

La riforma del *welfare*. Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»

di Francesca Bettio

Ho trovato nel volume a cura di Guerzoni “La riforma del welfare. Dieci anni dopo la Commissione Onofri” uno strumento davvero utile per fare il punto su quello che è successo - o ancora più spesso non è successo – nei dieci anni che ci separano dai lavori della Commissione. A lettura terminata, tuttavia, il mio sforzo di collocare in un disegno sufficientemente unitario i tanti spunti propositivi che il volume contiene si è scontrato con la percezione che mancassero modelli di riferimento forti quali quelli che hanno ispirato i lavori della Commissione Onofri. Per limitarmi al tema che voglio privilegiare in questo intervento – la cura, soprattutto cura degli anziani – il modello che ha ispirato il volume era quello nordico. Nel frattempo però, il nostro paese ha percorso molta strada nella direzione di un modello affatto diverso, quello americano. Uno dei tratti distintivi di questo modello è che la cura di anziani, bambini o diversamente abili viene in buona parte affidata ad una forza lavoro immigrata sempre abbondante e a basso costo, spesso a servizio delle stesse famiglie.

Nel volume si avverte la tensione fra modello nordico ideale e la versione mediterranea di quello americano che l’Italia sta adottando nei fatti, ma detta tensione rimane implicita, non elaborata, e ciò rischia di pregiudicare efficacia e sostenibilità di alcune delle politiche proposte. Come cambia il “che fare” se, invece si prende atto che la transizione al nuovo modello è difficilmente reversibile?

Conviene partire dalla constatazione che ogni sostegno pubblico organizzato al lavoro di cura fa perno su tre tipi di risorse: il tempo sotto forma di congedi o di flessibilità di orario per chi lavora, il denaro sotto forma di trasferimenti monetari e l’offerta di servizi sussidiati. Nel tipo ideale del modello nordico tutte e tre queste risorse vengono offerte in misura sufficiente a garantire (a) il diritto del singolo ad essere curato e (b) una qualche libertà di scegliere la combinazione desiderata di congedi e flessibilità di orari, trasferimenti e servizi. Il caso italiano è noto invece per la preferenza accordata ai trasferimenti in denaro, soprattutto a scapito dei servizi, e ciò sta incoraggiando l’adozione del modello americano, poiché permette alle famiglie stesse di farsi datore di lavoro degli immigrati.

Nel contesto italiano conviene dunque continuare ad alimentare con i trasferimenti una organizzazione del lavoro di cura tutta interna alla famiglia o correggere la rotta offrendo maggiori risorse tempo e/o maggiori servizi.. Metto subito da parte l’opzione ‘tempo’. Offrire a chi lavora più

tempo o tempo più flessibile per soddisfare i bisogni di cura può essere problematico nel nostro contesto, poiché congedi, flessibilità o comodità di orari sono opzioni non penalizzanti solo nel settore pubblico. Se, quindi, l'universalismo rimane un criterio saliente per valutare le diverse alternative di welfare, non va sottaciuto il rischio che l'opzione "tempo" comporti ulteriori differenze reali di trattamento.

Diverso è il discorso per i servizi. A mio avviso ci sono ragioni forti per correggere la rotta a favore dei servizi purché ciò avvenga nell'ambito di una strategia di coordinamento dell'offerta complessiva di cura – delle imprese, delle famiglie e delle istituzioni – qualcosa di analogo ad un "piano industriale di cura" che non deve necessariamente ricalcare il percorso nordico. Prima le ragioni e poi alcuni nodi di questa strategia.

Ragioni di carattere generale a favore di maggiori servizi sono la creazione di occupazione o l'emersione della medesima, e un minor rischio di sottopagare il lavoro di cura. Ragioni di carattere specifico vanno rinvenute in alcuni grossi problemi di sostenibilità e funzionalità dell'offerta attuale rispetto a probabili scenari di invecchiamento.

Le ragioni generali. Dal lato della domanda favorire la fuoriuscita di lavoro di cura dalla famiglia verso servizi pubblici o privati, inclusa l'opzione di voucher al posto di denaro, significa incoraggiare nuova occupazione femminile o quantomeno favorirne l'emersione. Dal lato dell'offerta, la disponibilità di servizi allenta i vincoli di tempo che spesso impediscono alle donne di lavorare o riducono la durata del lavoro. In un contesto di occupazione femminile bassa o sommersa, fuoriuscita o emersione comportano un aumento netto di entrate fiscali che possono a loro volta contribuire a finanziare i servizi che vengono creati. Come nota Bosi nel suo contributo al volume l'occupazione nei servizi socio-sanitari non raggiunge il 6% in Italia contro una media europea di circa il 9,5%, l'11% nel Regno Unito e il 19% in Svezia.

Per contro i trasferimenti monetari rischiano di scoraggiare la 'fuoriuscita' del lavoro di cura dalla famiglia. Inoltre, le recenti esperienze di Austria e Germania dove è stata introdotta l'assicurazione obbligatoria di disabilità (Long Term Care Insurance) suggeriscono che restituire il premio assicurativo in moneta senza alcun vincolo di spesa finisce per sotto-remunerare il lavoro di cura prestato dai familiari – donne nella stragrande maggioranza – o per alimentare un mercato nero del lavoro di cura. Secondo i dati più recenti i trasferimenti monetari sono la modalità d'uso più diffusa dell'assicurazione obbligatoria sia in Germania che in Austria (rispettivamente il 50, 4% e l'80% del totale del valore delle prestazioni: (Simonazzi 2006). In entrambi i casi la sottoremunerazione del lavoro di cura è probabilmente maggiore di quella che viene lamentata in Francia dove si fa largo uso di *voucher*, anche se l'argomento merita ulteriori approfondimenti.

Vengo ora alle ragioni specifiche. Come ci è ben familiare, il modello di cura domiciliare degli anziani che va sempre più diffondendosi nel nostro paese si regge su una triade di attori, il familiare che funge anche o soprattutto da coordinatore, il collaboratore domestico (badante) e l'eventuale operatore pubblico o privato per le prestazioni a maggiore contenuto sanitario (uso il termine "eventuale" perché la presenza e la qualità di servizi pubblici domiciliari è notoriamente diseguale nelle diverse aree del paese). Garantiscono tuttora l'efficienza economica di questa organizzazione, una chiara divisione del lavoro fra questi tre attori e un costo del collaboratore che rimane competitivo rispetto alle alternative esistenti nell'attuale contesto di parziale o totale irregolarità contrattuale. Tuttavia, gli scenari demo-economici più plausibili per il prossimo futuro sono destinati ad accentuarne alcuni importanti limiti di funzionalità e sostenibilità.

I limiti di sostenibilità sono legati al rischio che i flussi di immigrazione a breve termine dai paesi dell'Est si assottiglino non appena la crescita economica di questi paesi riprenda, a meno di non rendere appetibile una integrazione a lungo termine nel nostro paese. Vanno perciò costruiti percorsi di reclutamento, inserimento logistico e carriera mirati ad incrementare l'immigrazione a lungo termine nel settore e destinati a quei segmenti che sono più sensibili a prospettive di stabilizzazione (Piperno 2007). In questi percorsi l'esperienza di cura maturata presso le famiglie potrebbe essere fatta valere come prima tappa di un percorso di lavoro nel settore socio-sanitario. I nodi da affrontare in questa prospettiva riguardano, da un lato, la politica dell'immigrazione e, dall'altro, una gestione complessivamente coerente dei contratti di lavoro nei diversi segmenti del mercato del lavoro di cura – presso le famiglie, nel pubblico, nel privato (Gori 2007). Per esempio, accanto alle implicazioni positive dell'ultimo contratto per collaboratori familiari, se ne sono valutati appieno i rischi dato che esso comporta oramai per la famiglia un costo pari o superiore a quanto mediamente guadagna una operaia nell'industria e quindi incoraggia ulteriormente il sommerso?

I limiti di funzionalità della triade famiglia+badante+servizi pubblici/privati - sono chiaramente evidenti nei casi di anziani che vivano soli e non possano contare su un familiare che coordini e integri il lavoro della badante con il proprio e quello degli operatori esterni. A titolo di esempio, la quota di anziani disabili ultrasessantacinquenni raggiungeva il 34 per cento in Emilia Romagna già nel 2000 (Cosentino e Innorta 2005) e, anche se solo una parte di questi non poteva contare su un familiare di riferimento per l'assistenza, il fenomeno è destinato a crescere nel futuro. Limiti di funzionalità sono evidenti anche nelle fasi terminali della vita del disabile anziano, dove un'assistenza domiciliare a basso contenuto sanitario deve essere necessariamente integrata con frequenti ricoveri ospedalieri che rischiano di sprecare costose risorse mediche e di moltiplicare sforzi economici, tempi di coordinamento e stress da parte dei familiari. Ulteriori limiti di una

simile organizzazione sono la vulnerabilità nei casi di “regolare” emergenza, quale la malattia della ‘badante, il suo giorno di riposo le sue ferie o i suoi rientri in patria (Piperno 2007).

Questi limiti si possono superare sviluppando un’offerta di servizi di assistenza “*integrativi*” in *almeno* tre direzioni: *servizi interstiziali* o di “respite care” quali la possibilità di affidare l’anziano a strutture alberghiero-assistenziali per periodi anche molto brevi (mezza giornata o una settimana) o di trovare velocemente un sostituto affidabile; sviluppo della *domotica* per aumentare l’autonomia dell’anziano a domicilio; investimento in *strutture residenziali innovative e integrate nel tessuto urbano* per i casi di anziani soli e/o sufficientemente disabili da rendere disfunzionale l’assistenza a domicilio. Poiché il costo di servizi e prestazioni gestiti dal pubblico continua ad essere elevato (Bettio, Solinas e Mazzotta 2007, Bettio e Solinas 2005) mentre un’offerta residenziale innovativa non è necessariamente appetibile per il privato, i nodi da affrontare in questa prospettiva sono, da un lato, le forme di collaborazione con l’offerta privata e, dall’altro, la regolamentazione pubblica della qualità dell’offerta.

Riferimenti

Bettio, F., Solinas, G., 2005, “Cura degli anziani: si può battere il mercato?”
www.qualificare.it, newsletter n.3 intervento n.2.

Bettio, F. Solinas G. e Mazzotta F. (2007) “Costs and prospects for home based Long Term Care in Northern Italy: the Galca survey”, *CELPE Discussion Paper* no. 103
(http://www.unisa.it/Centri_e_Vari/CELPE/discussionpaper.php)

Bosi, P. (2007) “L’irresistibile attrazione dei trasferimenti monetari” in L. Guerzoni (a cura di), *La riforma del welfare Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»*
http://www.fondazionegorrieri.it/jsps/158/Servizi/166/Attivita/193/Ricerche_e_proposte_di_politica_sociale/269/La_riforma_del_welfare.jsp

Cosentino F. e Innorta M. (2005) “Qualità del lavoro e qualità della vita: la cura per gli anziani non autosufficienti tra lavoro formale, lavoro sommerso e lavoro domestico”, *AIEL, XIX Convegno Nazionale di Economia del Lavoro*

Gori C. (2007) “Risorse per i non autosufficienti”, *Il Sole24ore*, 27/09.

Granaglia E. (2007) “Universalismo e selettività: necessità, condizioni, criticità”, in L. Guerzoni, *cit.*

Piperno F. (2007) “Migrazioni di cura: l’impatto sul welfare e le risposte delle politiche”, sottoposto alla pubblicazione per *Polis*–1/10/2007

Simonazzi A. (2006) “Care Regimes and National Employment Models”, (revised 2007), Roma, Fondazione Brodolini, <http://www.dynamoproject.eu>