



UNIONE EUROPEA

Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



Caregiver Day 2019

*Lavoro di cura: verso una azione strutturale di innovazione del Welfare,
Aula Magna, Viale Aldo Moro 30, Bologna*

Invecchiamento e nuove domande per lo sviluppo del Lavoro di cura

Roberta Fefè

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

Invecchiamento della popolazione e caregiver familiari

qualche indizio sugli sviluppi della domanda di cura

Il long term care e i servizi alle famiglie in Italia

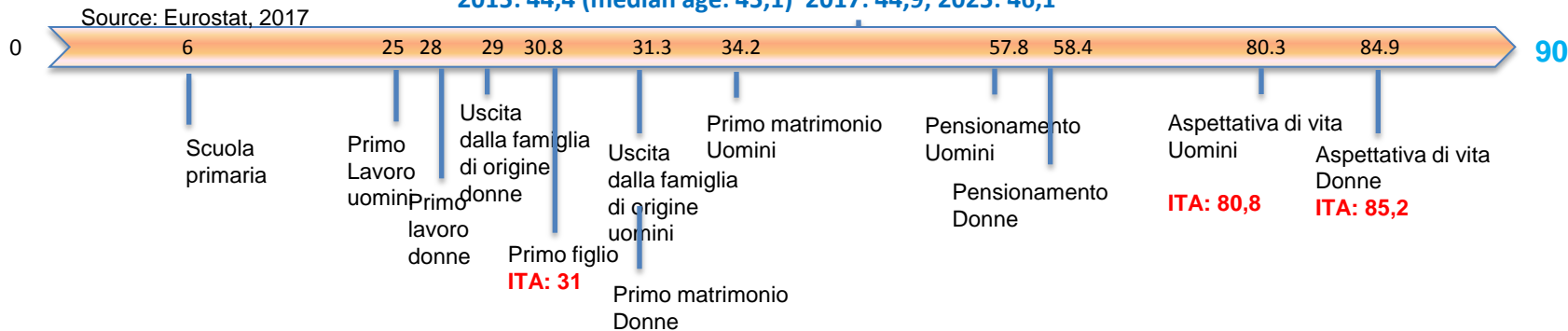
Lo sviluppo delle professioni di cura

Ripensare le premesse modellistiche degli interventi

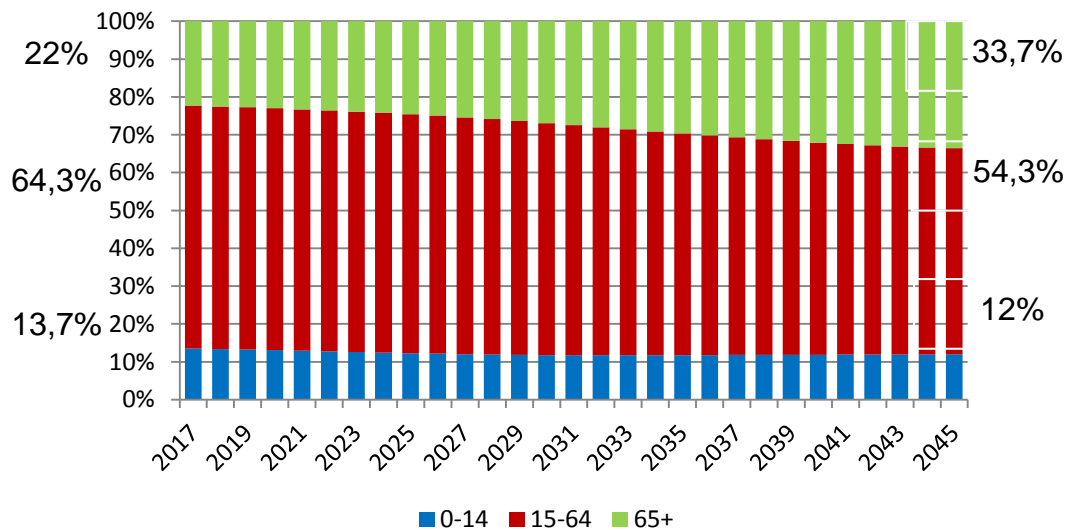
*Cause effetti? Individuare soluzioni Decostruire Accostare altri paradigmi
con alcuni criteri*

Età Media

2015: 44,4 (median age: 45,1) 2017: 44,9; 2025: 46,1



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



Longevità, salute e convivenza

Una relazione complessa



UNIONE EUROPEA

Fondo Sociale Europeo
Investiamo nel tuo futuro



Aspettativa di vita in buona salute dopo i 65 anni inferiore alla media europea (7.5 anni vs media Eu del 9,5).



Cronicizzazione

Circa 1 anziano su due soffre di una patologia cronica grave (44,7%) o è multicronico (49%).

- ✓ Circa il 30% vive in condizioni di salute tali da limitare l'abilità di compiere attività di vita quotidiana - fare le pulizie, uscire di casa, prendere un autobus, prendersi cura di sè, ecc.
- ✓ Le donne tendono ad invecchiare in condizioni peggiori degli uomini



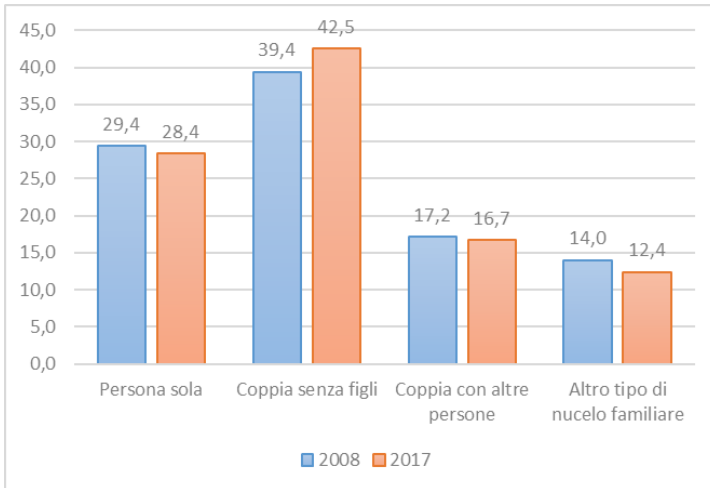
Condizioni di salute e «autonomia» sono anche connesse alle **risorse relazionali, culturali ed economiche reperibili nel contesto di convivenza**

Anziani (65+) che con gravi difficoltà nella cura della persona (ADL) o nelle attività domestiche (IADL) **che dichiarano di aver bisogno di aiuto o di aver bisogno di maggior aiuto**

Gravi difficoltà nelle ADL (Cura della persona)

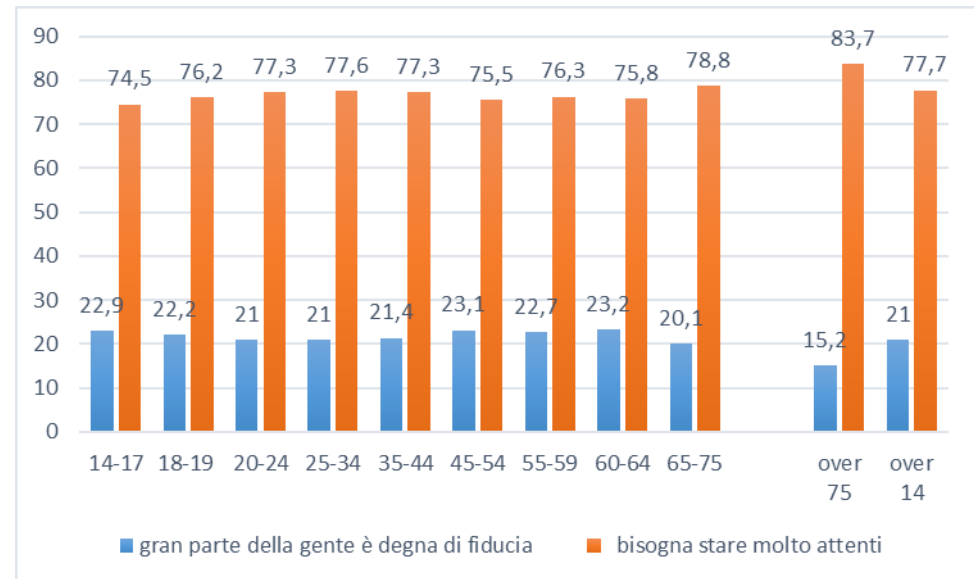
Gravi difficoltà nelle IADL (lavoro domestic etc.)

Genere	Uomini	64,3	45,6
	Donne	55,6	50,0
Titolo di studio	Elementare	59,8	50,3
	Media	46,1	41,3
	Laurea	38,2	28,8
Quintili di reddito*	I (Basso)	64,2	53,3
	II	62,1	53,1
	III	56,6	47,4
	IV	56,3	43,9
	V	51,2	44,7
Area geografica	Nord Ovest	53,0	37,1
	Nord Est	48,7	39,1
	Centro	59,5	51,2
	Sud	67,5	59,2
	Isole	56,1	54,1
Nucleo familiare	Persona sola	53,2	49,6
	Coppia senza figli	65,0	50,5
	Coppia con figli	62,0	43,7
	Altre famiglie	63,0	43,2
	Membro aggregato di altre famiglie	53,4	48,5
Total		58,1	48,7



- Cambiano i nuclei familiari: la maggior parte degli over 65 vive **in coppia senza figli o sola**; dopo i 75 anni si vive in prevalenza soli anche in caso di gravi difficoltà nelle ADL- 46,6% (55% nel caso delle donne/ 22% uomini).
- 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)

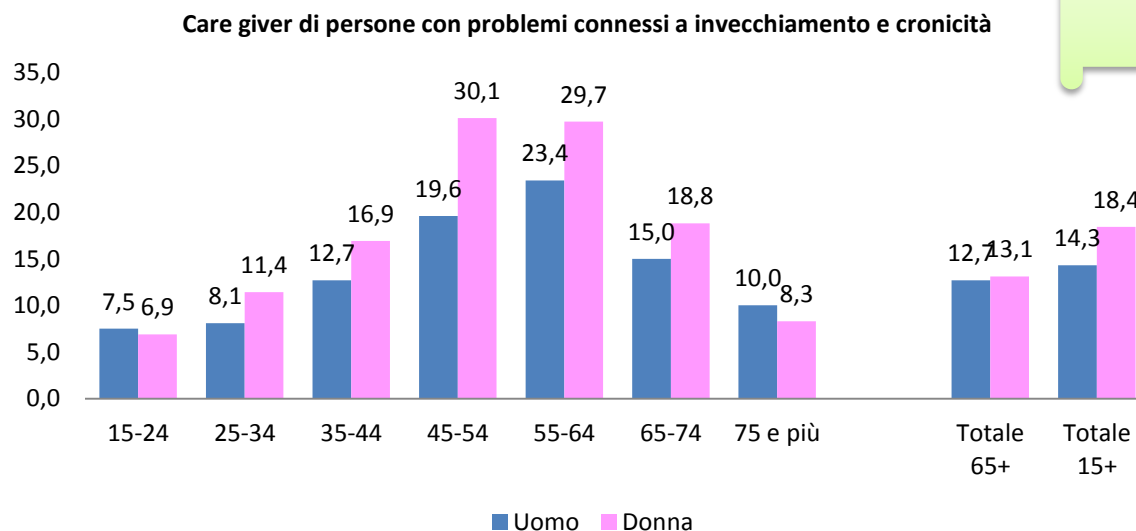
- Un numero crescente di anziani a vivere un sentimento di isolamento e diffidenza



- Oltre il 16,4% della popolazione si prenda cura, almeno una volta a settimana, di persone con problemi di salute connessi a invecchiamento e cronicità, in genere i familiari più prossimi.
- Sono in gran parte donne, in età attive sul mercato del lavoro o vicine al pensionamento se non fuori dal mercato del lavoro
- Negli anni si è ridotta la differenza fra i generi nel rapporto cura – lavoro.

★ Cura come opportunità relazionale ed espressiva per entrambe i partner.

✋ Relazione complessa fra lavoro e impegni di cura

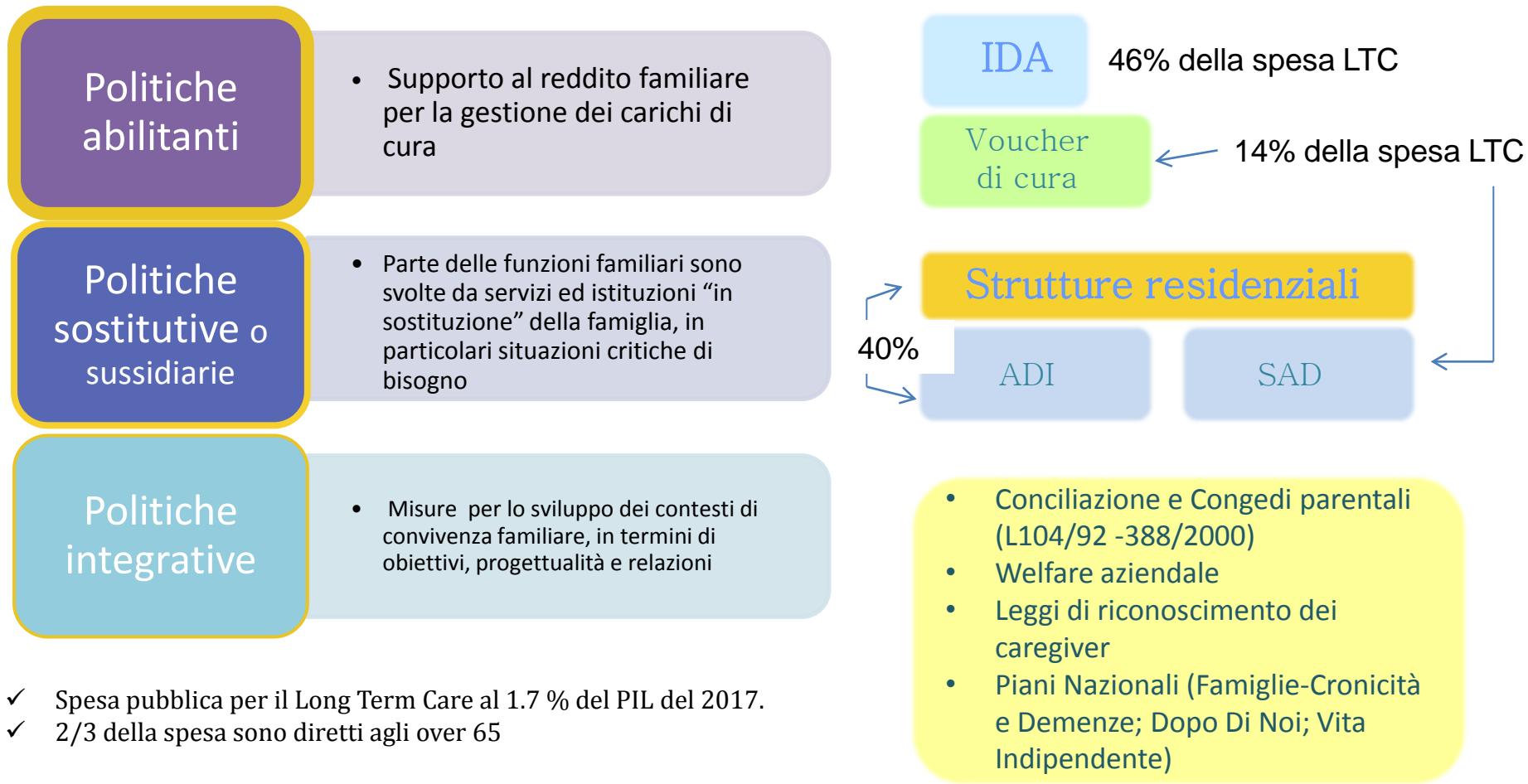


Dedicarsi alle cure
fra scelta realizzativa
e necessità

Il long term care e i servizi alle famiglie in Italia

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

Vogliotti and Vattai, 2015



IDA

Voucher
di cura

- Incremento della spesa - 8.829 m.euro nel 2010 - 10.140 m.e. nel 2013
- Progressiva riduzione degli over 65 che vi accedono - 12.7% nel 2012 al 12% nel 2017
- Forte frammentazione territoriale e dispersione dei finanziamenti dopo il 2012

Strutture residenziali

ADI

SAD

- **Residenzialità:** 77% ospiti anziani
Preso in carico 1.7-degli over 65 - 2,2% nel 2017.
- **Assistenza domiciliare:** Buon tasso di copertura
Frammentazione territoriale intensità
Indice Presa in carico ADI 4.3% - 4,8%; 2,3% degli over 65
Indice di presa in carico SAD : 1,3% anziani

- Conciliazione e Congedi parentali
- Welfare aziendale
- Leggi di riconoscimento dei caregiver
- Piani Nazionali (Famiglie-Cronicità e Demenze; Dopo Di Noi; Vita Indipendente)

- Numero crescente di beneficiari dei congedi (da 291.455 nel 2010 a più di 408.000 nel 2014)
- Diffusione territoriale dei Centri Famiglia
- Sperimentazione di nuovi servizi – family audit etc.

★ 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 caregiver si occupa delle cure senza il supporto di altri servizi o assistenti personali

★ Il **6%** delle famiglie con un membro anziano fa ricorso ad una **assistente informale** o a un servizio professionale; si sale al **28,3%** in caso si problemi gravi nello svolgimento delle attività quotidiane

(ISTAT, 2015)

★ Si fa ricorso ai servizi in situazioni di emergenza

- 54% dei caregiver più anziani e il 69% dei più giovani utilizza i congedi di lavoro

(PLUS, 2016)

Lavoro domestico regolare:

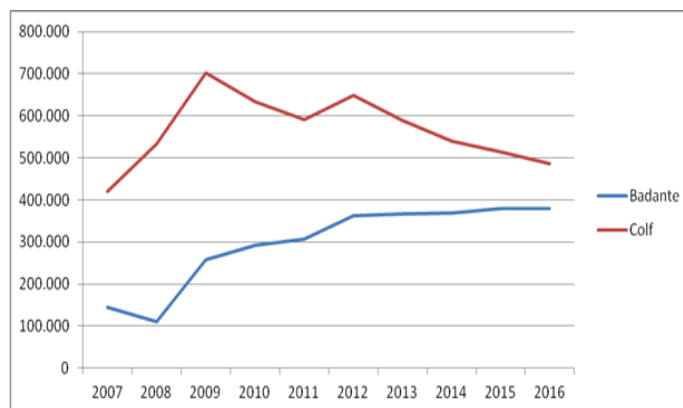


Minor uso delle assistenti familiari (COLF) - da 1.012.988 nel 2012 a 864.526 nel 2017;



Cresce la contrattualizzazione delle **Badanti**

(INPS 2017)





- 864,526 lavoratori domestici con contratto. Oltre il 73% stranieri e circa l'88,3% donne, il 43% con età fra i 50 e i 64 anni.
- Circa il 43% ha un contratto come assistente personale
- Ca 1 milione di lavoratori domestici "informali"
- Prevalenza di salari contenuti (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.

Cosa viene chiesto alle badanti:

- A) Vivere nella stessa casa della persona assistita; dopo la crisi economica in crescita la richiesta di lavoro ad ore
- B) Pluralità di mansioni - tenere compagnia, assistenza infermieristica, pulizia della casa, cucinare, con meno frequenza fare la spesa o pagare bollette.

- ★ Surrogato del ruolo "tradizionale" delle donne? Quasi un membro della famiglia fra "esterno" ed "interno"
- ★ "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.



Lo sviluppo delle professioni di cura

Mandato sociale
sulla
funzione di
cura

Dal curare
al
prendersi
cura

Unpaid care work ---- Paid Care Work

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

Famiglie e
caregiver

Assistenti
familiari Badanti
e Collaboratori
domestici

Professioni
qualificate nei
servizi sociali e
sanitari

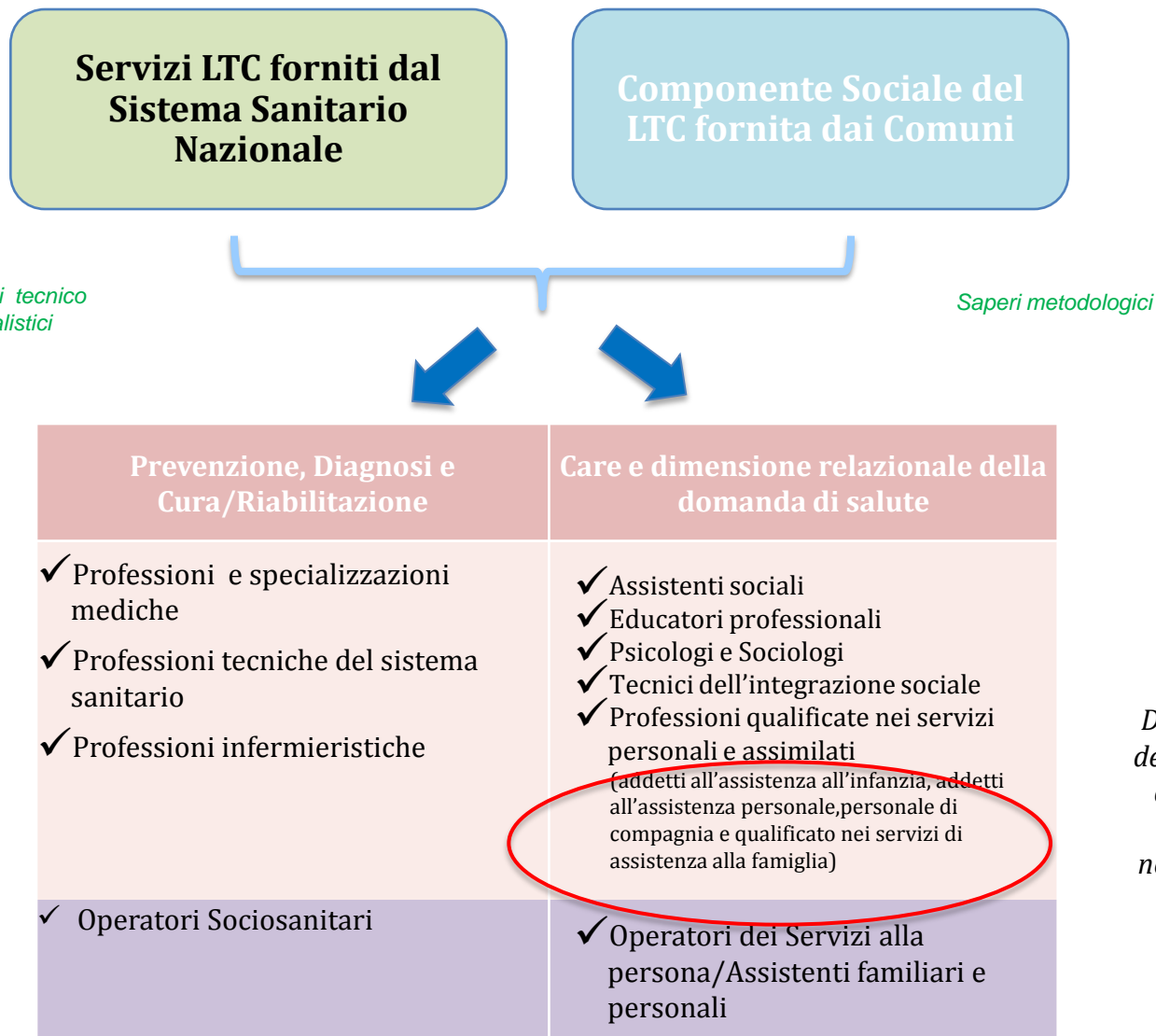
Spesa
pubblica e
Investimenti
privati

Mutamenti nella domanda di cura rivolta ai servizi

**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

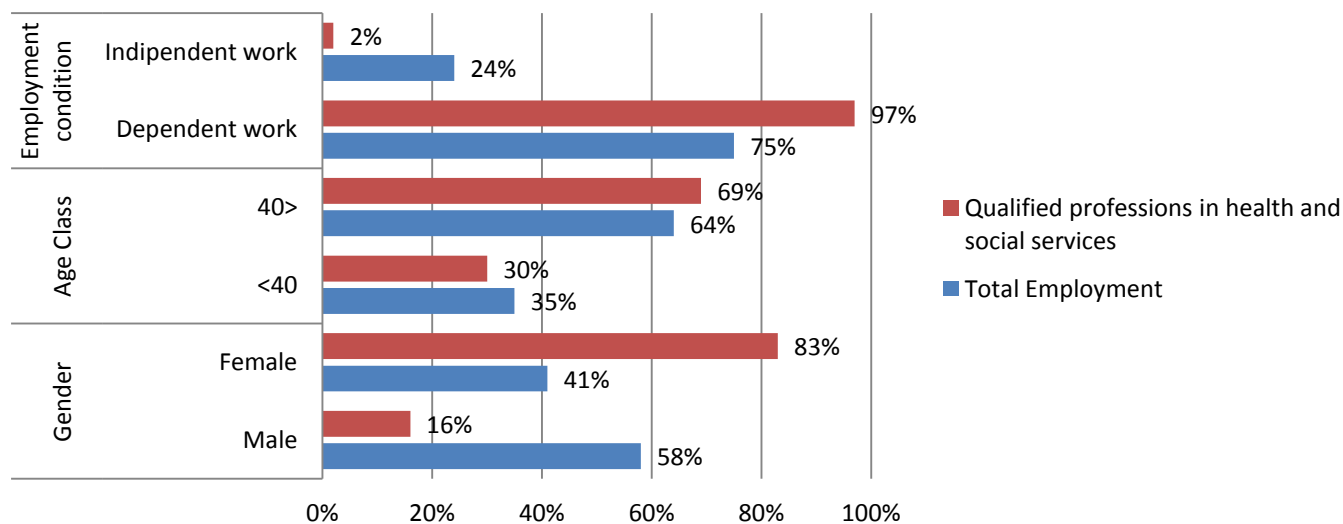


Definizione «sfumata» dei profili professionali, anche in ragione dei cambiamenti nell'assetto dei modelli organizzativi dei servizi

L'8,5% del totale dell'occupazione

- **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.
- **Età tendenzialmente avanzata**
- **Elevata presenza di stranieri:** sono circa il 46% degli assistenti sociali; il 77,6% dei lavoratori domestici
- **Alto tasso di occupazione atipica o «irregolare»**, in particolare quando i servizi sono forniti direttamente alle famiglie (Tasso di occupazione irregolare del 47,6% nel 2015, a fronte della media del 15,9%).

Composizione dell'occupazione (media 2014-2016)





+3,8% fabbisogno di lavoro, sostenuto sia dalla sostituzione che dall'espansione della domanda di lavoro

→ **Specialisti** nelle scienze della vita e della salute (+3,1%) e **tecnici** (della salute +3,4%, e nei servizi sociali +4,2%),

→ **Professioni qualificate nell'area dei servizi personali** (+7,5%).

MA

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

Quali nuove competenze?

Professioni sociali + Infermieri, lavoratori domestici ed educatori	Professioni sanitarie
<p>Care e dimensione relazionale della domanda di salute e convivenza</p>	<p>Prevenzione, Diagnosi e Cura/Riabilitazione</p>
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Non solo «diagnosi, assistenza e controllo individuale» ✓ Presenza in carico di relazioni vs presenza 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 ✓ Nuove Competenze organizzative ✓ Lavoro di squadra interprofessionale; integrazione di diversi apporti specialistici ✓ Orientamento al cliente e competenze psicosociali

Ripensare le premesse modellistiche degli interventi

Ridurre deficit

So già come fare

- La razionalità scientifica è in grado di arrivare a dominare ogni tipo di difficoltà che si presenta nella vita degli uomini

- Non è possibile sistemare tutto quello che non funziona come si vorrebbe, nè eliminare ogni disfunzione

- Si può risanare il male e restituire integrità
- La soluzione c'è (?)

- Ogni disfunzione condensa più problemi e grovigli di relazioni e contraddizioni, come orientarsi?

*Individuo
e
contesto*

- Si possono migliorare le condizioni di vita delle persone
- Con le tecnologie – prendendosene cura

Un'impellente
tendenza al
fare

Cosa provi?

- Disfunzioni e problemi sono la stessa cosa?

Un ideale di
benessere?

Un modo di relazionarsi
che è plurale

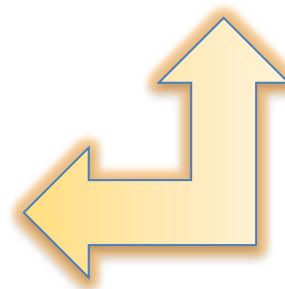
Promuovere sviluppo



- ❖ Invecchiamento, cura e salute, un forte mandato sociale. Basta Ridurre deficit?
- ❖ Valutazione individuale vs relazionalità del problema che organizza la domanda di cura
- ❖ Il lavoro di cura – gradi di libertà fra «obbligo» e «scelta»
- ❖ Fra cura e assistenza: i limiti delle scissioni
- ❖ Tensione tra isolamento nella malattia e desideri di convivenza

- ★ Invecchiamento e nuovi modelli familiari **trasformano le attese generative della società italiana**: salute e invecchiamento sono una questione relazionale del corso della vita
- ★ La dimensione relazionale della domanda di cura, se esplorata, può essere una risorsa da riconoscere
- ★ Dall' eseguire prestazioni al connettere processi – verso una professionalità diffusa – reti miste di professionisti e non
- ★ **Paradigma dell'assistenza attiva - co-creazione di servizi pubblici**
- ★ - **Active Ageing** -Verso un approccio generativo di convivenza sociale

Intervenire per risolvere



Orientarsi a comprendere

FINTO TESTO CREDITS

Roberta Fefè – r.fefe@inapp.org



INAPP - Istituto Nazionale per l'Analisi delle Politiche Pubbliche
Corso d'Italia, 33 - 00198 Roma - tel. +39.06.85447.1 - www.inapp.org