

**Senato della Repubblica – Commissione PPO
"BILANCIO DI GENERE", 14-02-2011**

**Le politiche per la conciliazione
lavoro – vita familiare, con particolare
riferimento alla cura degli anziani**

Annamaria Simonazzi

La Sapienza Università di Roma

Struttura della lezione

- 1. LTC: valutazione in termini di efficienza e di eguaglianza
- 2. Spesa per long-term care: sanità e assistenza come servizi integrati
- 3. Valutazione dei costi di diverse opzioni:
 - 3.1 cura a domicilio *versus* istituzionalizzazione (ospedalizzazione)
 - 3.2 trasferimenti monetari *versus* servizi
- 4. Quali riforme
- 5. Osservazioni conclusive
- 6. Esercizio interattivo

1. Il problema della cura agli anziani non autosufficienti (LTC)

- Aspetti demografici: invecchiamento della popolazione e aumento della domanda di cura per la popolazione anziana non autosufficiente
- Problemi di sostenibilità: divisione del lavoro di cura fra famiglia, stato, mercato
- Problemi di eguaglianza: divisione del lavoro di cura pagato e non pagato e divari salariali di genere
- Problemi di efficienza: conciliazione cura-lavoro, trade-off fra offerta di lavoro e fecondità.

Le ragioni di un'analisi di genere

- Chi cura?

Le donne forniscono la maggior parte della cura non pagata in tutti i paesi d'Europa (la loro quota varia dal 60 all'80% del totale).

Problemi

- Trade-off fra cura e lavoro per il mercato, o altri usi del tempo, per esempio cura dei bambini, tempo libero;
- perdita di reddito pensionistico;
- interferenza con le possibilità di carriera.

Le ragioni di un'analisi di genere (2)

- **Le donne costituiscono la maggior parte delle persone anziane che ricevono cura (68% del totale in media nei paesi dell'UE).**
- La quota delle donne aumenta con l'età: rappresentano la maggioranza della popolazione anziana nelle residenze protette, soprattutto dopo gli 80 anni.

Problemi

- Povertà in età anziana. In alcuni paesi, le donne anziane bisognose di cura costituiscono la parte più povera della popolazione.
- Il 37% delle persone anziane che ricevono cura sono sposate (56% nell'Europa meridionale).
- L'età media del "carer" è 55 anni e il 53% delle persone anziane che ricevono cura ha 80+ anni.
- Il problema della *long-term care* (LTC) diventerà sempre più pressante con l'invecchiamento della popolazione e con la progressiva riduzione dei nuclei familiari

Le ragioni di un'analisi di genere (3)

Mercato del lavoro

- Le donne coprono la maggior parte dei posti di lavoro nel settore della cura (segregazione orizzontale)
- Il settore della cura come opportunità di creazione di occupazione femminile e come problema di qualità del lavoro (bassi salari, cattive condizioni di lavoro), conciliazione

2. Spesa per LTC (long-term care)

- Nel 2008 la spesa pubblica complessiva per LTC ammontava all'1,7% del PIL, di cui circa 2/3 (1,18% del PIL) erogata a soggetti con più di 65 anni.

In termini relativi:

- 41,5% componente sanitaria
- 47,5% indennità di accompagnamento
- 11% altre prestazioni assistenziali

(Fonte: Ragioneria generale dello Stato, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, 2009)

Tab. 4.1: le componenti della spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL - Anno 2008

	Totale	[65+]
Componente sanitaria per LTC	0,84%	0,49%
- Assistenza territoriale socio-sanitaria ⁽¹⁾	0,55%	0,43%
- Assistenza psichiatrica ⁽²⁾	0,20%	0,03%
- Assistenza ai tossicodipendenti e alcolisti ⁽³⁾	0,06%	0,06%
- Lungodegenza ⁽⁴⁾	0,03%	0,02%
Indennità di accompagnamento ⁽⁵⁾	0,72%	0,56%
"Altre prestazioni LTC"	0,17%	0,13%
Totale ⁽⁶⁾	1,73%	1,18%

(1) Assistenza sanitaria e sociosanitaria erogata nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali erogata in forma domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

(2) Include tutte le prestazioni rivolte ai malati psichiatrici, erogate in forma di assistenza domiciliare (chiedendo assistenza presso i centri di salute mentale), in forma semi-residenziale o residenziale con finalità curative per l'assistito.

(3) Include tutte le prestazioni rivolte ai tossicodipendenti ed alcolisti erogate in forma di assistenza domiciliare, semi-residenziale o residenziale.

(4) Assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza.

(5) Include le prestazioni prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

(6) Il totale potrebbe non coincidere con la somma dei valori delle singole componenti per effetto degli arrotondamenti.

Altre prestazioni socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti

- Le principali poste contabili attribuibili a queste prestazioni si collocano nella funzione “Assistenza” in corrispondenza dei due eventi/bisogni “Invalidità” e “Vecchiaia”.
Nella voce “Assistenza sociale” troviamo le prestazioni in natura (circa 2,3 miliardi di euro, per il 2008), nella voce “Altri assegni e sussidi” si collocano i trasferimenti in denaro (circa 0,5 miliardi di euro, per il 2008).
- In complesso, per il 2008, la spesa pubblica per l’insieme delle prestazioni per LTC, **di natura non sanitaria e non riconducibili alle indennità di accompagnamento**, viene stimata intorno a 2,6 miliardi di euro (0,17% in termini di PIL), di cui
 - il 63% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale,
 - il 24% a prestazioni di natura residenziale
 - il rimanente 13% a trasferimenti in denaro.

Valutazioni di adeguatezza

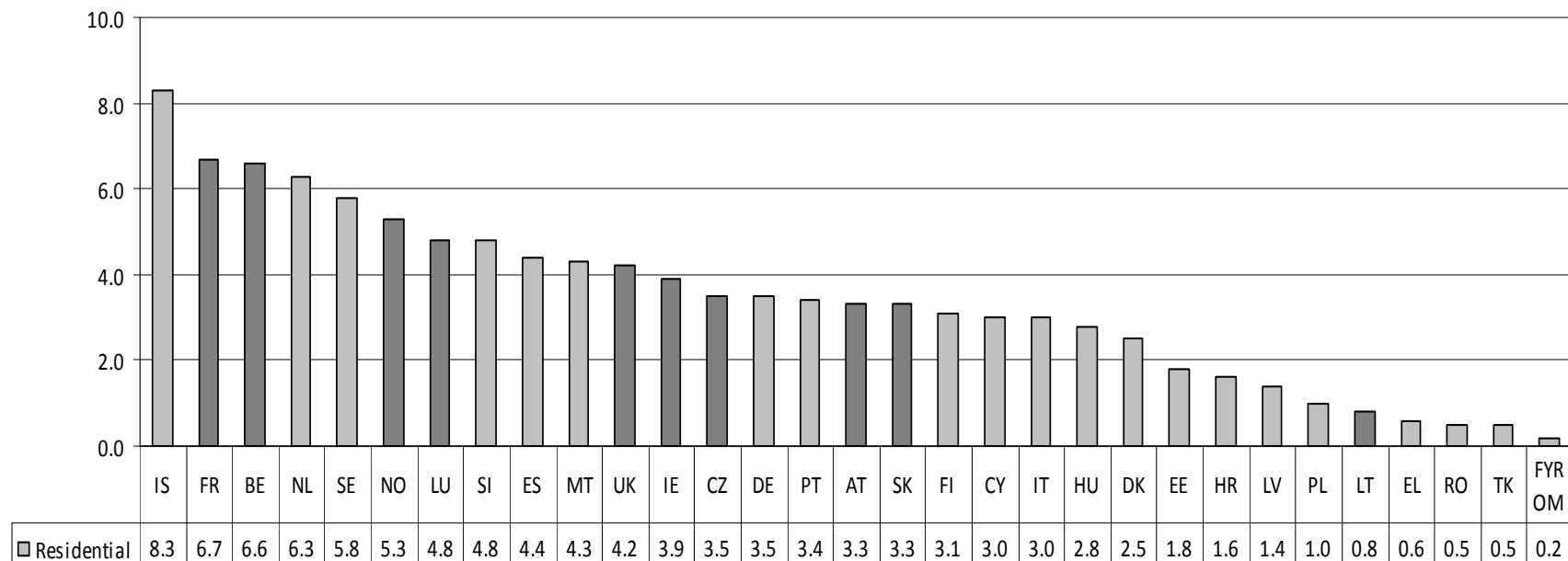
- Confronti internazionali: quota di persone 65 + che ricevono qualche forma di assistenza pubblica (residenziale, domiciliare, totale) (cfr. figure nella slide successive)

Attenzione:

- il confronto non considera l'intensità della cura (numero di ore coperte) o l'eventuale contributo al pagamento della cura.
- Inoltre, l'universo di riferimento rilevante avrebbe dovuto essere la quota di anziani non autosufficienti (il grado di non autosufficienza cresce con l'età, soprattutto dopo 80+).

Rapporto di copertura per la cura residenziale

- Residential coverage rates (around 2008)

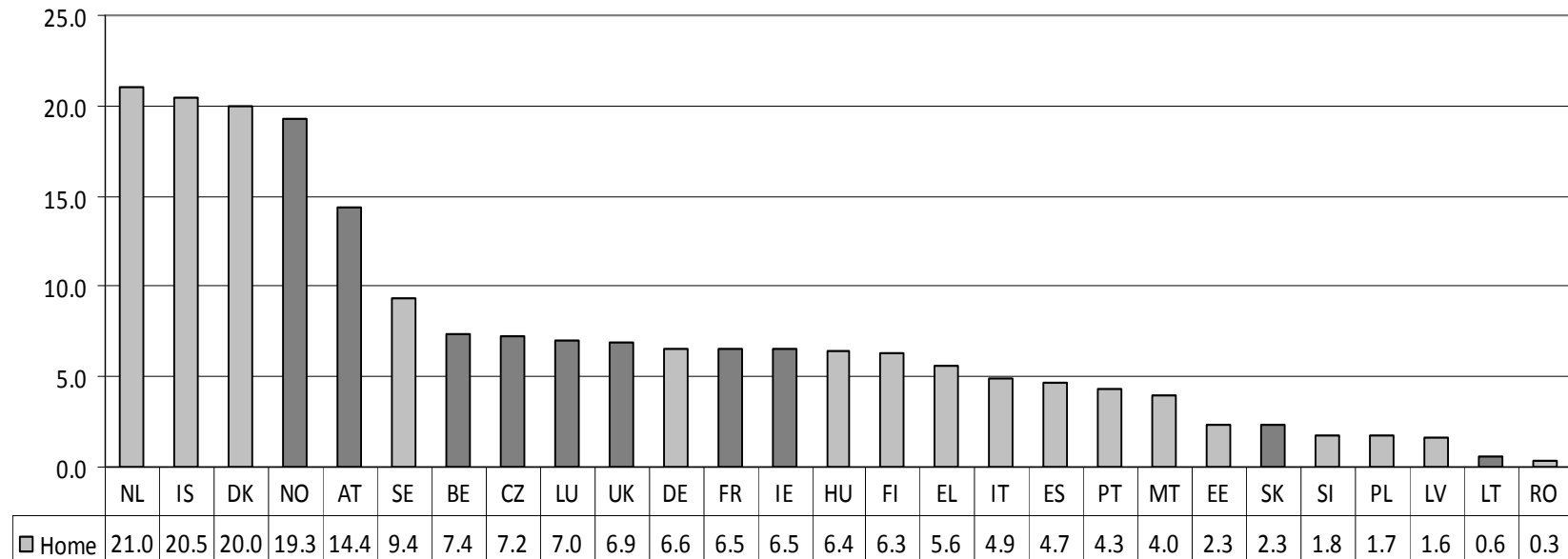


Note: Dark grey bars indicate that the displayed values coincide with those reported by Huber et al. (2009) or the on-going OECD project using Health Data 2009 [<http://www.oecd.org/dataoecd/23/61/45408422.xls>]. Light grey bars indicate alternative values derived from national sources and deemed more accurate, more recent or simply new.

Source: Bettio e Verashchagina (2010).

Rapporto di copertura per la cura domiciliare

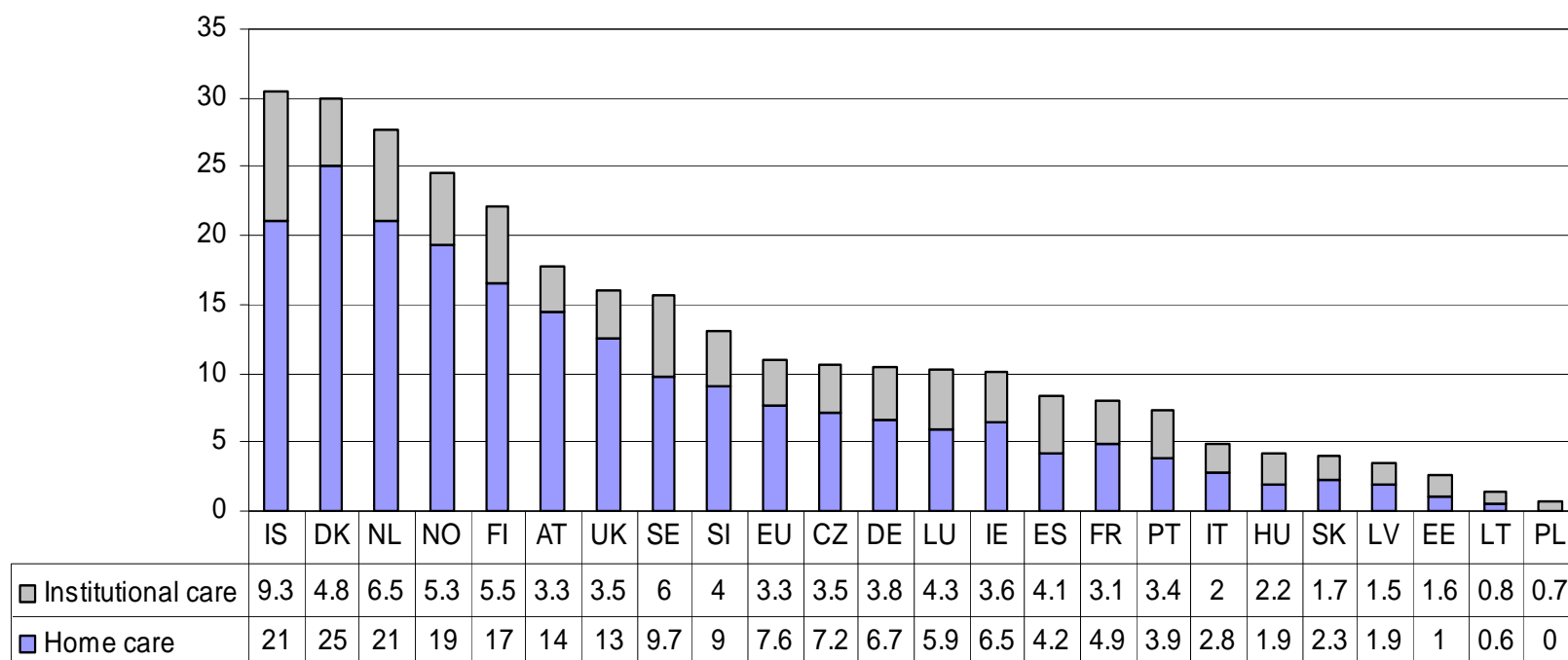
- Home care coverage rates (modal year 2008)



Note: Dark grey bars indicate that the displayed values coincide with those reported by Huber et al. (2009) or the on-going OECD project using Health Data 2009 [<http://www.oecd.org/dataoecd/23/61/45408422.xls>]. Light grey bars indicate alternative values derived from national sources and deemed more accurate, more recent or simply new.

Source: Bettio e Verashchagina (2010).

Rapporto di copertura per la cura fornita con supporto pubblico

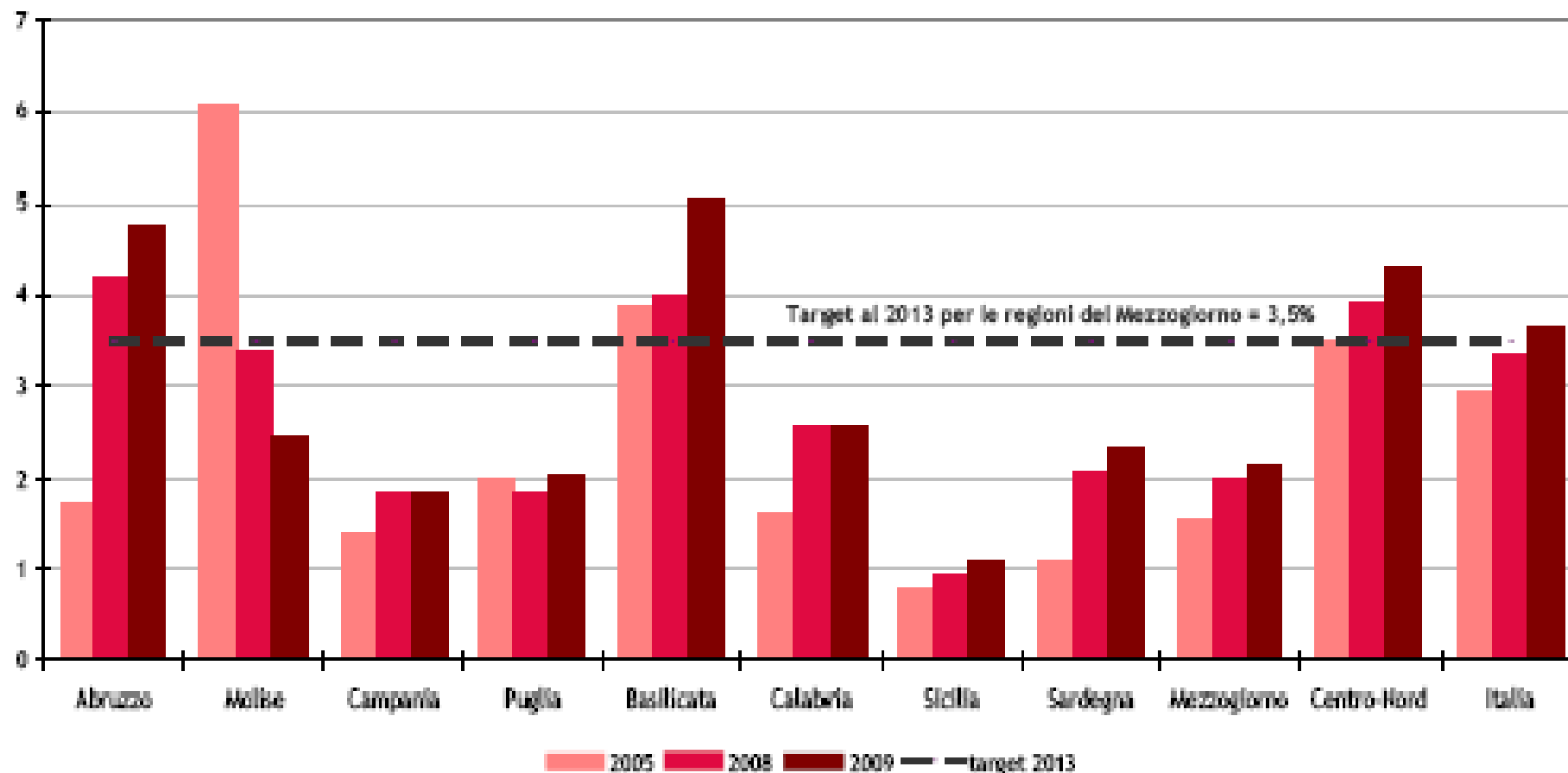


Source: Bettio e Verashchagina (2010). Elaboration on Marin et al. (2009).

La cura degli anziani non autosufficienti in Italia

- ADI (Assistenza domiciliare integrata)
- SAD (Servizio di Assistenza Domiciliare)
- Squilibri territoriali

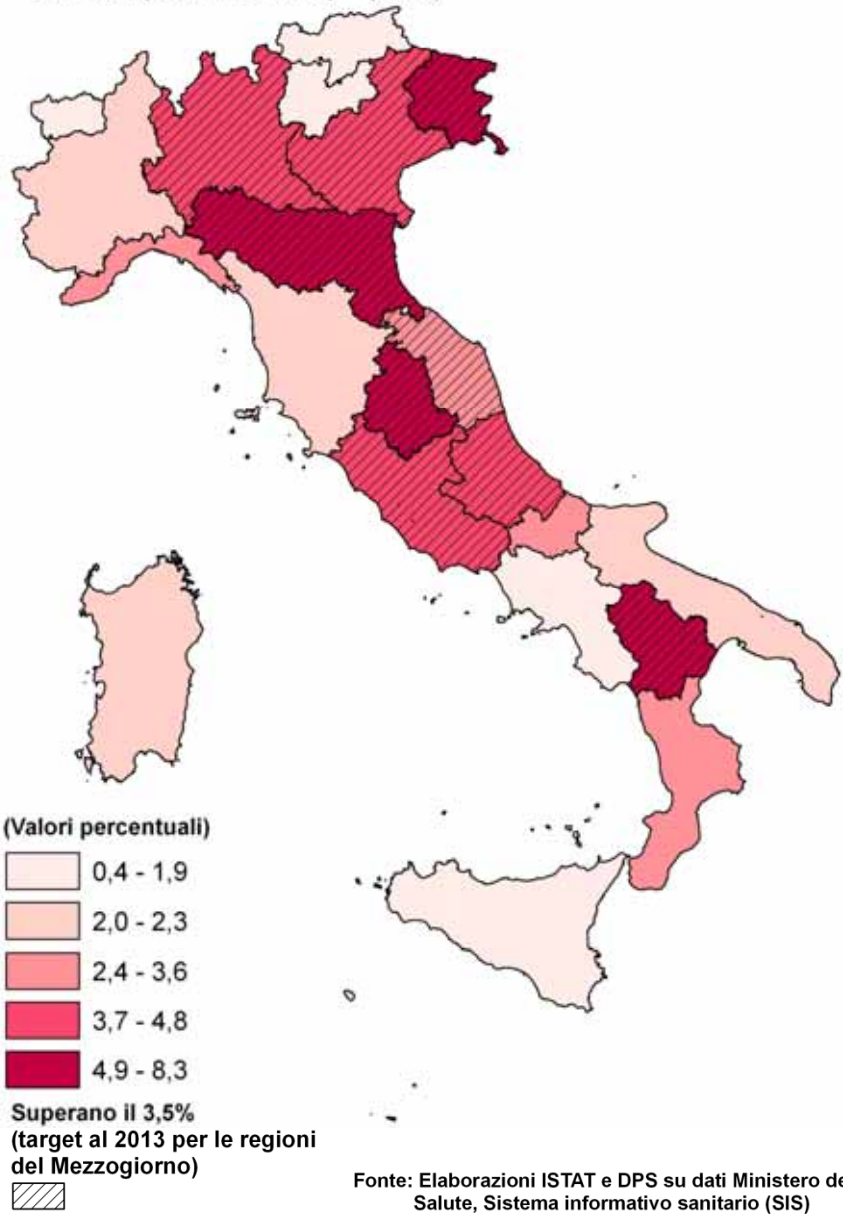
Percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)



Fonte: Elaborazioni Istat e DIPIS su dati Anitreno della Salute, Sistema Informativo Sanitario (SIS)

Molise - La situazione attuale segnala una forte variabilità tra tutte le regioni italiane. Il valore target per il Mezzogiorno al 2013 è posto pari al valore ultimo disponibile del Centro-Nord. Anche se per Molise e Basilicata il valore attuale risulta già al di sopra del target, l'osservazione delle oscillazioni delle serie storiche e il previsto invecchiamento della popolazione, suggeriscono che il mantenimento delle attuali elevate percentuali di copertura possa essere considerato una misura adeguata dello sforzo che queste regioni dovranno compiere nei prossimi anni. Per tutte le Regioni, infine, per tenere conto del fatto che l'aumento della popolazione anziana va accompagnato anche da un incremento dell'intensità delle prestazioni erogate allo scopo di migliorare la qualità del servizio offerto, è necessario che l'incidenza della spesa per l'assistenza domiciliare integrata risulti almeno pari a quella attualmente osservata.

Preso in carico dell'utenza anziana per il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI), rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre) - (2009)



3. L'organizzazione del sistema di cura: diversi regimi di cura

- **Fornitura del servizio** – Quali servizi si forniscono e da chi
 - Fornitura pubblica del servizio (paesi nordici)
 - “commissioning”: finanziamento pubblico ma fornitura affidata a privati
 - pagamenti diretti (voucher) o “personal budgets”: trasferimenti monetari alle famiglie per l'acquisto di servizi sul mercato
- **Fonti di finanziamento dei servizi**
 - Tassazione
 - Contributi sociali
 - Assicurazioni volontarie
 - Contributi degli utenti (ticket)

Sostenibilità finanziaria

Due tendenze comuni ai diversi regimi di welfare
(convergenza dai due poli estremi dei sistemi di cura:
Nordico e Mediterraneo):

- dall'istituzionalizzazione (ospedalizzazione e residenze protette) alla cura a domicilio
- dalla fornitura di servizi ai trasferimenti monetari (cash for care)

Quali sono i costi delle diverse organizzazioni della cura?

Tab. 4.2: le macrofunzioni della spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL - Anno 2008

	Totale	[65+]
<i>LTC - At home</i>	0,36%	0,29%
<i>LTC - In institutions</i>	0,36%	0,31%
<i>LTC - Cash benefits</i>	0,74%	0,57%
Totale⁽¹⁾	1,46%	1,18%

(1) Il totale potrebbe non coincidere con la somma dei valori delle singole componenti per effetto degli arrotondamenti.

3.1 Cura a domicilio versus istituzionalizzazione (ospedalizzazione)

- La cura a domicilio è più “efficiente” (in termini di costo) rispetto alla cura residenziale?
- L’efficienza di costo varia con le caratteristiche dell’utente (es. grado di disabilità)?
- Anche nel caso in cui la cura a domicilio sia più costosa, ci sono elementi di costo/efficienza più generali che ne giustificano la preferenza ? (per es. occupazione femminile, preferenze degli utenti, qualità della vita)
- Quali incentivi economici sono disponibili per cambiare la distribuzione della cura, quali sono i principali ostacoli al cambiamento, quali le conseguenze di genere?

Spostamento da cura residenziale a cura domiciliare

- “For the EU15, public expenditure would increase by 2 p.p. (of GDP) between 2007 and 2060 if the population newly entitled to formal long-term care services was placed in an institution, by 1.5 p.p. if the care services were delivered in their homes and by 1.7 p.p. if half went to institutional care and half received long-term care services in their homes.”
(EU, 2009 Ageing Report, p. 142).
- La cura domiciliare NON è più costosa della cura residenziale, quando si tenga conto delle caratteristiche dell’utente e della qualità della cura e offre risultati migliori rispetto alla cura residenziale
(Martin Knapp, **Deinstitutionalisation and community living: outcomes and costs. Findings from the costs and outcomes analyses**, PSSRU)

Valutazione dei costi

Tipi di costo

- **Costi diretti**

Costi dei servizi forniti dall'istituto responsabile (per esempio assistenza sanitaria o sociale fornita dalla ASL o dal comune)

- **Costi indiretti**

Costi dei servizi forniti da altri istituti pubblici o privati

- **Costi nascosti**

costi sopportati per la cura fornita dalla famiglia o da altre forme di cura informale: costo-opportunità, per es. conflitto con il tempo di lavoro pagato

- **Costi intangibili**

Stress derivante da fatica, senso di inadeguatezza, riduzione del tempo libero, o dal conflitto con altre funzioni di cura

Altre variabili da considerare

- Vincoli di offerta della cura informale (capacità di tenuta delle famiglie: mutamenti sociali ed economici)
- Costo opportunità dell'offerta di cura della famiglia
- Costo del lavoro di cura sul mercato (e qualità delle condizioni di lavoro)
- Costi macroeconomici di lungo periodo: creazione di occupazione, offerta di lavoro di mercato, sostenibilità.

Un confronto fra 3 sistemi di cura

Lo studio Galca (Gender analysis and long-term care),
Fondazione G. Brodolini (Bettio e Solinas, 2009).

- Tre paesi con diversi regimi di cura: Italia (Modena),
Danimarca (Roskilde), Irlanda (Dublino).
- Famiglia importante ovunque, ma
 - Italia: cura a domicilio, assicurata prevalentemente dalla famiglia
 - Danimarca: cura a domicilio, per i primi gradi di dipendenza, e successivo passaggio in abitazioni attrezzate o case protette, con assistenza comune sulle 24 ore. Investimento in tecnologia e professionalizzazione.
 - Irlanda: peso rilevante della istituzionalizzazione

La stima dei costi

Sono inclusi tutti i costi sociali connessi alla cura:

- Esborsi monetari delle famiglie
- Il costo dei servizi pubblici, es.
 - costo giornaliero in ospedale
 - costo di un'assistente sociale pubblico
 - costo di un'infermiera privata
- Il costo-opportunità del tempo di cura non pagato fornito dalla famiglia
- Altri inputs diversi dal tempo del carer (visite mediche, religiosi, infermiere, pasti, spese di adattamento dell'abitazione richieste per la cura a domicilio dell'anziano non autosufficiente)

Risultati: cura a domicilio versus istituzionalizzazione (ospedale o casa protetta)

- Italia e Danimarca: cura a domicilio più conveniente dell'istituzionalizzazione (ospedale e casa protetta) per tutti i livelli di dipendenza, ad eccezione del livello di maggiore disabilità in Danimarca.
- I costi non sono molto diversi, se espressi in PPP e quando venga inclusa la valutazione del costo opportunità della cura della famiglia.
- Irlanda: cura a domicilio più conveniente dell'ospedalizzazione, ma istituzionalizzazione più conveniente della cura a domicilio per i livelli più elevati di disabilità.

Table 2. Estimated social cost of care, per week, per elderly, 2003*

<i>Category of Dependency</i>	<i>Roskilde</i>	<i>Dublin</i>	<i>Modena</i>
<i>At actual prices</i>			
<i>A</i>	230.3	313.2	111.2
<i>B</i>	280.3	437.3	208.5
<i>C</i>	343.0	607.4	273.5
<i>D</i>	445.0	800.6	213.6
<i>E</i>	722.2	645.4	307.7
<i>At PPPs</i>			
		<i>(Euro, EU=1)</i>	
<i>A</i>	178.8	227.6	115.8
<i>B</i>	217.7	317.9	217.1
<i>C</i>	266.3	441.4	284.7
<i>D</i>	345.5	581.9	222.3
<i>E</i>	560.8	469.0	320.3
<i>Average: actual prices using common weights</i>			
	388.4	513.7	218.4
<i>Average in PPPs (EU=1) using common weights</i>			
	301.5	451.6	227.3
<i>Average in PPPs, adding the cost of supervision by family carer</i>			
	301.5	698.7	261.3

* Net of personal consumption, including imputed rent

Source: our calculation on Galca survey data; Eurostat for PPPs.

Notes: For details on the methodology and Galca survey data see Hughes et al. (2004), Hughes et al. (2004b: Table 6.6), as well as Bettio et al. (2007: Table 29) and Reinicke (2004: Table 10). Average total costs in this table do not correspond to total costs reported by these sources because consumption (including imputed rent) has been dropped.

Analisi dei costi: Italia-Danimarca

- Il costo per la cura fornita a domicilio è la voce più rilevante in entrambi i paesi (> 50% del totale): a Modena le famiglie combinano cura familiare, pubblica, privata (regolare e irregolare); a Roskilde la cura è soprattutto pubblica, con una quota irrilevante di cura privata;
- ma le ore complessive di cura prestate sono 12,1 in Danimarca e 43,6 in Italia.
 - Danimarca: uso intensivo di cura specializzata
 - Italia: uso estensivo di cura non specializzata (“badanti” impiegate sulle 24 ore) + ore di supervisione e coordinamento
- Grande differenza nel costo medio per ora: il paese a più alto costo minimizza le ore per contenere il costo complessivo. Il contenimento del costo viene invece ottenuto in Italia tenendo basso il costo medio per ora.

Table 3. Cost structure and hours of care, 2003
(Intermediate category of dependency: C)

A. structure of costs for category of dependency C

Cost item	Roskilde	Modena
Hours of home care		
physical+ instrumental care by family carer (opportunity cost)	negligible	17.6
Private (paid) or public home help	52.6	37.7
Use of hospital	31.8	29.0
Use of nursing home		3.3
Doctor	0.9	7.7
Public health nurse		0.3
Private nurse		1.9
Meals on wheels		
Chiropodist/physiotherapist		2.0
Priest		0.2
Day care	10.0	
Housing adaptation	0.3	0.3
Personal and technical appliances	4.4	
TOTAL	100.0	100.0
<i>TOTAL adding opportunity cost of supervision</i>	<i>100.0</i>	<i>114.7</i>

B. Hours of home care for category of dependency C

Home help including paramedical and supervision	12.1	25.7
Family carer		
Physical+instrumental	negligible	17.9
Supervision	negligible	14.9
TOTAL	12.1	43.6
<i>TOTAL adding supervision by family carer</i>	<i>12.1</i>	<i>58.5</i>

Source: Our calculations based on the Galca survey results and on Reinicke (2004: table 10)

Analisi dei costi: il costo opportunità

La divisione del lavoro di cura tra famiglia e mercato (regolare e irregolare) dipende dal costo-opportunità del carer principale (principalmente il salario cui deve rinunciare) rispetto al costo di mercato della cura (trascurando altre motivazioni non secondarie come l'affetto, il senso di dovere, ecc.).

Il costo opportunità è influenzato dalle condizioni che governano il mercato del lavoro (opportunità di occupazione, livello di istruzione, salario, flessibilità dei tempi di lavoro).

Il costo della cura acquistata sul mercato è funzione dell'intensità della cura richiesta e del prezzo (salario) e della disponibilità (offerta) del lavoro pagato (es. quantità di servizi di cura offerta dal settore pubblico, disponibilità di lavoratrici immigrate irregolari).

Differenti effetti fra paesi

- Differenze nei regimi di cura (per es. diverso peso di “carers” formali e informali, diversa disponibilità e costo del supporto pubblico) e
- Differenze nelle condizioni del mercato del lavoro (opportunità di lavoro per le donne, organizzazione del lavoro, legislazione a tutela della conciliazione)

influenzano il costo opportunità del carer principale, il costo di mercato della cura e la qualità e le condizioni di lavoro dei lavoratori nel settore della cura.

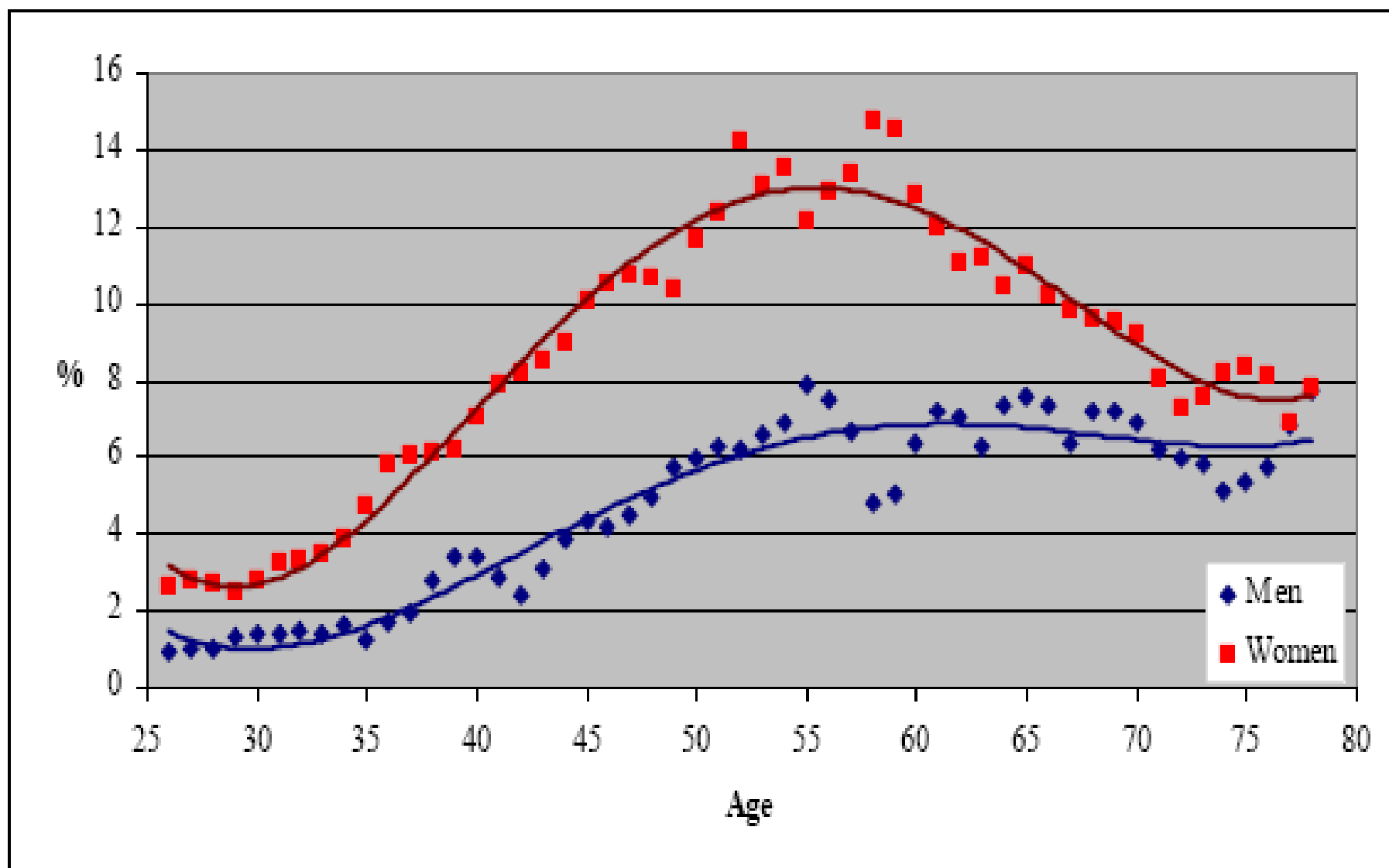
L'interazione di questi due fattori influenza la divisione fra lavoro pagato e non pagato.

Il trade off fra cura e lavoro

Fattori che influenzano il trade-off:

- Età media del “carer”: > 50, (la quota è la più elevata fra i 55 e i 64 anni) dunque minori probabilità che sia ancora occupato/a (vedi slide seguente)
- Tasso medio di attività (molto più basso per l'Italia rispetto ad altri paesi EU): minore probabilità di essere occupati

Figure II.63: Percentage of persons looking after a person (who needs special help because of old age, illness or disability, other than a child) by age. (As a % of same age group)



Note: The points are 3 year moving averages.
Source: ECHP UDB 2001

Female Employment Rates, 1960-2000
Persons aged 15 to 64 years

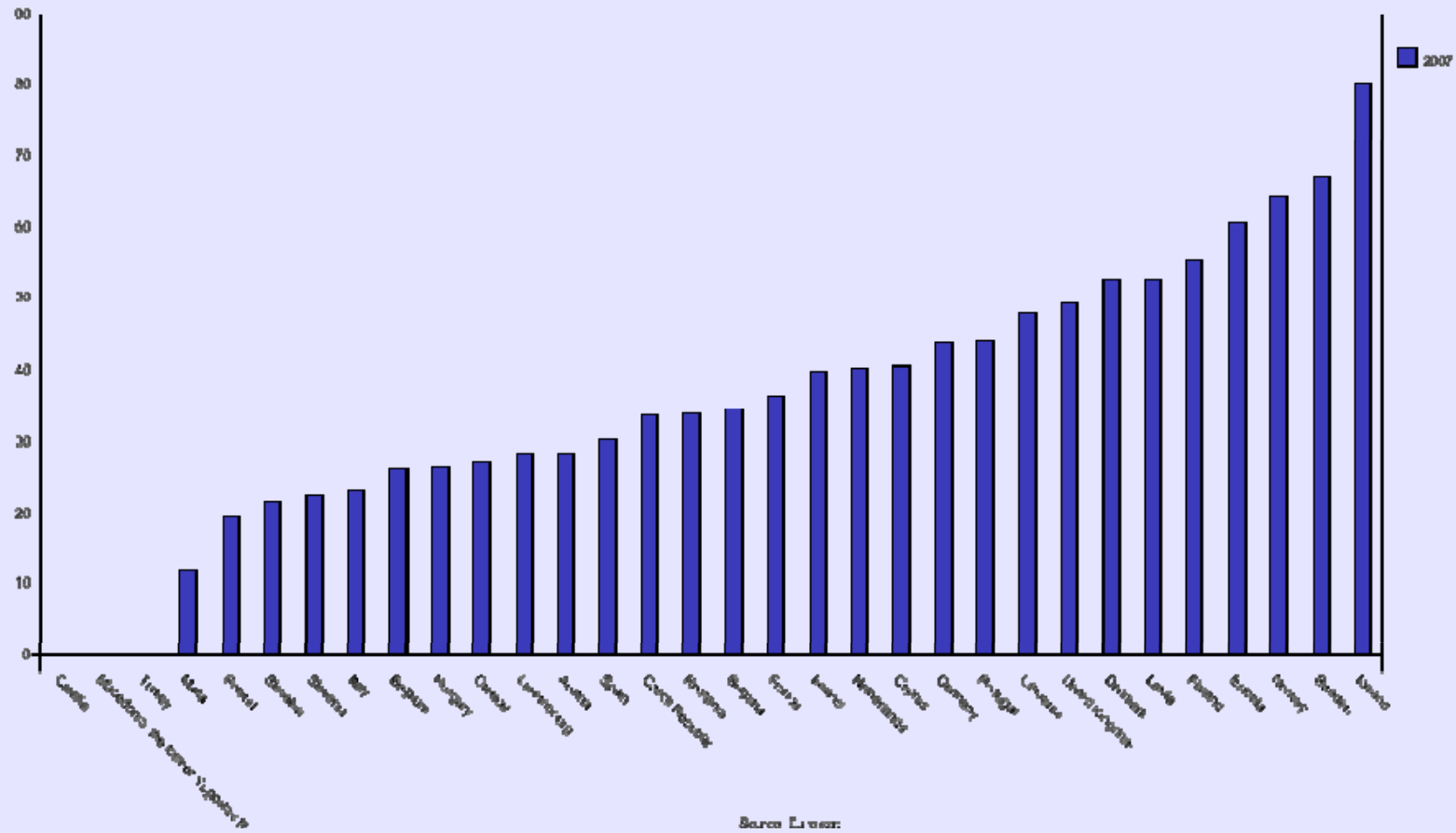
		1960	1980	2000	<i>Men, 2000</i>	Lisbon distance (a)
Nordic		40.5	64.3	70.3	78.6	10.3
	Denmark	42.7	66.2	71.2	80.4	11.2
	Finland	54.9	65.0	64.3	69.7	4.3
	Norway	26.1	58.4	73.4	88.1	13.4
	Sweden	38.1	67.6	72.1	76.2	12.1
Anglo Saxon		43.1	54.5	65.2	79.3	5.2
	United Kingdom	43.1	54.5	65.2	79.3	5.2
Mediterranean			30.8	40.1	69.7	-19.9
	Greece		30.7	40.4	70.2	-19.6
	Italy	28.1	33.2	39.7	68.5	-20.3
	Spain	21.0	28.4	40.3	70.3	19.7
Rest of Europe			41.0	56.6	74.4	-3.4
	Austria		52.4	59.3	78.1	-0.7
	Belgium	29.6	35.0	51.1	69.8	-8.9
	France	42.9	50.0	53.1	68.1	-6.9
	Germany	35.0	34.8	58.1	73.5	-1.9
	Ireland		32.2	52.2	74.0	-7.8
	Netherlands		35.7	62.1	81.1	2.1
	Portugal		47.1	60.1	75.9	0.1
North America			53.1	66.6	77.8	
	United States	39.5	53.9	68.0	80.4	
	Canada		52.3	65.1	75.2	
Average				58.6	75.2	

Notes

- (a) Lisbon distance is the percentage difference between the female employment rate in 2000 and 60 per cent
- (b) source: OECD 2000

Employment rate of older workers - females

%



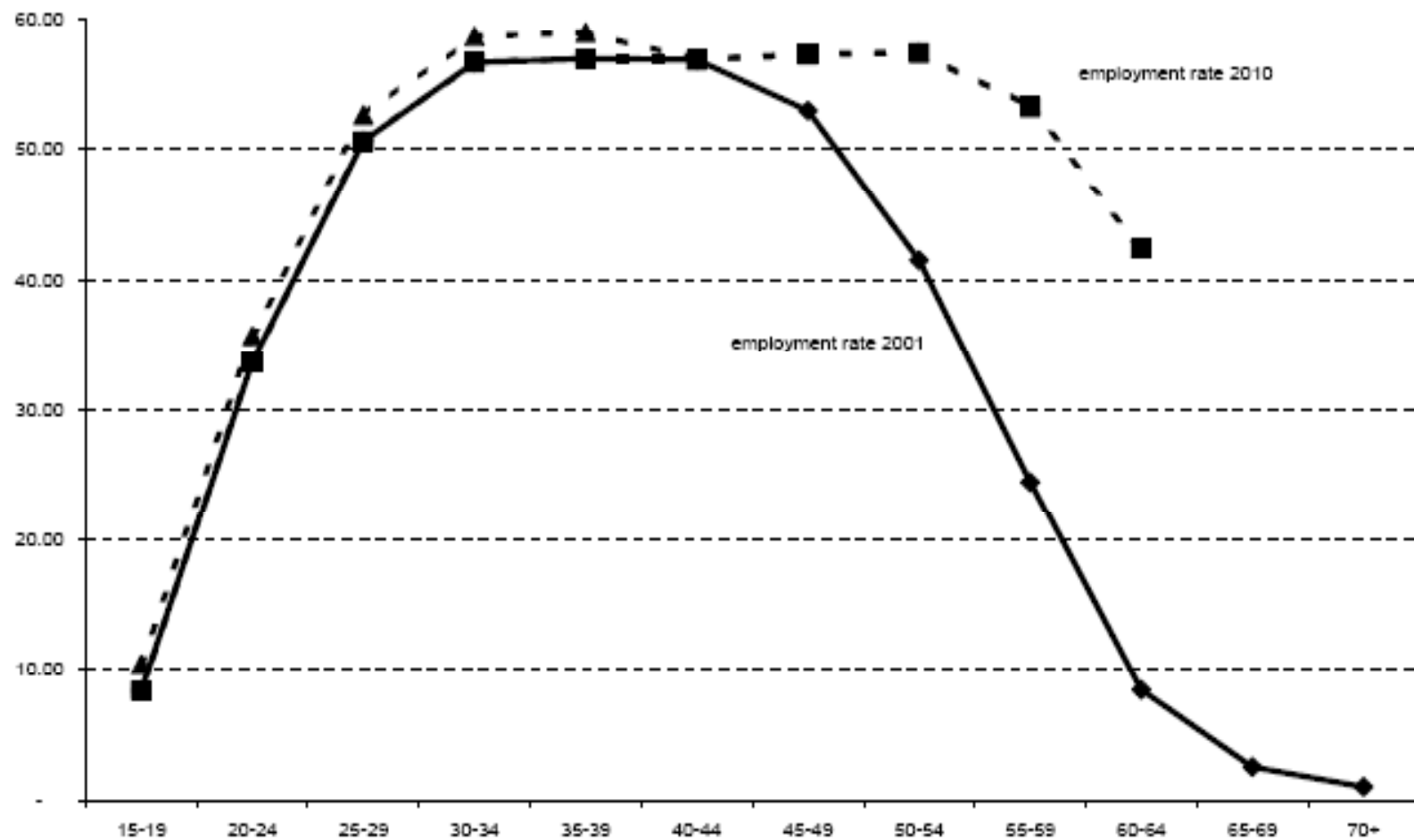
Trade-off cura-lavoro

- Più alto il tasso di attività femminile (della classe di età rilevante per la cura)...
- Più elevato il costo-opportunità della cura...
- Minore l'offerta di lavoro di cura informale ...
- Più alta la domanda di cura pagata.

dunque:

- Il costo-opportunità varia da paese a paese con il variare del tasso di attività femminile
- Aumenterà nel tempo per il più elevato tasso di attività delle coorti più giovani, che dispiegherà i suoi effetti nel ciclo di vita, portando a un aumento della domanda di cura di mercato

Age Employment Profile in 2001 and 2010 in Italy with Cohort Effects



Evidenza empirica sul trade-off fra cura e offerta di lavoro

- Risultati non univoci
- L'intensità della cura risulta essere il fattore determinante
- Altri fattori rilevanti:
 - Fattori di carattere finanziario (bassi redditi, livello di istruzione)
 - Fattori istituzionali e di organizzazione del mercato del lavoro (esistenza di misure di flessibilità dei tempi, misure di protezione delle condizioni di lavoro, riqualificazione)
 - Strutture pubbliche di supporto (respite care, servizi pubblici integrativi)

L'offerta di cura informale della famiglia

Possiamo concludere che

- Il problema di conciliare cura-lavoro per il mercato diventerà più severo in futuro, quando l'aumento del tasso di attività, già molto forte nelle coorti più giovani, dispiegherà i suoi effetti nel ciclo di vita
- E potrà essere reso più cogente dagli effetti prodotti dalle riforme delle pensioni, volte a ritardare l'età di pensionamento, che aumenterà il numero di "working carers".

3.2 Trasferimenti monetari versus servizi

Schemi di sostegno monetari sono stati introdotti in misura crescente da tutti i paesi, a supporto della cura richiesta alla famiglia.

Due tipi di trasferimenti monetari:

- Trasferimenti vincolati all'acquisto di servizi di cura sul mercato (regolare): voucher, forme di "personal budget" (Francia, Belgio, Olanda);
- Trasferimenti non vincolati, che possono essere usati come "supporto al reddito" (o essere spesi sul mercato di cura irregolare) (es. indennità di accompagnamento in Italia, o l'assicurazione contro la non autosufficienza in Austria, e in parte, in Germania).

Table 3 Family eligibility and conditionality of monetary transfers

	Mediterranean/ Familistic	Continental/ Bismarckian			Anglo- Saxon	Nordic
	Italy	Austria	Germany	France	UK	Sweden
Spouse	yes	yes	yes	no*	no	nr
Other kin	yes	yes	yes	no	no	
Use of transfers controlled?	no	no	**	yes	yes	nr

* Family members can be paid if officially unemployed.

** The cash payment is subject to the definition of a care plan.

nr = not relevant

Source: Simonazzi (2008)

Effetti del tipo di sussidio monetario sulla divisione formale/informale

La condizionalità del sussidio ha diversi effetti:

- Effetti sulla scelta fra lavoro pagato e lavoro non pagato

Il modo in cui i trasferimenti monetari vengono pagati influenza il costo-opportunità o il costo di mercato della cura, influenzando così la ripartizione del lavoro di cura pagato e non pagato (il supporto al reddito può avere effetti disincentivanti particolarmente forti per le donne meno istruite e a più basso reddito).

- Effetti sul mercato del lavoro

Trasferimenti condizionati: favoriscono la creazione di un mercato della cura regolare, che non assicura necessariamente buone condizioni lavorative (vedi il caso della Francia).

I sussidi monetari al reddito (non condizionati) possono essere usati come pagamento della cura informale o per acquistare cura irregolare sul mercato, favorendo così il fiorire di condizioni di irregolarità.

Cash for care

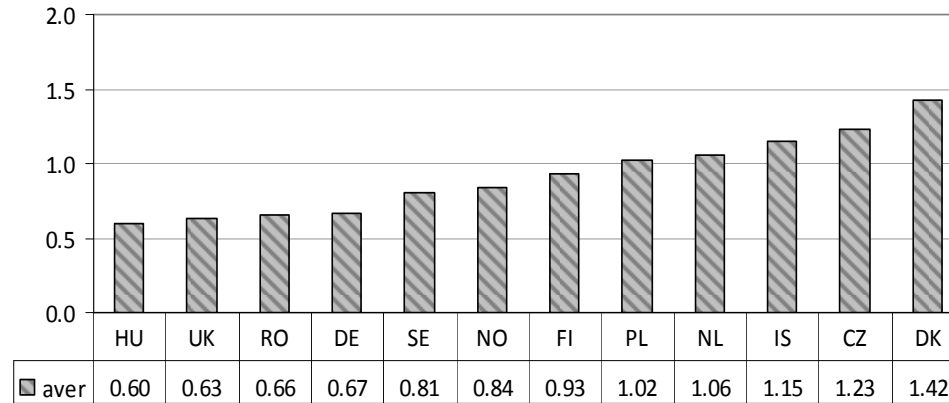
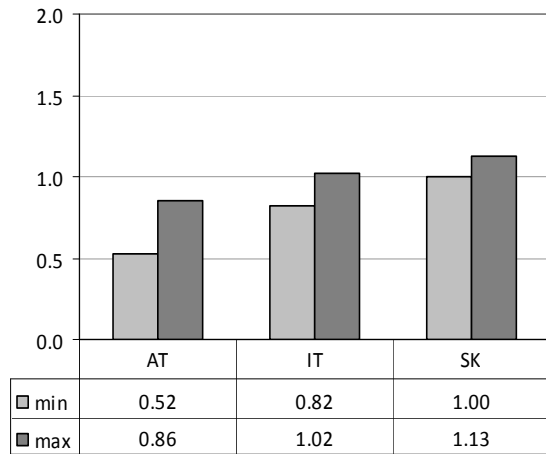
- Riconoscimento del lavoro di cura e sussidi a sostegno del reddito
Es. Norvegia e Danimarca prevedono che parenti e vicini che offrono cura in forma regolare possano essere considerati impiegati comunali, con diritti pensionistici. In Finlandia i caregivers informali ricevono un sussidio fisso e diritti pensionistici dalla municipalità (Fossati e Montefiori 2009).

ma

- Trasferimenti non condizionati:
Incentivo al lavoro irregolare
Perdita di gettito
Freno delle retribuzioni di mercato (differenziali salariali di reddito)
- Importanza di altre forme di sostegno alla cura informale (contributi figurativi, riorganizzazione dei tempi di lavoro, servizi di supporto al carer principale, integrazione della rete dei servizi).

Low pay among home care professionals:

own monthly wages* in ratio to the country average wage**



Notes for the Czech Republic, Finland, Germany and Poland average for female care workers pay, for other countries – total average.

Data refer to full-timers, but they are not standardized by hours of work within or across countries.

Source: Bettio e Verashchagina (2010).

4. Quali riforme?

Problema di una risposta sostenibile all'aumento della domanda

Tre modalità

- Preservare l'universalità, ma minimizzare (razionalizzare) le ore (paesi nordici)
- Ricorso al mercato irregolare (paesi mediterranei, Austria, Germania?)
- Trasferimenti vincolati per creare lavoro regolare (Francia, Belgio)

Tre esempi: Austria, Italia, Francia

Austria

- L'assicurazione sulla non autosufficienza copre solo i bisogni essenziali (ma può essere integrata dall'assistenza sociale): 380.000 famiglie.
- La necessità di coprire la cura per 24 ore ha portato al fiorire di un mercato irregolare alimentato da immigrati sulla base di rotazione su 2 settimane. Circa 30.000 lavoratori irregolari impiegati sulle 24 ore da 15.000 famiglie, a 50 euro al giorno (1500 euro/m) per un costo totale di 273,8 milioni euro per anno.
- In luglio 2007 approvata una legge volta alla regolarizzazione dei lavoratori impiegati per 24-ore, mirata cioè a coprire solo i bisogni più intensi (livelli 3-7). Il sussidio inoltre copre solo i costi connessi con la legalizzazione (cioè i contributi sociali), che variano secondo il tipo di contratto.

Table 1. Cost of care attendants and amount of subsidy granted

	Cost (48h/w; 168h/month)	Subsidy	Cost to the family	Care allowance (3-7)*
Carer employed by:				
family	3200	1200	2000	442.8 - 1665.8
NGO	4600	1200	3400	
Free lance	1500	500	1000	

* Disability level 3 to 7 only; plus pocket money: 43,29 euros per month.

Source: T. Schmidt, Migrant carers in private households, mimeo April 2010.

Cosa determina il successo?

- La legge è stata un grande successo: 75% dei lavoratori sono stati regolarizzati a 2 anni dall'approvazione
- Ma la grande maggioranza ha riguardato i lavoratori free-lance. A gennaio 2010 erano stati regolarizzati 22.000 free-lance e solo 500 lavoratori dipendenti.

L'esperienza della sanatoria del 2009 dell'Italia

“In order to regularise their immigrant carers, families were required to pay a regularisation fee (500 euros). More importantly, though, from then on they would have had to pay the social contributions for a minimum of 20 hours per week. Fewer than 300,000 domestic workers (of which only 90-100,000 care attendants) - compared to an estimated 600,000 potential applicants - were regularised. The amnesty's success in reducing the rate of illegal carers proved extremely limited: from the 38% of total foreign minders estimated before the amnesty down to 27%.” (Simonazzi 2010).

L'esperienza francese (e belga)

- **Sovvenzionare il ricorso a lavoro regolare di cura (assistenza domestica) per creare occupazione.**
- 2005 Piano Barloot: “*cheque emploi services universel*” (CESU), con l'obiettivo di favorire l'occupazione in tre ambiti principali: servizi per l'infanzia, per la dipendenza e per i lavori domestici. I CESU possono essere di due tipi:
- **Il CESU bancario:** ha la forma di un assegno ordinario e può essere acquistato direttamente presso le banche da soggetti che desiderano acquistare i servizi alla persona. Il CESU bancario non ha un valore nominale predefinito e deve essere compilato da un datore di lavoro come un assegno ordinario.
- **Il CESU pre – finanziato:** è un titolo di pagamento rilasciato dai datori di lavoro o dalle imprese che decidono di cofinanziare i costi del buono ai propri lavoratori dipendenti per consentire loro di acquistare servizi alla persona. Ha un valore nominale predefinito di 14 € e viene acquistato presso le società emittenti autorizzate.

Francia: il CESU

I CESU possono essere utilizzati da beneficiari diversi:

- **Impiego diretto (“gré à gré”)**: consiste nell'impiego diretto di un lavoratore da parte dell'utente per svolgere delle attività a domicilio
- **Agenzie intermediarie (“organisation mandataires”)**: sono fornitori accreditati contattati dagli utenti. L'utente chiede all'agenzia di assumere e gestire un individuo affinché presti servizio a domicilio. Nonostante il ruolo di intermediazione dell'agenzia, l'utente è il datore di lavoro del lavoratore CESU in un rapporto di lavoro diretto.
- **Fornitori di servizi (“organisation prestataires”)**: sono fornitori accreditati assunti dall'utente per fornire direttamente servizi alla persona. In questo caso non esiste alcun rapporto di lavoro fra l'utente e il lavoratore, che svolge l'attività per conto del fornitore di servizi.

Francia: vantaggi fiscali

- Coloro che utilizzano i CESU per acquistare servizi alla persona beneficiano di vantaggi per i contributi di previdenza sociale e sgravi fiscali se il servizio viene fornito nell'ambito di un rapporto di lavoro diretto o da un fornitore accreditato.
- Dal 2007, i vantaggi fiscali hanno assunto la forma di credito d'imposta (tetto massimo di 6.000 euro). **Il credito ammonta alla metà (50%) della somma effettivamente spesa (salario più contributi sociali)** per retribuire il lavoratore che fornisce servizi e assistenza a domicilio.
- la somma finanziata dall'impresa non viene assimilata al salario ed è quindi esente dai contributi sociali fino ad un massimo annuale di 1.830 € per lavoratore dipendente.

Vantaggi fiscali (continua)

- Le organizzazioni accreditate sono esenti dai contributi di previdenza sociale del datore di lavoro per tutti i loro dipendenti fino ad un importo corrispondente ai contributi pagati a livello di salario minimo. Queste organizzazioni godono di un'esenzione completa dai contributi di previdenza sociale per i dipendenti che prestano servizi agli anziani (oltre i 70 anni d'età) e alle persone non autosufficienti, a prescindere dal livello del loro salario.

Francia: risultati

Con 1,9 milioni di dipendenti nel 2007, i servizi alla persona hanno permesso la creazione di 232.000 nuovi posti di lavoro in totale dal 2005, equivalenti a 121.000 a tempo pieno, di cui circa 46.000 solo nel 2007.

Tra il 2005 e il 2007 quasi uno su sei posti di lavoro creati nell'economia proviene dal settore dei servizi alla persona.

Questo dinamismo ha portato ad un aumento del peso del settore: nel 2007 rappresentava lo 0,84% del PIL, con un valore di 14,1 miliardi di euro (Picchi, 2011).

5. Osservazioni conclusive

- 1. Lo spostamento verso cura domiciliare + cash benefits può avere effetti diversi sulla divisione della cura fra famiglia, stato e mercato (formale e informale). La valutazione del costo deve includere il costo opportunità del lavoro di cura del “carer” principale.**
- 2. In particolare un ruolo maggiore attribuito alla famiglia può confliggere con altri obiettivi, per esempio un più elevato tasso di partecipazione femminile, altri usi del tempo (per esempio cura dei bambini, tempo libero); perdita di reddito pensionistico; interferenza con le possibilità di carriera.**
- 3. Il riconoscimento del lavoro di cura non deve incentivare la creazione di forme di lavoro irregolari. La coesistenza di trasferimenti monetari vincolati e liberi può pregiudicare la formazione di un mercato della cura con condizioni del lavoro accettabili.**

6. Esercizio interattivo

- Quali conseguenze dai tagli dei trasferimenti ai comuni? Riduzione dei servizi, riduzione dei trasferimenti, aumento del lavoro non pagato? (vedi tabella slide successiva, da Misiani 2011)
- Valutazione di una politica che combini tutti i trasferimenti monetari a vario titolo (indennità di accompagnamento, sussidi di cura, pensioni) sostituendoli con un'assicurazione contro la non autosufficienza.
- Modalità di erogazione? Trasferimenti monetari versus voucher (Francia versus Austria).

FONDI STATALI DI CARATTERE SOCIALE (Bilancio di previsione dello Stato - milioni di euro)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Fondo per le politiche della famiglia	346,5	186,6	185,3	51,5	52,5	31,4
Fondo pari opportunità	64,4	30,0	3,3	17,2	17,2	17,2
Fondo politiche giovanili	137,4	79,8	94,1	12,8	13,4	10,6
Fondo infanzia e adolescenza	43,9	43,9	40,0	39,2	40,0	40,0
Fondo per le politiche sociali (*)	929,3	583,9	435,3	273,9	70,0	44,6
Fondo non autosufficienza	300,0	400,0	400,0	0,0	0,0	0,0
Fondo affitto	205,6	161,8	143,8	32,9	33,9	14,3
Fondo inclusione immigrati	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo servizi infanzia	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Fondo servizio civile	299,6	171,4	170,3	110,9	113,0	113,0
TOTALE	2.526,7	1.757,3	1.472,0	538,3	340,0	271,1
Variazione % rispetto all'anno precedente		-30,4%	-16,2%	-63,4%	-36,8%	-20,3%

() al netto delle spese obbligatorie per interventi costituenti diritti soggettivi*

Opere citate

- Bettio, F. and Solinas, G. (2009) 'Which European Model for Elderly Care? Equity and Cost-Effectiveness in Home Based Care in Three European Countries', *Economia e Lavoro*, no. 1.
- Bettio F. e Verashchagina A. (2010), Elderly care in Europe. Provisions and providers in 33 countries, Rapporto EGGE 2010, European Commission and Fondazione G. Brodolini. In corso di pubblicazione su:
<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=748&langId=en&furtherPubs=yes>
- Bettio, F., Simonazzi, A. (2011), Curiamo la disoccupazione con il lavoro di cura, www.inGenere.it
- European Communities (2009), 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060), *European Economy* no.2. [http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf]
- Fossati, A. e Montefiori, M (2009), Funding elderly care, SIEP, WP n. 620, aprile
- Knapp, M. (2007), Deinstitutionalisation and community living: outcomes and costs. Findings from the costs and outcomes analyses, PSSRU)
http://www.kent.ac.uk/tizard/research/research_projects/DECLOC_Volume_1_Exec_Summary.pdf

Opere citate (2)

- Marin, B., Leichsenring, K., Rodrigues, R. and Huber, M. (2009) Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union, Conference on Healthy and Dignified Ageing, Stockholm, 15-16 September 2009.
- Misiani, A. (2011), Finanziaria 2011: fine delle politiche sociali?
http://www.nens.it/zone/pagina.php?ID_pgn=605&ctg1=Analisi&ctg2=Nessuna)
- Picchi, S. (2011), CESU: il voucher alla francese per la cura degli anziani,
www.inGenere.it
- Ragioneria generale dello stato, Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario, 2009
- Schmidt, T. (2010), Migrant carers in private households, mimeo, April.
- Simonazzi, A. (2008), "Home Care and Cash transfers: the search for a sustainable elderly care model" di prossima pubblicazione in in E. Addis, F. Degavre, D. Elson, J. Eriksen and P. de Villota (eds.), Gender and well being: interactions between work, family and public policies, Ashgate 2010.
- Simonazzi, A. (2009) 'Care Regimes and National Employment Models', Cambridge Journal of Economics, 33(2): 211-232.
- Simonazzi, A. (2010), Reforms and job quality. The case of the elder-care sector, Work organisation labour and globalization, volume 4 no 1; pp. 41-56.