia un aumento dell'occupazione della popolazione femminile in età matura, potenzialmente più interessata dal rischio di non autosufficienza dei genitori. Secondo i dati Eurostat, tra il 1995 ed il 2007 il tasso di occupazione delle donne in età compresa tra 55 e 64 anni in Italia è passato dal 13,5% al 23%. È utile sottolineare, inoltre, che a differenza di altri Paesi europei, dove la crescita di occupazione femminile si è realizzata soprattutto attraverso la diffusione del part time, l'occupazione femminile in Italia rimane principalmente un'occupazione a tempo pieno (o in ogni caso caratterizzata da part-time «lunghi»), con conseguenti maggiori tensioni nella conciliazione tra lavoro e responsabilità familiari. Se, pertanto, la gran parte delle donne in età matura – con un'elevata probabilità di dover affrontare la dipendenza di uno o più

genitori anziani, è tutt'ora non occupata (che si tratti di casalinghe o pensionate), sta lentamente crescendo la quota di coloro che, lavorando, si trovano a dover conciliare occupazione e cura (oltre che responsabilità familiari proprie). Diversamente dai timori spesso espressi, non vi è conferma in letteratura che chi lavora curi di meno: in particolare tra le donne non sembra che l'occupazione influenzi negativamente le cure informali prestate. Vi è tuttavia evidenza che i lavoratori (in particolare le lavoratrici) tendano a non assumere o a ridurre la quantità di cure intensive fornite [Pavalko e Artis 1997; Spiess e Schneider 2003]. Ciò è particolarmente significativo in un contesto come l'Italia, dove le cure richieste tradizionalmente ai familiari sono, come detto, di particolare intensità.

In secondo luogo, la trasformazione delle strutture familiari rappresenta un elemento di criticità per l'offerta di cure informali. La diminuzione del numero di figli – potenziali *caregiver* – per persona anziana riduce in maniera significativa la potenziale disponibilità di cura. Si è stimato, ad esempio, che se in media una donna che ha raggiunto l'età di 80 anni nel 1980 poteva contare su 5,4 figli (generi e nuore), una donna che compirà la stessa età nel 2010 e nel 2040 avrà a disposizione rispettivamente 4,4 e 3,4 figli [Castiglioni, 2002: 235]. Ciò significa che una crescente ed intensificata domanda di cura si rivolge ad una rosa ridotta di potenziali *caregivers*.

Infine, non va sottovalutata la possibilità che si sviluppino e cristallizzino, anche in una società tradizionalmente imperniata sulle solidarietà familiari, nuove norme sociali e atteggiamenti verso la cura. Le nuove generazioni di donne hanno e avranno partecipato in maniera crescente al mercato del lavoro ed hanno e avranno esperienza di relazioni di genere meno squilibrate rispetto al passato: ci si può pertanto attendere un atteggiamento nuovo e diverso rispetto al passato, anche con riferimento agli obblighi sociali di cura nei confronti dei genitori anziani [Gaymu *et al.*, 2008].

Non sappiamo con precisione quali di questi fattori abbiano giocato un ruolo decisivo nelle trasformazioni avvenute in Italia negli ultimi due decenni. Esistono tuttavia alcuni indizi di una diminuita capacità delle reti informali di garantire sostegno alle persone anziane. Diverse indagini Istat hanno rilevato gli aiuti ricevuti dalla rete informale da parte delle famiglie con anziani. Nel 1990 il 20% circa delle famiglie con almeno un anziano riceveva aiuti non retribuiti per la cura della persona ed il 17% circa aiuti non retribuiti per la cura della casa dall'esterno del nucleo familiare. Solo otto anni più tardi la situazione appare radicalmente mutata: nel 1998, infatti, le famiglie con almeno un anziano che ricevevano aiuti per la cura della persona era il 5% e quelle che ricevevano aiuti non retribuiti per la cura della casa il 7% [Istat 1994; Istat 2001; Sabbadini 2002]. I dati relativi

al 2003 suggeriscono una sostanziale stabilità rispetto al 1998 [Da Roit 2010].

### *1.2.3. Gli interventi per la non autosufficienza in Italia*

Le politiche pubbliche – caratterizzate da forte residualità e frammentazione degli interventi – hanno legittimato e istituzionalizzato il ruolo predominante delle responsabilità familiari – prevedendo obblighi formali nei confronti dei soggetti in stato di bisogno [Saraceno 2003; Saraceno e Naldini, 2007] – senza peraltro sostenerlo.

Nonostante negli anni più recenti si siano potuti osservare una crescita della domanda di cura ed alcuni segnali di indebolimento delle reti di solidarietà familiare (vedi sopra), tali trasformazioni non hanno comportato una sostanziale revisione dell’approccio delle politiche pubbliche al problema della non autosufficienza.

Il sistema complessivo delle misure di sostegno per gli anziani non autosufficienti è caratterizzato dalla ridotta offerta di servizi pubblici o a finanziamento pubblico, dall’assenza di coordinamento tra diversi tipi e livelli di intervento tipica del contesto istituzionale italiano. La quantità e qualità dei servizi erogati, l’ammontare delle risorse disponibili e la definizione dei criteri di accesso si sono sviluppati in maniera fortemente eterogenea e differenziata nei territori. Nonostante tale differenziazione, anche nelle aree di maggiore sviluppo dei servizi sociali e sociosanitari (in particolare le regioni del Nord ed alcune province e città al loro interno) l’intervento pubblico non rappresenta una risorsa sufficiente a fare fronte a bisogni di cura sempre più intensi, continuativi e differenziati.

Tale situazione è riflessa dai dati sull’offerta dei servizi residenziali e territoriali. Il tasso di istituzionalizzazione delle persone anziane non ha mai superato il 2%, pur in presenza di importanti differenze territoriali tra le Regioni del Nord (circa 3%), del Centro (1,5%) e del Sud (1%) [Bonarini, 2002; Istat, 2006]. Tali valori sono comparativamente molto ridotti: basti pensare che all’inizio degli anni ’90 nei Paesi scandinavi ed in Olanda il tasso di istituzionalizzazione oscillava tra il 10 ed il 12% e, dopo un periodo di contenimento e riduzione dell’offerta di servizi residenziali verificatosi a partire da quel periodo, si è assestato intorno al 6-8% [Anttonen e Sipilä, 1996; Oecd, 2008]. Va inoltre rilevato il costo particolarmente elevato dei servizi residenziali posto a carico degli utenti e dei loro familiari. Le spese riguardanti i servizi residenziali sono, infatti, solo parzialmente coperte da finanziamenti dei budget regionali per i servizi sanitari. La re-

stante quota è generalmente a carico dell'utente o dei suoi familiari, fatta salva la possibilità di usufruire di agevolazioni dipendenti dalle condizioni economiche e dalle disponibilità dei Comuni e degli enti locali, secondo norme disomogenee.

Come sopra ricordato, la limitata offerta di servizi residenziali si traduce, peraltro in un'elevata incidenza di persone con forti deficit di autonomia che vivono al domicilio e, quindi, in una pressante domanda di cura ad elevata intensità al domicilio [Da Roit 2010].

Nonostante la limitata disponibilità di servizi residenziali sia spesso presentata come una scelta di favorire la permanenza al domicilio delle persone anziane, gli interventi «alternativi» all'istituzionalizzazione sono altrettanto poco diffusi. Al modesto sviluppo dei servizi residenziali non è, infatti, corrisposto uno sviluppo più consistente dei servizi domiciliari e semiresidenziali. Se a ciò aggiungiamo la sopra ricordata elevata incidenza di disabilità pesanti tra persone anziane che vivono al domicilio, la debolezza del sistema pubblico di protezione sociale si rivela in tutta la sua criticità. La disponibilità di servizi domiciliari, sia sociali sia socio-sanitari è estremamente ridotta. Nel 2005, il tasso di copertura del servizio di assistenza domiciliare integrata, erogata dalle aziende sanitarie, era in media pari al 3%. Nell'area del Paese dove si registra la maggiore diffusione di questo servizio (il Nord-est), la quota di anziani raggiungeva appena il 5,6%. Va peraltro tenuto in considerazione che il servizio di assistenza domiciliare integrata consiste prevalentemente in interventi infermieristici, riabilitativi o medico-specialistici, di durata limitata e con un numero limitato di ore di assistenza per utente. Infatti, nel 2005, le ore annue di assistenza per utente erano mediamente pari a 23, con i livelli più bassi (8-12) proprio nelle regioni caratterizzate dai tassi di copertura più elevati [Ministero della Salute, 2005]. La presenza del servizio di assistenza domiciliare di carattere socio-assistenziale organizzato dagli enti locali – pur più consistente – è comunque limitata. Secondo i dati della prima indagine censuaria condotta dall'Istat, l'indice di copertura del servizio domiciliare rispetto alla popolazione anziana era, nel 2003, pari al 4,3% in Italia (con valori variabili al Nord, Centro e Sud) [Istat 2005]. Anche nei contesti di maggiore sviluppo delle politiche e dei servizi sociali i tassi di copertura dei servizi domiciliari per gli anziani restano modesti. Inoltre, il monte ore settimanale di assistenza a disposizione degli utenti dei servizi stessi è molto ridotto [Da Roit e Castegnaro, 2004]. Infine, i servizi diurni (centri sociosanitari di tipo semiresidenziale) rappresentano un'unità di offerta relativamente recente e poco diffusa. Nel 2005 il Ministero della Salute censiva 9.096 posti in Italia, il 75% dei quali concentrati in due regioni, Lombardia ed Emilia-Romagna, dove il tasso di copertura rispetto alla popolazione anziana rag-