

# 14

## Caregiver che conciliano

*a cura di*

Maria Novella Bugetti

*con i contributi di*

Teresa Benvenuto, Corrado Bottio, Giordana Cortinovia, Isabella Crespi  
Gabriella Facchinetti, Guglielmo Faldetta, Alessia Gabriele  
Diletta Giunchedi, Sergio Labate, Giovanni Masino, Claudio Pedone





Quaderni *fm*  
Corporate Family Responsibility

14

# Caregiver che conciliano

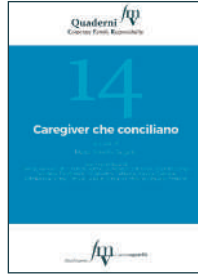
*a cura di*

Maria Novella Bugetti

*con i contributi di*

Teresa Benvenuto, Corrado Bottio, Giordana Cortinovia, Isabella Crespi  
Gabriella Facchinetti, Guglielmo Faldetta, Alessia Gabriele  
Diletta Giunchedi, Sergio Labate, Giovanni Masino, Claudio Pedone

*fondazione* *fm* marcovigorelli



**Quaderni** *fm*  
Corporate Family Responsibility

**14**  
**Caregiver che conciliano**

Rivista semestrale della Fondazione Marco Vigorelli  
Registrazione al Tribunale di Milano n. 244 del 4 ottobre 2018

© Fondazione Marco Vigorelli, 2024  
ISSN 2724-2986  
ISBN 978-88-946816-4-2

*direttore responsabile*  
Sonia Vazzano

*direttore di collana*  
Isabella Crespi (Università di Macerata)

*comitato di redazione*  
Sonia Vazzano

*comitato scientifico*  
Maria Novella Bugetti (Università degli Studi di Ferrara)  
Vittorio Coda (SDA Bocconi)  
Guglielmo Faldetta (Università degli Studi di Enna "Kore")  
Alessandra Lazazzara (Università degli Studi di Milano)  
Franca Maino (Università degli Studi di Milano e Percorsi di secondo welfare)  
Annamaria Minetti (Fiat e Federmanager)  
Simona Sandrini (Università Cattolica del Sacro Cuore)  
Riccardo Tosi (Enel)  
Laura Tucci (HR Manager in Gruppo multinazionale)  
Giacomo Vigorelli (TE Connectivity)

Introduzione  
*Maria Novella Bugetti*  
7

## **Riflessioni**

Il caregiver e la cura della vulnerabilità  
*Alessia Gabriele, Diletta Giunchedi*  
15

Il caregiving verso gli anziani: questioni aperte  
e implicazioni per i lavoratori e le organizzazioni  
*Guglielmo Faldetta, Giovanni Masino*  
37

Cura, relazioni familiari e conciliazione vita-lavoro:  
una riflessione a più voci  
*Isabella Crespi, Sergio Labate*  
49

Caregiver e cura dell'anziano: aspetti clinici, sociali ed economici  
*Claudio Pedone*  
69

## **Esperienze**

“Ci prendiamo cura”: Teva Italia e l'attenzione al caregiver  
intervista a *Giordana Cortinovia* a cura di *Sonia Vazzano*  
85

La “possibile” conciliazione dei caregiver  
e le politiche aziendali di supporto  
*Corrado Bottio*  
99

Conciliare cura, famiglia e lavoro:  
il contributo degli Assistenti Familiari  
*Gabriella Facchinetti*  
115

La proposta di Assindatcolf: una giusta fiscalità per il caregiving  
famigliare genera equità sociale, risparmio e nuovi posti di lavoro  
intervista a *Teresa Benvenuto* a cura di *Sonia Vazzano*  
127

Note sugli autori  
139



*marianovella.bugetti@unife.it*



## Introduzione

*Maria Novella Bugetti*

Negli ultimi anni è vistosamente cresciuto l'interesse – da parte degli studiosi delle diverse discipline, così come del legislatore – nei confronti dei caregiver. Già da uno sguardo di massima si comprende tuttavia come tale interesse sconti la difficoltà di individuare con chiarezza il fenomeno a cui ci si riferisce, intrinseca nella sua complessità e nella varietà dei casi, e dunque di farne oggetto di analisi puntuali e di interventi efficaci.

Il polimorfismo risulta evidente solo che si consideri il carattere del tutto diversificato del fenomeno a seconda, ad esempio, che la cura sia prestata in modo professionale o in modo informale; che il destinatario sia un bambino, o un adulto non autosufficiente o un anziano; a seconda delle competenze e del tempo richiesto, in ragione del grado di disabilità, di malattia o di mancanza di autonomia in cui la persona da “curare” si trovi, e così via.



Tale complessità ha indotto a restringere il campo di indagine degli Autori del Quaderno, dedicato al caregiving informale della persona adulta o anziana non autonoma, il quale, ancora attivo nel mondo del lavoro, debba conciliare il compito di cura con quello di lavoratore e magari anche di madre, di padre, ecc.

Senza anticipare i numerosissimi spunti di riflessioni restituiti dai contributi, desidero introdurre la lettura limitandomi ad una suggestione. La stessa, peraltro, che ha dato avvio alla ricerca PRIN PNRR 2022 dal titolo *Legal protection and promotion of caregiver's well-being. Legislative innovations and good practices*, e di cui questo Quaderno raccoglie i primi esiti.

Quando ci si occupa di caregiver – cioè di colui o più spesso colei che fornisce la cura – si guarda, da un diverso angolo di visuale, il tema, senz'altro molto più battuto, della "fragilità". Vi è cura perché vi è l'esigenza di colmare il bisogno proprio di chi la riceve di vedere appagati bisogni che la persona non può soddisfare in via autonoma. La cura è dunque la risposta alla liberazione dal bisogno, correlato al principio di uguaglianza, in particolare sostanziale, sancito dall'art. 3, comma 2, Cost., costituendo preconditione affinché la persona possa realizzare pienamente se stessa, esercitare i propri diritti di libertà e partecipare attivamente alla vita sociale del Paese.

La cura, tuttavia, non si esaurisce in attività di tipo materiale; almeno non dal punto di vista di chi la riceve. È evidente, infatti, come oltre che all'assistenza materiale la persona "fragile" e non auto-

noma è portatrice di una domanda di relazioni interpersonali – difficilmente scindibile da quella relativa al soddisfacimento di bisogni materiali – e dunque di supporto psicologico, affettivo, morale. In altri termini, nel concetto di cura ed assistenza sono necessariamente ricomprese anche attività dirette a soddisfare esigenze di carattere esistenziale della persona, così da proteggerne e svilupparne la personalità, in una visione di soddisfazione globale della molteplicità di interessi di cui è portatrice.

L'inscindibile connubio tra aspetti materiali e morali dell'assistenza risulta lampante con riguardo al minore, al quale la nostra cultura – sociale, prima ancora che giuridica – riconosce il diritto a ricevere cura dai propri genitori non solo in senso strettamente materiale, ma ancor più relazionale ed affettivo; il che implica in primis il coinvolgimento personale del genitore in un rapporto interpersonale con il figlio tale da consentirne un armonico sviluppo psico-fisico mediante l'appagamento di tutte le esigenze a ciò funzionali.

La medesima istanza di soddisfazione globale e complessiva di bisogni materiali e morali – conaturata all'uomo in quanto uomo – è propria anche della persona adulta "fragile" e dell'anziano, nella misura in cui, legato alla debolezza si palesa sovente il rischio di una emarginazione, fonte di ulteriore disagio, che richiede una specifica risposta in termini personali e relazionali.

Se, in definitiva, la soddisfazione delle esigenze materiali costituisce solo una parte delle istanze globali della persona, dare cura altro non significa

se non cooperare al superamento degli ostacoli che si frappongono alla piena realizzazione dell'uomo, sotto il duplice profilo della liberazione dal bisogno – mediante la prestazione di servizi – e del sostegno morale, affettivo, psicologico.

Di qui il carattere infungibile dell'assistenza; essa, infatti, non coincide con prestazioni misurabili in termini meramente oggettivi – di diligenza, efficienza, professionalità –, colorandosi invece di profili morali, affettivi, esistenziali e psicologici, tanto eterei quanto intrisi della personalità sia di chi li presta sia di chi li riceve. Di guisa che pare inammissibile ritenere che, nella percezione del destinatario, sia indifferente sostituibile il soggetto erogatore dell'attività di cura ed assistenza.

Se così è, l'attività di cura prestata dal caregiver familiare, in via informale a favore della persona "fragile" acquista una posizione di apicalità, in quanto da preferirsi in termini qualitativi rispetto (alternativamente ovvero in affiancamento della cura professionale) a quella prestata da terzi estranei. La soddisfazione del bisogno di cura, anzi richiama in sé la relazione familiare, che «manifesta la sua qualità tipica nella "cura alla persona"; si tratta di un compito che identifica ed accomuna i membri e le generazioni della famiglia, tutti coinvolti nella comune responsabilità di dare e ricevere cura» [F. D'Agostino, *Una filosofia della famiglia*, II ed., Milano, 2003, p. 92]. Il che trova una diretta corrispondenza nell'affermazione del ruolo della famiglia – nell'ambito di una società complessa come quella attuale – di luogo in cui si realizza l'inclusione sociale della persona.

Di qui l'esigenza di trattare, in chiave interdisciplinare, le problematiche che interessano il caregiver familiare specie allorché egli sia ancora attivo nel mondo del lavoro, nella convinzione che se la sua funzione è apicale e infungibile, è allora necessario individuare gli strumenti più efficaci per sostenere, promuovere e proteggere il benessere del "caregiver che concilia".

*Foto di Ekaterina Shakharova su Unsplash*



# Riflessioni





*alessia.gabriele@unikore.it*  
*diletta.giunchedi@unife.it*



## Il caregiver e la cura della vulnerabilità

*Alessia Gabriele, Diletta Giunchedi\**

### ***1. Il contesto socio-economico e i primi tentativi definitivi del caregiver informale***

Il crescente interesse per la figura del caregiver informale (letteralmente il “prestatore di cura”) è motivato da un contesto socioculturale italiano, che attribuisce in larga parte alle famiglie il carico dell’attività assistenziale dei soggetti fragili e redistribuisce la funzione di cura, in maniera più o meno equilibrata, tra i membri dello stretto nucleo familiare.

\* Il contributo è frutto di una riflessione comune delle Autrici. Tuttavia, i §§ 1, 2, 3 sono da ricondurre a Diletta Giunchedi, mentre i §§ da 4 a 6 sono da ricondurre ad Alessia Gabriele.



Le indagini condotte dall'Istat, infatti, hanno rilevato come, dal 1998 al 2016, la quota di caregiver sia aumentata di oltre dieci punti percentuali, passando dal 22,8 al 33,12%, coinvolgendo quasi 17 milioni di individui nel 2016 (Istat 2022, 40). Inoltre, all'esito dell'approfondimento tematico in materia di conciliazione tra lavoro e famiglia, sempre l'Istat ha evidenziato come nel 2018 erano complessivamente 12 milioni 746 mila le persone tra i diciotto e i sessantaquattro anni (pari al 34,6% della popolazione nazionale) che si prendevano cura dei figli minori di 15 anni o di parenti malati, disabili o anziani. Si precisa, inoltre, che tra i soggetti occupati, quasi il 40% dei 18-64enni svolgeva anche attività di cura in ambito familiare (comunicato stampa <https://www.istat.it/it/archivio/235619>).

Gli esiti dei sondaggi su scala nazionale sono stati affiancati da un crescente interesse anche e soprattutto in ambito societario, dove le indagini svolte a partire dal 2013 hanno evidenziato che un lavoratore su quattro si prende cura di familiari non auto-sufficienti, e che ben l'80% supporta il proprio caro su base quotidiana. Tali risultati hanno mostrato chiaramente quale fosse il carico di cura e l'impatto sulla qualità della vita quando ci si trova ad affrontare la non autosufficienza, condizione che, per di più, oggi ha una durata media di ben dieci anni. Da considerare inoltre che l'impegno di cura di tali familiari si somma all'impegno verso i figli: il 66,6% dei rispondenti, infatti, ha almeno un figlio, spesso ancora in età scolare (Treu 2023).

Si noti come sia proprio dall'ambito lavorativo, come meglio si dirà nel prosieguo (cfr. § 6), che insorgono le rivendicazioni maggiori: da ultimo, nel gennaio 2024, la Corte di Cassazione ha proposto una domanda pregiudiziale alla Corte di Giustizia relativa alla legittimazione del caregiver familiare – di minore gravemente disabile – il quale deduceva di avere patito una discriminazione indiretta in ambito lavorativo come conseguenza dell'attività di assistenza da lui prestata, ad azionare la tutela antidiscriminatoria che sarebbe riconosciuta al medesimo disabile, ove quest'ultimo fosse il lavoratore, dalla Direttiva 2000/78/CE del Consiglio del 27 novembre 2000 (Zampieri 2024).

Alla luce dello scenario demografico ed occupazionale esposto, una prima qualificazione normativa viene formulata dall'Emilia-Romagna, che in forza della legge regionale n. 2 del 2014 (Art 2 c. 1), stabilisce che «Il caregiver familiare è la persona che volontariamente, in modo gratuito e responsabile, si prende cura nell'ambito del piano assistenziale individualizzato (di seguito denominato PAI) di una persona cara consenziente, in condizioni di non autosufficienza o comunque di necessità di ausilio di lunga durata, non in grado di prendersi cura di sé».

A livello nazionale, invece, in occasione della legge di bilancio del 2018 (articolo 1, commi 254-256, legge n. 205 del 2017), il comma 255 definisce il caregiver come «la persona che *assiste e si prende cura* del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio

2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18».

L'esigenza definitoria della legge di bilancio è insorta in ragione della contestuale istituzione di un Fondo per il sostegno del titolo di cura e di assistenza del caregiver familiare, con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2018-2020, da ripartire alle Regioni per il sostegno di interventi legislativi volti a riconoscere il valore sociale ed economico di tale attività di cura non professionale.

Nel medesimo spettro si pone, da ultimo, la legge 23 marzo 2023 n. 33 delega al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane, che ha sancito simili principi anche in relazione alla promozione e alla valorizzazione delle persone anziane mediante una molteplicità di iniziative dirette a garantirne l'assistenza.

## ***2. L'attività di cura e di assistenza***

In una prospettiva empirica, le attività svolte dal

caregiver appaiono essenzialmente di tipo assistenziale, consistendo di solito nella cura quotidiana oppure occasionale e personale della persona con disabilità, anche, ma non solo, in ambito sanitario, e nell'ordinaria amministrazione del suo patrimonio, nel caso in cui non si manifesti necessaria la nomina di una figura istituzionale quale l'amministrazione di sostegno (Bugetti, *Amministrazione di sostegno*, 2024).

Le definizioni esposte, seppur riconducendo ai principi di spontaneità e di gratuità che definiscono di fatto l'attività del caregiver, non forniscono dettagli relativi alle specifiche attività di cura e di assistenza, ma quanto più si concentrano sul soggetto che riceve detta cura. Si richiama infatti la categoria della disabilità grave ed accertata ai sensi della legge n. 104/1992, al fine di individuare il soggetto fragile, in questo modo implicitamente escludendo dall'ambito di operazione del caregiver la mera vulnerabilità o la mancanza di autosufficienza temporanea o non accertata.

Si noti come nell'impianto codicistico originario le esigenze assistenziali della persona non autonoma vengono in rilievo solo indirettamente nella prescrizione di doveri solidaristici in capo ai familiari, come ad esempio nelle norme che sanciscono il dovere di assistenza materiale tra i coniugi e il dovere di mantenimento e di contribuzione ai bisogni della famiglia, il dovere di fornire gli alimenti ai parenti o agli affini che versino in stato di bisogno, il dovere di mantenimento dei genitori nei confronti dei figli, anche maggiorenni se non autosufficienti (Mengoni 1980).

Al di là dei riferimenti appena citati, il termine cura viene sovente riferito precipuamente all'ambito medico sanitario, inteso come la serie di attività dirette a salvaguardare la salute psico-fisica del soggetto e la liberazione dalla malattia. È evidente, infatti, come accanto alla mera assistenza materiale la persona debole sia portatrice di una domanda di relazioni interpersonali – difficilmente scindibile da quella relativa al soddisfacimento di bisogni materiali – e dunque di supporto psicologico, affettivo, morale (Bugetti, *Verso... e oltre l'amministrazione di sostegno*, 2024).

In quest'ultimo orizzonte di valorizzazione della prospettiva fattuale, appare porsi l'intervento legislativo spagnolo che, con la Ley n. 2 del 2021, riconosce forme di supporto della persona disabile ispirate alla valorizzazione della sua personalità e all'obiettivo di favorire nella massima misura possibile la sua permanenza nel contesto familiare. La disciplina modellata sul paradigma di un'assistenza preferibilmente familiare, che prescinde dalla necessità di una investitura formale, affianca alla persona con disabilità un *guardador de hecho* che spontaneamente individuato nella cerchia dei familiari, assiste e collabora con il soggetto fragile nell'assunzione delle decisioni (Al Mureden 2024).

### **3. La normativa regionale: il caregiver in ambito socio-sanitario**

Seguendo l'esempio della regione Emilia Roma-

gna, che per prima nel 2014 si è dotata di una specifica disciplina di promozione e assistenza della figura del caregiver, le iniziative legislative e finanziarie regionali si sono moltiplicate e ad oggi si possono menzionare tra le proposte di legge: nel 2017 la Regione Campania, nel novembre 2022 la Regione Lombardia, nel febbraio 2023 la Regione Calabria, nell'aprile 2023 la Regione Sardegna, nell'agosto 2023 la Regione Friuli Venezia Giulia. Tra i protocolli di intesa/delibere di indirizzo/promozione economica, si possono ricordare: nel luglio 2022, la Regione Puglia, dal 2020 ad oggi la Regione Lazio ha invece deliberato finanziamenti a sostegno dei caregiver.

Accomuna la maggior parte dei testi normativi, il riconoscimento del caregiver familiare quale componente della rete del welfare locale e per tale ragione gli assicurano il supporto e l'affiancamento necessari a sostenere la qualità dell'opera assistenziale prestata.

Volendo sintetizzare la struttura comune modellata dalle normative territoriali, al netto delle loro – minime – peculiarità, si potrebbe riassumere il ruolo ed il rilievo giuridico del caregiver, differenziando a seconda della condizione del paziente. Se si tratta infatti di un paziente capace di intendere e di volere e non sottoposto ad alcuna misura di protezione, il caregiver, sebbene privo di un ruolo specifico ed equiparato nei fatti ad un parente, potrà essere coinvolto nella relazione di cura. Allorché invece il paziente sia incapace di fatto e non sottoposto ad alcuna misura di sostegno, il caregiver è a rigore escluso da qualsivoglia

ruolo nel prestare il trattamento sanitario, tutt'al più coinvolto nel processo di ricostruzione delle presunte volontà del paziente. Nell'ipotesi in cui il paziente sia sottoposto ad una misura di sostegno che preveda la sua sostituzione o assistenza in ambito sanitario, il caregiver non ha alcuna legittimazione. Infine, allorché il paziente incapace avesse redatto delle DAT e nominato un fiduciario, il caregiver non avrà titolo, ma ricorrendo alcune condizioni potrà essere nominato quale rappresentante sanitario.

Trattasi di apprezzabili tentativi di fornire riconoscimento e tutela alla figura del caregiver, specie nell'ambito che lo vede maggiormente coinvolto, *id est* quello della cura della persona debole, e dunque nella prospettiva di ritagliare specifici ambiti di intervento, anche nel segno del coordinamento con chi abbia un ruolo formalizzato nella stessa.

#### ***4. Gli accomodamenti ragionevoli e la tutela antidiscriminatoria per i caregiver***

Anche sul piano più strettamente giuslavoristico si pone la necessità di prevedere un adeguato sistema di protezione per i lavoratori e le lavoratrici che si prendono cura in modo informale e gratuito di soggetti affetti da condizioni di disabilità (cosiddetti caregiver) (Zilli 2022, 121 ss.).

Proprio con riferimento alla nozione giuridica di caregiver di persone con disabilità, anche in seguito alle modifiche apportate dal d.lgs. n. 105 del

2022, non sembra intravedersi un reale cambiamento di passo.

Le previsioni destinate alla tutela dei soggetti che si fanno carico della cura e dell'assistenza di un congiunto disabile, infatti, sono sparse in differenti testi normativi e anche in questo caso non è semplice il raccordo interpretativo delle disposizioni. Così è accaduto ad esempio per gli istituti disciplinati con gli artt. 2 bis, e 33, l. n. 104 del 92, gli artt. 33 e 42 del d.lgs. n. 151 del 2001, nonché di cui all'art. 18, comma 3-bis, l. n. 81 del 2017 (lavoro agile), e art. 8 del d.lgs. n. 81 del 2015 (part-time). Il tema dei caregiver in generale, e soprattutto dei diritti ad essi riconosciuti anche attraverso accomodamenti ragionevoli, rimane controverso.

In particolare, in un'ottica di bilanciamento, la questione si pone al centro dell'ontologico conflitto tra le esigenze di vita delle persone che lavorano e le ragioni di natura produttiva ed organizzativa delle aziende.

Uno degli snodi più dibattuti in dottrina e, sempre più spesso, anche in giurisprudenza, riguarda la possibilità di estendere l'obbligo di adottare accomodamenti ragionevoli (Cass. 5 giugno 2024, n. 15723, in *OneLegale*, conforme all'orientamento della Corte giust., 18 gennaio 2018, causa C-270/16, Ruiz Conejero) anche nei confronti del caregiver (Trib. Bari, 26 giugno 2018, in *Arg. dir. lav.*, 2018, 1647, con nota di N. Rossi, Assistenza al familiare disabile e obbligo datoriale di adottare "ragionevoli accomodamenti").

Certamente, un punto di riferimento nell'elaborazione dei diritti di coloro che prestano assistenza e



cura a un disabile è rappresentato dall'orientamento della Corte di giustizia che ha configurato la cosiddetta "discriminazione per associazione" (Corte giust. 17 luglio 2008, causa C-303/06, Coleman, cit.; Trib. Catanzaro 9 dicembre 2023, in <https://www.italianequalitynetwork.it/archivio/?id=106>).

In questa prospettiva, costituisce discriminazione indiretta il rifiuto dell'azienda di ricercare un accomodamento sull'orario di lavoro funzionale ai reali bisogni della lavoratrice, perché l'adibizione della medesima ad un orario apparentemente neutro mette il genitore di un figlio con disabilità in una situazione di particolare svantaggio rispetto ad altri lavoratori.

Il principio della parità di trattamento che la direttiva n. 2000/78 mira a garantire non è limitato alle persone esse stesse disabili, ma si estende anche alla persona che ha in cura il soggetto disabile.

In buona sostanza, la Corte afferma che la protezione accordata dalla suddetta direttiva vada riconosciuta non solo con riguardo al soggetto cui attiene il fattore di rischio (cosiddetta vittima immediata), ma anche nei confronti della persona associata al soggetto che detiene detto fattore, in quanto su quest'ultima gravano i relativi compiti di assistenza.

Si accoglie quindi una nozione allargata del campo soggettivo di applicazione della direttiva n. 2000/78 (Par. 36, sentenza Coleman. Per una prima applicazione di questo orientamento nella giurisprudenza di merito, cfr. Trib. Pavia, ord. 19 settembre 2009), per consentire in via mediata al

disabile stesso un adeguato apparato di tutele, che ne consentano l'inserimento e la piena integrazione sociale (Griffo 2023, 8, 55 ss.).

Obiettivo che non potrebbe essere garantito senza l'estensione delle tutele anche al caregiver. Anche per questa ragione, la nozione di discriminazione per associazione elaborata in sede euro-unitaria (oltre a Corte giust., 17 luglio 2008, causa C-303/06, Coleman, cit., v. anche Corte giust., 16 luglio 2015, causa C-83/14, Chez, in [federalismi.it](http://federalismi.it), 15) sembra entrata a far parte a pieno titolo delle elaborazioni della giurisprudenza di legittimità (Garofalo 2023, 9).

Ebbene «sono tutte le discriminazioni connesse alla disabilità, sulla base dunque di un nesso di causalità oggettivo, a recare danno alla coesione sociale e non solo quelle che colpiscono in modo diretto i disabili» (Barbera, Borelli 2022, 10).

Peraltro, a seguito della modifica operata all'art. 25, comma 2 bis, d.lgs. n. 198 del 2006 (c.d. Codice delle pari opportunità), dall'art. 2, comma 1, della l. n. 162 del 2021, secondo cui «costituisce discriminazione, ai sensi del presente titolo, ogni trattamento o modifica dell'organizzazione delle condizioni e dei tempi di lavoro che (...), in ragione delle esigenze di cura personale o familiare, dello stato di gravidanza nonché di maternità o paternità, anche adottive, ovvero in ragione della titolarità e dell'esercizio dei relativi diritti, pone o può porre il lavoratore in almeno una delle seguenti condizioni: a) posizione di svantaggio rispetto alla generalità degli altri lavoratori; b) limitazione delle opportunità di partecipazione alla vita o alle scelte

aziendali; c) limitazione dell'accesso ai meccanismi di avanzamento e di progressione nella carriera», può desumersi che anche le ragioni di cura e di assistenza familiare rientrano tra i fattori di rischio (Izzi 2005, spec. 42, nota 36, sull'origine della locuzione "fattori di rischio"; Gabriele 2024).

Questa lettura è confermata anche da un recente orientamento della Suprema Corte, secondo cui il divieto di discriminazione diretta non è limitato alle sole persone che siano esse stesse disabili (Cass., ord. 4 aprile 2024, n. 13934, in [www.wikilabour.it](http://www.wikilabour.it)). Conseguentemente qualora un datore di lavoro tratti un lavoratore che non sia esso stesso disabile, in modo sfavorevole rispetto al modo in cui è, è stato o sarebbe trattato un altro lavoratore in una situazione analoga, e sia provato che il trattamento sfavorevole è causato dalle attività di cura e di assistenza nei confronti di un familiare, un siffatto trattamento viola il divieto di discriminazione diretta.

## ***5. La prospettiva interpretativa de jure condito e de jure condendo***

Ulteriori margini di riflessione provengono dalla recente modifica apportata dal Decreto Disabilità al testo della l. n. 104 del 1992.

Senza dubbio con tale intervento legislativo avrebbe potuto cogliersi l'occasione per dirimere definitivamente il nodo della tutela dei caregiver. Tuttavia, considerando che tale opportunità non è stata colta, la questione va risolta attraverso la mediazione giudiziale.

Sul piano strettamente normativo, potrebbe aprirsi uno spiraglio interpretativo con la previsione di cui all'art. 24, comma 4, lett. c), secondo cui «entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni, al fine della predisposizione del progetto di vita, programmano e stabiliscono le modalità di riordino e unificazione, all'interno delle unità di valutazione multidimensionale di cui al comma 1, delle attività e dei compiti svolti dalle unità di valutazione multidimensionale operanti per (...) c) l'individuazione delle misure di sostegno ai caregiver». Si tratterà con molta probabilità del riferimento a misure di sostegno di natura economica, sulla falsariga del cosiddetto "bonus caregiver".

*De jure condendo*, va segnalato che, presso la Camera dei deputati, risultano attualmente incardinate diverse proposte di legge di iniziativa parlamentare<sup>1</sup> finalizzate ad introdurre una disciplina per il riconoscimento della figura del caregiver familiare ed il sostegno dell'attività di cura ed assistenza delle persone più fragili.

In una prospettiva internazionale, inoltre, è significativa la pronuncia con cui il Comitato ONU sui diritti delle persone con disabilità ha accolto il ricorso di una caregiver familiare italiana, con una decisione del 3 ottobre 2022.

Il Comitato ha ritenuto che «l'incapacità dell'Italia di fornire servizi di sostegno individualizzati a una famiglia di persone con disabilità è discriminatoria e viola i loro diritti alla vita familiare, a vivere in modo indipendente e ad avere un tenore di vita adeguato».

La suddetta decisione ha messo in evidenza, con precipuo riferimento all'ordinamento italiano, «le gravi conseguenze sulle persone con disabilità assistite che derivano dal mancato riconoscimento della figura del caregiver e di misure di protezione sociale effettive a suo favore (quali l'accesso a incentivi, fondi e al sistema pensionistico, la flessibilità degli orari di lavoro e nelle vicinanze della propria abitazione)». Secondo il Comitato, infatti, il riconoscimento e la tutela del caregiver familiare nella legislazione nazionale rappresentano una precondizione essenziale alla realizzazione dei diritti della persona con disabilità.

Proprio a causa di questa lacuna dell'ordinamento interno, esso ha riscontrato una violazione da parte dell'Italia degli obblighi previsti dagli artt. 19 (Vita indipendente ed inclusione nella società del disabile), 23 (Rispetto del domicilio e della famiglia) e 28, comma 2, lett. c), (Sul diritto ad adeguati livelli di vita e protezione sociale), in combinato disposto con l'art. 5 (Uguaglianza e non discriminazione) della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, formulando delle specifiche raccomandazioni all'Italia, inerenti sia la situazione della parte ricorrente sia, più in generale, la condizione di tutte le persone con disabilità e i loro caregiver.

## ***6. Il ruolo decisivo del dialogo tra le Alte Corti***

Da ultimo, si segnala che è pendente un'istanza pregiudiziale con cui la Cassazione, con l'ordinanza interlocutoria n. 1788 del 17 gennaio 2024,

ha rimesso alla Corte di giustizia una questione interpretativa relativa proprio all'ambito di applicazione della disciplina prevista dalla dir. 2000/78/CE (Cass. 17 gennaio 2024, n. 1788, su cui Biondo 2024, spec. 251).

In particolare, i giudici del Supremo Collegio hanno richiesto alla Corte lussemburghese di pronunciarsi, oltre che sui confini della definizione di caregiver, sulla possibilità dello stesso di beneficiare della tutela antidiscriminatoria in caso di discriminazione indiretta causata dall'attività di assistenza prestata, nonché sulla configurabilità in capo al datore di lavoro dell'obbligo di adottare accomodamenti ragionevoli anche nei confronti di questa categoria di soggetti.

In linea di massima, si ritiene che l'accoglimento di un'interpretazione restrittiva da parte della giurisprudenza euro-unitaria sarebbe in linea generale da escludere.

Proprio attraverso il principio dell'effetto utile della Direttiva 78/2000/CE, anche alla luce della Convenzione ONU sulla disabilità (che non distingue tra discriminazione diretta e indiretta ai fini dell'applicazione dell'art. 2, adottando un criterio omericomprensivo di discriminazione), nonché sulla scorta delle emergenti ragioni di tutela della cura, potrebbero esserci fondate ragioni per ritenere che la protezione contro le discriminazioni dirette e indirette, e la predisposizione di accomodamenti ragionevoli, possano essere estesi anche al caregiver familiare (Andretta 2024).

È presumibile che la Corte di giustizia rinvii la soluzione alla Corte nazionale, segnalando implici-

tamente all'Italia la mancanza di chiarezza complessiva del sistema di tutele nei confronti dei caregiver anche a fronte di un arretramento delle tutele offerte dal complessivo sistema dell'assistenza sociale, sulla falsariga di quanto già fatto dal Comitato ONU nel caso Bellini.

In base al principio di diritto emergente dalla suddetta decisione, infatti, negare il riconoscimento giuridico e le varie forme di assistenza al caregiver, equivale ad impedire alla persona con disabilità di autodeterminarsi, violando il diritto riconosciuto dalla Convenzione alla persona con disabilità a un'adeguata protezione sociale e ai livelli adatti di protezione economica.

Per altro verso va altresì segnalato un orientamento della giurisprudenza in controtendenza rispetto al *trend* in favore di un'estensione delle tutele per i caregiver.

Di recente, infatti, la Corte di cassazione, in relazione alla richiesta di trasferimento di una dipendente per poter assistere il padre convivente portatore di handicap grave, ha ritenuto che il diritto a scegliere la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona disabile da assistere non sia considerato assoluto e illimitato, ma deve essere bilanciato con gli interessi datoriali in conflitto nel caso concreto<sup>2</sup>.

Al riguardo i Supremi Giudici hanno stabilito e precisato che in materia di assistenza ai portatori di handicap, la l. n. 104 del 1992, art. 33, comma 5, circa «il diritto del lavoratore che assiste un disabile in situazione di gravità di scegliere, ove possibile, la sede di lavoro più vicina al proprio domicilio, va interpretato nel senso che tale diritto può essere

esercitato (...) in coerenza con la funzione solidaristica della disciplina e con le esigenze di tutela e garanzia dei diritti del soggetto portatore di handicap previsti dalla Costituzione e dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità» (Cass. 1° marzo 2019, n. 6150, in *OneLegale*).

Il divieto di trasferimento del lavoratore che assiste un familiare invalido è da intendersi come limite esterno al potere datoriale, prevalente nei confronti delle ordinarie esigenze tecniche, organizzative e produttive, salva l'insuscettibilità di essere le stesse diversamente soddisfatte (Cass. 11 novembre 2022, n. 33429, in *OneLegale*).

Resta quindi aperto il varco per il riconoscimento in astratto delle esigenze datoriali, da valutare di volta in volta, considerando la fattispecie concreta e il costo economico e organizzativo da accollare al datore di lavoro per soddisfare le esigenze delle persone caregiver.

Questa valutazione, in quanto parametrata a esigenze mutevoli e specifiche dei diversi contesti produttivi non può che essere affidata al giudizio dell'interprete, senza quindi escludere il rischio di un soggettivismo giudiziario.

La questione della tutela dei caregiver che lavorano, pertanto, è ancora densa di nodi irrisolti, molti dei quali non è possibile accennare in questa sede per esigenze di economia del testo (*amplius* sia consentito il rinvio a Gabriele 2024).

Di certo, la frammentarietà e la scarsa omogeneità dei testi normativi nuoce a una visione unitaria e coerente del sistema e all'effettività delle tutele messe in campo.



Un siffatto approccio del decisore politico, confermato anche dalla recente riforma sulla disabilità, tradisce la scarsa consapevolezza del rilievo che tali questioni assumono nella “vita” delle persone con carichi di cura e di assistenza.

## Note

<sup>1</sup> Cfr. Atto Camera, n. 114 (Panizzut ed altri): "Disposizioni e delega al Governo per la disciplina della figura del caregiver familiare e per la promozione e il sostegno dell'attività di assistenza e di cura da esso svolta", Esame in Commissione (iniziato il 14 febbraio 2024). Si segnalano anche le numerose proposte di legge della XIX Legislatura sul riconoscimento della figura del caregiver attualmente depositate e di cui poter avviare l'esame, rinvenibili al link <https://temi.camera.it/leg19/post/normativa-vigente-e-proposte-di-legge-sulla-figura-del-caregiver-familiare.html>.

<sup>2</sup> Cass., ord. 20 luglio 2023, n. 21627, conforme a Corte App. Reggio Calabria 20 giugno 2019, n. 567, entrambe in *OneLegale*, secondo cui nel caso di specie, sebbene la sede di provenienza della lavoratrice risultasse parzialmente scoperta, le dimensioni dell'organico aziendale erano tali da escludere che il trasferimento di un'unica risorsa potesse produrre un danno consistente all'organizzazione dell'impresa.

## Bibliografia

Andretta, F.

2024 *La centralità della figura del caregiver nell'assistenza ai disabili: effettività della tutela e adattamenti ragionevoli. La resilienza è donna*, in «Labor», pp. 1-4.

Barbera M., Borelli, S.

2022 *Principio di eguaglianza e divieti di discriminazione*. WP CSDLE "Massimo D'Antona".IT - 451.

Biondo, M.V.

2024 *Caregiver, chi era costui? Il modello italiano avanti alla Corte di Giustizia*, in «EQUAL», 3-4, pp. 241-258.

Bugetti, M. N.

2024 *Amministrazione di sostegno*, Bologna, Zanichelli.

2024 *Verso... e oltre l'amministrazione di sostegno: una retrospettiva su un criticato istituto di successo*, in «Famiglia e Diritto», 3, pp. 309-317.

Garofalo, C.

2023 *Il problematico allargamento della nozione di discriminazione nel codice delle pari opportunità*, in «Lav. dir. Europa», 1, pp. 1-11.

Griffo, G.

2023 *La conciliazione lavoro-vita per le persone con disabilità e le loro famiglie*, in «Quad. riv. giur. lav.», 8, pp. 55-69.

Istat

2022 *Famiglie, reti familiari, percorsi lavorativi e di vita. Temi e lettura statistiche*.

Izzi, D.

2005 *Eguaglianza e differenze nei rapporti di lavoro: il diritto antidiscriminatorio tra genere e fattori di rischio emergenti*, Napoli, Jovene.

Gabriele, A.

2024 *Contratto di lavoro e diritto al tempo per la cura*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane.

Mengoni, L.

1982 *La tutela giuridica della vita materiale nelle varie età dell'uomo*, in «Rivista trimestrale di diritto e procedura civile», 36 (4), pp. 117-1136.

Al Mureden E.

2024 *La tutela della persona con disabilità nella dimensione endofamiliare tra diritto vigente e prospettive de iure condendo*, in «Famiglia e diritto», 3, pp. 261-266.

Treu T.

2023 *Welfare aziendale*. Milano, Wolters Kluwer, 2023.

Zampieri, G.

2024 *Discriminazione indiretta e soluzioni ragionevoli per il caregiver della persona con disabilità?*, in «Nuova giur. civ. comm.», 4, pp. 799-807.

Zilli, A.

2022 «*Donne che curano: Il lavoro delle caregivers in Italia*», in V. Filì (a cura di), *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare*. Modena, Adapt.



*Foto di Rod Long su Unsplash*



*guglielmo.faldetta@unikore.it*  
*giovanni.masino@unife.it*



## **Il caregiving verso gli anziani: questioni aperte e implicazioni per i lavoratori e le organizzazioni**

*Guglielmo Faldetta, Giovanni Masino*

### ***1. Introduzione: la rilevanza crescente del fenomeno***

I caregiver informali sono quei lavoratori che provvedono alla cura informale (ossia non pagata) nei confronti di persone della sfera familiare o affettiva, mentre al contempo sono sottoposti alle responsabilità previste dalla loro attività lavorativa (Lam *et al.* 2022). In particolare, mentre gli studi organizzativi si sono per lo più occupati delle responsabilità di cura nei confronti dei figli o della famiglia nel suo complesso, questo contributo intende focalizzarsi su quelle attività di cura informale legate specificamente alle persone anziane (Calvano 2013).

Tale tematica assume crescente rilevanza nel tempo a causa delle tendenze demografiche

degli ultimi decenni. La crescita dell'aspettativa di vita, seppur con significative differenze tra diverse aree territoriali, ha portato a un generale innalzamento della percentuale di popolazione anziana. Si stima che per il 2050 circa il 17% della popolazione mondiale avrà un'età superiore ai 65 anni; tale percentuale si alza al 25% se nel calcolo non si considerano i paesi africani (Burch *et al.* 2019). Se a ciò si aggiunge che i tassi di natalità sono in generale e costante diminuzione, è possibile prevedere che ci sarà sempre più bisogno di provvedere ad attività di cura nei confronti degli anziani (Clancy *et al.* 2020). Inoltre, molte donne tendono ad avere figli in età più avanzata rispetto al passato, generando un effetto "sandwich" per il quale la stessa persona deve provvedere in contemporanea alla cura verso i figli e a quella verso gli anziani. Per gli scopi di questo contributo, il caregiving può essere definito come un'attività di cura informale, non pagata e a lungo termine, rivolta a soddisfare bisogni fisici, cognitivi o emotivi di adulti anziani; ad esempio, lavare e vestire la persona anziana, provvedere alla pulizia della casa, alla preparazione del cibo, all'assistenza per il trasporto, servizi medici e altre attività di aiuto e supporto quotidiano (Clancy *et al.* 2020).

La cura verso gli anziani è caratterizzata da maggiore complessità rispetto ad altre forme di cura. Ad esempio, le persone anziane possono incorrere in problematiche multiple e cronicizzate, e possono spesso richiedere interventi imprevisti (Calvano 2013). La cura verso i bambini, al contrario, consente di programmare tempestivamente

le attività necessarie, tende a diminuire di intensità nel corso del tempo all'aumentare dell'autonomia che questi acquisiscono con la crescita (Kossek *et al.* 2001). Nel complesso, la cura verso gli anziani è caratterizzata da gradi di incertezza elevati, che rendono difficoltose le attività di previsione e programmazione.

È possibile tracciare un quadro che descrive, in modo sintetico, il complesso e articolato problema del caregiving. A tale scopo si possono distinguere: 1) le condizioni di contesto, in particolare il contesto familiare e le specificità individuali; 2) le risorse potenzialmente a disposizione dei caregiver; 3) gli impatti sui caregiver delle esperienze di cura (Burch *et al.* 2019). Nei prossimi paragrafi vedremo gli aspetti essenziali di ciascuno.

## ***2. Le condizioni di contesto e le risorse***

Tra le condizioni di contesto, vanno considerate varie caratteristiche della situazione individuale dell'anziano, del caregiver, e del loro rapporto. Lo stato di salute dell'anziano e, più in generale, le specifiche tipologie dei bisogni di cura, costituiscono l'aspetto più ovvio ed influente. Vi sono tuttavia altri fattori contestuali rilevanti: lo stato di convivenza (o meno) del caregiver con l'anziano può condizionare in modo significativo gli aspetti logistici della cura; la rilevanza emotiva del rapporto tra anziano e caregiver, nonché il tipo di relazione familiare, possono influenzare gli impatti psicologici dell'esperienza di cura del caregiver. Vi



sono inoltre fattori individuali, tra cui il genere del caregiver (le donne tipicamente si trovano in situazioni di maggiore pressione e responsabilità di caregiving), la sua radice culturale, la sua situazione economica. È evidente, ad esempio, che un più alto reddito può consentire ai caregiver di assumere assistenza retribuita o di ridurre la preoccupazione per l'impatto economico delle spese associate all'assistenza agli anziani.

In secondo luogo, vanno considerate le risorse da cui i caregiver possono attingere per svolgere le attività di cura. Si possono distinguere quattro tipologie generali di risorse. Da un lato, una più estesa rete familiare e sociale del caregiver può certamente ridurre la pressione materiale e psicologica. Inoltre, possono esservi risorse utili nel contesto della comunità locale, ad esempio gruppi di supporto di varia origine (sociale o religiosa, per esempio), programmi pubblici di formazione e supporto, e servizi di vario tipo forniti da soggetti privati. Ancora, non vanno sottovalutate le risorse personali, di natura psicologica e/o cognitiva, che il caregiver può mobilitare. Ad esempio, il fatto di aver avuto esperienze pregresse, di possedere conoscenze utili, il senso di gratificazione e motivazione che può essere ricavato dalla stessa esperienza di cura. Anche taluni tratti della personalità, come ad esempio l'autostima e l'autoefficacia, possono consentire ai caregiver informali di affrontare meglio la tensione tra responsabilità di cura e lavoro. Allo stesso modo, lo stato di salute fisica e mentale, nonché il benessere individuale del caregiver, possono essere considerate risorse rilevanti.

Infine, vi sono risorse che il caregiver può attingere dal contesto lavorativo. Nonostante la maggior parte di coloro che prestano cure informali verso gli anziani siano anche lavoratori, tale tema è entrato solo di recente nell'agenda delle organizzazioni. Tuttavia, molte organizzazioni non prevedono specifiche politiche o programmi di supporto rivolti ai propri dipendenti che si trovano a svolgere anche il ruolo di caregiver informali (Swanberg *et al.* 2006).

Gli studi disponibili, tuttavia, mostrano che la rilevanza del contesto organizzativo, laddove siano presenti iniziative specifiche, è molto significativa. Ad esempio, il supporto dei superiori risulta essere di grande aiuto, in quanto può agire sulla riduzione dello stress lavorativo (Kossek *et al.* 2019). Più in generale, il supporto organizzativo produce conseguenze positive rilevanti sulla soddisfazione, sull'impegno e sulla riduzione dello stress lavorativo dei caregiver (Zacher e Schulz 2014; Zacher e Winter, 2011). Tra le forme di supporto più efficaci vi è la possibilità per i dipendenti di pianificare in modo flessibile i propri orari di lavoro. Questo può ridurre la probabilità di arrivare in ritardo al lavoro, di essere interrotti, di dover anticipare l'uscita dal lavoro o persino di prendere in considerazione l'idea di lasciare il lavoro (Shoptaugh *et al.* 2004). In generale, il controllo e l'autonomia sul proprio lavoro hanno una relazione positiva con la soddisfazione lavorativa e l'impegno organizzativo.

Altra forma di supporto organizzativo utile è quella legata ai programmi di assistenza agli an-

ziani sponsorizzati dal datore di lavoro, come ad esempio servizi di consulenza, assistenza finanziaria, servizi di cura giornalieri; questi, in generale, tendono a ridurre le assenze dal lavoro e ad aumentare la produttività dei caregiver informali (Dembe *et al.* 2011). In generale, un clima organizzativo caratterizzato da condivisione, comprensione e supporto per i caregiver informali può avere un impatto positivo sul conflitto tra i ruoli, e di conseguenza sul benessere dei lavoratori e sulle loro prestazioni (Kossek *et al.* 2001).

### **3. Gli impatti sui caregiver**

Viste le condizioni di contesto e le risorse potenzialmente disponibili, consideriamo ora gli impatti possibili dell'esperienza di cura sui caregiver. Si tratta di impatti assai significativi, spesso con connotazioni negative. Si possono distinguere quattro differenti tipi di impatto (Clancy *et al.* 2020): sociale (ad esempio, in termini di disponibilità a offrire lavoro, interruzioni di carriera, rischio di disoccupazione); lavorativo (ad esempio, in termini di discriminazione, minore performance lavorativa, stress collegato al lavoro, assenteismo, etc.), familiare (qualità delle relazioni affettive, benessere del beneficiario delle attività di cura), e individuale (benessere psicologico, benessere fisico, tensioni finanziarie).

In particolare, i caregiver informali soffrono generalmente di un più elevato tasso di conflitto percepito tra lavoro e famiglia (in entrambe le direzioni:

la percezione del caregiver che la necessità di cura interferisca negativamente con le responsabilità lavorative, ma anche che il lavoro interferisca negativamente con la responsabilità di cura), di ambiguità di ruolo, e di conseguenze negative sulla salute e sul benessere. In generale, si riscontra una relazione negativa tra l'attività di cura verso gli anziani e le performance lavorative (Lam *et al.* 2022). Tale relazione negativa è caratterizzata non solo da effetti maggiormente manifesti ed evidenti quali assenze prolungate o ritardi, ma anche da conseguenze meno visibili quali interruzioni, distrazioni, e in generale un minore impegno, che nel complesso impattano negativamente sulle prestazioni dei lavoratori (Hepburn e Barling 1996).

Si nota, dunque, che gli impatti negativi non riguardano solo i caregiver, ma anche le organizzazioni nelle quali sono impiegati, sia in modo esplicito e misurabile, sia in modo meno ovvio e non misurabile, ma non per questo meno importante. È dunque un problema rispetto al quale appare necessario uno sforzo di ideazione e applicazione di risposte concrete, nell'interesse di tutti gli attori in gioco (individuali e organizzativi), la cui ragion d'essere non si limita a valutazioni di tipo etico e morale, pur fondamentali, ma anche a logiche di tipo economico in termini, per esempio, di maggiore produttività, efficienza e migliore utilizzo delle competenze disponibili. È plausibile, peraltro, che a fronte di politiche aziendali di gestione delle persone e di organizzazione del lavoro supportive per i caregiver, si producano conseguenze positive (per gli individui, e per le organiz-

zazioni) che possono andare oltre la mera neutralizzazione degli effetti negativi sopra citati. Ad esempio, la letteratura disponibile suggerisce che una maggiore responsabilizzazione dei lavoratori sulla definizione autonoma delle mansioni (che è un esempio di politica supportiva per i caregiver, anche se ancora scarsamente analizzata) tende a produrre, in termini generali, una varietà di effetti desiderabili sia per il lavoratore (benessere, soddisfazione, identificazione con l'organizzazione, crescita personale e sviluppo delle competenze, etc.) sia per l'organizzazione (produttività, creatività, fidelizzazione, etc.) (Berdicchia e Masino 2023).

#### ***4. Conclusione: la necessità di percorsi di studio e sperimentazione***

Nel complesso, la problematica dei caregiver informali è socialmente ed economicamente rilevante, in rapida diffusione, impattante per tutti i soggetti coinvolti e assai articolata. Richiede competenze interdisciplinari, studi ulteriori e iniziative di sensibilizzazione nei confronti delle organizzazioni. Servono, soprattutto, percorsi di sperimentazione e di applicazione. La letteratura, pur non ancora sufficientemente sviluppata, suggerisce già alcune strade possibili. Come abbiamo già accennato, la flessibilizzazione dell'organizzazione del lavoro (gestione dei tempi di lavoro, mansioni e responsabilità) è una soluzione che può produrre effetti positivi diretti e indiretti, non solo nel breve periodo. Iniziative formative e conoscitive

specificamente indirizzate ai caregiver possono produrre grandi benefici con sforzi organizzativi relativamente limitati. Investimenti tangibili specifici (per esempio, servizi per i caregiver sponsorizzati dall'azienda, o aiuti finanziari diretti) possono non solo fornire sollievo materiale ai caregiver, ma anche acquisire una valenza simbolica importante che può ridurre la sofferenza psicologica che tipicamente si produce nelle esperienze di cura più problematiche. Infine, un percorso di sensibilizzazione della cultura organizzativa al problema può certamente riflettersi positivamente nel rapporto tra i caregiver e i rispettivi leader e supervisori, facilitando, quindi, la personalizzazione delle soluzioni di supporto. Va considerato, infatti, che ogni singola esperienza di cura è, per almeno alcuni aspetti, unica e fortemente contestuale, e richiede quindi una efficace capacità di attenzione e di ascolto individuale, da parte dell'organizzazione, e quindi di personalizzazione delle risposte. È plausibile che persino politiche generali finalizzate al supporto dei caregiver, in assenza di una significativa capacità di personalizzazione, rischiano di essere meno efficaci di quanto sarebbe auspicabile e possibile.

## Bibliografia

Berdicchia, D. e Masino G.  
2023 *La sfida del job crafting*, <http://amsacta.cib.unibo.it>. Bologna: TAO Digital Library.

Burch, K. A., Dugan, A. G. e Barnes-Farrell, J. L.  
2019 *Understanding what eldercare means for employees and organizations: A review and recommendations for future research*, in «Work, Aging and Retirement», vol. 5 n. 1, pp. 44-72.

Calvano, L.  
2013 *Tug of war: Caring for our elders while remaining productive at work*, in «Academy of Management Perspectives», vol. 27 n. 3, pp. 204-218.

Clancy, R. L., Fisher, G. G., Daigle, K. L., Henle, C. A., McCarthy, J. e Fruhauf, C. A.  
2020 *Eldercare and work among informal caregivers: A multidisciplinary review and recommendations for future research*, in «Journal of Business and Psychology», vol. 35 n. 1, pp. 9-27.

Dembe, A. E., Partridge, J. S., Dugan, E. e Piktialis, D. S.  
2011 *Employees' satisfaction with employer-sponsored elder-care programs*, in «International Journal of Workplace Health Management», vol. 4 n. 3, pp. 216-227.

Hepburn, C. G. e Barling, J.  
1996 *Eldercare responsibilities, interrole conflict, and employee absence: A daily study*, in «Journal of Occupational Health Psychology», vol. 1 n. 3, pp. 311-318.

Kossek, E. E., Colquitt, J. A. e Noe, R. A.  
2001 *Caregiving decisions, well-being, and performance: The effects of place and provider as a function of dependent type and work-family climates*, in «Academy of Management Journal», vol. 44 n. 1, pp. 29-44.

Kossek, E. E., Thompson, R. J., Lawson, K. M., Bodner, T., Perrigino, M. B., Hammer, L. B., Buxton, O. M., Almeida, D. M., Moen, P., Hurtado, D. A., Wipfli, B., Berkman, L. F. e Bray, J. W.  
2019 *Caring for the elderly at work and home: Can a randomized or-*

*ganizational intervention improve psychological health?*, in «Journal of Occupational Health Psychology», vol. 24 n. 1, pp. 36-54.

Lam, W. W. Y., Nielsen, K., Sprigg, C. A. e Kelly, C. M.

2022 *The demands and resources of working informal caregivers of older people: A systematic review*, in «Work & Stress», vol. 36 n. 1 pp. 105-127.

Shoptaugh, C. F., Phelps, J. A. e Visio, M. E.

2004 *Employee eldercare responsibilities: Should organizations care?*, in «Journal of Business and Psychology», vol. 19 n. 2 pp. 179-196.

Swanberg, J. E., Kanatzar, T., Mendiondo, M. e McCoskey, M.

2006 *Caring for our elders: a contemporary conundrum for working people*, in «Families in Society», vol. 87 n. 3 pp. 417-426.

Zacher, H. e Schulz, H.

2015 *Employees' eldercare demands, strain, and perceived support*, in «Journal of Managerial Psychology», vol. 30 n. 2 pp. 183-198.

Zacher, H. e Winter, G.

2011 *Eldercare demands, strain, and work engagement: The moderating role of perceived organizational support*, in «Journal of Vocational Behavior», vol. 79 n. 3 pp. 667-680.





*isabella.crespi@unimc.it*  
*sergio.labate@unimc.it*



## **Cura, relazioni familiari e conciliazione vita-lavoro: una riflessione a più voci**

*Isabella Crespi, Sergio Labate*

### **1. Introduzione**

In un contesto demografico europeo in cui la popolazione sta progressivamente invecchiando, sta emergendo un crescente bisogno di cure e assistenza, tendenza che probabilmente persisterà nei prossimi decenni. Attualmente, soprattutto nei Paesi del Sud Europa, i sistemi di welfare si basano principalmente sul sostegno fornito dalle famiglie e sull'affidamento a pratiche di caregiving informale. Negli ultimi decenni, l'Italia, così come l'Europa nel suo complesso (European Commission 2018; 2021) ha assistito a significativi cambiamenti socio-demografici che hanno impattato diretta-

mente sulla cura degli anziani e sulle dinamiche familiari. L'aumento dell'aspettativa di vita e il calo delle nascite stanno contribuendo al rapido invecchiamento della popolazione (Istat 2020; 2021). Questo fenomeno richiede un ripensamento dei tradizionali modelli di cura e una maggiore attenzione alle fragilità degli anziani (Bramanti, 2022). Di conseguenza, ci troviamo di fronte a un ripensamento e ad una riconfigurazione degli obblighi e delle responsabilità di cura tra l'unità familiare, lo stato e il mercato. L'emergenza pandemica di Covid-19 ha evidenziato, soprattutto in Italia, quanto siano rilevanti e importanti i legami e le relazioni familiari nell'assistenza e nel sostegno ai membri. Come evidenziato da recenti studi condotti a livello europeo, uno dei gruppi di popolazione più colpiti dalla pandemia Covid-19 è stato quello delle persone con esigenze di assistenza a lungo termine, soprattutto in età avanzata, e dei loro caregiver informali (Bergmann Wagner 2021; Cipolletta, Morandini e Tomaino 2023). In questo quadro, le famiglie esprimono una richiesta di protezione sociale, rispondendo a esigenze che hanno superato le loro capacità interne. Tradizionalmente intrinseche ai ruoli e alle responsabilità familiari, queste richieste si sono spostate verso l'outsourcing esterno.

Nell'attuale tessuto sociale, il concetto di "caregiver" rappresenta un pilastro fondamentale all'interno delle relazioni familiari, poiché incarna l'essenza della cura, dell'assistenza e del sostegno reciproco all'interno dell'ambiente domestico. Tuttavia, ciò che rende ancora più significativo

questo ruolo è la sua capacità di conciliare, di bilanciare molteplici responsabilità ed esigenze, spesso in un contesto caratterizzato da complessità e sfide. Da una prospettiva socio-filosofica, esaminiamo come i caregiver navigano attraverso le dinamiche familiari, affrontando pressioni esterne e interne mentre si dedicano alla cura degli altri.

Innanzitutto, è cruciale comprendere il concetto stesso di “caregiver” e il suo impatto sulle relazioni familiari. Il caregiver non è soltanto colui che fornisce assistenza materiale o fisica, ma anche colui che offre supporto emotivo, comprensione e presenza costante. In tal senso, il ruolo del caregiver si espande ben oltre il mero compito di soddisfare bisogni pratici, abbracciando una dimensione profondamente umana e interpersonale.

Tuttavia, ciò che distingue ulteriormente il ruolo dei caregiver che conciliano è la loro capacità di navigare tra molteplici ruoli e identità. Spesso, i caregiver sono chiamati a bilanciare le loro responsabilità familiari con impegni lavorativi, sociali e personali. Questa sfida richiede non solo una gestione efficace del tempo e delle risorse, ma anche una riflessione critica sul significato stesso di cura e sacrificio all’interno della sfera familiare.

Considerando il ruolo centrale svolto dalle famiglie nelle pratiche di assistenza sia prima che dopo la pandemia, è fondamentale esplorare gli adattamenti, le strategie e gli strumenti messi in atto per far fronte al periodo di crisi, al fine di migliorare le politiche e i sistemi di welfare. Un tema attuale che riguarda anche i rapporti generazionali, poi-

ché nella dimensione familiare i caregiver informali risultano essere sempre più giovani, la cosiddetta generazione sandwich, stretta tra gli obblighi di cura dei figli e dei genitori (Brenna, 2021).

Le politiche pubbliche, le norme sociali e le strutture economiche possono influenzare in modo significativo il modo in cui i caregiver interpretano e praticano il loro ruolo. Ad esempio, politiche di welfare inefficienti o un mercato del lavoro precario possono mettere a dura prova le risorse e la resilienza dei caregiver, compromettendo il benessere familiare nel suo complesso.

La prospettiva socio-filosofica ci invita a considerare il contesto culturale, politico ed economico in cui si svolgono le dinamiche familiari moderne, per poter poi mettere in atto politiche adeguate alla profondità delle questioni che sono in gioco.

## ***2. La cura tra universalità antropologica e lavoro retribuito***

La nozione di cura è in un certo senso universale. Questa universalità della cura non è sempre stata un bene.

Il rischio interpretativo più ingente è quello per cui proprio il carattere trascendentale della cura ci renda indifferenti alle rappresentazioni sociali tramite cui le differenti civiltà hanno inteso comprendere all'interno dei differenti ordini del discorso i fenomeni di cura: una *spiritualizzazione* della cura per cui la sua ricorrenza nel tempo e nello spazio finisce per legittimare qualunque fe-

nomeno attraverso cui la cura è stata organizzata. Esiste una molteplicità di azioni umane che si richiamano alla cura: alcune di loro sono forme di cura che curano e altre forme di cura che in realtà nascondono patologie, relazioni tossiche, dipendenze. Saper distinguere non è indifferente rispetto all'esperienza concreta che tutti noi facciamo della cura.

Intanto possiamo partire da un'evidenza d'ordine esistenziale: vi è cura dove vi è mancanza. La cura si riferisce cioè a una forma di presa in carico di una condizione in cui vi è una vulnerabilità. Ogni volta che facciamo ricorso al gergo della cura, ci riferiamo dunque a una serie di azioni messe in atto dagli esseri umani in relazione a una qualche situazione di vulnerabilità. Eppure contemporaneamente la vulnerabilità umana non è solo il risultato di particolari eventi contingenti. L'essere umano è strutturalmente vulnerabile, in quanto "costretto" a comprendersi tramite una mancanza originaria. Più semplicemente potremmo dire: le forme contingenti della vulnerabilità (le età della vita in cui non siamo autosufficienti, le patologie, le difficoltà socio-culturali, ecc.) non sono altro che manifestazioni di una più generale condizione umana per cui l'essere umano è sempre in rapporto con la propria vulnerabilità e per questo è sempre capace di ricevere/offrire cura: l'essere umano è in quanto tale un essere di cura.

Per distinguere questi due significati originari della cura, Heidegger introduce la differenza tra il "prendersi cura" e l'"aver cura" (Heidegger, 2015). Nel suo prendersi cura l'essere umano si occupa

di “qualcuno” come fosse “qualcosa”. La cura diventa così una forma di misura quantitativa che si può calcolare. Nell’esperienza comune, prendersi e avere cura si co-implicano: aver cura di qualcuno vuol dire anche regalargli oggetti, garantire il necessario per la sussistenza, spendersi per minimizzare le difficoltà concrete e quotidiane, ecc.

Questa co-appartenenza del prendersi cura e dell’aver cura è implicata anche nelle differenziazioni categoriali tramite cui facciamo riferimento al lessico della cura. A ogni cura attribuiamo un aggettivo e tale aggettivazione modifica il senso dell’esperienza, rendendo più concreto il suo carattere universale. Abbiamo la cura *parentale*, la cura *generazionale*, la cura *relazionale*, la cura *materiale*, la cura *simbolica*, la cura *spirituale*, la cura *ambientale*, ecc. A ogni aggettivazione corrisponde un’esperienza differente che va attraversata e analizzata anche in termini teorici.

C’è infine la cura *professionale*, che è un’invenzione recente. Con l’organizzazione del lavoro moderno, la cura diventa una prestazione che può essere scambiata col denaro. Il *lavoro* diventa appunto una *professione*, il cui significato è duplice. Non è solo quello di fornirci il necessario per la sussistenza, attraverso la mediazione del denaro, ma è anche quello di darci una nuova identità, l’identità sociale. Il lavoro produttivo così diventa anche un lavoro sociale: tramite il lavoro ci identifichiamo socialmente (Gorz, 1992).

Questa riduzione del lavoro umano al lavoro come professione ha per quasi due secoli volutamente rimosso la questione del lavoro di cura, de-

finito più propriamente come lavoro riproduttivo e contrapposto al lavoro produttivo (Bock G. – Duden B., 2024). Tutte le attività che avevano come fine di garantire la sussistenza e la riproduzione della vita umana sono state infatti delegate al femminile e non riconosciute come professione. In quanto tali, i lavori di cura sono però la condizione di possibilità dei lavori produttivi. Se non ci fosse qualcuno a prendersi cura di noi fin dalla nascita, che non si occupi della soddisfazione dei bisogni primari, che non mantenga in condizioni salubri i nostri ambienti vitali e che si prenda cura dei nostri parenti da anziani, non saremmo nelle condizioni per poter svolgere le nostre professioni. La cura è stata un lavoro – tra i più faticosi oltretutto perché quotidiano, ripetitivo, non prevedibile in quanto dipendente dalla contingenza delle situazioni – ma non è stata una professione.

La società del lavoro si organizzava dunque a partire da questo schema fondativo. Da un lato il lavoro come professione, appannaggio degli uomini e la cui centralità è tale da affidargli l'identificazione sociale; dall'altro lato il lavoro riproduttivo, affidato alle donne e costretto a restare nell'ordine dell'informale, pur essendo condizione di possibilità di ogni altra forma di lavoro.

Questa tendenza è stata messa in discussione e ridimensionata a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso. Ma se la messa in discussione è dovuta alle critiche che giustamente si sono levate contro questo sfruttamento sistematico del lavoro femminile e contro lo stereotipo di genere che



costringe la cura ad essere un “mestiere delle donne”, il suo ridimensionamento è arrivato, paradossalmente, da una trasformazione della divisione capitalistica del lavoro.

È il fenomeno della cosiddetta femminilizzazione del lavoro (Fraser, 1996). Il lavoro di cura fuoriesce velocemente dalla zona d'ombra dell'informalità per diventare a tutti gli effetti un lavoro retribuito, una professione come tutte le altre. Il lavoro di cura diviene così una nuova frontiera della produzione capitalistica.

Ma questa razionalizzazione capitalistica si rende possibile anche a seguito di un'oggettiva e repentina trasformazione demografica delle nostre società. Il processo di invecchiamento generalizzato dà luogo all'estensione del lavoro di cura e alla necessità di una sua organizzazione scientifica e di una sua normazione.

Si accrescono in questo modo anche i livelli di sensibilità pubblica nei confronti del lavoro di cura. Da un lato il lavoro di cura – nel suo passaggio dall'informale al formale – diviene oggetto di scienza. Si moltiplicano le specializzazioni e le professionalizzazioni. La capacità di cura non è più affidata semplicemente alla buona volontà o a un presunto “istinto naturale all'accudimento”, ma si acquisisce una vera e propria scienza professionalizzante e una tassonomia dei lavoratori della cura. Infine, a questi elementi se ne aggiunge anche un altro. La crisi del welfare diventa una crisi della *forma pubblica della cura*. Il lavoro di cura si scontra con la diffusione sempre più estesa del “lavoro povero”, cioè quel lavoro la cui retribuzione non

permette di stare oltre la soglia della povertà relativa e che tocca le professioni della cura in un duplice senso: da un lato non consente a molte famiglie di “pagare” il lavoro di cura, dall’altro finisce per costringere i lavoratori della cura a essere sottopagati e senza riconoscimenti di diritti e tutele che dovrebbero essere definitivamente acquisiti. L’invecchiamento diffuso trasforma le “nonne” e i “nonni” da potenziali soggetti di cura a effettivi oggetti della cura, modificando drasticamente le rappresentazioni sociali della cura generazionale. Si è prodotta così una vera e propria aporia sociale: da un lato la progressiva professionalizzazione della cura ha dato luogo alla necessità della formalizzazione di norme e tutele a garanzia dei lavoratori, dall’altro lo stato di ridimensionamento del “pubblico” non ha permesso, allo stato attuale, un organico e sistematico riconoscimento pubblico e istituzionale all’altezza delle sfide recenti. Più il lavoro di cura diventa una professione, meno acquisisce i diritti e le tutele di cui avrebbe sempre più bisogno.

Se la società del lavoro sembra destinata a tramontare, abbiamo di fronte a noi l’epoca della società della cura. Il progressivo spostamento della cura dai margini del nostro mondo al suo centro può essere occasione per un ripensamento complessivo del modo in cui interpretiamo le relazioni d’aiuto (The Care Collective, 2021). L’attenzione pubblica alle forme plurali del lavoro di cura deve essere cioè occasione per fare della cura un nuovo fatto sociale totale, intorno a cui ricostruire e rigenerare le nostre relazioni sociali.

### ***3. Caregiving e relazioni familiari: dinamiche della cura e della conciliazione***

La nozione di “cura” assume una rilevanza cruciale anche nella prospettiva della sociologia, poiché si estende ben oltre la mera dimensione medica, riflettendo il modo in cui le persone costruiscono le loro relazioni sociali e interagiscono con l’ambiente circostante. In questo contesto, la cura svolge un ruolo multidimensionale, abbracciando dimensioni emotive, relazionali e istituzionali che influenzano la struttura stessa del tessuto societario (Fiocco, 2004; Fine, 2004).

La cura è un concetto fondamentale per istituzioni sociali, ad esempio assumendo un ruolo centrale nella strutturazione della famiglia e della comunità.

All’interno della famiglia, la cura non si limita all’aspetto biologico, ma si estende alle dinamiche affettive e alle responsabilità quotidiane. È nell’ambito familiare che le persone imparano le prime lezioni di empatia, reciprocità e attenzione verso gli altri, aspetti che plasmano le loro interazioni sociali future. La cura si manifesta anche in contesti professionali e istituzionali, assumendo una forma più strutturata e organizzata e sempre più spesso le organizzazioni, oggi orientate al benessere dei dipendenti, riconoscono l’importanza di creare un ambiente di lavoro che promuova la cura reciproca e il supporto emotivo. Politiche aziendali che favoriscono un equilibrio tra lavoro e vita personale, programmi di assistenza ai dipendenti e iniziative di benessere psicologico,

sono tutti elementi che contribuiscono a creare un contesto lavorativo attento alla cura.

Proprio perché attuata in contesti relazionali, la nozione di cura nella sociologia non può tuttavia prescindere dalle dinamiche di potere e disuguaglianza sociale (Fraser, 1996; Lynch, Kalaitzake e Crean, 2021). La distribuzione disuguale delle responsabilità di cura, spesso ripartite in modo disproporzionato su determinati gruppi (donne, straniere come assistenti familiari, etc.), può riflettere e perpetuare disuguaglianze di genere e socio-economiche. Ad esempio, le donne sono tradizionalmente associate alle attività di cura nella sfera domestica (come caregiver), il che può influenzare le opportunità di partecipazione sociale e professionale.

Il concetto di caregiver è intrinsecamente legato al concetto di cura, alle relazioni familiari e alla società nel suo complesso e si configura come fondamentale nelle relazioni familiari e nella società, un ruolo imprescindibile che coinvolge la cura e l'assistenza a membri della famiglia in situazioni di bisogno, come malattia, disabilità o vecchiaia. Questo ruolo può avere implicazioni significative sulle dinamiche familiari, sulla conciliazione tra lavoro e vita privata e sulla struttura sociale.

Innanzitutto il ruolo dei caregiver che conciliano rappresenta un nodo cruciale all'interno del tessuto sociale contemporaneo, intrecciando la cura, la relazione e la conciliazione tra molteplici identità e responsabilità (Costa, 2007; Barnes, 2010; Di Nicola e Viviani, 2020).

Da una prospettiva sociologica, possiamo eviden-

ziare appieno la complessità di questo ruolo e l'importanza di creare contesti familiari e sociali che sostengano e valorizzino il lavoro dei caregiver nell'ambito delle relazioni familiari. Proprio queste ultime costituiscono il contesto primario in cui si svolge il caregiving anche se le dinamiche familiari possono variare ampiamente a seconda del tipo di famiglia e dei suoi membri; le famiglie nucleari, estese, monoparentali e ricomposte presentano ciascuna sfaccettature uniche che influenzano il modo in cui i caregiver si relazionano con i loro cari. Ad esempio, nelle famiglie estese, i ruoli di caregiving possono essere distribuiti in modo più equo tra vari membri della famiglia, mentre nelle famiglie nucleari il peso della cura può ricadere principalmente su un solo individuo, di solito la donna.

Il caregiving è anche influenzato da una serie di fattori sociali, tra cui il genere, la classe sociale, l'etnia e la cultura. Le donne sono tradizionalmente associate al caregiving, anche se sempre più uomini stanno assumendo questo ruolo. Tuttavia, i caregiver donne tendono a dedicare più tempo e risorse al caregiving rispetto ai loro omologhi uomini (Zilli, 2022; Melchiorre *et al.*, 2022). La classe sociale inoltre può determinare l'accesso alle risorse e ai servizi di supporto per i caregiver, mentre l'etnia e la cultura possono influenzare le aspettative e le pratiche legate al caregiving all'interno di una comunità.

Le istituzioni sociali possono svolgere un ruolo cruciale nel supportare i caregiver e facilitare le relazioni familiari poiché i governi e le politiche

pubbliche possono fornire servizi di assistenza domiciliare, sussidi finanziari e congedi retribuiti. Tuttavia, spesso esistono carenze nei servizi di supporto e le politiche possono non essere sufficientemente sensibili alle esigenze dei caregiver e delle loro famiglie e per questo motivo è importante sviluppare politiche e programmi che riconoscano e valorizzino il lavoro di cura svolto dai caregiver (Serughetti e Morrissey, 2022).

In primo luogo, l'istituzione di congedi retribuiti rappresenta un passo cruciale. Questi congedi consentono ai caregiver di prendersi cura dei propri cari senza dover sacrificare il reddito, fornendo un sollievo finanziario e un senso di sicurezza economica. Inoltre, i servizi di assistenza domiciliare devono essere resi accessibili e convenienti, offrendo ai caregiver un supporto pratico nell'assistenza quotidiana ai loro cari, come la somministrazione di cure mediche o l'aiuto nelle attività quotidiane. In aggiunta, i sussidi finanziari possono svolgere un ruolo fondamentale nel ridurre il peso finanziario associato al caregiving, fornendo assistenza economica diretta per affrontare le spese legate alle cure mediche, agli ausili e ad altre necessità connesse.

Tuttavia, è vitale che tali politiche siano attentamente progettate per essere sensibili alle diverse esigenze dei caregiver e delle loro famiglie. Ad esempio, le politiche dovrebbero considerare le differenze di contesto socio-economico, culturale e familiare tra i caregiver, garantendo che il supporto offerto sia efficace e accessibile per tutti. Inoltre, le politiche dovrebbero essere flessibili e

adeguate, in grado di adattarsi ai cambiamenti nelle esigenze dei caregiver nel corso del tempo. Infine, è essenziale coinvolgere attivamente i caregiver stessi nel processo decisionale riguardante la progettazione e l'implementazione di queste politiche, assicurando che le loro voci e le loro esperienze siano ascoltate e rispettate. Solo attraverso un approccio olistico e inclusivo, le istituzioni sociali possono veramente svolgere un ruolo efficace nel sostenere i caregiver e promuovere una maggiore conciliazione tra lavoro e vita familiare (Naldini, Pavolini e Solera, 2016).

La pratica di cura può avere un impatto significativo sulle relazioni familiari e sulla società nel suo insieme, poiché le famiglie possono sperimentare cambiamenti nelle dinamiche interpersonali, con tensioni e conflitti che possono emergere a causa del caregiving; tuttavia, il caregiving può anche rafforzare i legami familiari, promuovendo un senso di solidarietà e responsabilità reciproca. A livello sociale, il caregiving può influenzare la partecipazione economica delle famiglie e avere implicazioni per la forza lavoro e il sistema sanitario (Albertini e Tosi 2022).

Inoltre, è importante promuovere una cultura organizzativa che riconosca e valorizzi il lavoro di cura, sia esso svolto all'interno o all'esterno della famiglia. Ciò potrebbe includere politiche aziendali che incoraggiano la flessibilità lavorativa e il telelavoro, così come programmi di sensibilizzazione e formazione per promuovere una maggiore consapevolezza delle questioni legate alla cura degli anziani e alle disuguaglianze di genere.

Guardando oltre l'individuo e la famiglia, la cura assume anche un ruolo centrale nelle politiche sociali. Un sistema di welfare efficace riflette un impegno sociale per garantire la cura a coloro che ne hanno bisogno, riducendo le disparità socio-economiche e promuovendo un'equità più ampia. A livello di strategie di policy making, sarebbe opportuno promuovere un dialogo aperto e inclusivo tra caregiver, professionisti del settore sanitario e decisori politici poiché coinvolgerli/le nelle decisioni che riguardano le politiche di assistenza sanitaria e sociale può garantire che le loro esigenze e preoccupazioni siano adeguatamente considerate. In questo modo, si può lavorare verso un sistema più equo ed efficiente che supporti adeguatamente coloro che si prendono cura dei propri familiari, ponendo attenzione a non creare disuguaglianze.

In questa prospettiva la cura, rappresenta un elemento cardine della società, un filo rosso che lega tutte le sfere delle relazioni umane. Comprendere appieno le dinamiche della cura nella società è essenziale per affrontare le sfide legate alle disuguaglianze e per promuovere una comunità più inclusiva e solidale.

#### **4. Conclusioni**

La cura, nelle sue molteplici sfaccettature, rappresenta un elemento centrale e insostituibile all'interno delle relazioni familiari e sociali, assumendo una valenza cruciale nel contesto demografico e



culturale attuale. L'analisi filosofica e sociologica del caregiving ha evidenziato come questo fenomeno sia profondamente intrecciato con le dinamiche di genere, le disuguaglianze socio-economiche e la necessità di politiche pubbliche più efficaci e inclusive.

Le riflessioni esposte mostrano che, se da un lato il ruolo dei caregiver è sempre più riconosciuto e professionalizzato, dall'altro persiste un'importante ambivalenza: l'evoluzione verso una società della cura non ha portato con sé un adeguato sistema di supporto e protezione per chi svolge questo lavoro. La professionalizzazione della cura e la sua integrazione nel mercato del lavoro sono passi importanti, ma rischiano di rimanere insufficienti se non accompagnati da politiche che garantiscano diritti e tutele commisurate alla complessità e all'importanza di questo ruolo.

È essenziale, quindi, ripensare e ridefinire i modelli di welfare e di supporto istituzionale per rispondere alle esigenze di caregiver e assistiti. La creazione di politiche più flessibili, che includano misure di sostegno finanziario, congedi retribuiti e servizi di assistenza domiciliare, rappresenta una risposta concreta alla crescente domanda di aiuto. Inoltre, un approccio inclusivo che consideri le differenze socio-economiche e culturali può contribuire a rendere questi interventi più equi ed efficaci.

Infine, l'attenzione pubblica alla cura deve tradursi in una nuova concezione della società, in cui il lavoro di cura sia considerato non solo un obbligo privato, ma una responsabilità collettiva. Questo richiede un cambiamento culturale che superi le

tradizionali divisioni di genere e favorisca una distribuzione più equa delle responsabilità di cura. Solo in questo modo la cura potrà essere veramente intesa come un “fatto sociale totale”, capace di rigenerare e consolidare il tessuto delle relazioni umane e di promuovere una conciliazione più armoniosa tra vita lavorativa e familiare.

## Bibliografia

Albertini, M. & Tosi, M.

2022 *Grandparents, family solidarity and the division of housework: Evidence from the Italian case*, in «Genus», 78(1), 21.

Barnes, M.

2010 *Storie di caregiver. Il senso della cura*, Edizioni Erickson, Trento.

Bergmann, M., & Wagner, M.

2021 *The impact of COVID-19 on informal caregiving and care receiving across Europe during the first phase of the pandemic*, in «Frontiers in Public Health», 9.

Bock G., Duden B.

2024 *Lavoro d'amore - amore come lavoro. La nascita del lavoro domestico nel capitalismo*, Ombre Corte, Verona.

Bramanti, D.

2022 *The Intergenerational Representation of Old Age in the Transition to Frailty: An Empirical Analysis in Italy*, in «Social Inclusion», 11(1), pp. 246-255.

Brenna, E.

2021 *Should I care for my mum or for my kid? Sandwich generation and depression burden in Italy*, in «Health Policy», 125(3), pp. 415-423.

Cipolletta, S., Morandini, B., & Tomaino, S. C. M.

2023 *Caring for a person with dementia during the COVID-19 pandemic: a qualitative study with family caregivers*, in «Ageing & Society», 43(3), pp. 535-555.

Costa, G.

2007 *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*, Carocci, Roma.

Di Nicola, P., & Viviani, D.

2020 *Lavoro di cura: emozioni, sentimenti, frustrazioni. La prospettiva sociologica*, in *Curare le emozioni, curare con le emozioni*, Mimesis, Milano, pp. 269-302.

European Commission

2018 *Informal care in Europe. Exploring Formalisation, Availability and Quality*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Inclusion Directorate A (Thematic Analysis) [Employment and Social Governance Unit A.4]. Available online: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/96d27995-6dee-11e8-9483-01aa75ed71a1/language-en>.

2021 *Long-Term Care Report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society* (Volume I), Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion Social Protection Committee. Available online: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8396>.

Fine, M.

2005 *Individualization, risk and the body: Sociology and care*, in «Journal of sociology», 41(3), pp. 247-266.

Fiocco, P. M.

2004 *Teoria sociale della cura. Strutture delle identità curanti*, Franco Angeli, Milano.

Fraser, N.

1996 *La fine della cura. Le contraddizioni sociali del capitalismo contemporaneo*, Mimesis, Milano.

Gorz, A.

1992 *Metamorfosi del lavoro. Critica della ragione economica*, Bollati Boringhieri, Torino.

Heidegger M.

2015 *Essere e tempo*, Longanesi, Milano.

Istat – Istituto Nazionale di Statistica

2020 *Invecchiamento attivo e condizione di vita degli anziani in Italia*. Available online: <https://www.istat.it/it/files//2020/08/Invecchiamento-attivo-e-condizioni-di-vita-degli-anziani-in-Italia>.

2021 *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia*. Available online: <https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>.

Lynch, K., Kalaitzake, M., & Crean, M.

2021 *Care and affective relations: Social justice and sociology*, in «The Sociological Review», 69(1), pp. 53-71.

Melchiorre, M.C., Quattrini, S., Lamura, G. & Socci, M.

2022 *Role and Characteristics of Personal Care Assistants of Frail Older People with Functional Limitations Ageing in Place in Italy*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 19, 3969.

Naldini, M., Pavolini, E., & Solera, C.

2016 *Female employment and elderly care: The role of care policies and culture in 21 European countries*, in «Work, Employment and Society», 30(4), pp. 607-630.

Serughetti, G., & Morrissey, L. F.

2022 *La cura come utopia quotidiana. Pratiche di politica trasformativa*, in «La società degli individui», 2022/73, pp. 83-94.

The Care Collective

2021 *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*. Edizioni Alegre, Roma.

Zilli, A.

2022 «*Donne che curano: il lavoro delle caregivers in Italia*», in *Quale sostenibilità per la longevità? Ragionando degli effetti dell'invecchiamento della popolazione sulla società, sul mercato del lavoro e sul welfare* (Vol. 95), ADAPT University Press, pp. 121-134.



*C.Pedone@policlinicocampus.it*



## **Caregiver e cura dell'anziano: aspetti clinici, sociali ed economici**

*Claudio Pedone*

### **1. Dati epidemiologici**

L'aumento dell'età media della popolazione a livello mondiale, soprattutto nei paesi più ricchi, è un fenomeno noto. L'Italia è tra i paesi in cui questo aumento è più evidente: il numero di persone con età > 65 anni è aumentato del 136% nei 50 anni dal 1970 al 2020; nello stesso arco di tempo l'aumento è stato del 107% in Francia e del 71% in Germania e del 73% nel Regno Unito (United Nations 2022).

Questa transizione demografica si accompagna purtroppo ad un aumento della prevalenza di patologie croniche e di disabilità. Dati ISTAT del 2022 mostrano che il 47% delle persone tra i 65 ed i 74 anni riporta almeno due patologie croni-

che, e questa percentuale sale al 66% nelle persone con età  $\geq 75$  anni (<https://esploradati.istat.it>). Alla prevalenza di patologie croniche si associa la prevalenza di disabilità: il 37% delle persone con età tra 65 e 74 anni ha una limitazione nelle attività usuali, e di queste il 7% ha una limitazione grave. Se saliamo alla fascia di età successiva, la percentuale sale al 57.4% per qualsiasi limitazione, e al 19.2% per le limitazioni gravi. In termini assoluti, si tratta di 6.6 milioni di persone con difficoltà, di cui 1.8 milioni con limitazioni gravi. I numeri sono ancora più impressionanti se invece di guardare alla difficoltà nelle specifiche attività guardiamo genericamente alle gravi difficoltà motorie, sensoriali oppure nella memoria e concentrazione: il rapporto ISTAT sullo stato di salute della popolazione anziana riporta che si trovano in questa situazione 3.9 milioni di persone con età  $\geq 65$  anni (ISTAT 2021).

Utilizzando i dati dello "European Health Interview Study" è possibile avere informazioni aggiuntive sul tipo di limitazioni gravi. Nella fascia di età sopra i 65 anni, vediamo che il 9.8% ha difficoltà gravi nelle attività più complesse (cucinare, attività domestiche etc.) e il 2.5% ha difficoltà anche nelle attività che riguardano la cura personale. Nelle persone con età  $\geq 75$  anni, il 26% ha difficoltà nelle attività complesse ed il 17.6% anche nelle attività più semplici ([https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/all\\_themes](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/explore/all/all_themes)).

Queste difficoltà si traducono quasi invariabilmente in una necessità di assistenza, che molto spesso è fornita da familiari della persona disabile.

Il rapporto ISTAT su “Conciliazione tra lavoro e famiglia” (ISTAT 2019) riporta che poco meno di tre milioni di persone con età compresa tra i 18 ed i 65 anni si prendono cura di familiari non autosufficienti di età superiore ai 15 anni (a questi numeri vanno aggiunti quelli dei caregiver con età superiore a 64 anni, che sono stimate in circa 600.000 persone). Confrontando questo dato con quello riportato prima di 3.9 milioni di persone non autosufficienti, vediamo che la risposta al bisogno di assistenza è fornita in 7 casi su dieci da caregiver informali, ovvero persone non formate specificamente per fornire assistenza e non retribuite. Questo dato in realtà si discosta di poco dalla media dell’Unione Europea, che è del 60%. Il dato, tuttavia, potrebbe essere sottostimato perché l’identificazione con il ruolo di *care-giver* dipende da influenze culturali, ed alcune persone possono considerare normale fornire cure per un congiunto non autosufficiente (Rocard 2022).

## ***2. Presenza di caregiver e stato di salute dell’anziano disabile***

La presenza di un caregiver e la sua capacità di fornire cure ha una importanza fondamentale per la persona anziana disabile, incidendo in maniera significativa sullo stato di salute e sulla probabilità di poter rimanere al proprio domicilio senza essere istituzionalizzati. In pazienti anziani con caregiver informali, lo stress del caregiver è associato ad un aumento del 50% circa del rischio di mor-



talità e di ospedalizzazione (Kuzuya 2011). Questo dato si conferma in pazienti con specifiche patologie croniche. In uno studio su persone effettuato in Canada su 326 persone affette da demenza di Alzheimer, i fattori che aumentavano il rischio di istituzionalizzazione (oltre naturalmente alla gravità della malattia e della disabilità) erano legati al caregiver: età avanzata, mancanza di un rapporto stretto di parentela con la persona malata e la presenza di stress (Hebert 2001). Tra i soggetti affetti da malattia di Parkinson, quelli che hanno un caregiver sono affetti in genere da una malattia più avanzata con disabilità più grave, ciononostante hanno una migliore qualità della vita e minor distress spirituale (Prizer 2020). Un dato analogo si riscontra nei pazienti affetti da bronchite cronica ostruttiva: la presenza di caregiver si associa a maggior disabilità ma a migliore qualità della vita (Wakabayashi 2011).

La presenza di un caregiver, quindi, non riveste solo un ruolo sociale ma ha anche una valenza clinica. È interessante notare come questa relazione di cura non si esaurisca nella "diade" paziente/caregiver, ma coinvolga anche tutto il contesto familiare e sociale in cui la relazione si svolge, come attestato dal fatto che il supporto sociale da parte di altri familiari o amici percepito dal caregiver ha un'influenza positiva sulla qualità della vita del paziente (De Maria 2020). L'importanza delle relazioni nell'effetto della presenza del caregiver si evidenzia anche dal fatto che avere un caregiver "informale" (quindi un familiare) ha un effetto nel mantenere gli effetti di un intervento formale di

assistenza a domicilio. Uno studio statunitense (Cho 2013) ha mostrato che in pazienti che erano assistiti da servizi formali di assistenza a domicilio (Home health care, HCC), a 60 giorni dal termine dell'intervento di assistenza lo stato funzionale (e quindi lo stato di dipendenza) era significativamente migliore in coloro che avevano un caregiver informale, sia che fosse il coniuge, i figli o parenti. Un aspetto spesso sottovalutato è il ruolo che il caregiver può avere in setting assistenziali diversi dal domicilio, anche dove il livello di cure fornite è elevato come in un reparto ospedaliero per pazienti con patologie acute. Uno studio italiano (Quattrin 2009) ha mostrato che in un reparto per acuti il 16% dei pazienti riceveva assistenza anche da un caregiver informale, la maggior parte dei quali erano parenti. In questo setting, la presenza di un caregiver informale può essere un fattore facilitante la gestione delle attività basilari (es., mangiare) e si traduce in un supporto ai caregiver formali (personale infermieristico) che si traduce, tra le altre cose, in un considerevole risparmio di risorse.

### ***3. Impatto sullo stato di salute del caregiver***

A fronte dell'impatto positivo che la presenza del caregiver ha sulle persone anziane con patologie croniche e disabilità, il caregiver è sottoposto ad una condizione di difficoltà legata allo stress ed alla difficoltà di conciliare questa attività con l'attività lavorativa, e questa situazione ha un impatto potenziale sullo stato di salute del caregiver stesso.

A questo va aggiunta la difficoltà di elaborazione di un cambiamento dei rapporti con il proprio congiunto, che nel caso di figli che si prendono cura di un genitore è particolarmente complesso e non può essere affrontato semplicemente come una "inversione dei ruoli", soprattutto in considerazione del fatto che sono cure che non hanno come prospettiva un miglioramento delle condizioni del paziente.

Un'ampia revisione della letteratura (Bom 2019) mostra che la responsabilità di caregiver informale ha ripercussioni sulla salute mentale, con aumentata prevalenza di sintomi depressivi e punteggi inferiori nelle scale di valutazione della salute mentale. I risultati relativi agli effetti sullo stato di salute fisico sono meno univoci: la maggior parte degli studi indica un impatto negativo sullo stato di salute, specialmente per quanto riguarda il numero di farmaci assunti e la presenza di dolore osteoarticolare. Un dato interessante che emerge è che l'eterogeneità dei risultati ottenuti dipende anche dagli strumenti misurati: quando si utilizza lo stato di salute percepito, l'impatto della responsabilità di cura sembra essere positivo, mentre si ottengono risultati contrari quando si usano indicatori oggettivi dello stato di salute. Questa discrepanza non è facile da spiegare, ma un'ipotesi è che coloro che trascorrono molto tempo a contatto con persone malate hanno una percezione migliore del proprio stato di salute perché lo comparano a quello del paziente (Di Novi 2015).

Per quanto riguarda l'incidenza di singole patologie, non ci sono studi sistematici, ma abbiamo in-

formazioni derivanti da studi epidemiologici sulle patologie cardiovascolari che mostrano come prendersi cura del coniuge disabile aumenta il rischio di ipertensione e di malattie cardiovascolari (Capistrant 2012). È possibile che alla base di questo impatto sullo stato di salute ci siano dei comportamenti correlati alla responsabilità di cure. Lo stress sociale ed emozionale del caregiver è stato correlato ad abuso di alcol (Rospenda 2010) ed ad altri comportamenti negativi per lo stato di salute, come fumo di sigaretta o cattiva alimentazione (Hoffman 2012).

Che lo stress possa essere uno determinanti del peggior stato di salute dei caregiver è confermato anche dalla dimostrazione che i caregiver informali tendono ad avere più elevati livelli di cortisolo, ormone tipicamente legato allo stress (Stalder 2014). Questo aumento di cortisolo può avere un effetto positivo nel breve termine, come indicato dal fatto che nei momenti in cui questa risposta viene meno aumentano i sintomi depressivi (Leggett 2015), ma sul lungo periodo l'effetto è negativo. Esistono inoltre evidenze che lo stress cronico a cui sono sottoposti i caregiver si associ ad un aumento dei mediatori dell'infiammazione con accelerazione dei processi di invecchiamento (Kielcot-Glaser 2003).

#### ***4. Impatto sociale ed economico***

I caregiver forniscono un contributo sostanziale alla società nella misura in cui si sostituiscono alle

misure di assistenza che dovrebbero essere sostenute dai vari sistemi di welfare. Pur essendo vero che i caregiver possono beneficiare dei supporti in termini economici e di benefit, il costo della presa in carico da parte dei servizi di welfare sarebbe sicuramente superiore, almeno in Italia: basti pensare che la spesa pubblica per le cure a lungo termine è costituito per il 52% da trasferimenti in denaro, che coprono solo una parte della spesa effettiva. I dati della Commissione Europea indicano che in termini economici il contributo dei caregiver informali che si prendono cura di persone anziane disabili si può stimare intorno al 2.5% del prodotto interno lordo europeo, mentre la spesa pubblica per le cure a lungo termine di queste persone si aggira intorno all'1.7% del prodotto interno lordo (European Commission, 2021). Questo trasferimento di valore alla società ha un prezzo pagato dai singoli caregiver non solo sul piano del benessere psicologico e fisico, come visto prima, ma anche sul piano sociale ed economico. I dati dell'European Health Interview Survey mostrano che tra i caregiver informali si osserva un impatto sulla situazione lavorativa a cominciare da coloro che prestano assistenza per 20 ore a settimana. In Italia, la percentuale di caregiver informali è più alta tra le persone che hanno un lavoro part-time o sono pensionate. Questo impatto sull'attività lavorativa si ripercuote soprattutto sulle donne, che sostengono il peso maggiore delle cure informali. In Italia, le donne rappresentano il 65% di coloro che prestano cure quotidianamente, questa percentuale è maggiore

nella fascia di età tra i 50 ed i 65 anni mentre si riduce nella fascia di età oltre i 65 anni (Rocard 2022). Le donne sopportano quindi anche le conseguenze negative del tempo dedicato a questa attività, in particolare maggior difficoltà alla partecipazione al mercato del lavoro che peggiora il gender gap già esistente in questo ambito, le prospettive di carriera, i salari e l'abbandono del posto di lavoro (OECD 2017). Questo stato di cose non solo genera un circolo vizioso perché si ripercuote sul trattamento pensionistico, perpetuando quindi le diseguaglianze di genere anche nelle fasce di età più avanzata, ma verosimilmente si manterrà negli anni a venire perché l'esposizione a comportamenti con stereotipi di genere nell'età dello sviluppo può influenzare i comportamenti nelle età più avanzate ed esiste quindi una tendenza dei figli a replicare il comportamento dei genitori (OECD 2017).

## **5. Conclusioni**

La necessità di fornire assistenza ad una persona anziana ha un impatto personale, sociale ed economico di enorme rilevanza. Per i caregiver informali cambia la relazione con il proprio congiunto, con ruoli che si invertono nel caso della relazione genitori-figli o che non sono più paritari nel caso della relazione coniugale. Il caregiver informale deve spesso ridefinire le proprie priorità sacrificando in parte o in tutto la carriera lavorativa con conseguente riduzione del salario e riducendo la

partecipazione alla vita sociale; non raramente il peggioramento della situazione socio-economica unito con lo stress derivato dal caregiving porta ad un peggioramento dello stato di salute.

La necessità di alleviare il carico dei caregiver informali va temperata con l'obiettivo di evitare l'istituzionalizzazione della persona anziana non autosufficiente; misure di supporto strutturate (es., assistenza domiciliare) possono essere d'aiuto ma difficilmente possono avere un impatto sostanziale a fronte di situazioni che molto spesso richiedono un'assistenza continuativa. D'altra parte, il ricorso a caregiver formali (e la conseguente richiesta di supporto economico) è una soluzione che spesso non è accettata dal paziente o non è percorribile stante la scarsità di risorse attualmente disponibili per questo tipo di supporto sociale. La legge delega 33/2023 sulla non autosufficienza affronta queste problematiche con una razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi e prevede misure concrete di supporto dei caregiver. Stante però l'attuale trend demografico, che prospetta una progressiva riduzione delle persone in età lavorativa a fronte di un aumento delle persone disabili, è improbabile che un intervento "settoriale" possa rappresentare una soluzione a lungo termine: la sfida che abbiamo davanti coinvolge tutta la società e va affrontata in maniera sistemica associando agli interventi specifici per le persone anziane politiche demografiche e del lavoro che permettano di sostenere i caregiver in tutti gli ambiti della loro vita.

## Bibliografia

Bom, J. *et al.*

2019 *The Impact of Informal Caregiving for Older Adults on the Health of Various Types of Caregivers: A Systematic Review*. in «The Gerontologist» 59(5), pp. 629-642 (doi:10.1093/geront/gny137).

Capistrant, B. *et al.*

2012 *Current and Long-Term Spousal Caregiving and Onset of Cardiovascular Disease*. in «Journal of Epidemiology and Community Health» 66(10), pp. 951-956 (doi:10.1136/jech-2011-200040).

Cho, E. *et al.*

2013 *Effects of Informal Caregivers on Function of Older Adults in Home Health Care*. in «Western Journal of Nursing Research» 35(1), pp. 57-75 (doi:10.1177/0193945911402847).

De Maria, M. *et al.*

2020 *Perceived social support and health-related quality of life in older adults who have multiple chronic conditions and their caregivers: a dyadic analysis*. in «Social Science & Medicine» 262:113193 (doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113193).

Di Novi, C. *et al.*

2015 *The Quality of Life of Female Informal Caregivers: From Scandinavia to the Mediterranean Sea*. in «European Journal of Population» 31(3), pp. 309-333 (doi:10.1007/s10680-014-9336-7).

Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion (European Commission) and ECORYS

2021 *Study on Exploring the Incidence and Costs of Informal Long-Term Care in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/06382> (May 31, 2024).

Hébert, R. *et al.*

2001 *Factors Associated With Long-Term Institutionalization of Older People With Dementia: Data From the Canadian Study of Health and Aging*. in «The Journals of Gerontology», Series A" 56(11), pp. 693-699 (doi:10.1093/gerona/56.11.M693).

Hoffman, G. *et al.*

2012 *Health Behaviors among Baby Boomer Informal Caregivers*. in «The Gerontologist» 52(2), pp. 219-30 (doi:10.1093/geront/gns003).



Kiecolt-Glaser, J. *et al.*

2003 *Chronic Stress and Age-Related Increases in the Proinflammatory Cytokine IL-6*. in «Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America» 100(15), pp. 9090-9095 (doi:10.1073/pnas.1531903100).

Kuzuya, M. *et al.*

2011 *Impact of Caregiver Burden on Adverse Health Outcomes in Community-Dwelling Dependent Older Care Recipients*, in «The American Journal of Geriatric Psychiatry» 19(4), pp. 382-391 (doi:10.1097/JGP.0b013e3181e9b98d).

ISTAT

2019 *Conciliazione tra lavoro e famiglia*, anno 2018 (<https://www.istat.it/it/archivio/235619>).

2021 *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia* (<https://www.istat.it/it/archivio/259588>).

Leggett, A.N. *et al.*

2015 *Depressive Mood, Anger, and Daily Cortisol of Caregivers on High- and Low-Stress Days*, in «The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences» 70(6), pp. 820-829 (doi:10.1093/geronb/gbu070).

OECD

2017 *The Pursuit of Gender Equality: An Uphill Battle*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development ([https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-pursuit-of-gender-equality\\_9789264281318-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-pursuit-of-gender-equality_9789264281318-en)).

Prizer, L.P. *et al.*

2020 *The Presence of a Caregiver Is Associated with Patient Outcomes in Patients with Parkinson's Disease and Atypical Parkinsonisms*, in «Parkinsonism & Related Disorders» 78, pp. 61-65 (doi:10.1016/j.parkreldis.2020.07.003).

Quattrin, R. *et al.*

2009 *Study on the impact of caregivers in an Italian high specialization hospital: presence, costs and nurse's perception*, in «Scandinavian Journal of Caring Sciences» 23(2), pp. 328-333.

Rocard, E. and Llana-Nozal, A.

2022 *Supporting Informal Carers of Older People* (<https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/0f0c0d52-en>).

Rospenda, K.M. *et al.*

2010 *Caregiver Burden and Alcohol Use in a Community Sample*, in «Journal of Addictive Diseases» 29(3), pp. 314-324 (doi:10.1080/10550887.2010.489450).

Stalder, T. *et al.*

2014 *Elevated Hair Cortisol Levels in Chronically Stressed Dementia Caregivers*, in «Psychoneuroendocrinology» 47, pp. 26-30 (doi:10.1016/j.psyneuen.2014.04.021).

Wakabayashi, R. *et al.*

2011 *Presence of In-Home Caregiver and Health Outcomes of Older Adults with Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, in «Journal of the American Geriatrics Society» 59(1), pp. 44-49 (doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03222.x).

United Nations

2024 *World Population Prospects* (<https://population.un.org/wpp/>).



# Esperienze



*Foto di Rasmus Gerdin su Unsplash*





[https://www.linkedin.com/in/  
giordanacortinovis/](https://www.linkedin.com/in/giordanacortinovis/)



## “Ci prendiamo cura”: Teva Italia e l’attenzione al caregiver

intervista a *Giordana Cortinovis*  
a cura di *Sonia Vazzano*

### ***Di cosa si occupa Teva Italia? Qual è la storia aziendale che vi caratterizza?***

Fondata nel 1901, Teva è oggi tra le prime 20 aziende farmaceutiche al mondo. Leader mondiale nei farmaci equivalenti, anche grazie a numerose acquisizioni di successo, Teva ha ampliato le proprie competenze anche nei farmaci innovativi, focalizzando la propria attività in specifiche aree terapeutiche, tra cui il Sistema Nervoso Centrale. Oggi distribuisce farmaci a ospedali e farmacie in oltre 60 mercati, impiegando circa 37.000 dipendenti su scala globale, per garantire ogni giorno l’accesso alle cure a oltre 200 milioni di pazienti in tutto il mondo.

Teva sviluppa farmaci equivalenti, farmaci innovativi, farmaci biosimilari e prodotti di automedicazione investendo nei processi di Ricerca e Sviluppo, nel rispetto dei rigorosi standard di qualità richiesti dagli enti regolatori internazionali e locali. Con oltre 1.900 molecole a livello mondiale, offre il più ampio portfolio di farmaci complessi e di alta qualità, comprendendo quasi tutte le aree terapeutiche.

In Italia, è presente dal 1996, ed è leader nei farmaci equivalenti (in Italia 1 farmaco equivalente su 4 dispensato in farmacia è un prodotto Teva), con una continua crescita dell'offerta per rispondere ai nuovi bisogni di cura espressi dai pazienti. Grazie alla produzione e distribuzione di farmaci sostenibili e di alta qualità, generiamo risparmi a vantaggio del Sistema Sanitario Nazionale, contribuendo al contenimento della spesa per liberare crescenti risorse a favore di innovazione e accesso alle cure.

Teva Italia collabora con le principali istituzioni sanitarie e scientifiche, contribuendo alla ricerca e allo sviluppo di nuove soluzioni terapeutiche, ed è impegnata in numerose iniziative di responsabilità sociale e ambientale, promuovendo iniziative sostenibili e supportando le comunità locali.

### ***In che modo mettete al centro la persona e il paziente nei vostri obiettivi professionali?***

Teva Italia pone la persona al centro della propria missione professionale attraverso un approccio in-

tegrato che combina innovazione scientifica, attenzione al benessere delle/dei dipendenti, impegno e cura verso i pazienti e i caregiver, responsabilità sociale verso le comunità locali. Questa attenzione si riflette in una serie di iniziative strategiche che mirano a migliorare la qualità di vita, crediamo infatti che il successo aziendale sia strettamente legato al benessere e alla soddisfazione delle persone, sia all'interno che all'esterno dell'organizzazione.

Uno dei principali pilastri di questa filosofia è la promozione di un ambiente di lavoro inclusivo e diversificato. L'azienda ha recentemente ottenuto la "Certificazione della Parità di Genere" ed è impegnata nella valorizzazione delle diversità. Questo impegno si riflette in politiche aziendali che favoriscono l'inclusione e la valorizzazione delle differenze, creando un ambiente di lavoro in cui tutte le dipendenti e tutti i dipendenti si sentano partecipi.

Ottenuta la "Certificazione della Parità di Genere", Teva Italia ha poi aderito al "Manifesto per la Parità di Genere" promosso da Danone in collaborazione con il Winning Women Institute, per estendere il proprio impegno verso gli attori della filiera. L'obiettivo del "Manifesto" è infatti quello di generare un processo virtuoso che, partendo dall'azienda aderente, possa coinvolgere anche i fornitori nel percorso verso una piena parità di genere, stimolando una condivisione di valori comuni attraverso specifiche premialità.

Altri due strumenti con cui Teva Italia mette al centro le proprie persone sono formazione e sviluppo professionale. L'azienda offre numerose op-



portunità di crescita, attraverso programmi di formazione continua. Questo investimento nel capitale umano non solo migliora le competenze e le capacità delle/dei dipendenti, ma contribuisce anche a creare un ambiente di lavoro dinamico e innovativo. Inoltre, Teva Italia promuove la partecipazione attiva alle iniziative aziendali e alla vita comunitaria. L'azienda incoraggia il volontariato e promuove l'adesione a progetti di responsabilità sociale, così da contribuire positivamente allo sviluppo della comunità.

Oltre alla dimensione interna, come azienda leader nel settore farmaceutico, l'attenzione di Teva Italia è rivolta ai bisogni e alle necessità dei pazienti. Ogni giorno siamo impegnati nel migliorare la loro salute, non solo attraverso la commercializzazione di farmaci innovativi, accessibili, efficaci, sicuri e di alta qualità, ma anche attraverso la creazione e lo sviluppo di iniziative dall'alto valore sociale.

***Ci ha parlato dell'attenzione alle persone e ai pazienti, ma avete anche delle iniziative specifiche dedicate ai caregiver?***

Teva Italia riconosce il ruolo fondamentale del caregiver familiare, consapevole dell'importanza di un approccio olistico verso il benessere delle persone.

L'iniziativa più significativa verso i caregiver è rappresentata dalla policy interna "Ci prendiamo cura", dedicata alle/ai dipendenti che ricoprono

anche il ruolo di caregiver familiare. La policy nasce per migliorare la vita lavorativa di chi assiste una persona cara promuovendo, oltre alla salute e all'equità, un ambiente di lavoro inclusivo, diversificato e rispettoso.

Siamo state tra le prime aziende farmaceutiche in Italia a introdurre nelle sue politiche di inclusione il riconoscimento della figura dei dipendenti caregiver, consapevoli del ruolo fondamentale che svolgono in Italia e del loro impatto sulla società sempre più significativo, dato che già nel 2018 la fotografia scattata dall'Istat indicava la presenza in Italia di oltre 12 milioni di caregiver.

La policy introdotta da Teva Italia permette a tutte/i i dipendenti che usufruiscono (o che hanno un familiare di primo grado che usufruisce) delle misure previste dalla legge 104/1992, o che per un periodo temporaneo o indeterminato assistono un familiare di primo grado o partner convivente per malattia, infortunio o disabilità, di poter contare sulle seguenti agevolazioni, per meglio bilanciare responsabilità professionali e personali:

- 5 giorni aggiuntivi di permesso retribuito all'anno, con possibilità di usufruirne anche ad ore;
- 24 giorni aggiuntivi di *hybrid working* all'anno;
- ferie solidali, ossia la donazione da parte dei colleghi, a titolo volontario e gratuito, dei propri giorni di ferie maturati.

Teva Italia sta sviluppando contenuti originali e aggiornati a sostegno di tutti i caregiver, per fornire informazioni utili e supporto a chi si trova ad affrontare questo importante incarico.

***Dalla descrizione delle vostre iniziative emerge chiaramente come Teva Italia sia un'azienda fortemente impegnata nel sociale, attenta al benessere delle comunità e dei pazienti. In questo ambito, avete sviluppato specifiche iniziative?***

Noi di Teva crediamo che prendersi cura di un paziente non significhi semplicemente offrire la giusta risposta ai bisogni terapeutici, prendersene cura vuol dire mostrare empatia, umanità e dignità durante il difficile momento della malattia. Ed è con questo obiettivo che sono nati gli Humanizing Health Awards, il programma che premia iniziative di grande valore sociale e solidarietà, proposte da enti senza scopo di lucro impegnati nell'umanizzazione delle cure.

Gli Humanizing Health Awards sostengono progetti proposti dalle associazioni no-profit impegnate in ambito sanitario, capaci di umanizzare l'esperienza di cura dei pazienti affetti da malattie croniche, gravi o potenzialmente rischiose per la vita.

Ogni anno, a partire dal 2019, le associazioni possono candidare i propri progetti che vengono presentati a tutte/i i dipendenti di Teva Italia. In seguito ad un accurato processo di selezione, sono proprio le persone di Teva a scegliere le idee ritenute più meritevoli.

Le associazioni vincitrici ricevono una donazione, del valore di 10mila euro ciascuna, per lo sviluppo del progetto candidato al programma e dedicato all'umanizzazione del percorso di cura del paziente o del caregiver.

Nelle cinque edizioni del progetto, Teva Italia ha ricevuto oltre 200 candidature premiando 21 proposte: grazie alle donazioni ricevute e alla visibilità ottenuta dal programma, le 21 associazioni no-profit vincitrici hanno potuto sviluppare i progetti, ampliare il proprio network e migliorare la propria visibilità per raggiungere e aiutare sempre più pazienti.

Nel corso degli anni, sono state premiate tante proposte, tra cui: realizzare i desideri dei bambini affetti da gravi patologie; ospitare le famiglie dei piccoli pazienti in cura negli hub specialistici; sostenere i caregiver con corsi di supporto psicologico; garantire la clownterapia nei reparti pediatrici; utilizzare la pet-therapy per alleviare le degenze negli hospice; acquistare e installare strumenti di realtà virtuale nei reparti pediatrici; realizzare dei laboratori relazionali per adolescenti in cura per malattie onco-ematologiche.

***Da alcuni anni il tema della “cura” entra sempre di più in azienda. In che modo Teva Italia supporta i propri dipendenti con iniziative a sostegno della conciliazione famiglia-lavoro?***

Teva Italia riconosce l'importanza della conciliazione famiglia-lavoro nel garantire il benessere complessivo delle/dei dipendenti e, di conseguenza, ha implementato una serie di iniziative mirate a supportare questo equilibrio. L'azienda ha sviluppato politiche innovative e flessibili che permettono di gestire al meglio le responsabilità

*L'AD di Teva Italia, Umberto Comberati, con le associazioni vincitrici degli Humanizing Health Awards 2024*





teva

## Humanizing Health Awards

Progetti che migliorano la qualità di vita dei pazienti

Cerimonia di premiazione

teva

NOA



professionali e familiari, promuovendo un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso delle diverse esigenze personali.

Uno degli strumenti principali adottati da Teva Italia è l'*hybrid working*. Questa modalità, che prevede la possibilità di lavorare da remoto per due giorni a settimana, offre una maggiore flessibilità nella gestione del tempo e degli impegni familiari. L'*hybrid working* non solo riduce lo stress legato al pendolarismo, ma consente anche alle/ai dipendenti di organizzare il proprio lavoro in modo più efficiente, a beneficio della produttività e del benessere generale. L'offerta dell'*hybrid working* è ancora più vantaggiosa per i genitori con figli fino ai 14 anni grazie alla policy “Hybrid Working Parentale” che garantisce ulteriori 24 giorni di lavoro agile per anno solare, consentendo di conciliare al meglio gli impegni professionali con quelli dei propri figli.

Inoltre, l'azienda offre programmi di supporto psicologico, riconoscendo l'importanza della salute mentale nel contesto della conciliazione famiglia-lavoro. Questi programmi includono sessioni di counseling su tematiche come lo stress e la gestione del tempo, e accesso a risorse e materiali informativi. L'obiettivo è fornire ai dipendenti gli strumenti necessari per affrontare le sfide quotidiane in modo sano e sostenibile.

### ***Come unire oggi logiche di breve periodo, sostenibilità e benessere dei dipendenti in azienda?***

Unire le logiche di breve periodo con la sostenibi-

lità e il benessere dei dipendenti è una sfida che Teva Italia affronta con un approccio integrato e strategico. L'azienda riconosce che il successo a lungo termine dipende dalla capacità di bilanciare esigenze immediate con iniziative sostenibili che promuovono il benessere dei dipendenti e la responsabilità sociale.

Quest'ultima è un pilastro fondamentale nella strategia di Teva Italia che si declina in tre azioni principali: riduzione dell'impatto ambientale, sostegno alle comunità locali attraverso l'implementazione di progetti sociali, collaborazione con fornitori e partner capaci di rispettare i più alti standard etici.

Teva Italia integra queste tre dimensioni attraverso un approccio sistemico che coinvolge tutti i livelli dell'organizzazione. In questo, la leadership aziendale gioca un ruolo chiave nella promozione di una cultura basata su sostenibilità e benessere. Questo impegno si riflette nelle pratiche quotidiane e nelle attività di formazione, creando un ambiente di lavoro mirato alla crescita sostenibile. Per accrescere il proprio impegno per la creazione di un'economia sempre più inclusiva, sostenibile e responsabile, Teva Italia ha aderito al Global Compact delle Nazioni Unite, l'iniziativa volontaria per lo sviluppo, l'implementazione e la divulgazione di pratiche commerciali responsabili, ispirate all'Agenda 2030.

Il Global Compact delle Nazioni Unite invita le aziende di tutto il mondo ad allineare le proprie operazioni e strategie agli obiettivi globali di sviluppo sostenibile (SDGs) indicati nell'Agenda



2030. Tra i 17 obiettivi, l'impegno di Teva Italia è rivolto principalmente all'obiettivo “Salute e benessere” e al raggiungimento dell'obiettivo “Parità di genere”.

***Quali sono le prossime sfide che, in ambito di benessere del dipendente e dei caregiver, avete in programma di portare avanti come azienda?***

Una delle principali sfide future è la strutturazione di un solido piano di supporto ai neogenitori per facilitare le richieste di congedo di paternità e maternità. Questo include l'offerta di un programma che semplifichi anche il ritorno al lavoro, garantendo un passaggio più agevole possibile.

Un'altra sfida riguarda la promozione e il rafforzamento di politiche di conciliazione tra vita lavorativa e privata. Il lavoro flessibile, incluso l'*hybrid working*, è una componente essenziale di questa strategia.

L'inclusione e la parità di genere rimangono poi una priorità chiave: ci saranno nuovi investimenti nella formazione e nella sensibilizzazione dei dipendenti su queste tematiche, verranno organizzati programmi educativi e workshop per aumentare la consapevolezza e promuovere comportamenti inclusivi.

Infine, saranno sviluppate e integrate le politiche a vantaggio dei caregiver, offrendo risorse e supporto a chi si prende cura di familiari malati.



*Foto di Priscilla Du Preez su Unsplash*



*osservatoriosenior@gmail.com*



# La “possibile” conciliazione dei caregiver e le politiche aziendali di supporto

*Corrado Bottio*

## **1. Premessa**

All'interno della ricca analisi sul caregiving in Italia presentata da questo numero della rivista della Fondazione Marco Vigorelli, ci sembra utile aggiungere il punto di vista di chi ha una parte molto importante nella vita dei caregiver: le organizzazioni presso cui lavorano. Siamo convinti che l'atteggiamento dei datori di lavoro nei confronti dei bisogni fisici e psicologici dei caregiver, sia un fattore imprescindibile da considerare per capire la situazione in cui questi prestano la loro opera di cura e, come recita il titolo della rivista, cercare di “conciliare”.

Da anni ormai le aziende si stanno facendo carico delle manchevolezze di un sistema di welfare

pubblico sempre più in difficoltà. È un trend che riguarda tutte le forme di supporto ai dipendenti, tra cui anche quelle a favore dei caregiver.

Vedremo qual è la situazione oggi e le iniziative che le aziende stanno portando avanti e cercheremo di interpretare un importante cambiamento di prospettiva che sembra delinearci all'orizzonte. Useremo l'esperienza che negli anni l'Osservatorio Senior ha maturato sul tema grazie sia al contributo dei suoi sponsor, tra cui ci sono aziende e società di consulenza, sia per una specifica iniziativa voluta e portata avanti per qualche anno con alcune importanti realtà aziendali: il "Silver Value", un audit auto-somministrato su una serie di parametri che descrivono il modo in cui le organizzazioni trattano il personale over 55 che, come vedremo, rappresenta la parte preponderante dei caregiver. Per raccogliere dati e opinioni abbiamo poi intervistato responsabili aziendali e consulenti che si occupano di welfare e D&I.

L'articolo si sviluppa in quattro parti: la situazione oggi in Italia; le iniziative delle aziende; una prospettiva che sta cambiando; considerazioni finali.

## ***2. La situazione oggi in Italia***

La figura del caregiver familiare (letteralmente "prestatore di cura") identifica la persona, in genere un familiare, responsabile di un altro soggetto dipendente di cui si prende cura in un ambito domestico. Si distingue dal caregiver professionale (o badante), un assistente familiare retribuito che ac-

cusdisce la persona non autosufficiente sotto la verifica, diretta o indiretta, di un familiare.

Quanti sono i caregiver famigliari in Italia distinguendoli da quelli professionali? I dati pubblicati non sempre distinguono tra le due categorie, ma incrociando le informazioni possiamo fare delle ipotesi realistiche.

Il Corriere salute dell'11 Dicembre 2023, citando il rapporto Istat 2021 «Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia», riporta che gli anziani non autosufficienti in Italia sono 3,8 milioni, l'81% di tutti gli individui non autosufficienti. Le proiezioni dicono che nel 2030 saranno 4,4 milioni e, nel 2050, 5,4.

Gli anziani assistiti da badanti o in una RSA sono circa 1.850.000 (Il Sole 24 Ore – Info Data, 13 luglio 2023). Possiamo ipotizzare quindi, che circa 2.000.000 di anziani non autosufficienti vengano assistiti direttamente in famiglia, a cui si aggiungono circa 800.000 individui non autosufficienti non anziani.

Sempre il Corriere salute nell'articolo citato, riporta che al crescere dell'età aumenta progressivamente la quota di anziani con severe limitazioni funzionali: tra i 65-74enni è al 14,6%, raddoppia al 32,5% tra gli anziani di 75-84 anni e quadruplica tra gli ultra ottantacinquenni (63,8%). Il che significa che una parte importante di questi 2.000.000 di anziani curati in famiglia sono seguiti da famigliari progressivamente a loro volta più anziani ma spesso ancora lavoranti.

L'impatto della cura di individui non autosufficienti sui lavoratori maturi, che già oggi è impor-

tante, progressivamente aumenterà data la curva demografica italiana. A questo proposito scrive Alessandro Rosina docente di demografia all'Università Cattolica di Milano in una scheda a commento del Report Silver Value dell'aprile 2022 sulla evoluzione dell'occupazione matura: «A parità di occupazione maggiore è la crescita in valore assoluto dei lavoratori maturi, dato il maggior sbilanciamento demografico italiano non solo nella popolazione in generale ma anche della forza lavoro, verso le età più mature».

Una conferma empirica l'hanno fornita i nostri intervistati che alla domanda su chi in prevalenza frequenta le attività proposte per i caregiver, in grande maggioranza hanno risposto "Praticamente tutti anziani".

Ad accrescere la problematicità della situazione per i datori di lavoro c'è che il personale anziano spesso è anche più esperto, con tutte le difficoltà che possono derivare dall'avere personale importante per il buon funzionamento operativo "distratto" e fisicamente e psicologicamente affaticato (Secondo una ricerca di D.A.L.I.A. e CNA Emilia Romagna i caregiver interpellati denunciano stanchezza all'80% e insonnia al 50%).

### ***3. Le iniziative delle aziende***

Nella quasi totalità delle aziende, i programmi rivolti ai caregiver rientrano nella voce "Welfare per i dipendenti" che si articola in genere in quattro grandi aree: Sanità, Previdenza, Politiche sociali, Istruzioni.

Una ricerca presentata nel febbraio di quest'anno da ELITE-Gruppo Euronext dal titolo "Il valore dei programmi di employee benefits per la talent retention" riporta alcuni dati sugli investimenti in welfare.

– Nel post-pandemia gli impegni economici sono aumentati anno su anno, sia da parte delle aziende sia delle famiglie. Per esempio nel 2022 l'investimento medio per dipendente in un progetto di welfare è stato maggiore del 10,6% rispetto al 2021.

– Il rapporto tra le spese in welfare dello stato, delle famiglie e delle aziende è il seguente:

	Spese Welfare Stato	Spese Welfare Famiglie	Spese Welfare Aziende	Rapporto spesa Famiglie / Aziende
Previdenza	403,9	8,3	8,7	0,95
Sanità	129,4	38,8	4,1	9,46
Assistenza famiglie	18,1	47,1	1	47,1
Istruzione	62,6	12,4	0,5	24,8
Cultura e tempo libero	13,2	5,1	0,3	25,5
Supporti per il lavoro	–	25	6,7	3,73
	<b>627,2</b>	<b>136,7</b>	<b>21,2</b>	<b>6,45</b>

Figura 1. ELITE dati in miliardi di euro.

– Tra tutte le componenti del welfare, i benefit relativi all'assistenza di famigliari non autosufficienti, anziani e non, è richiesta dal 18% dei lavoratori.



Nella citata ricerca di D.A.L.I.A. e CNA Emilia Romagna i caregiver ritengono che la conciliazione lavoro/cura possa essere favorita da:

- Contributi spese di cura 22%
- Assistenza familiare 21%
- Flessibilità orari di lavoro 21%
- Servizi di sollievo 12%
- Part time 4%
- Congedi lunghi 3%
- Telelavoro 2%
- Disbrigo pratiche 1%.

Ma quali sono i programmi a favore dei caregiver realizzati dalle aziende? Per rispondere a questa domanda abbiamo incrociato i dati di una tavola rotonda del 2021 sul caregiving organizzata dall'Osservatorio Senior a cui hanno partecipato una decina di aziende di grandi dimensioni, con le interviste realizzate appositamente per questo articolo.

Innanzitutto va rilevato che le aziende non sanno quanti sono i dipendenti caregiver perché la loro condizione, come specificato nella norma, è auto-dichiarata a meno che non rientri nelle casistiche specificate dalla legge 104. Questo significa che le direzioni del personale o si fidano delle auto-dichiarazioni dei lavoratori o non possono quantificare il numero dei caregiver presenti in Azienda.

## **Elisa Rando**

*Managing Consultant di MIDA esperta di D&I*

In generale, le aziende spesso realizzano iniziative rivolte a tutti i dipendenti che hanno un impatto molto elevato sui budget disponibili. D'altra parte

come si fa ad intervenire in modo mirato se non si conoscono i numeri e i bisogni? Spesso i caregiver non sono considerati una categoria di diversità a sé stante come il Gender, i Disabili, gli Extracomunitari, le Generazioni. A volte nemmeno le persone sanno di essere caregiver!

### **Alessandra Miata**

*CSR Head Italy di Capgemini*

Ad oggi, oltre garantire le condizioni per l'accesso alla 104 non abbiamo iniziative di welfare specificamente rivolte ai caregiver proprio per la difficoltà ad identificarli. Abbiamo tuttavia una iniziativa per la raccolta di accomodamenti ragionevoli, rivolta a dipendenti con disabilità, che in prospettiva potrebbe essere aperta ai caregiver. In effetti credo che il tema sia proprio quello di comprendere se esistano esigenze specifiche, soprattutto in termini organizzativi, che richiedano interventi addizionali rispetto alle opportunità di lavoro flessibile offerte già a tutti i dipendenti.

### **Donatella de Vita**

*Global Head of Welfare, Engagement and DE&I Programmes di Pirelli*

Dal 2022 tutto il personale ha a disposizione 8 gg/mese di lavoro in remoto, chi si dichiara caregiver ne ha 2 in più. Abbiamo scelto di considerare in modo uguale genitori di figli piccoli e caregiver in senso stretto, dando ad entrambi le stesse facilitazioni.

Le iniziative che le aziende offrono ai caregiver possono essere catalogate in quattro grandi aree:

- **Informazione.** Dove il focus è informare sulle iniziative dell'azienda ma soprattutto togliere lo stigma che ancora è sentito da chi non è a suo agio nel dichiararsi caregiver. Pirelli, ad esempio, è dal 2018 che, tutti gli anni, invita i dipendenti a partecipare ad un webinar informativo.

### **Donatella de Vita**

*Global Head of Welfare, Engagement and DE&I Programmes di Pirelli*

Forse da quest'anno non lo faremo più perché i partecipanti nel tempo si sono molto ridotti. Ma all'inizio è stato molto utile per preparare il terreno ai programmi avviati successivamente.

- **Formazione.** Probabilmente, come spesso accade in tema di diversity, è l'area di intervento principale perché di sicuro effetto, controllabile e relativamente poco onerosa.

### **Elisa Rando**

*Managing Consultant di MIDA, esperta di D&I*

Al solito si pensa che la formazione sia la panacea per tutto. La formazione ha soprattutto lo scopo di aiutare i caregiver a confrontarsi efficacemente con la difficile situazione in cui si trovano, sia dal punto di vista pratico/organizzativo sia psicologico e relazionale. In qualche caso è pensata per aiutarli a prendere coscienza che questo "secondo la-

voro”, come spesso lo definiscono, è portatore di competenze che possono essere utili anche sul lavoro e nella vita in genere.

## **Alessandra Miata**

*CSR Head Italy di Capgemini*

Abbiamo iniziato qualche anno fa un percorso formativo per i giovani genitori che poi abbiamo esteso a tutti i caregiver. Una sorta di master per coloro che fanno esperienza di cura. Le competenze di cui si parla non sono formalmente riconosciute dall'azienda per la crescita interna, ma il solo fatto di rendersi conto che ci sono e di razionalizzarle è un efficace leva di sviluppo e self-empowerment per le persone.

– **Supporto psicologico.** In quest'area si collocano varie forme di ascolto individuale a largo spettro, tecnico-sanitario-psicologico, on-line o in presenza. In gran parte si tratta di iniziative rivolte a tutto il personale e non solo ai caregiver.

Diverse organizzazioni hanno attivato iniziative di ascolto protetto: l'azienda mette a disposizione un certo numero di incontri a persona, in genere da 1 a 3 e una lista di professionisti, psicologi ed esperti, a cui chi lo desidera può accedere liberamente in modo anonimo.

– **Supporto pratico e organizzativo.** In quest'area rientrano gli aiuti economici e di supporto familiare ed organizzativo. In particolare la flessibilità lavorativa, intesa sia come possibilità di lavorare in

remoto sia di mobilità sui turni, ha avuto un significativo incremento dopo la pandemia.

#### **4. Una prospettiva che sta cambiando**

Nell'ultimo decennio, grazie alla pressione del tema "Sostenibilità", è iniziato un cambiamento di prospettiva sull'importanza del benessere dei lavoratori, cambiamento che la pandemia ha accelerato in modo drammatico.

##### **Donatella de Vita**

*Global Head of Welfare, Engagement and DE&I Programmes di Pirelli*

Il nostro piano non si chiama più Welfare ma Wellbeing. E non è un mero nominalismo. Solo pochi anni fa pensavo che il welfare contenesse il wellbeing, ora sono convinta che sia il contrario: il primo è una componente del secondo.

##### **Enrico Gambi**

*Managing Consultant di MIDA, esperto di wellbeing*

Sostenibilità e Covid hanno costretto le aziende ad interrogarsi sull'adeguatezza delle strategie di welfare a perseguire il benessere dei lavoratori. Il fatto è che il welfare si concentra essenzialmente sul prima e sul dopo l'esperienza di lavoro: i trasporti, i supporti tecnico organizzativi, gli equilibri vita-lavoro, la salute... tutte cose fondamentali naturalmente, ma che lasciano fuori un elemento

chiave: il lavoro in sé. Il wellbeing invece si interroga anche sulla qualità del lavoro stesso. Per esempio: autonomia, pieno impiego dei talenti e delle attitudini personali, relazioni generative e non tossiche (e qui il ruolo dei responsabili è fondamentale), il senso del proprio ruolo all'interno della strategia aziendale e, idealmente, di una visione sociale ancora più ampia.

Nell'articolo "Wellbeing, una via HR per la sostenibilità" (Harvard Business Review Italia 2024), E. Corbetta - E. Gambi - M. Poggi scrivono: «Che il benessere sia collegato alla performance è qualcosa di noto. Anche senza ricerche e percentuali, facendo riferimento all'esperienza personale, possiamo testimoniare che quando stiamo bene e siamo felici abbiamo una marcia in più e se ci fosse bisogno di altre conferme non mancano le ricerche ... Favorire il wellbeing dei propri dipendenti ha una motivazione razionale e concreta, legata alla possibilità di avere prestazioni migliori e una probabilità più alta di successo. Occuparsi del benessere delle persone al lavoro, quindi, significa occuparsi del benessere delle aziende e della loro prosperità».

Il punto chiave di questa nuova prospettiva è che l'energia necessaria al "doppio lavoro" dei caregivers, la "marcia in più" che è loro necessaria, non deriva solo dall'alleviare le fatiche del prima e del dopo, ma può anche provenire da un lavoro gratificante e di valore. Il lavoro può dare energia e motivazione per affrontare le fatiche dei caregivers.

## **Donatella de Vita**

*Global Head of Welfare, Engagement and DE&I Programmes di Pirelli*

Il Covid ha dimostrato che favorire l'autonomia e l'auto organizzazione paga. L'incredibile e composta reazione alla difficile situazione determinata dalla pandemia ha messo in evidenza che le persone sono responsabili e mature e capaci di autoregolarsi. La fiducia è al centro della nostra strategia di wellbeing.

Solo se c'è fiducia sulla volontà e la capacità delle persone di valutare le conseguenze delle loro scelte per sé e per l'azienda, aggiungiamo noi, è possibile lasciare autonomia ai lavoratori.

## **5. Considerazioni finali**

Cosa significa tutto questo per i caregiver? Abbiamo capito che la grande maggioranza è costituita da lavoratori in età matura, esperti e responsabili. Abbiamo visto che le iniziative delle aziende oggi si concentrano sull'informazione, la formazione, il supporto individuale e l'aiuto pratico. I caregiver tradizionalmente hanno chiesto questo ed è qui che le aziende hanno investito, aumentando progressivamente le risorse impiegate. La pandemia ha dato una scossa agli equilibri consolidati tra autonomia e controllo nella gestione delle persone che lavorano. Lo smart working ne è un chiaro esempio. Scrive l'Osservatorio Digital In-

novation del Politecnico di Milano in un rapporto del Novembre 2023, "Smart Working in Italia: aumentano i lavoratori da remoto": «Lo Smart Working in Italia si consolida e torna a crescere. Dopo i picchi della pandemia e una graduale riduzione negli ultimi due anni, nel 2023 i lavoratori da remoto nel nostro paese si assestano a 3,585 milioni, in leggera crescita rispetto ai 3,570 milioni del 2022, ma ben il 541% in più rispetto al pre-Covid. Nel 2024 si stima saranno 3,65 milioni gli smart worker in Italia». E poi aggiunge: «Non sempre però il lavoro da remoto porta a modelli realmente "smart". Sono solo i "veri" smart worker, ossia quelli che oltre a lavorare da remoto hanno flessibilità di orari e operano per obiettivi, a presentare livelli di benessere ed engagement più alti dei lavoratori tradizionali in presenza».

Il punto è esattamente questo: è l'auto organizzazione che fa la differenza non (solo) il lavoro da remoto in sé spalmato su tutti anche su chi, per esempio, vede nella possibilità di allontanarsi da casa per andare al lavoro un importante momento di stacco e socializzazione.

Le aziende devono fare un passo avanti ma anche i lavoratori devono essere disponibili a rivedere gli assetti di vita. Le routine sono sempre pericolose anche quando le situazioni sono complicate anzi, forse ancora di più. Per persone già affaticate l'idea di ripensare equilibri che più o meno reggono è sicuramente fonte di stress. Questo è un punto su cui le aziende possono essere di aiuto offrendo formazione mirata, cosa che peraltro fanno normalmente quando cambia l'organizza-



zione del lavoro, si forma sulle nuove responsabilità e le attività collegate, perché non farlo per ottimizzare l'autonomia?

È da qui che passano le nuove possibilità centrate sulla qualità del lavoro come fonte di energia e di motivazione per le fatiche del caregiving. Una rivoluzione copernicana che non riguarda solo i caregiver, naturalmente, ma che per loro in particolare può aprire nuove prospettive capaci di portarli fuori da un apparentemente inevitabile destino di ripiegamento e di rinuncia.

*\*Le testimonianze presenti nel testo sono tratte da interviste realizzate dall'autore tra marzo e aprile 2024.*

*Foto di David Knudsen su Unsplash*





Gabriellaf6@gmail.com

<https://www.fondazionealbertosordi.it/>



## Conciliare cura, famiglia e lavoro: il contributo degli Assistenti Familiari

*Gabriella Facchinetti*

### ***1. L'impatto socioeconomico del caregiving informale e la crescente domanda di assistenza professionale***

In Italia, secondo i dati ISTAT, i familiari o “caregiver informali” sono tra i sette e i dodici milioni, prevalentemente donne con una percentuale dell'80%, con età compresa tra i quarantacinque e sessantacinque anni (Gaugler, Kane, & Kane, 2002). L'assistenza al familiare malato è particolarmente impegnativa quando i membri della famiglia devono bilanciare molteplici responsabilità di vita come l'occupazione e la famiglia.

Prendersi cura dei propri familiari è uno degli aspetti più complessi nella gestione dell'assistenza all'interno di una famiglia. Dati ISTAT sottolineano

che il 60% dei caregiver familiari sono costretti a lasciare il proprio lavoro per prendersi cura del proprio caro malato. La parziale o totale rinuncia all'attività lavorativa, e la conseguente perdita di un reddito adeguato – aspetto che per le donne, più che per gli uomini, comporta anche una riduzione dell'indipendenza personale – non sono le uniche conseguenze che si trasferiscono dal piano individuale a quello collettivo, generando un costo sociale difficile da quantificare e spesso invisibile sotto molte prospettive. Questo fenomeno mette in evidenza il deficit di intervento del sistema di welfare, costringendo le famiglie a intervenire direttamente, con tutti i rischi e i limiti che ciò comporta e le conseguenze che ricadono sulla vita quotidiana di chi si occupa della cura (come la conciliazione tra lavoro e famiglia, oltre a stanchezza e stress fisico e psicologico).

Nel 2022 CENSIS e Assindatcolf hanno evidenziato in un'indagine, che il 53% delle famiglie considera prioritario alleviare la fatica del caregiver, legata all'impegno costante nei confronti di un proprio familiare non autosufficiente o anziano, attraverso l'intervento di personale esterno alla famiglia.

Il VII Rapporto sull'Assistenza agli Anziani Non Autosufficienti in Italia ha evidenziato il ricorso diffuso al servizio di assistenti familiari o "caregiver formali" (Network Non Autosufficienza, 2013). La richiesta di queste figure era presente già negli anni Novanta a fronte di un evidente "care gap" dovuto a fattori quali: il cambiamento del contesto sociale, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, ecc. (Fosti & Notarnicola,

2014). Inoltre, la carente risposta del servizio pubblico all'aumento della domanda di cura ha creato un gap a cui le famiglie hanno dovuto supplire attraverso un mercato informale, più o meno regolarizzato, di assistenti familiari quale soluzione obbligata per affrontare situazioni che richiedevano assistenza a lungo termine per l'anziano con bisogni socio-sanitari complessi. Si tratta di circa 430.000 assistenti familiari (Dati INPS, 2022) – con una stima che arriva fino ad un milione di persone calcolando anche le persone con un contratto non regolare (Pasquinelli & Rusmini, 2013) – di cui il 92% donne, di più di 50 anni (56%) (Network Non Autosufficienza, 2013) provenienti dall'Est Europa (Rapporto Assindatcolf, 2023).

Considerando che gli anziani non autosufficienti che vivono a casa propria sono stimati in 2,6 milioni (ISTAT, 2014), si può ragionevolmente ipotizzare che oltre un terzo degli anziani non autosufficienti si avvale di un assistente familiare. Si tratta di una domanda di assistenza in continua crescita che non sempre trova una risposta adeguata a causa della limitata disponibilità di queste figure ma anche per il loro scarso livello di formazione. Infatti, a causa della storica informalità della figura e lo scarso investimento delle politiche sanitarie e sociali, queste figure spesso non sono formate all'arduo compito di assistere un anziano fragile ma si ritrovano improvvisamente a dover adempiere a questa mansione (Bartholini, 2013). Ciò si traduce in un'assistenza di bassa qualità e un'insoddisfazione dell'anziano e della sua famiglia che comporta un continuo turnover di assi-

stenti familiari che si susseguono nella cura dell'anziano creando discontinuità e incertezza. Pertanto, la formazione di queste figure è fondamentale e strategica per il necessario sviluppo e la diversificazione dell'offerta di servizi rivolti agli anziani.

## ***2. Il Profilo dell'Assistente Familiare: funzioni e competenze al servizio della famiglia***

L'assistente familiare è definito come una figura operativa e pratica, volta a fornire assistenza a persone autosufficienti e non, nelle loro necessità primarie, promuovendo il benessere e l'autonomia nel contesto domestico e familiare. Inoltre, questa figura è in grado di interagire con la rete dei servizi territoriali, sia pubblici che privati, per garantire assistenza e facilitare l'accesso a tali servizi alle persone che non possono gestire autonomamente tali compiti. Il ruolo dell'assistente familiare comprende il supporto o la sostituzione nelle attività di igiene personale, pulizia della casa, acquisto, preparazione e somministrazione dei pasti, sorveglianza e compagnia, spesa e commissioni. L'assistente accompagna l'anziano e lo supporta nelle attività quotidiane esterne, nell'accesso ai servizi sanitari, sociali e ricreativi e nel disbrigo di pratiche amministrative, come l'accompagnamento a visite mediche e, se autorizzato, può gestire le finanze dell'assistito.

Ma le funzioni dell'assistente familiare vanno aldilà del suo profilo professionale. Uno sguardo più

ampio ci suggerisce che si tratta di un servizio di mediazione familiare che potrebbe permettere ai caregiver familiari di realizzare quella conciliazione tra impegni lavorativi, familiari e di cura così importante per il loro benessere psico-fisico.

Un assistente familiare ben formato, infatti, con la sua cura attenta, professionale e compassionevole assicura agli anziani l'attenzione e il supporto di cui hanno bisogno, permettendo ai familiari di mantenere quella tranquillità che deriva dal sapere che un caro è in mani capaci. Un assistente permette ai familiari di continuare le proprie vite professionali senza il costante timore di trascurare i propri cari anziani. Questo equilibrio non è solo vantaggioso per il familiare che lavora; ha anche un impatto positivo sugli anziani. Infatti, se l'assistenza è affidata ad una persona esterna alla famiglia, la relazione con i familiari si può concentrare su attività che rafforzano i loro legami, piuttosto che sulle attività di routine e le preoccupazioni mediche, migliorando la qualità del tempo dello "stare in famiglia" così cruciale per gli anziani, ma anche e soprattutto per i loro figli e nipoti. Inoltre, si permette alla persona malata o all'anziano di mantenere, al massimo delle sue capacità, il proprio ruolo di madre/padre o nonno nella famiglia che spesso sente come perduto. Infatti, sono molti i figli o mariti/mogli che, in queste situazioni, riferiscono di sentirsi "genitore del proprio genitore" o "madre/padre del proprio coniuge" e soprattutto di non sentirsi più "figli/mogli o mariti". La perdita dei ruoli familiari può avere un impatto significativo sulla salute della persona



malata e dei suoi familiari portando ad una sensazione di perdita di identità e di sicurezza che può portare ad un aumento dello stress, dell'ansia e persino della depressione. Per questo il riconoscimento del ruolo degli assistenti familiari nel creare un ambiente di sostegno, cura ed equilibrio per le famiglie e i loro cari sarà di cruciale importanza per il welfare.

### ***3. L'esperienza della Fondazione Alberto Sordi: un modello di formazione per Assistenti Familiari tra innovazione e cure gentili***

La Fondazione Alberto Sordi ha istituito un programma di formazione per assistenti familiari in risposta alle crescenti esigenze delle famiglie e per soddisfare la richiesta di una preparazione professionale nel settore dell'assistenza agli anziani. La prima edizione del Corso per Assistenti Familiari è stata avviata nel 2020 in collaborazione con il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Campus Bio-Medico di Roma e con il sostegno finanziario di Assindatcolf.

Il Corso per Assistenti Familiari, progettato per un massimo di 15 partecipanti, ha una durata complessiva di circa 2 mesi, durante i quali vengono offerte 64 ore di formazione teorica e pratica in un ambiente simulato di assistenza domiciliare e ospedaliera.

Le tematiche affrontate durante il corso includono l'identità professionale, i diritti e doveri dell'assistente familiare, la cura della casa e della persona,

le tecniche di comunicazione e le abilità relazionali, i principi di enogastronomia e la gestione delle emergenze e del pronto soccorso.

Un elemento distintivo del corso è la presenza di un laboratorio teatrale, che svolge un ruolo significativo nell'arricchire le competenze e le soft skills dei partecipanti. Il laboratorio teatrale si concentra sullo sviluppo delle competenze comunicative attraverso l'interpretazione di ruoli e l'interazione con altri partecipanti. Questa modalità consente agli operatori di apprendere a comunicare in modo efficace, chiaro ed empatico con gli assistiti e le loro famiglie. Inoltre, il laboratorio offre un terreno fertile per potenziare l'empatia, consentendo ai professionisti di sperimentare e comprendere prospettive diverse, migliorando così la qualità delle relazioni di cura (Garrino *et al.*, 2011).

Oltre ai docenti provenienti dal Sistema Campus Bio-Medico, il corso vanta la presenza di un Tutor il cui ruolo è facilitare i processi di apprendimento, l'integrazione e la motivazione dei partecipanti. Il Tutor agisce da mediatore tra i vari attori del percorso formativo, compresi docenti, discenti, organizzatori del corso e coordinamento didattico.

I risultati del progetto sono stati estremamente positivi. Dall'avvio del corso nel 2020, sono state organizzate nove edizioni, fornendo una formazione gratuita e di alta qualità a un totale di 156 assistenti familiari. I partecipanti provengono da una vasta gamma di background e nazionalità, con un'età media di 46 anni. La maggioranza dei partecipanti non ha precedenti esperienze di formazione nell'assistenza agli anziani, dimostrando



*Figura 1. I partecipanti alla IX edizione del Corso per Assistenti Familiari.*

così un forte interesse e impegno nel migliorare le proprie competenze professionali. I feedback raccolti attraverso i questionari di valutazione delle lezioni indicano un alto grado di soddisfazione tra i partecipanti, con particolare apprezzamento per il laboratorio teatrale e le lezioni sulle strategie comunicative.

L'ultima edizione del Corso (*Figura 1*) ha visto l'introduzione di due importanti novità: la possibilità, su base volontaria e con valutazione di idoneità da parte della Faculty, di svolgere un tirocinio della durata di 20 ore presso il Centro Diurno Anziani Fragili Alberto Sordi; e di usufruire delle sale del nuovo centro di simulazione dell'edificio CuBo dell'Università che replicano un setting ospedaliero e uno domiciliare, permettendo così ai partecipanti di mettere in pratica, in maniera più realistica, le tecniche assistenziali apprese teoricamente durante la lezione.

I partecipanti esprimono un forte apprezzamento

per la qualità delle lezioni, la professionalità dei docenti, e l'ottima organizzazione del corso. L'elemento umano, rappresentato dal Tutor d'aula e dai legami creati tra i partecipanti, emerge come un punto di forza fondamentale che ha contribuito al successo dell'esperienza formativa.

#### ***4. La formazione specialistica degli Assistenti Familiari: quando la cura può creare ricordi ed esperienze uniche***

La vita quotidiana a fianco di persone affette da Alzheimer o altro tipo di demenza è spesso complessa per il caregiver e richiede di sviluppare competenze specifiche. Per questo la Fondazione Alberto Sordi, assieme all'Associazione Alzheimer Uniti Roma, ha attivato ad aprile 2024 un nuovo Corso di Formazione sull'assistenza alla persona con Alzheimer o altro tipo di demenza (*Figura 2*). Il Corso ha riunito nella stessa aula familiari e assistenti familiari che hanno potuto così condividere l'esperienza formativa arricchita dalle loro esperienze personali. Il corso, promosso per fornire competenze a chi si prende cura quotidianamente di persone affette da demenza, si è articolato in sette incontri pomeridiani, coinvolgendo oltre trenta partecipanti. Il programma ha offerto un approccio multidisciplinare, trattando temi dai fondamenti della demenza all'importanza delle relazioni umane nella cura. Infatti, assistere una persona affetta da demenza richiede competenze specifiche, empatia e una notevole resi-



*Figura 2. I partecipanti alla I Edizione del Corso per Familiari e Assistenti di persone con Alzheimer e demenza.*

stenza emotiva e fisica. In questo contesto, il ruolo dell'assistente familiare diventa fondamentale, offrendo un supporto indispensabile sia alla persona malata che alla sua famiglia. Ma per fare ciò, gli assistenti familiari devono essere adeguatamente formati per comprendere la progressione della malattia, riconoscere i sintomi e adottare strategie di cura appropriate. È un lavoro inestimabile che combina competenze tecniche, supporto emotivo e una dedizione straordinaria. Investire nella formazione e nel sostegno degli assistenti familiari è fondamentale per garantire che le persone affette da demenza possano vivere con dignità e che le loro famiglie ricevano l'aiuto necessario per affrontare questa sfida con serenità. Attraverso una cura attenta e formata, gli assistenti familiari possono creare ricordi ed esperienze uniche nell'assistito e nella sua famiglia.

## Bibliografia

AssindatColf & Fondazione Studi Consulenti del Lavoro

2023 *L'occupazione nel settore delle collaborazioni domestiche: caratteristiche, evoluzione e tendenze recenti*, Bollettino ADAPT.

Bartholini, I.

2013 «*Il badantato e i legami di cura fra le segrete stanze*», in M. Grasso (a cura di), *Razzismi, discriminazione e confinamenti*, Roma, Ediesse, pp. 145-155.

CENSIS - ASSINDATCOLF

2022 *Welfare familiare e valore sociale del lavoro domestico in Italia. Le famiglie, il lavoro domestico, i caregiver, le RSA*.

Fosti, G., Notarnicola, E.

2014 *Il Welfare e la Long Term Care in Europa: modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Milano, EGEA.

Gaugler, J.E., Kane, R.L., Kane, R.A.

2002 *Family care for older adults with disabilities: Toward more targeted and interpretable research*, in «International Journal of Aging & Human Development», 54(3), pp. 205-231.

Garrino, L., Matricoti, F., Nicotera, R., Martin, B., Borraccino, A., Dimonte, V.

2011 *L'esperienza teatrale nella formazione alle cure: analisi della letteratura*, in «TUTOR», 11(2-3), pp. 74-83.

Network Non Autosufficienza (a cura di)

2013 *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Rimini, Maggioli Editore.

Pasquinelli, S., Rusmini, G.

2013 «*Il punto sulle badanti*», in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Rimini, Maggioli Editore, pp. 93-111.



<https://assindatcolf.it/>



## La proposta di Assindatcolf: una giusta fiscalità per il caregiving famigliare genera equità sociale, risparmio e nuovi posti di lavoro

intervista a *Teresa Benvenuto*  
a cura di *Sonia Vazzano*

***Da 40 anni la missione di Assindatcolf è quella di assistere le famiglie datrici di lavoro domestico, facilitando il rapporto con i lavoratori: colf, badanti e baby sitter, acquisendo esperienza e riconoscimenti in ambito nazionale. Cosa è cambiato e quali sono state le conquiste nel settore dell'assistenza? Che tipo di approccio utilizzate e qual è il ruolo specifico di una associazione come Assindatcolf nel panorama contemporaneo?***

Oltre che essere una missione, per un'associazione come la nostra si tratta di una vera e propria sfida: costruire un welfare equo, che sia davvero a misura di famiglia. A questo da oltre 40 anni è



orientata la nostra attività. Una sfida, perché vogliamo fare in modo che anche la politica, e più in generale i decisori, capiscano quanto sia importante mettere al centro dell'agenda la "questione domestica". È infatti sempre più evidente come il settore abbia a che fare con le grandi questioni che riguardano il futuro di questo Paese: invecchiamento della popolazione; migrazioni; denatalità; empowerment femminile; conciliazione tempi di vita e di lavoro.

Affrontare questi nodi, che ad oggi sono ancora irrisolti, significa intervenire anche sul comparto domestico, modificando l'idea ancora purtroppo molto radicata nell'immaginario collettivo, quella di un settore di serie B, di attività da svolgere senza professionalità. Un paradosso se si considera che a queste persone, che nella maggior parte dei casi sono donne e straniere, affidiamo le cose più preziose che abbiamo: i nostri figli piccoli, i genitori anziani o non autosufficienti, la nostra casa! Questa immagine, seppur fuorviante, riesce però a condizionare negativamente il messaggio che arriva alla politica. In altri paesi come la Francia sono stati indubbiamente più lungimiranti e si è iniziato ad invertire la rotta già 30 anni fa, con misure specifiche ed agevolazioni che sono state implementate nel corso dei decenni a prescindere dall'alternanza della compagine di governo. Al di là delle bandiere di partito. Si è saputo cogliere la sfida e portarla avanti con ottimi risultati, sia in termini di ingressi per le casse dello Stato, che di emersione del lavoro irregolare. Ma cosa più importante: si riesce a dare un servizio di qualità alle

famiglie, che possono permettersi il costo del personale domestico, senza che il lavoratore debba rinunciare ad uno stipendio dignitoso. Un modello, quello "francese", recentemente al centro di una giornata di studi e approfondimenti che come Assindatcolf abbiamo coordinato insieme al neonato Intergruppo Parlamentare sul lavoro domestico, di cui fin dal principio siamo stati promotori. L'obiettivo è sempre lo stesso: studiare best practices già avviate per dimostrare che un altro modo di pensare ed organizzare le cose è realmente possibile.

La nostra Associazione da anni si batte per accompagnare il cambiamento, per mostrare le potenzialità del comparto sia in termini economici, che di occupazione ma soprattutto di welfare. Assistere in casa anziani non autosufficienti non dovrebbe essere una condizione riservata solo a chi ha le risorse economiche per permetterselo. Tutti dovrebbero poter aver la possibilità di scegliere dove trascorrere la terza età. Senza contare il risparmio sul sistema sanitario. Stesse considerazioni anche per l'assistenza ai bambini piccoli. Il servizio di baby-sitting non può e non deve essere considerato un lusso, né tantomeno una prestazione alternativa a quella del nido o della scuola materna. Al contrario, si tratta di servizi complementari. Infine la questione della colf: anche in questo caso non stiamo parlando di un bene di lusso ma di pura conciliazione vita-lavoro. Ad affidarsi alle collaboratrici domestiche non sono, tra l'altro, solo famiglie che lavorano ma anche e soprattutto anziani autosufficienti, persone che non

hanno ancora bisogno della badante ma di un valido supporto in casa per la gestione quotidiana.

***Il Censis ha promosso su iniziativa di Assindatcolf una ricerca in materia al welfare familiare che ha rilevato come il sistema familiare-assistenziale sia a rischio di “collasso sociale”, dovuto soprattutto all’incremento del costo della cura. Quali possono essere, alla luce della vostra esperienza, le misure legislative e/o contributive per evitare, o almeno limitare, tale collasso?***

Lo studio presentato dal Censis a febbraio scorso, il 1° capitolo del nostro Rapporto 2024 “Family (net) Work – Laboratorio su casa, famiglia e lavoro domestico”, mette in evidenza come in tema di salute, assistenza e previdenza le famiglie italiane siano sempre più vulnerabili, incerte nella gestione della non autosufficienza e consapevoli di dover ricorrere a risorse proprie. Non è un caso che dalla survey che il Censis ha condotto per noi presso un campione rappresentativo di famiglie datrici di lavoro domestico risulti come il 45,3% consideri prioritario il potenziamento dei servizi domiciliari, partendo dal presupposto che la casa sia il miglior posto dove curarsi, il 58,7% chieda l’introduzione della deducibilità del lavoro domestico ed il 49,1% dichiara di occuparsi personalmente, come caregiver, di un parente non autosufficiente, in aggiunta al ruolo della badante. Ma non solo. Sul piano delle prospettive future, il 40,7% delle famiglie giudica non proprio sicuro il

proprio livello di risorse economiche e teme che le disponibilità in termini di reddito, patrimonio e risparmi possano non essere sufficienti nel caso di imprevisti. Completamente insicuro si dichiara, invece, il 12,5%, che sa che eventuali imprevisti potrebbero mettere la famiglia in seria difficoltà. Nel bilancio fra fattori di protezione – welfare pubblico, coperture assicurative, altre forme di autotutela personali di cui si dispone – e fattori di rischio futuri, è proprio l'inabilità e la non autosufficienza a raccogliere il maggior grado di rilevanza (64,6%). Quella scattata dal Censis è l'immagine più efficace della distanza che si sta creando tra la domanda di protezione sociale delle famiglie e il progressivo mutamento del welfare del nostro Paese, che sembra aver smarrito la propria missione, lasciando senza risposta una parte crescente della popolazione. In questo quadro la gestione del rapporto domestico si è trasformata nel dispositivo di protezione sociale più diffuso, sebbene a totale carico delle famiglie. Questo, soprattutto in rapporto alla condizione della non autosufficienza, indubbiamente contribuisce ad alimentare lo stato di incertezza delle famiglie, che chiedono interventi mirati come la totale deduzione del costo del lavoro domestico.

Una misura di equità sociale che non solo consentirebbe alle famiglie di risparmiare sui costi – secondo nostre proiezioni dai 3 ai 5 mila euro – ma anche di creare nuovi posti di lavoro e di far emergere il sommerso, che nel settore ha percentuali altissime. Allo stato attuale le stime parlano, infatti, di circa 6 lavoratori domestici su 10 senza contratto.

***Il Patto per il Nuovo Welfare sulla non autosufficienza della persona anziana è stato accolto come una svolta, da alcuni, ma ha sollevato anche altrettante critiche. Quali sono le preliminari considerazioni di Assindatcolf all'indomani della divulgazione? E in particolare qual è l'opinione rispetto alla proposta per introdurre il Sistema Nazionale Assistenza Anziani in Italia?***

Assindatcolf ha convintamente aderito al Patto per un Nuovo Welfare sulla non autosufficienza e ha lavorato in questi anni per formulare una proposta seria, che fosse costruita sulle reali esigenze delle famiglie. D'altronde, la forza di questo network è proprio quella di essere animata da realtà eterogenee che vivono la questione della non autosufficienza su fronti diversi. L'ambito domestico è indubbiamente uno di questi. A nostro avviso, uno dei più rilevanti.

L'11 marzo 2024 il Governo ha approvato definitivamente il Decreto Legislativo attuativo della Legge Delega 33/2023 contenente la cosiddetta "riforma" della non autosufficienza. Complessivamente non possiamo dirci soddisfatti del provvedimento così come è stato approvato, poiché non ha recepito tutti i suggerimenti e le proposte del Patto. Si è trattato più che altro di una "riforma" annunciata, non reale. Tuttavia, entrando nello specifico, ovvero andando ad analizzare le misure previste per il comparto domestico, non possiamo ignorare la novità introdotta: un contributo economico dal valore di 850 euro al mese destinato agli anziani over 80 con disabilità gravissime, da spen-

dere per l'assunzione della badante. Sebbene la strada intrapresa sia a nostro avviso corretta, i segnali sono ancora troppo timidi, sia sotto il punto di vista degli importi che relativamente alla platea. Secondo i nostri calcoli, infatti, un anziano non autosufficiente che abbia bisogno di una badante a tempo pieno può arrivare a spendere tra 1.600 e 1.800 euro al mese, che in un anno significano tra i 19 e i 21 mila euro, tra retribuzioni, tredicesima, ferie, Tfr e contributi. Con un "assegno di assistenza" del valore di 850 euro al mese non si riuscirebbe a coprire neanche la metà di quello che una famiglia spende per assumere una badante a tempo pieno, sia in regime di convivenza (1.671 euro al mese e 18.927 l'anno), che ad ore (1.854 euro al mese e 20.896 l'anno). Con 850 euro si riuscirebbe giusto a coprire il costo di una badante per 20 ore la settimana. Senza contare che la platea degli aventi diritto è veramente ridotta: solo gli over 80 in gravissime condizioni con un Isee che non superi i 6mila euro l'anno saranno destinatari di questo assegno in via sperimentale per 2 anni. Per questo chiediamo al Governo uno sforzo maggiore, soprattutto in vista della costruzione di un sistema che sia davvero universale e non destinato a pochi.

***Sempre più regioni italiane si sono dotate o sono in fase di lavorazione di leggi atte a qualificare e sostenere - spesso - economicamente la figura del caregiver familiare, ossia colui o colei che legato da rapporti di parentela/affinità offre***

***assistenza ad un parente non autosufficiente o, in ogni caso, vulnerabile. Tale indirizzo è condivisibile o rischia di allocare il peso dell'assistenza, ancora una volta, al nucleo familiare, pregiudicando ulteriormente comunità spesso già vulnerabili/fragili?***

Le preoccupazioni economiche delle famiglie rispetto alla gestione dei costi del personale domestico – con particolare riferimento all'assistente alla persona non autosufficiente – unitamente alla quasi totale assenza di compartecipazione dello Stato alla spesa, implicano un sempre maggiore e necessario coinvolgimento delle famiglie. Non solo in termini economici. Parliamo di un ruolo attivo della figura del caregiver a copertura delle ore che rimangono scoperte dalla cosiddetta badante. Non è assolutamente un caso, sempre citando lo studio condotto dal Censis per il Family (Net) Work, che per il 49,1% delle famiglie datrici di lavoro domestico la badante da sola non sia sufficiente a coprire le esigenze di assistenza. Sempre più persone sono anche costrette ad occuparsi in prima persona, come caregiver, di un parente anziano o non autosufficiente. Con tutte le difficoltà che questo può comportare. Dalla prospettiva di un'esperienza diretta, il campione di famiglie segnala infatti come l'aspetto più critico dell'impegno nell'assistenza di un familiare sia la fatica fisica e lo stress che deriva dal far fronte ai tanti bisogni della persona assistita (42,4%) Molto importanti sono anche i condizionamenti della quotidianità, spesso assorbita in maniera

quasi assoluta dalle cure all'assistito e la rinuncia a una vita relazionale e autonoma (24,7). Molto più pragmaticamente, il 16,4% sottolinea la mancanza di un reale riconoscimento del ruolo del caregiver da parte delle istituzioni e la mancanza, quindi, di un compenso economico al lavoro svolto. Poco sopra l'8% si colloca chi ha dovuto abbandonare o ha dovuto trascurare il lavoro o comunque l'attività da cui discende il reddito del caregiver. Il 6,7% è invece preoccupato di poter arrecare danno all'assistito, non avendo il caregiver le competenze necessarie ai vari interventi che è chiamato a fare.

Alla luce di quanto detto, appare evidente come in prospettiva diventi fondamentale ragionare su questo tema, per mettere al centro delle politiche future anche la figura del caregiver, nell'ottica di una necessaria quando indispensabile ed urgente riforma del welfare italiano.

### ***Quali sono i futuri progetti che Assindatcolf intende sviluppare per il prossimo quinquennio?***

Il nostro obiettivo principale resta quello di riuscire ad ottenere una revisione generale della fiscalità a carico del datore di lavoro domestico, che al momento ha pochissime agevolazioni. Ad oggi, infatti, chi assume una colf, badante o baby sitter può portare in deduzione solo una parte dei contributi a proprio carico, per un massimo di 1.549,37 l'anno. Solo chi – non autosufficiente e con un reddito sotto ai 40mila euro – ha invece la



possibilità di detrarre una parte dello stipendio della badante, ma parliamo di 399 euro l'anno! Una goccia in mezzo al mare se consideriamo il costo di una badante in regime di convivenza (1.671 euro al mese e 18.927 l'anno) o ad ore (1.854 euro al mese e 20.896 l'anno).

Dati alla mano, è evidente come servano agevolazioni fiscali serie ed incisive e aiuti immediati per gli incapienti. Sempre per citare il modello del lavoro domestico francese, oltre ad aver previsto un credito di imposta al 50% che dimezza la spesa a carico delle famiglie, da qualche anno si è scelto di renderlo anche immediatamente disponibile. In altre parole non è necessario recuperare in fase di dichiarazione dei redditi, lo sconto avviene in tempo reale. Ma non solo.

Lavoriamo per far fare un salto di qualità al lavoro domestico, sia in Italia che in Europa, e per professionalizzare sempre più i lavoratori che si occupano dei nostri figli, dei nostri genitori e delle nostre case. A questo proposito, insieme agli Enti Bilaterali del settore, da anni portiamo avanti un programma specifico, "Formato Famiglia" dedicato alla professionalizzazione del personale domestico. Parola d'ordine: gratuità. Veri e propri corsi di formazione, con moduli di pratica e teoria, in presenza nelle principali città d'Italia e online. Il primo passo per accedere alla certificazione della professione, la cosiddetta "patente di qualità", la novità introdotta con la Norma Uni 11766/2019.

Ultima per ordine ma non certamente per importanza, la questione della regolazione dei flussi di

ingresso. Come noto il comparto domestico è principalmente animato da una forza lavoro straniera, con particolare riferimento a quella non comunitaria. Solo nel 2023, dopo una lunga battaglia durata quasi 12 anni, siamo riusciti a convincere il Governo a riaprire il Decreto Flussi al comparto domestico. Ora che il primo passo è stato fatto, bisogna avere il coraggio di andare oltre e riformare questo strumento troppo rigido e che per questo può anche portare a derive di irregolarità. Non parliamo solo di quote che non sono sufficienti (9.500 all'anno per il triennio 2023-2025 quando secondo le nostre stime ne servirebbero almeno 23mila l'anno), ma di tempistiche e modalità non in grado di rispondere con tempestività alle esigenze delle famiglie.

*Foto di Josh Appel su Unsplash*







## Note sugli autori

### ***Maria Novella Bugetti***

Professoressa associata di Diritto privato dell'Università degli Studi di Ferrara, abilitata per la prima fascia dal 2020.

Si occupa dello studio del diritto di famiglia, approfondendo temi quali la risoluzione non giudiziale del conflitto coniugale e la mediazione familiare, l'affidamento dei figli a seguito della crisi della coppia genitoriale, la filiazione e la tutela del minore nato da procreazione medicalmente assistita, l'accertamento dello stato di filiazione. È PI di un progetto PRIN PNRR 2022 sul tema del caregiver familiare.

Ha dedicato molteplici pubblicazioni alla protezione dei maggiorenni incapaci, tanto con riguardo alle misure di protezione giuridiche quanto al ruolo che la famiglia ha nell'assolvimento dei compiti di cura della persona. Tra le sue pubblicazioni, per limitarsi alle opere monografiche, *Nuovi strumenti di tutela dei soggetti deboli tra famiglia e società* (Milano, 2008); *La risoluzione extragiudiziale del conflitto coniugale* (Milano, 2015, 1-222); *Riconoscimento del figlio nato fuori del matrimonio. Dichiarazione giudiziale di paternità e maternità*, Bologna, 2020; *Amministrazione di sostegno*, Bologna, 2024.

## ***Teresa Benvenuto***

Laureata in economia e commercio all'Università degli studi della Calabria, dal 2006 è segretario nazionale di Assindatcolf, Associazione Nazionale dei Datori di Lavoro Domestico.

Dal 2019 è segretario generale della FIDALDO, Federazione italiana datori di lavoro domestico.

Esperta della materia, partecipa al tavolo sindacale per il rinnovo del Ccnl sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico.

## ***Corrado Bottio***

Prima in Azienda poi in Consulenza, per più di quarant'anni si è occupato di Persone.

È stato membro dell'Advisory Council dell'Harvard Business Review, ha insegnato all'Executive Master in Communication and Human Resources dello IULM e alla scuola di alta specializzazione dell'Ospedale Sant'Orsola Malpighi di Bologna, per dieci anni è stato presidente della Fondazione Human+ per lo sviluppo e la ricerca sul capitale umano.

Nel 2014 è stato tra i fondatori dell'Osservatorio Senior con l'obiettivo di dar vita ad un punto d'osservazione qualificato del mondo senior in Italia, per offrire informazioni, opinioni e proposte a istituzioni, aziende e media ed essere un punto di riferimento per gli "over" italiani.



## ***Giordana Cortinovia***

Attualmente Responsabile del Dipartimento di Comunicazione e Marketing per Teva Italia, azienda farmaceutica leader nel mercato, Giordana Cortinovia ha maturato quasi 20 anni di esperienza in ambito marketing e commerciale nel mondo del Largo Consumo e del Pharma.

Le sue competenze spaziano dalla strategia di brand e commerciale, allo sviluppo di piani di comunicazione omnichannel, fino al lancio di nuovi prodotti. Si distingue per un forte orientamento ai risultati, e per la capacità di guidare e motivare team multifunzionali ed internazionali.

Crede fortemente nella leadership inclusiva ed è promotrice della parità di genere.

## ***Isabella Crespi***

PhD. in Sociologia e metodologia della ricerca sociale, è professoressa ordinaria in Sociologia dei processi culturali e comunicativi, presso l'Università degli studi di Macerata, Dipartimento di Scienze della Formazione, dei Beni culturali e del Turismo, dove insegna "Sociologia dell'educazione", "Sociologia dei processi culturali" e "Cultural differences". È stata membro del Consiglio scientifico della sezione "Studi di genere" dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS) dal 2012 al 2015 e dal 2021 al 2024 ed è stata coordinatrice del RN13 "Sociology of families and intimate lives" dell'European sociological association (ESA) dal 2013 al 2017 e attual-



mente fa parte dell'advisory board di quest'ultimo. Dal 2020 collabora come esperta e valutatrice per la DG Justice della Commissione europea ed è inserita nella expert list dell'EIGE (European Institute for Gender Equality) per il quinquennio 2020-2025.

### ***Gabriella Facchinetti***

Infermiera, ricercatrice freelance e docente universitaria. Esperta in cure domiciliari e territoriali a persone anziane con patologie croniche degenerative e inguaribili. Ha lavorato presso il Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la qualità e la sicurezza delle cure dell'Istituto Superiore di Sanità. Ha collaborato con la Fondazione Alberto Sordi nella progettazione di servizi territoriali per le persone anziane e nella formazione degli operatori sociosanitari e dei caregiver.

Attualmente è direttrice di Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani (RSA) in Proges Cooperativa Sociale. È autrice di numerosi articoli sul tema della cura degli anziani su riviste nazionali e internazionali.

### ***Guglielmo Faldetta***

È professore ordinario di Organizzazione aziendale e Gestione delle Risorse Umane presso il Dipartimento di Scienze Economiche e Giuridiche dell'Università Kore di Enna.

Ha pubblicato numerosi lavori scientifici sui temi delle relazioni interpersonali, delle relazioni di lavoro, dell'etica, della reciprocità e del dono in azienda. Tra questi si ricordano *Corporate Family Responsibility e Work-life Balance* (Franco Angeli, 2008) e *Il dono nelle organizzazioni aziendali* (Editoriale Scientifica, 2021).

Le sue ricerche sono state pubblicate in numerose riviste nazionali e internazionali, tra cui *Journal of Business Ethics*, *Journal of Managerial Psychology*, *European Management Journal*, *Culture and Organization*.

### ***Alessia Gabriele***

È professoressa associata di Diritto del Lavoro ed è Prorettrice alle tematiche di genere presso l'Università degli Studi di Enna "Kore".

È autrice di due monografie: la prima su *I diritti sindacali in azienda* (Giappichelli, 2017) e la seconda su *Contratto di lavoro e diritto al tempo per la cura* (ESI, 2024).

È autrice di numerosi articoli e saggi pubblicati, dal 2005 ad oggi, in opere collettanee e riviste scientifiche del settore giuslavoristico.

È stata curatrice, insieme a Guglielmo Faldetta, del volume *Tempi di vita e di lavoro tra legge e contrattazione collettiva*, "Quaderni FMV Corporate Family Responsibility", 2020.

### ***Diletta Giunchedi***

È assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Economia e Management dell'Università di Ferrara ed esercita la professione forense nel Foro di Bologna.

Ha conseguito il titolo di Dottore di ricerca in Diritto Privato dell'Università di Bologna ed è stata Visiting Phd Student presso University College of London e studentessa dell'Institute of Global Law and Policy, della Harvard Law School.

È scrittrice di contributi in materia di diritto privato e diritto di famiglia in lingua italiana e inglese ed altresì ha partecipato come relatrice a numerosi convegni e seminari nazionali ed internazionali.

### ***Sergio Labate***

Insegna Filosofia teoretica presso l'Università di Macerata.

I suoi temi di ricerca si sono orientati sulla filosofia francese contemporanea per poi lentamente spostarsi a specifiche aree tematiche: una ricognizione filosofica del tema del dono; una riflessione teoretica sulla speranza, una riabilitazione contemporanea della filosofia del lavoro.

Ha al suo attivo numerose pubblicazioni. Tra le sue monografie ricordiamo: *Passioni e Politica* (con Paul Ginsborg, Einaudi 2016); *La virtù democratica* (Salerno Editrice 2019).

## ***Giovanni Masino***

È professore ordinario di Organizzazione Aziendale presso l'Università di Ferrara, ed è attualmente Vice-Direttore del Dipartimento di Economia e Management. Nello stesso Ateneo è stato Coordinatore del Dottorato in Economia, Prorettore Delegato per Placement e Post-Laurea, Direttore della Unife Master School, che ha contribuito a fondare.

I suoi interessi di ricerca riguardano l'ambito dell'organizzazione del lavoro, della gestione delle persone e del comportamento organizzativo, con particolare riferimento a temi quali l'influenza della evoluzione tecnologica nei contesti organizzati, la valorizzazione delle persone, la leadership, il job crafting e la proattività. Ha pubblicato vari libri e numerosi articoli scientifici in riviste nazionali e internazionali.

## ***Claudio Pedone***

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia nel 1994 presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, proseguendo poi l'attività di formazione in ambito geriatrico sia per quanto riguarda l'attività assistenziale, con una specializzazione in Geriatria conseguita nel 2001 sempre presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, sia per quanto riguarda l'attività di ricerca, conseguendo un Dottorato di Ricerca in Medicina Preventiva in Età Geriatrica presso l'Università Cat-

tolica del Sacro Cuore nel 2000 ed un Master in Public Health presso la Brown University.

Attualmente ricopre l'incarico di Professore Ordinario di Geriatria presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma, dove è anche Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria e Responsabile dell'UOC di Geriatria della Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma.



Foto di De an.Sun su Unsplash



*Foto di Toa555 su AdobeStock*









Quaderni FMV *Corporate Family Responsibility*  
Caregiver che conciliano, 14/2024  
[www.marcovigorelli.org](http://www.marcovigorelli.org)



novembre 2024

Fondazione Marco Vigorelli  
Via Morozzo della Rocca, 3 20123 Milano  
C.F. 97350310153  
[info@marcovigorelli.org](mailto:info@marcovigorelli.org)

Pubblicazione online: ISSN 2724-2986

ISBN 978-88-946816-5-9





Negli ultimi anni è vistosamente cresciuto l'interesse nei confronti dei caregiver. Di qui l'esigenza di trattare, in chiave interdisciplinare, le problematiche che interessano il caregiver familiare, nella convinzione che se la sua funzione è apicale e infungibile, è allora necessario individuare gli strumenti più efficaci per sostenere, promuovere e proteggere il benessere del "caregiver che concilia".

*La presente pubblicazione è stata finanziata con i fondi provenienti dall'Unione europea-NextGeneration EU, nell'ambito del Prin "Legal Protection and promotion of caregiver's well-being, Legislative innovations and good practices, Missione 4, Componente 1, CUP J53D23019060001".*



"Quaderni FMV *Corporate Family Responsibility*" è la collana di pubblicazioni monotematiche, realizzate dalla Fondazione Marco Vigorelli, che approfondiscono i diversi ambiti della *corporate family responsibility*, raccogliendo il *know-how* di FMV e le riflessioni dei principali esperti di settore. I quaderni analizzano le crisi e gli sviluppi, i mutamenti e le trasformazioni della società contemporanea e il loro impatto diversificato sulla conciliazione famiglia-lavoro tenendo conto dei soggetti e delle relazioni che ne sono responsabili.

La riflessione critica e documentata sui temi e sulle esperienze di volta in volta presentati offre una riflessione costante e approfondita con un linguaggio aperto e di contaminazione tra le diverse prospettive.

Gli obiettivi sono: comunicare le attività di ricerca, micro e macro; rendere disponibili gratuitamente contenuti scientifici; promuovere e approfondire collaborazioni accademico-aziendali; posizionarsi come ponte tra Università e Azienda. Il piano editoriale prevede un approccio multidisciplinare (economico, giuridico, sociale, psicologico).

Pubblicazione online: ISSN 2724-2986

ISBN 978-88-946816-5-9



9 788894 681659