

## **Il ruolo dell'impresa sociale nei nuovi bisogni della popolazione. Il ruolo dei caregiver formali e informali.**

**Alessia Anzivino**

SDA Bocconi School of Management

### **ABSTRACT**

Dopo avere esaminato i dati sulla non autosufficienza in Italia e aver investigato il tema dell'invecchiamento della popolazione italiana, il presente lavoro mira a capire come si colloca il tema del caregiver tra formalità e informalità.

Parlare di caregiver familiare significa considerare l'approccio istituzionalista dello studio della pubblica amministrazione, tenendo conto anche di come la pubblica amministrazione, il settore non profit e quello privato possono collaborare tra loro nella logica di creazione di network innovativi.

La collaborazione dei tre settori prevede necessariamente il ricorso a temi di welfare aziendale e di welfare territoriale che se agiti in maniera efficiente possono contribuire alla conciliazione vita-lavoro dei caregiver familiari e creare valore anche per il territorio di riferimento.

Paper presentato in occasione del

X Colloquio scientifico sull'impresa sociale, 10 - 11 giugno 2016

Dipartimento di Scienze Politiche

Università degli Studi di Napoli "Federico II"

ISBN 978-88-909832-3-8



**Iris Network**  
Istituti  
di Ricerca  
sull'Impresa  
Sociale

## 1. Il sistema di welfare in Italia: dati demografici

L'Italia si trova a fronteggiare svariati problemi riguardanti il sistema del welfare a causa sia della crisi economica, sia delle trasformazioni socio demografiche.

Da un lato quindi ci si trova in un contesto di riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali e di conseguenze di disagio economico per le famiglie; dall'altro l'invecchiamento della popolazione ha generato cambiamenti nella struttura stessa delle famiglie che, come conseguenza delle modificazioni delle reti inter familiari, ha portato ad una generale riduzione degli aiuti informali scambiati dalle famiglie.

I dati del 2012 dell'Istat, pubblicati nel 2014, relativi all'andamento demografico italiano mostrano che la speranza di vita è di 79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne e il livello di fecondità risulta molto basso attestandosi ad un livello medio di 1,42 figli per donna, contro una media europea pari a 1,58.

L'indice di vecchiaia italiano si attesta, invece a 151,6, rispetto ad una media europea di 116,6. L'indice di vecchiaia si misura come il rapporto tra la popolazione oltre i 65 anni e la popolazione che ha un'età compresa tra 0 e 14 anni, moltiplicato per 100. Il dato implica, quindi, l'esistenza di 151 persone over 65 anni ogni 100 giovani con meno di 15 anni.

**Figura 1: Dinamica demografica Ue28 - Anno 2012 (Indice di vecchiaia - Anno 2013)**

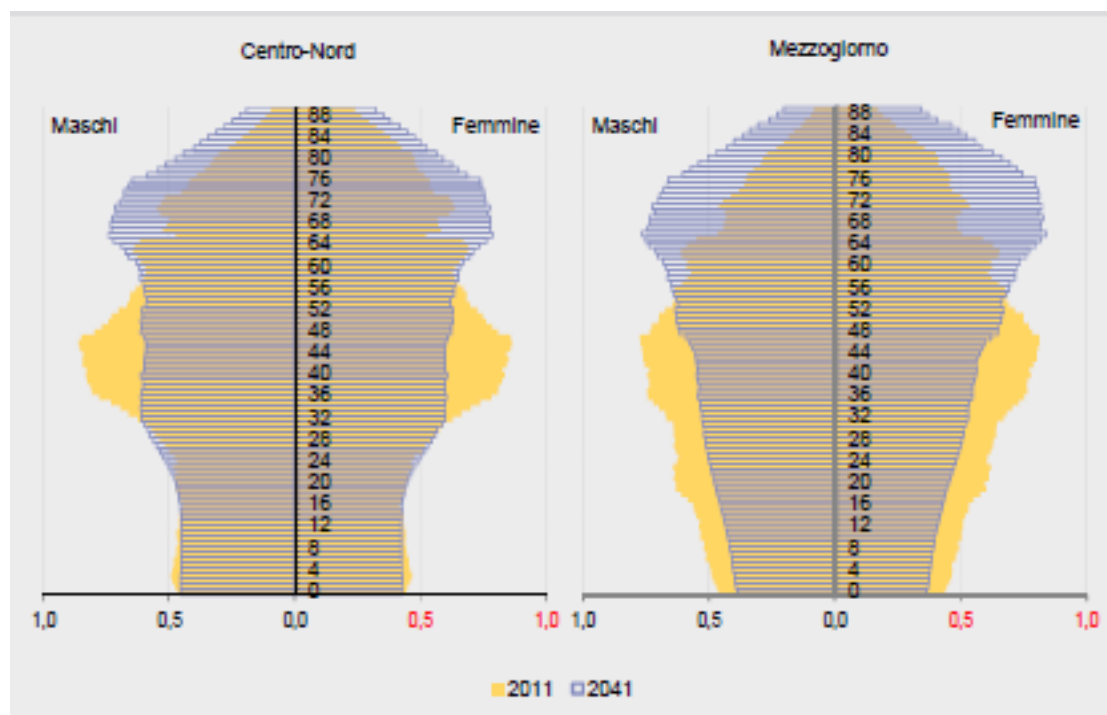
|               | Speranza di vita alla nascita |             | Tasso di fecondità totale | Indice di vecchiaia (a) | Saldo migratorio con l'estero | Stranieri (per cento residenti) |
|---------------|-------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
|               | Maschi                        | Femmine     |                           |                         |                               |                                 |
| Ue28          | 77,5                          | 83,1        | 1,58                      | 116,6                   | -                             | -                               |
| Germania      | 78,6                          | 83,3        | 1,38                      | 158,0                   | 2,9                           | 9,1                             |
| Francia       | 78,7                          | 85,4        | 2,00                      | 96,7                    | 0,6                           | 6,0                             |
| Regno Unito   | 79,1                          | 82,8        | 1,92                      | 97,7                    | 2,8                           | 7,6                             |
| Spagna        | 79,5                          | 85,5        | 1,32                      | 115,8                   | 3,0                           | 11,2                            |
| Nord-ovest    | 79,8                          | 84,7        | 1,48                      | 164,4                   | 4,7                           | 9,7                             |
| Nord-est      | 80,1                          | 85,1        | 1,47                      | 157,3                   | 4,0                           | 10,1                            |
| Centro        | 79,7                          | 84,4        | 1,42                      | 166,4                   | 6,5                           | 9,1                             |
| Mezzogiorno   | 79,0                          | 83,7        | 1,34                      | 131,1                   | 2,4                           | 3,0                             |
| <b>Italia</b> | <b>79,6</b>                   | <b>84,4</b> | <b>1,42</b>               | <b>151,4</b>            | <b>4,1</b>                    | <b>7,4</b>                      |

**Fonte: ISTAT 2014**

I dati mostrano un accentuarsi dell'invecchiamento della popolazione, e ciò presuppone l'esistenza di un sistema di welfare pronto a fronteggiare le numerose criticità emergenti da questo quadro demografico e che deve fare i conti anche con le riduzioni dei fondi destinati alle politiche sociali e al crescente impoverimento delle famiglie.

La situazione non appare migliorare neanche tenendo in considerazione le modifiche della struttura della popolazione nei prossimi trent'anni.

**Figura 2: Piramidi delle età a confronto – Anni 2011 - 2041**

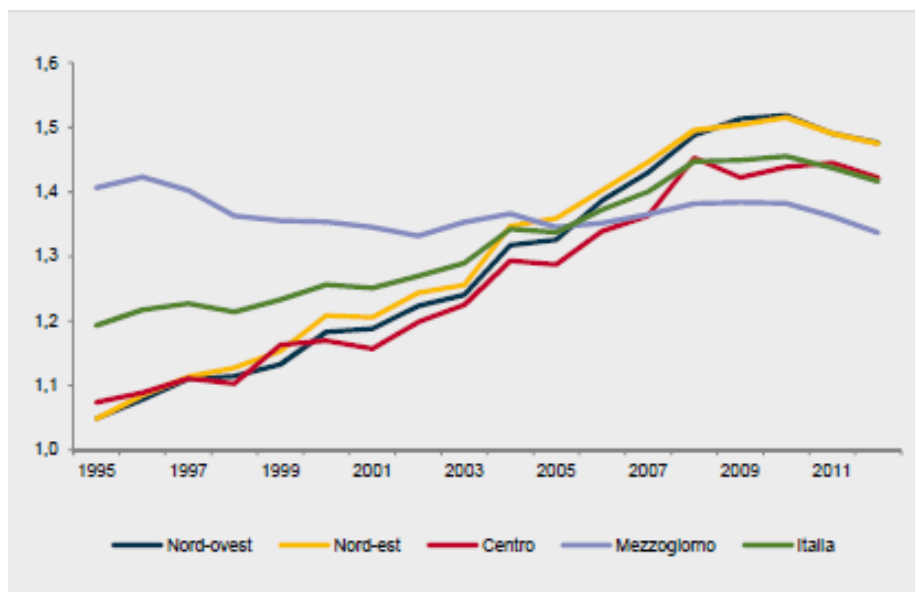


**Fonte: ISTAT 2014**

La Figura 2 mostra come nel 2041 il rigonfiamento si sposterà verso gli ultra sessantacinquenni e questo sia per quanto riguarda la popolazione residente al centro-nord sia per quella residente nel mezzogiorno.

Per delineare un quadro completo dell'andamento demografico della popolazione italiana è necessario riferirsi anche al trend di crescita della natalità e della fecondità dal 1995.

**Figura 3: Numero medio di figli con ripartizione geografica di residenza della madre**



**Fonte: ISTAT 2014**

La fase di aumento della fecondità delle donne nelle zone del nord e del centro d'Italia è da attribuire alla presenza di donne straniere e ai loro comportamenti riduttivi; il mezzogiorno vede, invece, una diminuzione del numero di figli medi per ogni donna presente sul territorio.

Nel 2013 i bambini iscritti all'anagrafe saranno meno di 515 mila, questo dato differisce di 12 mila unità rispetto al minimo storico delle nascite del 1995.

Le coppie con figli stanno diminuendo, circa 320.000 in meno rispetto al 2006-2007, cfr 2012-2013, e sono in percentuale il 34,6%. Alla diminuzione delle coppie con figli, si accompagna l'aumento delle famiglie senza figli, che dall'ultima rilevazione dell'ISTAT sono pari a 4 milioni e 852 mila, con un incremento che va dal 28,7 al 29,3%, che in termini assoluti è pari ad un aumento di 165 mila unità.

Tra il 2006-2007 e il 2012-2013, sono aumentate del 23,1% le famiglie unipersonali, che rappresentano un numero assoluto di 7,5 milioni e in termini percentuali sono pari al 30,2% delle famiglie italiane. Il dato non confortante è che quasi la metà di queste famiglie, per la precisione il 48,7% è formato da persone anziane di oltre 65 anni, per la maggior parte donne.

Nel periodo di riferimento, 2012-2013, inoltre, sono aumentate anche le famiglie unipersonali composte da single non vedovi, che oggi sono pari a 4,4 milioni, esattamente 1 milione in più rispetto al periodo 2006-2007. A tutto ciò si accompagna, inoltre un aumento delle famiglie composte da un unico genitore non vedovo.

Da questi dati emerge che il panorama familiare italiano sta cambiando notevolmente e la rete formata dai familiari più stretti e dai parenti, che nel panorama classico ha sempre inciso molto,

sarà sempre meno in grado di fornire aiuti; una delle conseguenze di tutto ciò è la diminuzione del tempo che la rete parentale dedica all'attività di care giving, in particolare sembra venuta meno la rete formata dalle donne.

Tutto ciò provoca l'adattamento a nuovi sistemi di risposta a nuovi bisogni creati dal venir meno della funzione di caregiver che fino ad ora era a panaggio dei componenti della famiglia.

## 2. Lo stato di salute degli italiani e la disabilità

L'invecchiamento della popolazione ha portato anche all'aumento della disabilità, definita come "condizione della persona legata a quel ventaglio di attività di vita che subiscono serie restrizioni a causa di limitazioni funzionali". Tutto ciò si configura in nuove pressioni sul Sistema Sanitario Nazionale, che vede l'incremento di persone bisognose di cure e di assistenza.

A livello di situazione generale di salute degli italiani, l'ultimo rapporto dell'ISTAT ha mostrato che nel 2012 sono aumentate le persone che hanno dichiarato di stare male o molto male, esse rappresentano il 7,7% della popolazione totale, mentre nel 2005 rappresentavano il 6,7%.

La popolazione con oltre 65 anni di età soffre per più del 50% di patologie croniche gravi. Questo dato è in aumento, infatti nel 2012 il 14,8% della popolazione soffre di almeno una patologia grave; questo dato è cresciuto dell'1,5% rispetto al 2005. Il dato non deve essere letto come un peggioramento delle condizioni generali di salute, ma come un incremento della popolazione esposta al rischio di malattie croniche gravi.

**Figura 4: Persone con almeno una malattia cronica grave**

| CLASSI DI ETÀ                | Almeno una malattia cronica grave (a) |             |             |             |             |             |
|------------------------------|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                              | 2005                                  |             |             | 2012 (b)    |             |             |
|                              | Maschi                                | Femmine     | Totale      | Maschi      | Femmine     | Totale      |
| 0-13                         | 1,4                                   | 0,8         | 1,1         | 1,1         | 1,4         | 1,2         |
| 14-24                        | 1,8                                   | 2,0         | 1,9         | 1,9         | 2,3         | 2,1         |
| 25-34                        | 2,4                                   | 2,7         | 2,5         | 2,6         | 3,4         | 3,0         |
| 35-44                        | 4,4                                   | 3,8         | 4,1         | 4,5         | 4,9         | 4,7         |
| 45-54                        | 10,2                                  | 8,7         | 9,4         | 10,1        | 9,2         | 9,6         |
| 55-64                        | 24,2                                  | 18,7        | 21,4        | 23,6        | 18,8        | 21,2        |
| 65-69                        | 35,6                                  | 28,8        | 32,0        | 35,8        | 28,1        | 31,7        |
| 70-74                        | 41,2                                  | 34,2        | 37,3        | 43,1        | 34,4        | 38,5        |
| 75 e più                     | 55,1                                  | 47,3        | 50,2        | 57,0        | 51,1        | 53,3        |
| <b>Totale</b>                | <b>13,3</b>                           | <b>13,3</b> | <b>13,3</b> | <b>14,6</b> | <b>15,0</b> | <b>14,8</b> |
| <b>Totale standardizzato</b> | <b>15,9</b>                           | <b>13,2</b> | <b>14,6</b> | <b>16,0</b> | <b>13,9</b> | <b>14,9</b> |

**Fonte: ISTAT 2014**

In base all'ultima rilevazione ISTAT, le persone over 65 con risorse economiche scarse o insufficienti che stanno male o molto male sono il 30,2% nel 2012, mentre solo il 14,8% dichiara di avere risorse adeguate.

Per i poveri, oggi, i trasferimenti sociali risultano essere parte integrante del reddito, e al netto di questi trasferimenti il rischio di povertà sarebbe di 5 punti percentuali superiore rispetto a quello oggi osservato.

Focalizzandosi sulla spesa per protezione sociale, l'Italia è settimana tra i paesi UE28, come mostra la tabella seguente:

**Figura 5: Spesa per protezione sociale rispetto al Pil**

| PAESI           | 2008        | 2009            | 2010            | 2011            |
|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <b>Italia</b>   | <b>27,7</b> | <b>29,9</b>     | <b>29,9 (a)</b> | <b>29,7 (a)</b> |
| Austria         | 28,5        | 30,7            | 30,6            | 29,5            |
| Belgio          | 28,3        | 30,6            | 30,1            | 30,4            |
| Bulgaria        | 15,5        | 17,2            | 18,1            | 17,7            |
| Cipro           | 19,5        | 21,1            | 22,1            | 22,6            |
| Croazia         | 18,7        | 20,8            | 21,0            | 20,6            |
| Danimarca       | 30,7        | 34,7            | 34,3            | 34,2            |
| Estonia         | 14,9        | 19,0            | 18,0            | 16,1            |
| Finlandia       | 26,2        | 30,4            | 30,6            | 30,0            |
| Francia         | 31,3        | 33,6            | 33,8            | 33,6 (a)        |
| Germania        | 28,0        | 31,5            | 30,6            | 29,4 (a)        |
| Grecia          | 26,2        | 28,0            | 29,1            | 30,2            |
| Irlanda         | 21,5        | 26,5            | 28,5            | 29,6 (a)        |
| Lettonia        | 12,7        | 16,9            | 17,8            | 15,1 (a)        |
| Lituania        | 16,1        | 21,2            | 19,1            | 17,0 (a)        |
| Lussemburgo     | 21,4        | 24,3            | 23,1            | 22,5            |
| Malta           | 18,1        | 19,6            | 19,4            | 18,9            |
| Paesi Bassi     | 28,5        | 31,6            | 32,1            | 32,3 (a)        |
| Polonia         | 18,6        | 19,2            | 19,2            | 19,2            |
| Portogallo      | 24,3        | 26,8            | 26,8            | 26,5 (a)        |
| Regno Unito     | 25,8        | 28,6            | 27,4            | 27,3            |
| Repubblica Ceca | 18,0        | 20,3            | 20,2            | 20,4            |
| Romania         | 14,3        | 17,1            | 17,6            | 16,3            |
| Slovacchia      | 16,1        | 18,8            | 18,7            | 18,2 (a)        |
| Slovenia        | 21,4        | 24,2            | 25,0            | 25,0 (a)        |
| Spagna          | 22,2        | 25,4 (a)        | 25,8 (a)        | 26,1 (a)        |
| Svezia          | 29,5        | 32,0            | 30,4            | 29,6 (a)        |
| Ungheria        | 22,9        | 24,3            | 23,1            | 23,0            |
| <b>Ue28</b>     | <b>26,7</b> | <b>29,6 (a)</b> | <b>29,3 (a)</b> | <b>29,0 (a)</b> |

**Fonte: ISTAT 2014**

Il nostro paese è, inoltre, uno dei paesi che destina la quota più elevata alla previdenza, e gli indicatori mostrano che oltre il 52% delle risorse, è destinato sia alla spesa per pensioni o assegni di cura a favore di persone anziane che manifestano necessità di assistenza continua in ambito non sanitario, sia a spese non monetarie relative a prestazioni in kind.

Un altro dato fondamentale è la quota di cittadini che rinuncia alle cure, e nel 2012 tale dato è stato pari all'11,1% della popolazione. Con rinuncia alle cure si intende la rinuncia ad accertamenti specialistici o visite specialistiche non odontoiatriche o acquisto di farmaci. La percentuale è crescente al mezzogiorno e a livello femminile, come mostra la tabella sottostante:

**Figura 6: Persone che hanno rinunciato a spese sanitarie**

| PAESI           | 2008 | 2009     | 2010     | 2011     |
|-----------------|------|----------|----------|----------|
| Italia          | 27,7 | 29,9     | 29,9 (a) | 29,7 (a) |
| Austria         | 28,5 | 30,7     | 30,6     | 29,5     |
| Belgio          | 28,3 | 30,6     | 30,1     | 30,4     |
| Bulgaria        | 15,5 | 17,2     | 18,1     | 17,7     |
| Cipro           | 19,5 | 21,1     | 22,1     | 22,6     |
| Croazia         | 18,7 | 20,8     | 21,0     | 20,6     |
| Danimarca       | 30,7 | 34,7     | 34,3     | 34,2     |
| Estonia         | 14,9 | 19,0     | 18,0     | 16,1     |
| Finlandia       | 26,2 | 30,4     | 30,6     | 30,0     |
| Francia         | 31,3 | 33,6     | 33,8     | 33,6 (a) |
| Germania        | 28,0 | 31,5     | 30,6     | 29,4 (a) |
| Grecia          | 26,2 | 28,0     | 29,1     | 30,2     |
| Irlanda         | 21,5 | 26,5     | 28,5     | 29,6 (a) |
| Lettonia        | 12,7 | 16,9     | 17,8     | 15,1 (a) |
| Lituania        | 16,1 | 21,2     | 19,1     | 17,0 (a) |
| Lussemburgo     | 21,4 | 24,3     | 23,1     | 22,5     |
| Malta           | 18,1 | 19,6     | 19,4     | 18,9     |
| Paesi Bassi     | 28,5 | 31,6     | 32,1     | 32,3 (a) |
| Polonia         | 18,6 | 19,2     | 19,2     | 19,2     |
| Portogallo      | 24,3 | 26,8     | 26,8     | 26,5 (a) |
| Regno Unito     | 25,8 | 28,6     | 27,4     | 27,3     |
| Repubblica Ceca | 18,0 | 20,3     | 20,2     | 20,4     |
| Romania         | 14,3 | 17,1     | 17,6     | 16,3     |
| Slovacchia      | 16,1 | 18,8     | 18,7     | 18,2 (a) |
| Slovenia        | 21,4 | 24,2     | 25,0     | 25,0 (a) |
| Spagna          | 22,2 | 25,4 (a) | 25,8 (a) | 26,1 (a) |
| Svezia          | 29,5 | 32,0     | 30,4     | 29,6 (a) |
| Ungheria        | 22,9 | 24,3     | 23,1     | 23,0     |
| UE28            | 26,7 | 29,6 (a) | 29,3 (a) | 29,0 (a) |

**Fonte: ISTAT 2014**

Il Sistema Sanitario Nazionale già in passato e ancora di più oggi ha dovuto fronteggiare i problemi relativi all'equilibrio tra i vincoli di spesa e l'efficacia degli interventi. Oggi, ancora di più ha dovuto rispondere a questi problemi e ha dovuto modificare i propri assetti organizzativi che hanno, da un lato portato alla razionalizzazione della governance, dall'altro all'instabilità degli operatori interni al settore.

Il 2012 ha registrato una diminuzione della spesa sanitaria sia pubblica che privata, e questo rende molto chiara la situazione delle famiglie italiane che, a fronte di una riduzione della spesa pubblica, ha difficoltà a far fronte con le proprie risorse agli inconvenienti e alle spese derivanti dal peggioramento delle condizioni di salute di alcuni componenti delle famiglie.

Il ricorso al settore privata è una diretta conseguenza, spesso, della scarsa fiducia dei cittadini nel settore pubblico o della mancanza di tempo o di cure specialistiche della sanità pubblica. Il pubblico, pur agendo sul prezzo dell'offerta dei servizi, attraverso strumenti quali il ticket o la compartecipazione della spesa, eroga solamente alcune prestazioni, generalmente quelle incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza, limitando l'erogazione di cure specialistiche, e, inoltre, è caratterizzato da tempi di attesa piuttosto lunghi.

A livello istituzionale sono i comuni a svolgere un ruolo centrale nella gestione degli interventi e dei servizi sociali sul territorio di riferimento; nell'ambito sociale e della sanità un ruolo fondamentale è svolto dal settore non profit, che assume un ruolo sempre più importante sul territorio e tenta di colmare le fragilità del sistema di welfare esistente.

### 3. La spesa sociale in Italia

Secondo l'ISTAT nel 2011 i Comuni italiani hanno destinato alle politiche di welfare territoriale 7 miliardi e 27 milioni di Euro, con una diminuzione dell'1 per cento rispetto al 2010. Tale dato va considerato al netto della compartecipazione dei cittadini e dei fondi del Sistema Sanitario Nazionale.

In termini pro capite nel 2011 sono stati destinati 115,7 euro per abitante, contro i 117,8 euro del 2010, registrando una diminuzione che segna un cambiamento rispetto agli anni precedenti, basti pensare che tra il 2003 e il 2009 si è registrato un incremento del 6 per cento.

I dati restituiscono, quindi, un'immagine del paese in cui la diminuzione della spesa sociale pro capite peggiora le condizioni delle classi sociali meno abbienti e rimarca le difficoltà di un paese che fa i conti con la crisi degli ultimi anni e in cui la popolazione continua ad invecchiare e la speranza di vita ad aumentare.

Le differenze, ovviamente, si acquiscono in un confronto tra le diverse zone d'Italia.

**Figura 7: Spesa sociale dei comuni singoli per fonti di finanziamento e ripartizione geografica-Anno 2011.**

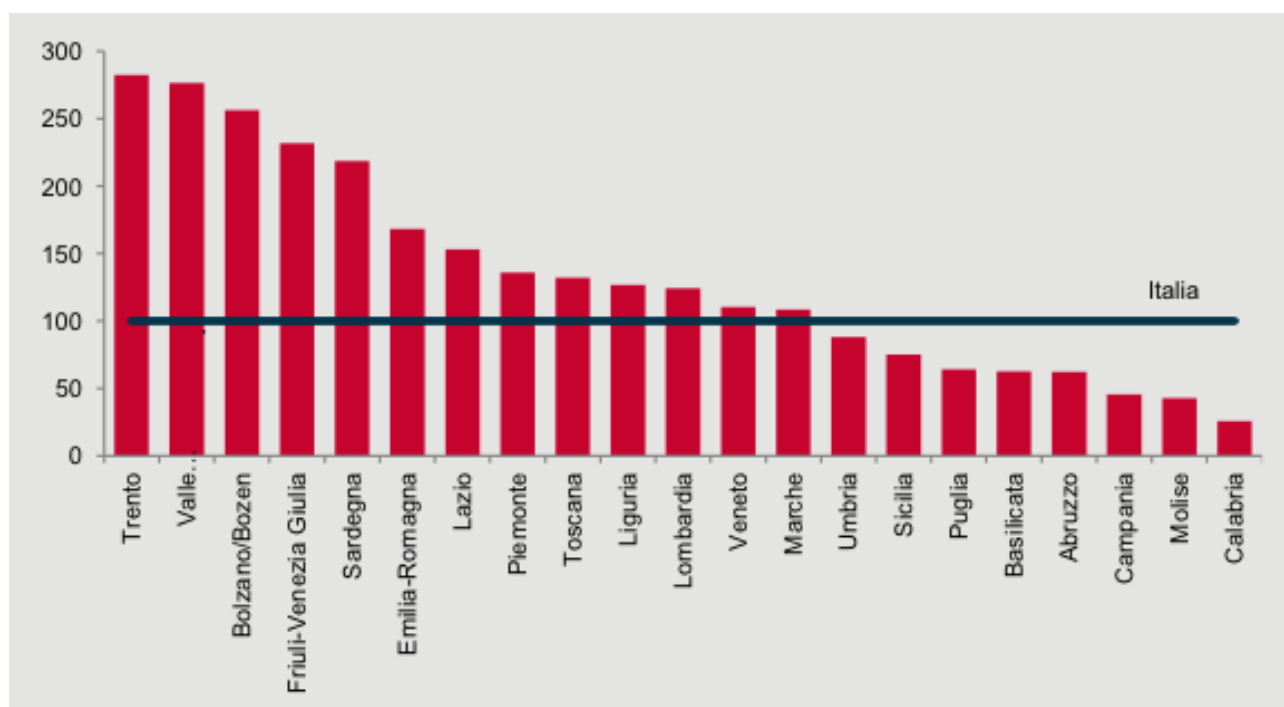
| RIPARTIZIONI<br>GEOGRAFICHE | Fondo<br>indistinto per<br>le politiche<br>sociali (a) | Fondi<br>regionali<br>vincolati per<br>le politiche<br>sociali dello<br>Stato (b) | Fondi<br>vincolati per<br>le politiche<br>sociali dello<br>Stato o da<br>Ue (c) | Altri<br>trasferimenti<br>da Enti<br>pubblici | Trasferimento<br>fondi da<br>privati | Risorse<br>proprie del<br>Comune | Risorse<br>proprie<br>degli Enti<br>associativi | Totale       |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------------|--------------|
| Nord-ovest                  | 9,5                                                    | 11,9                                                                              | 2,7                                                                             | 2,9                                           | 1,3                                  | 70,0                             | 1,7                                             | 100,0        |
| Nord-est                    | 13,1                                                   | 18,4                                                                              | 1,6                                                                             | 1,4                                           | 1,6                                  | 62,0                             | 1,9                                             | 100,0        |
| Centro                      | 7,5                                                    | 17,1                                                                              | 3,8                                                                             | 1,6                                           | 0,9                                  | 67,1                             | 2,0                                             | 100,0        |
| Sud                         | 20,4                                                   | 10,1                                                                              | 4,6                                                                             | 6,6                                           | 0,5                                  | 55,7                             | 2,1                                             | 100,0        |
| Isole                       | 24,5                                                   | 34,5                                                                              | 3,3                                                                             | 0,8                                           | 0,6                                  | 36,1                             | 0,2                                             | 100,0        |
| <b>Italia</b>               | <b>12,4</b>                                            | <b>17,1</b>                                                                       | <b>2,9</b>                                                                      | <b>2,2</b>                                    | <b>1,2</b>                           | <b>62,5</b>                      | <b>1,7</b>                                      | <b>100,0</b> |

**Fonte: ISTAT 2014**

La Figura 7 mostra come le risorse proprie messe a disposizione dal Comune per la spesa sociale siano molto più basse al Sud rispetto al Nord e al Centro. Nelle regioni meridionali, inoltre, si è registrato il calo più consistente, del 5%, tra il 2010 e il 2011.



**Figura 8: Spesa sociale dei comuni singoli per regione - Pro capite -Anno 2011.**



**Fonte: ISTAT 2014**

Essere residenti al sud significa beneficiare di una spesa annua di circa 50 euro pro capite per i servizi sociali che il Comune offre, al Nord Ovest, invece, i Comuni offrono un somma pari a 160 euro.

Per quanto riguarda, invece, la spesa pro capite di integrazione al reddito familiare si assiste ad una diminuzione, passando da 806 a 740 euro all'anno pro capite, e tutto ciò a fronte di un aumento dei beneficiari che sono passati dai 143.599 del 2010, ai 145.331 del 2011.

Per quanto riguarda la disabilità, la spesa rivolta dai comuni ai disabili è aumentata di 35 milioni di euro dal 2010 al 2011 facendo sì che la spesa per i "disabili" all'interno della spesa sociale complessiva dei Comuni passi dal 22,4% del 2010 al 23,2% del 2011. I principali servizi per i disabili si concretizzano nel sostegno socio-educativo scolastico, i centri diurni, le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare. Questi ultimi due segmenti contano rispettivamente per il 16 e il 14% del totale della spesa complessiva per disabili.

Solo 7 disabili su 100 in Italia usufruiscono del servizio di assistenza domiciliare, e le variazioni tra le varie regioni non dipendono da Nord - Sud, ma dalle diverse politiche regionali. In termini di spesa, invece, un disabile che vive al Nord beneficia di una spesa annua pari a 5.370 euro, mentre al Sud solo di 777 euro.

La spesa per gli anziani è diminuita tra il 2010 e il 2011 passando, in termini assoluti, da un ammontare di 1 miliardo e 492 milioni a un totale di 1 miliardo e 388 milioni; a causa

dell'innalzamento dell'età della popolazione italiano, inoltre, la spesa pro capite per gli anziani è passata da 122 euro a 112 euro pro-capite. La quota di spesa sociale per gli anziani include principalmente la spesa per le strutture residenziali comunali o finanziate dai Comuni, tuttavia i Comuni riscontrano notevoli difficoltà ad attestarsi agli stessi livelli di spesa e di numeri di utenti degli anni precedenti.

**Figura 9: Assistenza domiciliare socio-assistenziale nell'area anziani -Anno 2011.**

| RIPARTIZIONI<br>GEOGRAFICHE | Utenti         | Spesa              | Spesa media<br>per utente | Indicatore di presa in<br>carico degli utenti<br>(per 100 persone<br>di età >= 64) |
|-----------------------------|----------------|--------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Nord-ovest                  | 47.323         | 89.767.906         | 1.897                     | 1,4                                                                                |
| Nord-est                    | 44.050         | 90.412.770         | 2.053                     | 1,8                                                                                |
| Centro                      | 20.238         | 57.912.551         | 2.862                     | 0,8                                                                                |
| Sud                         | 32.525         | 49.597.222         | 1.525                     | 1,3                                                                                |
| Isole                       | 25.444         | 57.787.653         | 2.271                     | 2,0                                                                                |
| <b>Italia</b>               | <b>169.580</b> | <b>345.478.102</b> | <b>2.037</b>              | <b>1,4</b>                                                                         |

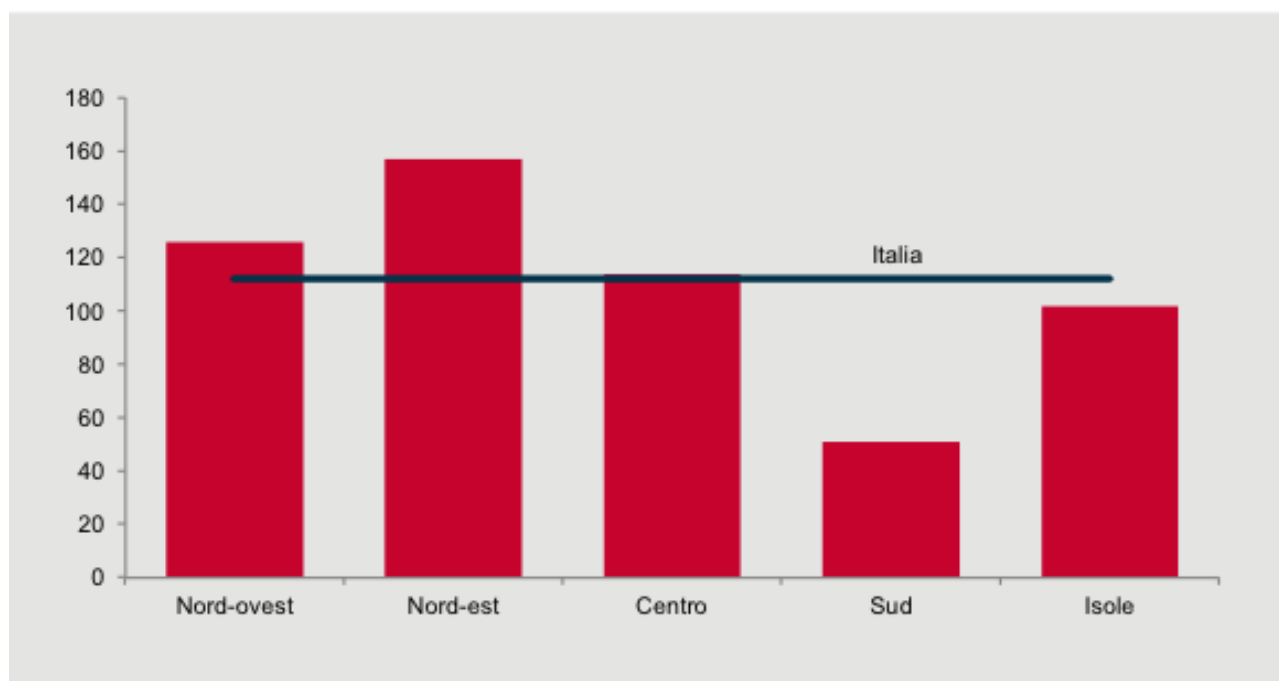
**Fonte: ISTAT 2014**

**Figura 10: Strutture residenziali nell'area anziani -Anno 2011.**

| RIPARTIZIONI<br>GEOGRAFICHE | Utenti         | Spesa              | Spesa media<br>per utente | Indicatore di presa in<br>carico degli utenti<br>(per 100 persone) |
|-----------------------------|----------------|--------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Nord-ovest                  | 24.645         | 134.695.983        | 5.465                     | 0,7                                                                |
| Nord-est                    | 48.353         | 99.553.995         | 2.059                     | 2,0                                                                |
| Centro                      | 21.892         | 121.109.723        | 5.532                     | 0,9                                                                |
| Sud                         | 3.464          | 26.500.961         | 7.650                     | 0,1                                                                |
| Isole                       | 3.999          | 32.210.743         | 8.055                     | 0,3                                                                |
| <b>Italia</b>               | <b>102.353</b> | <b>414.071.405</b> | <b>4.046</b>              | <b>0,8</b>                                                         |

**Fonte: ISTAT 2014**

**Figura 11: Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni nell'area anziani per ripartizione geografica -Anno 2011.**



**Fonte: ISTAT 2014**

Gli anziani che usufruiscono dell'assistenza domiciliare socio assistenziale sono una quota molto ridotta degli anziani residenti, e le strutture residenziali comunali o finanziate dai Comuni accolgono lo 0,8 per cento degli anziani residenti in Italia nel 2011. Anche per questo ambito si registrano differenze notevoli tra Nord e Sud. Al Sud gli anziani beneficiano di un strutture e servizi assistenziali per un totale di 51 euro pro- capite, contro un valore massimo di 157 euro al Nord-est.

#### **4. Il caregiver: definizione**

Quando si parla di anziani non autosufficienti non si può non parlare di conseguenza di caregiver.

Ma chi è il caregiver? Il caregiver è una persona che si occupa di un altro individuo che non riesce a badare a se stesso e non è autosufficiente e cerca di rispondere al meglio alle esigenze e ai bisogni sociali, psichici e fisici: il caregiver può essere definito come formale o informale.

Il caregiver formale è un assistente vero e proprio della persona non autosufficiente e si differenzia nettamente da quello informale che è generalmente una persona non esperta in assistenza e che spesso è legato al malato da un legame familiare.

La differenza fondamentale tra le due tipologie sta, inoltre, nel fatto che il caregiver formale percepisce una retribuzione ed è quasi sempre un badante o un professionista sanitario, mentre quello informale non percepisce alcuno stipendio ed esercita volontariamente la sua attività.

Al di là della definizione di caregiver come formale o informale è necessario, inoltre, tenere presente la classificazione delle attività svolte dal caregiver, che si dividono in basilari e strumentali: nelle prime rientrano le attività come lavarsi, vestirsi, mentre nelle seconde rientrano quelle come rispondere al telefono, gestire denaro e medicine.

Parlare di caregiver significa anche considerare gli aspetti problematici del caso, in particolare il caregiver familiare si trova spesso di fronte a situazioni di ansia, depressione, disturbi del sonno e altri disturbi che possono creare poi un riflesso negativo nei confronti del problema relativo all'assistenza stessa. Il caregiver, infatti, tende a sentirsi non in grado di affrontare la malattia del proprio congiunto e il peso della gestione dell'assistenza, a cui si associa anche un cambiamento di vita e una nuova conciliazione vita-lavoro. La resilienza appare, così, un tema chiave nella vita dei caregiver familiari che devono essere pronti a rimodellare i propri equilibri personali e a porre in essere interventi di sostegno per le persone non autosufficienti da loro assistite.

I caregiver sono prevalentemente donne (circa il 75% del totale), spesso si tratta dei coniugi delle persone non autosufficienti (a seconda della situazione si oscilla dal 25 al 40% circa) ma ancor più spesso i caregiver sono i figli (oltre il 50%) e anche in questo caso prevalentemente le figlie (Dati Censis 2011).

I caregiver, secondo dati del Censis del 2011, si concentrano nella fascia d'età attiva e in particolare tra i 46 ed i 60 anni, e la maggior parte di essi lavorano. Il caregiver vive tendenzialmente nella stessa casa del paziente e questo rimarca la diffusione di altri problemi dovuti a situazioni di sovraccarico e di conciliazioni di ruoli non solo di casa-lavoro, ma anche di ruoli interni alla famiglia stessa. Tendenzialmente sono le mogli degli assistiti che si occupano

del marito da sole, a differenza delle figlie che, invece, riescono a dividere il compito con gli altri figli.

Stimare il numero dei caregiver in Italia è piuttosto complicato, le ultime stime dell'Istituto sulla Ricerca Sociale del 2013, indicano l'esistenza di 813.000 assistenti familiari nel nostro Paese, che sono per la maggior parte, il 90% stranieri, e con un contratto non regolare. Considerando l'attività delle badanti, secondo l'IRS si può facilmente stimare che le persone anziane non autosufficienti assistite da una badante sono circa un milione, che risulterebbero pari a circa quattro volte il numero degli anziani, in base ai dati ISTAT del 2010, ricoverati in strutture residenziali, e il doppio, secondo sempre i dati ISTAT 2010, di quelli seguiti a domicilio dai servizi socio-sanitari.

Anche da questa ricerca si legge come il lavoro privato, effettuato anche dai caregiver familiari, risulta fondamentale quando si parla di gestione e assistenza di persone non autosufficienti.

Fatte tutte queste premesse sugli anziani non autosufficienti e sul ruolo del caregiver familiare, bisogna capire come il terzo settore può intervenire.

## **5. Il Terzo Settore e il caregiver**

Appare evidente, in base a quanto detto fino ad ora, che sia di fondamentale importanza il riconoscimento formale anche del caregiver familiare, che nella sua informalità riveste un ruolo fondamentale nella creazione di quella rete di assistenza domiciliare specifica per una persona non autosufficiente.

Il terzo settore svolge, in una logica di sussidiarietà orizzontale un ruolo fondamentale per il caregiver e per la gestione non autosufficiente e questo soprattutto perché, considerando un modello di welfare come quello attuale, una situazione di invecchiamento generale della popolazione e di conseguente aumento della non autosufficienza, il non profit dovrà occuparsi sempre di più di fornire assistenza anche ai caregiver.

Se da un parte il non profit può giocare una sorta di ruolo di luogo di incontro tra domanda ed offerta per fornire assistenza adeguata ai malati non autosufficienti, dall'altro il ruolo del terzo settore può senza dubbio essere quello di fornire servizi di supporto ai caregiver familiari, che includono non solo corsi di formazione per migliorare la preparazione socio sanitaria di queste persone che si trovano a svolgere compiti fino a quel momento sconosciuti, ma anche il coinvolgimento di volontari dell'associazione di riferimento che possono offrire piccoli aiuti di natura domestica, come banalmente recarsi in farmacia per comprare i farmaci o fare la spesa.

Il terzo settore può, inoltre, fornire assistenza psicologica per i caregiver familiari che, spesso, nell'impossibilità di conciliare vita lavorativa e familiare si trovano a dover gestire situazioni di burn out.

La questione dei caregiver, in special modo di quelli informali, che quasi sempre si identificano come i familiari delle persone non autosufficienti non può non tenere conto anche dei sistemi di welfare aziendale e di welfare territoriale tipici del territorio di riferimento. Accanto ad una riorganizzazione del sistema pubblico, occorre infatti una gestione della conciliazione vita lavoro delle persone che può sicuramente rientrare nelle logiche di welfare aziendale delle imprese e di welfare territoriale. Il costo della cura offerta del caregiver non dovrebbe aumentare la povertà della popolazione, nel senso, i caregiver familiari non devono diventare i "nuovi poveri" della società, ma nella logica di sussidiarietà orizzontale e di approccio istituzionalista della pubblica amministrazione, le imprese, il terzo settore e non da ultima la pubblica amministrazione devono giocare un ruolo chiave anche per il sostegno ai caregiver e per la questione dell'assistenza in generale delle persone non autosufficienti.

## **6. Conclusioni**

Il ruolo del Terzo Settore appare molto chiaro in una situazione come quella odierna: l'applicazione di una logica di sussidiarietà orizzontale sembra essere quanto mai condivisibile, così come il consolidamento di una logica funzionalista in cui il privato, la pubblica amministrazione e il terzo settore collaborano.

Collaborare significa mettere in rete e creare network innovativi, ma perché questo network funzioni serve capire a fondo quali sono i bisogni della popolazione.

Nell'accezione del paper in oggetto sono stati considerati non solo i bisogni delle persone non autosufficienti, ma anche di coloro che si prendono cura. Prendersi cura significa non solo essere in grado di farlo, ma anche essere nelle condizioni giuste per farlo: per questo bisogna considerare anche il ruolo non solo del caregiver formale, quello cioè istituzionalizzato, ma anche di quello informale, che come specificato nel paper vive di solito in famiglia e si prende cura del proprio congiunto.

Quello che bisogna considerare è il prezzo pagato dal caregiver, che spesso deve ridurre, a causa dell'impossibilità della conciliazione tra casa e lavoro, il proprio impegno professionale e che spesso costringe, addirittura le donne a dovervi rinunciare, ed è qui che dovrebbe intervenire un sistema di welfare aziendale efficiente in grado di creare condizioni di conciliazione tra vita privata e lavoro.

Ad un sistema efficiente di welfare aziendale si dovrebbe affiancare anche uno di welfare territoriale in cui la creazione di un network che funzioni preveda la costante e continua compresenza dei tre attori presenti sul mercato.

## BIBLIOGRAFIA

Agenas, *La presa in carico degli anziani non autosufficienti*, 2012

Borgonovi E., Fattore G., Longo F., *Management delle istituzioni pubbliche*, Egea 2013

Borgonovi E., "Prefazione" in Fiorentini G., Calò F., *Impresa sociale & Innovazione Sociale*, FrancoAngeli ed., 2013.

CERGAS, Università Bocconi (a cura di), *Rapporto Oasi 2014*, Milano  
[http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro\\_CERGASit/Home/Area+download+Rapporto+OASI+e+Mecosan](http://www.cergas.unibocconi.it/wps/wcm/connect/Cdr/Centro_CERGASit/Home/Area+download+Rapporto+OASI+e+Mecosan)

Censis, 45° Rapporto sulla situazione sociale del paese, 2011

Dal Maso D., Fiorentini G., *Creare valore a lungo termine. Conoscere, promuovere e gestire l'investimento sostenibile e responsabile*, Egea ed., Milano, 2013.

Defourny J., Nyssen M., *Social Enterprise in Europe: New Trends and Development*, EMES wp no. 8, Bruxelles, 2008.

Fiorentini Giorgio, *Impresa sociale e sussidiarietà*, Franco Angeli, Milano, 2006.

Fiorentini G., Campedelli M., *Impresa sociale. Idee e percorsi per uscire dalla crisi*, Diabasis, Reggio Emilia, 2010.

Fiorentini G., "Fare impresa sociale conviene" in Avallone G., Randazzo R., *Impresa sociale: innovazione e sviluppo. Save the company*, Diabasis, Reggio Emilia, 2010.

Fiorentini G., "La cooperativa come impresa sociale" in *Rivista della cooperazione*, Istituto Luzzati, n. 1/2010. Fiorentini G., Maticena A., "Cooperativa mutualistica e impresa sociale.

Dal calabrone al cigno nero?" in Borgonovi E., Mussari R. (a cura di), *Collaborare e competere per un mercato responsabile e solidale*, Il Mulino, Bologna, 2011., Roma, 2012.

Fiorentini G., Sapelli G., Vittadini G., *Imprenditore: risorsa o problema? Impresa e bene comune*, BUR, 2014. Fosti G. (a cura di), *Rilanciare il welfare locale. Ipotesi e strumenti: una prospettiva di management delle reti*, Egea ed., Milano, 2013.

Fosti, G., and E. Notarnicola. *Il welfare e la Long Term Care in Europa. Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*. Egea, 2014

Ghetti V., Rusmini G., *Il welfare sociale in Italia*, Carocci editore, 2014.  
Gori C. (ed), *L'alternativa al pubblico? Le forme organizzate di finanziamento privato nel welfare sociale*, Milano, Franco Angeli, 2012.



Gui B., "Bene relazionale", in Bruni L., Zamagni S. (a cura di), *Dizionario di economia civile*, Città Nuova, Roma, 2009.

Iris Network (a cura di), *Oltre la norma. Politiche per l'impresa sociale*, 2008

Istat (2013), *La salute e il ricorso ai servizi sanitari*, Roma, 24 dicembre 2013, [www.istat.it](http://www.istat.it)

Istat (2014), *La situazione del Paese. Rapporto Annuale 2014*, [www.istat.it](http://www.istat.it)

Istat (2015), *La situazione del Paese. Rapporto Annuale 2015*, [www.istat.it](http://www.istat.it)  
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e Istat (2015), *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi. Anno 2013*, Roma, 21 luglio 2015, [www.istat.it](http://www.istat.it)

Perrini F., Vurro C., *Social Venture Capital e Venture Philanthropy: modelli e processi d'investimento nell'innovazione sociale*, Milano, Egea, 2010.

Pezzani F., *La competizione collaborativa: ricostruire il capitale sociale ed economico*, Università Bocconi Editore, 2011.

Sapelli G., *Coop. Il futuro dell'impresa cooperativa*, Einaudi, Milano, 2006.

Vittadini G. (a cura di), *Che cos'è la sussidiarietà. Un altro nome della libertà*, Guerini e Associati, 2007. Zamagni S., Negri Zamagni V., *La cooperazione tra mercato e democrazia economica*, Il Mulino, Bologna, 2008. Zamagni S., *La responsabilità sociale dell'impresa come fenomeno emergente*, Paradoxa, Anno I, Numero 4, ottobre/dicembre 2007.