

Marco Arlotti, Tjaša Potočnik

Izzivi familializma – primer Italije

POVZETEK

Naraščanje števila starejših ljudi v družbi ter daljšanje obdobja, ko so le-ti zaradi bolezni ali oviranosti odvisni od pomoči drugih (večinoma drugih družinskih članov), pomeni velik pritisk na sistem dolgotrajne oskrbe širom Evrope. Evropske države se med seboj razlikujejo glede tega, kateri od akterjev v trikotniku blaginje je odgovoren za zagotavljanje pomoči starejšim. V Italiji je, tako kot tudi pri nas v Sloveniji, skrb za starejše v domeni družine, vendar pa so slednje zaradi družbenih sprememb, kot so nižanje rodnosti, vstop žensk na trg delovne sile ter večje geografske oddaljenosti med družinskimi člani, vse manj zmožne nuditi pomoč in podporo starejšim.

O spremembah skrbstvenega režima in politiki dolgotrajne oskrbe v Italiji sem se pogovarjala z dr. Marcom Arlottijem. Pogovarjala sva se o neenakostih v dolgotrajni oskrbi, (nezadovoljenih) potrebah starejših in njihovih oskrbovalcev, vplivu covida na sistem dolgotrajne oskrbe ter vlogi, ki jo imajo migranti v italijanskem sistemu dolgotrajne oskrbe. Poudaril je, da je izkušnja s covidom pokazala ranljivost sistema dolgotrajne oskrbe v Italiji in izrazil svojo zaskrbljenost nad pomanjkanjem ozaveščenosti odločevalcev o naraščajočih napetostih (še posebej v kontekstu številnih kriz), ki razjedajo njegove strukturne družbene in gospodarske predpogoje.

Ključne besede: familializem, skrbstveni režim, sistem blaginje, Italija

AVTORJA

Dr. Marco Arlotti je višji predavatelj na Oddelku za ekonomijo in družbene vede na Politehniki Univerze Marche v Italiji. Njegovi raziskovalni interesi vključujejo potrebe po oskrbi, politike dolgotrajne oskrbe, večnivojsko upravljanje v Italiji in v primerjalni perspektivi. Med njegovimi zadnjimi mednarodnimi publikacijami sta znanstvena članka *Older people and care networks in rural areas: An exploratory study in Italy* (»Sociologia Ruralis«), *The impact of COVID-19 on the residential care sector for the elderly* ter *Employment and care regimes in the European comparative perspective* (»Social policy review«). Ugledna italijanska znanstvenika Constanzo Ranci in Emanuelle Pavolini sta bila z dr. Arlottijem soavtorja poglavja z naslovom *Family and State Responsibility for Care for Older People*, ki je izšel 2023 v knjigi *The Oxford Handbook*

of Family Policy: A Life-Course Perspective¹, izdani pri ugledni založbi Oxford University Press. Z dr. Marcom Arlottijem sem se pogovarjala ob njegovem študijskem obisku Fakultete za družbene vede, kjer je študentom predaval o sistemu dolgotrajne oskrbe v Italiji in predstavil nedavno raziskavo, ki se navezuje na nezadovoljene potrebe starih ljudi in oskrbovalno revščino v Italiji. Pogovarjala sva se o organizaciji dolgotrajne oskrbe v Italiji, (nezadovoljenih) potrebah starih ljudi in njihovih oskrbovalcev ter o vplivu covida-19 na politiko dolgotrajne oskrbe v Italiji.

Tjaša Potočnik je magistrica sociologije, raziskovalka na Inštitutu Antona Trstenjaka za gerontologijo in medgeneracijsko sožitje ter študentka doktorskega študija sociologije na Fakulteti za družbene vede v Ljubljani. Raziskovalno se ukvarja predvsem s področjem neformalne oskrbe, kjer jo zanimajo teme povezane z usklajevanjem oskrbe s plačanim delom, neenakostmi v oskrbi, politiko dolgotrajne oskrbe ter oskrbovalno revščino.

ABSTRACT

The challenges of familialism: the case of Italy

The growing number of old people, and the increasing length of time they are, due to illness or disability, dependent on the help of others (mainly other family members), is putting great pressure on long-term care systems across Europe. European countries differ in relation to who is responsible for providing support for older people. In Italy, as in Slovenia, care for the older people is primarily the responsibility the family, however, social changes such as declining fertility rates, increased participation of women in the labour market as well as increasing geographical distance between family members, are putting pressure on families, who are less and less able to provide care to their dependent relatives.

In a conversation with Dr. Marco Arlotti we spoke about changes of care regimes, especially familialist care regimes and the state of long-term care in Italy. We discussed inequalities in long-term care, the (unmet) needs of older people and their carers, the impact of covid on the long-term care system, and the role of migrants in the Italian long-term care system. He pointed out that the experience of COVID has shown the vulnerabilities of the long-term care system in Italy, and expressed his concern about the lack of awareness of policy makers about growing tensions (especially in a polycrisis context) which are eroding its structural social and economic preconditions.

Key words: familialism, care regime, welfare regime, Italy

¹ Daly, Mary, and others (eds), The Oxford Handbook of Family Policy Over The Life Course (2023; online edn, Oxford Academic, 23 Feb. 2023), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197518151.001.0001>

AUTHORS

Dr Marco Arlotti is a Senior Lecturer in the Department of Economics and Social Sciences at the Polytechnic of the University of Marche, Italy. His research interests include care needs, long-term care policies, multi-level governance in Italy and in a comparative perspective. His recent international publications include the scientific articles *Older people and care networks in rural areas: An exploratory study in Italy* («Sociologia Ruralis»), *The impact of COVID-19 on the residential care sector for the elderly*. The eminent Italian scholars Constanzo Ranci and Emanuelle Pavolini co-authored with Dr Arlotti a chapter entitled *Family and State Responsibility for Care for Older People*, published in 2023 in *The Oxford Handbook of Family Policy: A Life-Course Perspective*², published by the renowned Oxford University Press. I spoke to Dr Marco Arlotti on the occasion of his study visit to the Faculty of Social Sciences, where he gave a lecture on the long-term care system in Italy and presented recent research on the unmet needs of older people and care poverty in Italy. We discussed the organisation of long-term care in Italy, the (unmet) needs of older people and their carers, and the impact of Covid-19 on long-term care policy in Italy.

Tjaša Potočnik holds MA in Sociology. She is a researcher at the Anton Trstenjak Institute for Gerontology and Intergenerational Relations and a PhD student in Sociology at the Faculty of Social Sciences in Ljubljana. Her research interests are related to informal care, reconciliation of care with paid work, inequalities in care, long-term care policy and care poverty.

Potočnik: Marco, najprej iskrena hvala, da ste si vzeli čas za ta intervju za našo revijo Kakovostna starost. Za začetek bi vas prosila, da našim bralcem poveste nekaj o sebi, o svoji profesionalni poti in trenutnih raziskovalnih interesih. Kaj vas je vodilo v proučevanje sistemov blaginje?

Arlotti: S študijem sistemov blaginje (ang. *welfare systems*) sem začel v času magistrskega študija socialne politike, saj sem v svoji magistrski nalogi obravnaval spreminjanje obsega politik socialnega varstva v Evropi. Takrat sem imel veliko srečo, da sem sodeloval pri empiričnem delu velikega evropskega raziskovalnega projekta in sem imel priložnost uporabiti v projektu pridobljene podatke za pisanje svoje magistrske naloge. Potem sem doktoriral iz ekonomske sociologije in začel preučevati sisteme dolgotrajne oskrbe s poudarkom na italijanskem sistemu, ki pa sem ga preučeval s širše primerjalne perspektive. Zdaj sem zaposlen kot asistent raziskovalec za področje ekonomske sociologije na Oddelku za ekonomijo in družbene vede na Politehnični Univerzi Marche v Italiji. Med moje trenutne

² Daly, Mary, and others (eds), *The Oxford Handbook of Family Policy Over The Life Course* (2023; online edn, Oxford Academic, 23 Feb. 2023), <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197518151.001.0001>.

raziskovalne interese spadajo potrebe po oskrbi, politike dolgotrajne oskrbe, ter večstopenjsko upravljanje v Italiji v primerjalni perspektivi.

Potočnik: V poglavju, ki ste ga napisali skupaj s C. Ranci in E. Pavollini, poudarjate, da v sodobnih državah blaginje družine zaradi družbenih sprememb, kot so (med drugim) višja udeležba žensk na trgu dela, geografska oddaljenost družinskih članov ter dejstvo, da zaradi krčenja proračunskih sredstev za formalne storitve dolgotrajne oskrbe s težavo zagotavljajo neformalno oskrbo pomoči potrebnim starejšim družinskim članom. To je zaskrbljujoče, zlasti ker število starejših narašča (in po napovedih bo tako ostalo do leta 2050/2060), sedanji sistem pa očitno ni vzdržan. Italija je na drugem mestu na svetu (takoj za Japonsko) po deležu prebivalcev starejših od 65 let. Zanima me, kako je ta demografska realnost in vse manjša zmožnost družin za zagotavljanje dolgotrajne oskrbe vplivala na italijanski sistem dolgotrajne oskrbe.

Arlotti: Pomembno je poudariti, da gre za delež, ki ga do neke mere oblikuje vzporedna erozija mlajše generacije in padec rodnosti. Ta proces je močno prizadel Italijo. Konec devetdesetih let smo si nekoliko opomogli zaradi migracij, zdaj pa se zdi, da se je to normaliziralo in da imajo tudi migranti običajno manjše število otrok. Vemo pa, da se je seveda podaljšala tudi pričakovana življenjska doba, zato se s tega vidika zdi, da ima Italija dobre pogoje za staranje, pa vendar temu ni tako, saj so stvari nekoliko bolj zapletene. Zapletene zato, ker je v zadnjem poročilu³ Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (OECD) (2023) zabeležen zanimiv podatek, ki kaže, da se je vzporedno s podaljšanjem pričakovane življenjske dobe podaljšalo tudi obdobje, ko so starejši zaradi svojega zdravstvenega stanja odvisni od pomoči drugih. Zlasti pri visoki starosti je tveganje za funkcionalne omejitve, pri opravljanju vsakdanjih opravil, zelo visoko. Druga pomembna stvar, ki jo omenjajo v poročilu, je porast nezadovoljenih potreb po dolgotrajni oskrbi med starejšimi, ki imajo vsaj eno omejitev pri izvajanju osnovnih vsakdanjih opravil (ADL).

Po tej raziskavi, ki sicer temelji na podatkih raziskave SHARE⁴, lahko vidimo, da je Italija na tem področju zelo problematična, kar morda niti ni tako nepričakovano, saj je za Italijo značilna residualna vloga države blaginje. V Italiji namreč nimamo posebnega sektorja za dolgotrajno oskrbo, ki bi bil namenjen zaščiti starejših, temveč je odgovornost za skrb za starejše razdrobljena – nekaj je v rokah zdravstvenega sistema na regionalni ravni, nekaj v rokah sektorjev

³ OECD (2023), Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

⁴ SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) je evropska raziskava o zdravju, procesu staranja in upokojevanju v Evropi. Več o sami raziskavi si lahko preberete na: <http://www.share-slovenija.si>

za socialno varstvo na občinski ravni. Obenem pa na nacionalni ravni država zagotavlja poseben sistem denarnega nadomestila za oskrbo (*Indennità di Accompagnamento*), vendar brez kakršnega koli usklajevanja s storitvami, ki so na voljo na ravni regij in občin. Zato na področju dolgotrajne oskrbe v Italiji vlada nered. V članku⁵, ki sem ga napisal skupaj s španskim kolegom in sva ga objavila v reviji *Social policy and Administration*, sva uvedla koncept neizprosne razslojenosti (ang. *vicious layering*), da bi opisala, kako zapletena in nedosledna porazdelitev odgovornosti med različnimi ravnmi v Italiji in Španiji vodi do teritorialnih neenakosti, prelaganja stroškov med različnimi upravnimi ravnmi in uporabniki ter do napačne porazdelitve sredstev. Če pogledamo raven izdatkov za dolgotrajno oskrbo z vidika vloženih sredstev, je Italija pozicionirana nekje v sredini, med nordijskimi državam, ki imajo visoko, in državami kot sta Bolgarija in Romunija, ki imajo zelo nizko raven izdatkov za dolgotrajno oskrbo. Vendar problem ni v višini izdatkov, ampak zlasti v tem, kako so ta sredstva razporejena, saj je ogromen delež teh izdatkov namenjen denarnim nadomestilom.

Potočnik: Kolikšen del celotnih izdatkov za dolgotrajno oskrbo je v Italiji namenjen denarnemu nadomestilu za oskrbo?

Arlotti: Leta 2022 je ta delež znašal 44 %, kar je skoraj polovica vseh izdatkov za dolgotrajno oskrbo oseb, starih 65 let in več. In to je nekaj, kar je pomenilo omejeno širitev ostalih formalnih storitev oskrbe, npr. institucionalne oskrbe in oskrbe na domu. Težava je tudi v zasnovi te sheme, saj obstajata dva glavna sistemska problema, ki vplivata na njeno učinkovitost. Prvi je dejstvo, da je ta shema pavšalna, kar pomeni, da je vsem starejšim, ki imajo potrebe po oskrbi, zagotovljena enaka višina nadomestila za oskrbo, ne glede na intenzivnost njihovih potreb. To pomeni, da ne glede na to ali oseba potrebuje celodnevno oskrbo ali pa ima zelo nizke potrebe po oskrbi, dobi enak znesek nadomestila. Trenutno nadomestilo znaša 531 EUR na mesec, kar ni veliko. Zadostuje, če imate nizke potrebe po oskrbi, če pa potrebujete intenzivno oskrbo, to ni dovolj, saj oskrba na domu ali v domu starejših stane več kot 1.000 EUR na mesec. Starejši ljudje imajo veliko težav s cenovno dostopnostjo domov za starejše, zato je znesek nadomestila zanje zelo zelo nizek. Drugi problem je, da je ta shema brez omejitev: sredstva se lahko porabijo brez nadzora in omejitev, kar je dobro z vidika prožnosti, vendar tudi problematično, zlasti kadar se sredstva porabijo na črnem trgu za zaposlovanje migrantov (ang. *migrant care workers*), ki nimajo rednih pogodb o zaposlitvi.

⁵ Arlotti, M. in M. (2017). Aguilar Hendrickson. The vicious layering of multi-level governance in Southern Europe: the case of elderly care in Italy and Spain. *Social Policy & Administration*, 52(3): 646-661.

Potočnik: Kdo je upravičen do prejema nadomestila za oskrbo?

Arlotti: Vstopna pogoja sta dva, in sicer 1) da ima oseba omejitve pri opravljanju osnovnih vsakdanjih opravil (ADL) in da 2) potrebuje pomoč druge osebe, vendar pri tem ni standardizirane opredelitve, kaj ta dva pogoja konkretno pomenita.

Potočnik: Kako pa so ti izdatki za dolgotrajno oskrbo razdeljeni glede na posamezne storitve dolgotrajne oskrbe?

Arlotti: Če si ogledate razporeditev izdatkov in upoštevate celoten znesek sredstev, se približno polovica vseh sredstev porabi za nadomestilo za oskrbo (glej zgoraj). To pomeni, da se druga polovica sredstev porabi za (institucionalno) oskrbo v domovih za starejše in oskrbo na domu. Težava je v tem, da ko pogledate stopnje pokritosti, manj kot 3 % prebivalstva, starega 65 let in več, prejema socialno oskrbo na domu. Zdravstveno oskrbo na domu prejema 5 % prebivalcev starejših od 65 let, vendar je težava v tem, da gre (pri zdravstveni oskrbi) za zelo majhen obseg pomoči, ki jo večinoma izvajajo medicinske sestre na domu in ne zagotavlja podpore starejšim, ki potrebujejo intenzivno oskrbo.

Potočnik: Kako pa starejši pokrijejo razliko med dodatkom za pomoč in postrežbo in ceno oskrbe v domovih, zlasti ker pokojnine niso visoke, stroški formalne dolgotrajne oskrbe pa naraščajo? Ali družine sofinancirajo stroške dolgotrajne oskrbe?

Arlotti: Gre za zapleteno zgodbo, saj italijanska zakonodaja določa, da mora, ko ste v domskem varstvu in imate potrebe po oskrbi, polovico stroškov kriti zdravstveni sistem (za zdravstvene storitve), drugi del stroškov pa mora plačati starejša oseba. V primerih, ko starejši nimajo dovolj sredstev, pa obstaja možnost, da za pomoč zaprosijo občino. V tem primeru občina preveri finančno stanje in premoženje starejše osebe, upošteva pa tudi finančno situacijo otrok starejše osebe, ter jih, v kolikor jim finančna situacija to omogoča, v primerih ko dohodek starša ni dovolj visok, da bi pokrili stroške oskrbe, povabijo, da doplačajo razliko. Težava je v tem, da država večinoma ne krije vseh zdravstvenih stroškov ali krije manj kot polovico, kar pomeni nekakšno prelaganje stroškov na družine, kar se odraža v tem, da mora starejša oseba (oz. njena družina) plačati več, kot določa nacionalna zakonodaja. To je nezakonito in včasih se družine tega zavedajo in se pritožijo na upravno sodišče (ki nato zdravstveni sistem zaveže k plačilu zdravstvenih stroškov), vendar se v mnogih primerih družine tega ne zavedajo in plačujejo. To je zelo problematično, saj si veliko starejših oseb teh stroškov ne more privoščiti.

Poleg tega je treba povedati, da imamo v Italiji že zelo dolgo prisotno vmesno možnost, ki jo lahko starejša oseba uporabi, preden se odloči za institucionalno oskrbo. Ta »vmesna« ureditev se je pojavila konec devetdesetih let prejšnjega

stoletja in sicer gre za pomoč s strani migrantov, ki živijo skupaj s starejšo osebo in ji nudijo oskrbo. Ta model so pred nekaj leti identificirali Francesca Bettio in sodelavci z ugotovitvijo, da prihaja do vse večje eksternalizacije oskrbovalnih nalog prav preko modela migranta v družini (ang. *migrant-in-the-family model*).

Potočnik: Bi nam lahko povedali kaj več o tem modelu? Kako ta model funkcionira v praksi? Ali gre za obliko zaposlitve, ki ji pripadajo pravice iz delovnega razmerja (dopust, plačani socialni/pokojninski prispevki)? Se države, iz katerih prihajajo migranti, kaj spreminjajo v zadnjem času?

Arlotti: Če pogledamo podatke pred pandemijo, je bilo več kot 70 % delavcev, ki so skrbeli za oskrbo na domu, migrantov. Po nekaterih ocenah jih je imelo na splošno le 40 % redno pogodbo. To pomeni, da jih je bilo 60 % na črnem trgu, brez kakršne koli pogodbe. To pa pomeni tudi, da niso plačevali davkov in socialnih prispevkov. Ocene kažejo, da naj bi bilo v Italiji približno milijon migrantov, ki oskrbujejo na domu. Veliko jih je iz vzhodne Evrope – Moldavije, Romunije in Ukrajine ter latinoameriških držav – in te oskrbovalne verige se skozi leta niso spremenile.

Zakaj torej prihaja do tega pojava? Veliko stvari je povezanih s tem, kar ste že omenili, in sicer s spreminjanjem družinskih struktur, saj tradicionalno familializem temelji na široki medgeneracijski solidarnosti družinskih članov, ki v celoti zagotavljajo pomoč pri oskrbi. Vendar se je ta konfiguracija spremenila, ker družinski člani redkeje živijo skupaj, hkrati pa se je spremenila tudi spolna zaznamovanost familializma, ki je temeljil na modelu moškega hranitelja, torej na togi delitvi spolov, kjer je moški opravljal plačano delo, ženske pa skrbstveno in gospodinjsko delo. Sčasoma so se težnje in pričakovanja žensk spremenili in ženske so začele vstopati na trg delovne sile. Te družbene spremembe so torej povzročile nekakšno erozijo tradicionalnih družinskih virov podpore, prišlo je do nekakšne eksternalizacije – prenosa podpore pri oskrbi na druge ženske. Proces eksternalizacije oskrbe večinoma poteka med ženskami iz srednjega in nižjega srednjega razreda, ki imajo sredstva za plačilo migrantom, medtem ko si ženske z nizkim socialno-ekonomskim ozadjem te eksternalizacije ne morejo privoščiti, zato oskrbujejo same. Tako je na nek način nastal nov scenarij, po katerem se še vedno reproducirajo spolne neenakosti tudi znotraj kategorije žensk. In ta eksternalizacija oskrbe je mogoča zaradi nizkih stroškov, saj so le-ti, glede na to, da mnogi migranti nimajo rednih pogodb, relativno nizki.

Potočnik: Kako visoki pa so ti stroški?

Arlotti: To je odvisno od intenzivnosti, vendar lahko plačilo znaša manj kot 1.000 EUR na mesec, kar za migrante, ki nudijo oskrbo, sicer ni veliko, saj

živijo skupaj s starejšo osebo in imajo med tednom le malo časa za počitek. Glede na to, da so s starejšo osebo ves čas, podnevi in ponoči, v tem smislu to ni primerna plača, tudi zato, ker se socialni prispevki ne plačujejo.

Potočnik: Kakšna pa je razlika med tistimi, ki imajo redne pogodbe, in tistimi, ki jih nimajo?

Arlotti: Kot sem že povedal, je po nekaterih ocenah približno 40 % oskrbovalcev na domu, vključno z delom migrantov, reguliranih – prednost je, da imajo ti migranti plačane socialne prispevke, kar pomeni, da so upravičeni do nadomestila za brezposelnost, če jih družina odpusti oz. ko starejša oseba umre; saj pri tem načinu dela, ko oskrbuješ in živiš pri družini, namreč obstaja tudi problem kontinuitete zaposlitve po smrti oskrbovanca. Poleg tega imajo oskrbovalci z redno pogodbo pravico do dopusta. Pri tistih, ki niso redno zaposleni, je vse popolnoma drugače, kljub temu, pa ima ta (neregularna) ureditev za družino veliko prednosti, saj so stroški razmeroma nizki, poleg tega pa je zagotovljena prilagodljivost – če ta oseba dobro dela, je vse v redu, v nasprotnem primeru ga lahko enostavno odpustijo (ni birokratskih ovir in odpovednega roka).

Neregularna pogodba je včasih tudi v interesu migrantov, saj smo med pogovori z družinami, ki imajo takšno ureditev, ugotovili, da sami včasih predlagajo takšno (neregularno) ureditev. Namesto redne pogodbe raje delajo na črno, ker so delovni pogoji včasih zelo problematični, zlasti pri oskrbi oseb z demenco, in zaradi te nepredvidljivosti raje niso omejeni s pogodbo, saj imajo tako možnost oditi, kadar koli želijo. Drugi razlog za kratkoročno zaposlitev je, da pogosto ostanejo v Italiji le kratek čas in se nato vrnejo domov, v državo iz katere so prišli, zato se jim zdi plačevanje socialnih prispevkov brezpredmetno, saj se ne bodo upokojili v Italiji. Predvidevajo, da je bolje vzeti denar in nato oditi, ko ga bodo imeli dovolj. Tako obstaja ta za obe strani ugodna situacija, ki sama vzdržuje sistem neregularnih zaposlitev in ki jo omogoča tudi denarno nadomestilo za oskrbo (*Indennità di Accompagnamento*), predvsem dejstvo, da Italija zagotavlja to nadomestilo kot nevezano shemo brez kakršne koli vrste nadzora. Zato je po eni strani pozitivna, saj družini omogoča izbiro glede porabe finančnih sredstev, na drugi strani pa je poraba sredstev lahko tudi problematična, saj družine nadomestilo pogosto uporabijo za financiranje sive ekonomije, za katero sta značilna izkoriščanje in prej omenjene neregularne pogodbe. Tu gre za neke vrste paradoks, saj nizka stopnja nadzora glede porabe nadomestila omogoča delo na črno, ki ne prispeva v davčno blagajno, poleg tega delavci na črno ne plačujejo socialnih prispevkov. V več študijah je bilo tudi poudarjeno, da so se včasih, zlasti v družinah z najnižjimi prihodki

(pred letom 2019, ko je Italija na nacionalni ravni uvedla shemo boja proti revščini), sredstva, ki jih je zagotavljalo nadomestilo za oskrbo, uporabljala kot nekakšen funkcionalni ekvivalent sheme boja proti revščini. Zato so bila ta sredstva včasih vključena v družinski proračun in niso bila namensko uporabljena za zadovoljevanje potreb po oskrbi starejših sorodnikov. Zlasti je bilo to pogosto v socioekonomsko prikrajšanih regijah (na primer na jugu Italije) in je bilo povezano s sistemskimi ukrepi za preprečevanja revščine.

Potočnik: Omenili ste, da družine z najnižjim socioekonomskim statusom ne najemajo migrantov, kar gotovo pomeni, da so ravno te družine najbolj obremenjene z oskrbo?

Arlotti: Ja, zagotovo.

Potočnik: Kakšne pa so posledice nujenja oskrbe za te družine?

Arlotti: Ta neenakost se pojavlja zlasti med srednjim in nižjim srednjim razredom, ki so organizacijo oskrbe prenesli na zunanje izvajalce. Med zelo revnimi družinami je zagotavljanje oskrbe internalizirano in zlasti ženske z nizkim socioekonomskim statusom so zaradi pomanjkanja drugih možnosti pogosto prisiljene zagotavljati oskrbo svojim staršem. To se prepleta tudi z moralnimi vrednotami glede oskrbe, ki so še vedno močnejše v družinah z nižjim socioekonomskim statusom. Pričakovanje, da je družina tista, ki mora zagotoviti podporo onemoglim družinskim članom, se odraža tako v prepričanjih starejših, ki oskrbo potrebujejo, kot tudi oskrbovalcev, ki jo nudijo. Kljub družbenim spremembam je prepričanje, da je družina tista, ki mora zagotoviti oskrbo, še vedno prisotno in se nanaša predvsem na ženske, ki si pogosto težko predstavljajo, da bi oskrbo zagotavljala druga oseba. Ženske pogosteje čutijo negativne posledice zagotavljanja oskrbe, saj se ne morejo zaposliti, kar dodatno reproducira spolne neenakosti. To je zelo velik problem za številne družine, predvsem zaradi strukturnega problema revnih zaposlenih, ki ga imamo v Italiji – včasih je bila namreč ena plača dovolj za preživetje družine, danes pa to ni več tako, zato je odsotnost oskrbovalcev, predvsem žensk, s trga dela zaradi nujenja oskrbe, kritična in ima lahko veliko negativnih posledic, predvsem za družine z nižjim socioekonomskim statusom, ki si ne morejo privoščiti zunanje pomoči za oskrbo družinskih članov. Ta prikrajšanost pa ni le materialna, pač pa ima tudi psihološke posledice, kot so oskrbovalno breme, izgorelost itd.

Potočnik: Torej bi lahko dejali, da gre za začaran krog, ker preobremenjeni, izgoreli ter materialno prikrajšani oskrbovalci težko nudijo kvalitetno oskrbo

družinskim članom. Torej imamo nezadovoljene potrebe na obeh straneh – tako med oskrbovalci, kot tudi med oskrbovanci?

Arlotti: Da, res je, res je. To poudarja tudi Chiara Saraceno v članku⁶ iz leta 2010, v katerem je analizirala vprašanje neenakosti v potrebah po oskrbi v starosti, ter v katerem poudarja, da se večina raziskav vezanih na neenakosti v oskrbi osredotoča na razlikovanje med različnimi kategorijami starejših – npr. starejši z nižjim socioekonomskim statusom so bolj obremenjeni zaradi potreb po oskrbi, imajo več težav z nakupom skrbstvenih storitev itd., redkeje pa raziskave upoštevajo tudi, kakšne so posledice za tiste, ki zagotavljajo oskrbo. In na podlagi tega smo tudi mi začeli razmišljati o tem, da bi bilo zanimivo razširiti koncept oskrbovalne revščine⁷, ter vanj vključiti tudi perspektivo oskrbovalcev, zlasti zaradi kompromisov, ki jih sprejemajo; včasih imamo situacije v katerih so potrebe po oskrbi izpolnjene za starejšo osebo, ne pa tudi za oskrbovalce, in obratno.

Potočnik: Da, se strinjam in menim, da se ravno tu vidi ta odnosni vidik oskrbe, saj slednja vedno poteka znotraj nekega odnosa in če se osredotočamo samo na osebo, ki prejema oskrbo, spregledamo tistega, ki oskrbo nudi in kompleksnost oskrbovanja kot takega. Na primer, kar se tiče finančnih resursov, imamo lahko starejšo osebo z nizkim prihodkom, vendar je morda njen oskrbovalec ali oskrbovalka dobro situiran/a, zato je pomembno, da oskrbovalno revščino proučujemo z diadnega vidika.

Arlotti: Ja, zagotovo. Popolnoma se strinjam. Mislim, da je to dobro izhodišče, saj je odnosni vidik oskrbe zelo zapleten. A ker ne moremo vedno vsega upoštevati, je pomembno, da se zavedamo omejitev znanja in tega, kaj je izvedljivo, ter upoštevamo večdimenzionalni vidik tega vprašanja – to je ključno, absolutno ključno.

Poleg tega je pomembna tudi razprava o *interseksionalnosti*, ki še povečuje to kompleksnost. Tradicionalno ločeno obravnavamo povezavo med nezadovoljenimi potrebami in družbenimi neenakostmi – npr. zanima nas vpliv dohodka, spola in tako naprej. Vendar pa gre pri interseksionalnosti za to, da lahko vidimo stanje prikrajšanosti (ang. *disadvantage*) tudi znotraj širšega stanja prednosti (ang. *advantage*) in obratno, da lahko vidimo stanje prednosti tudi znotraj širšega stanja prikrajšanosti. Tako obstaja kompleksna hierarhija, ki se prepleta s spolom, dohodkom, itd. Zato smo nedavno, skupaj z drugimi sodelavci, začeli vključevati perspektivo interseksionalnosti pri proučevanju oskrbovalne revščine, da bi videli ali rezultati potrjujejo zgodbo o oskrbovalni

⁶ Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44. <https://doi.org/10.1177/0958928709352540>

⁷ O oskrbovalni revščini (Kröger 2022, str. 26) govorimo, ko starejši ljudje, zaradi medsebojnega delovanja individualnih in družbenih dejavnikov nimajo ustrezno pokritih potreb po oskrbi. Gre za situacije, ko ljudje, ki potrebujejo oskrbo, ne prejmejo zadostne pomoči iz neformalnih ali formalnih virov.

revščini, ki jo lahko vidimo, če ločeno obravnavamo te glavne osi družbene neenakosti, ali pa nam uporaba interseksionalnosti omogoča bolj poglobljeno razumevanje pojavnosti oskrbovalne revščine v populaciji.

V zvezi s tem, kar ste omenili na začetku najinega pogovora, menim, da je koncept oskrbovalne revščine koristen zaradi poudarka na kontekstu – torej na vpetosti individualnih dejavnikov v povezavi z makro dejavniki. Gre torej za klasično temo sociološkega razmisleka o združevanju mikro in makro razsežnosti, ne da bi se ujeli zgolj v individualno perspektivo, ki je seveda pomembna, vendar nam pove le del zgodbe. Tako smo v raziskovalnem delu, ki ga izvajam z drugimi kolegi, poskušali operacionalizirati različne razsežnosti oskrbovalne revščine, ki jih je Teppo Kröger opredelil v svoji nedavni knjigi: osebno, praktično in socio-emocionalno oskrbovalno revščino. V našem primeru smo poskušali oceniti, ali obstaja konsistentnost v povezavi med družbeno neenakostjo in temi različnimi razsežnostmi oskrbovalne revščine.

Potočnik: Kako ste to merili? Katere spremenljivke ste uporabili?

Arlotti: Kar zadeva operacionalizacijo odvisne spremenljivke, tj. oskrbovalne revščine, smo pri merjenju oskrbovalne revščine uporabili tako absolutni kot relativni pristop, pri čemer smo sledili temu, kar je v svoji knjigi⁸ obravnaval Teppo Kröger. Kar zadeva neodvisno spremenljivko, tj. socioekonomske dejavnike, smo upoštevali spol, dohodek in teritorialno območje. Pri zadnji razsežnosti smo se sklicevali zlasti na regionalne neenakosti, saj je v Italiji ta razsežnost zaradi velikih teritorialnih razlik ključna. Ne le med severnim in južnim delom, ampak tudi med lokalnimi sistemi blaginje. Rad bi poudaril, da je v naši analizi prav ta razsežnost najmočnejše povezana z več preučevanimi oblikami oskrbovalne revščine, medtem ko spol in dohodek kažeta šibkejšo povezavo.

Potočnik: To je zanimivo in verjetno bi se pokazalo tudi v Sloveniji, saj so tudi pri nas regionalne razlike v implementaciji politike dolgotrajne oskrbe velike, odvisne predvsem od tega, kako pomembno je področje dolgotrajne oskrbe za odločevalce na lokalni ravni in koliko občinskega proračuna namenjajo temu področju.

Arlotti: V Italiji je to opredeljeno kot *lokalni municipalizem* (ang. *local municipalism*), kar pomeni, da imamo razdrobljenost na lokalni ravni. Koncept je oblikovala Chiara Saraceno in izhaja iz dejstva, da imamo tudi v našem primeru zaradi odsotnosti nacionalne politike strukturno razdrobljenost, ne le med severno in južno regijo, temveč tudi znotraj iste regije. Regija v Italiji ima pomembno vlogo, vendar je bila zlasti na področju socialnih storitev njena regulativna vloga zelo omejena, saj je bilo občin prepuščena organizacija lastnega sistema socialnega varstva, ne da bi opredelila njihove zakonske pravice. Tako na

⁸ Več o oskrbovalni revščini si lahko preberete v Kroger, T. (2022). *Care poverty*

nacionalni kot na regionalni in celo na lokalni ravni ni zakonskih pravic do teh storitev, kar pomeni, da ljudje niso po zakonu upravičeni do tovrstnih storitev.

Potočnik: Kako je pa s storitvami oskrbe na domu?

Arlotti: Oskrba na domu se je v Italiji začela razvijati zelo zgodaj, v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, ko je država decentralizirala socialne storitve. Regije so bile ustanovljene šele leta 1970, pred tem niso obstajale. Po drugi svetovni vojni smo imeli dolgo obdobje, ko italijanska ustava ni bila v celoti implementirana in zato tudi regij ni bilo, potem smo pristopili k decentralizaciji in nekatere regije, zlasti v osrednji Italiji, ki jih je vodila komunistična partija, so veliko vlagale v sistem socialnega varstva. To je pomenilo tudi poskus uvedbe inovativnih praks, vključno z oskrbo na domu. Tako je na primer v regiji, v kateri živim – Emilija-Romanja, in v glavnem mestu Bologna. Mesto je veliko vlagalo v socialne storitve, vključno z zagotavljanjem pomoči na domu za starejše. Vendar je težava v tem, da je delež starejših oseb, ki so vključene v tovrstne storitve, zelo nizek.

Potočnik: Kaj pa je razlog za nizko stopnjo vključenosti?

Arlotti: V Italiji imamo dve vrsti pomoči na domu. Pomoč na domu, ki jo zagotavlja občina, je namenjena potrebam po oskrbi, pokritost, če upoštevamo delež starejših oseb, starih 65 let in več, pa znaša manj kot 2 %. Imamo pa tudi oskrbo na domu, ki jo zagotavlja zdravstveni sistem (obiski medicinske sestre), v tem primeru je pokritost približno 5 % – vendar je ta zadnja – zdravstvena oskrba na domu zelo hitra, traja le nekaj minut.

Zakaj je tako nizka vključenost? Ker ni bilo nacionalne spodbude, ki bi podpirala množično širitev tovrstnih storitev. To je bilo v celoti prepuščeno regijam in občinam, vendar brez opredelitve jasnih zakonskih pravic. Celo v primeru Bologne, ki sem ga prej omenil, ljudje nimajo zakonsko določene pravice do socialnih storitev preko občine. Tudi če obstaja predpis na lokalni ravni, preko katerega je oskrba na domu zagotovljena, lahko v primeru težav s proračunskimi omejitvami občina takoj ustavi tovrstno podporo, saj za to ni nobene zakonske podlage, preko katere bi lahko ljudje uveljavljali pravico do oskrbe na domu. To je tudi del zgodbe o familializmu in s tem povezane ideje, da je družina tista, ki zagotavlja podporo ljudem v stiski, to pa je še podkrepljeno z odsotnostjo nacionalne politike dolgotrajne oskrbe.

Potočnik: Ali so oskrbovalci na politični ravni prepoznani kot ena od ciljnih skupin, ki bi jo morala politika dolgotrajne oskrbe vključevati?

Arlotti: Če se prav spomnim, je bil leta 2018 sprejet nacionalni zakon, ki prepozna oskrbovalce, vendar v zelo majhnem obsegu in zelo eksperimentalno.

Tako da mislim, da nimamo ničesar, kar bi lahko primerjali z institutom oskrbovalca družinskega člana, ki ste ga nedavno uvedli v Sloveniji.

Potočnik: Regionalne neenakosti v zagotavljanju dolgotrajne oskrbe v Italiji so se pokazale tudi med pandemijo koronavirusa, saj je Lombardija doživela najvišjo smrtnost v domovih za starejše v Evropi, kar je bilo tudi izjema v italijanskem primeru, saj je bila smrtnost v Lombardiji dvakrat višja od državnega povprečja (7,6 % v primerjavi z 3,8 %). Kaj ste se v Italiji naučili iz te izkušnje in kako je le-ta vplivala na vaš sistem dolgotrajne oskrbe?

Arlotti: Na splošno imam vtis, da smo še vedno v fazi relativnega ravnovesja, ki pa je zelo krhko zaradi vse večjega prepletanja različnih napetosti v kontekstu polikrize, ki trenutno sicer (še) ni tako radikalna, vendar razjeda temelje naše družbe. Težava je v tem, da se odločevalci tega ne zavedajo – ne zavedajo se, kaj se dogaja v naši državi in kaj se bo zgodilo.

Potočnik: In kakšne bodo posledice.

Arlotti: Da in kakšne bodo posledice. Seveda so zdaj jasne posledice nezadovoljenih potreb po oskrbi in zadev, ki sem jih že omenil. Vendar pa verjetno še vedno nismo dosegli kritične točke za korenito spremembo in moje mnenje je, da se dejansko iz pandemije nismo ničesar naučili. Pandemija je pokazala strukturne pomanjkljivosti italijanskega sistema dolgotrajne oskrbe, zlasti v domovih za starejše; imeli smo veliko smrtnih primerov v domovih za starejše in obstaja vrsta razmišljanj, ki povezujejo te kritične posledice z že obstoječimi strukturnimi pomanjkljivostmi sistema. Zato je bil del nacionalnega načrta za okrevanje po koronavirusu in krepitev odpornosti, ki ga je potrdila vlada, osredotočen na to, da se nekaj naredi za izboljšanje sistema dolgotrajne oskrbe.

Kot ste pravilno omenili, je država predvidela (glede na slabosti, ki sem jih omenil prej) povečanje obsega oskrbe na domu. Cilj, ki ga želijo doseči, je 10-odstotna vključenost prebivalstva, starega 65 let in več. Težava pa je v tem, da se ta cilj nanaša le na oskrbo na domu, ki jo zagotavljajo zdravstveni organi, ki je že zdaj 5-odstotna. Na socialne storitve se nanaša le majhen del, ki pa ne vsebuje konkretnih ukrepov države, s katerimi bi razširili to vrsto storitve in jo zagotovili kot zakonsko pravico.

Poleg tega je vlada (še vedno v okviru nacionalnega načrta za okrevanje in krepitev odpornosti) odobrila reformo sistema dolgotrajne oskrbe v Italiji, vendar brez proračunskih sredstev. Ne glede na to je bila ta reforma nedavno odobrena, vključuje tudi poskus reforme nadomestila za oskrbo, a so proračunska sredstva zanjo zelo omejena. Poleg tega (in kar je zelo značilno za Italijo) je za popolno implementacijo potrebno sprejetje dodatnih zakonskih

odlokov, kar trenutno onemogoča popolno izvajanje reforme. Vendar pa je ključni problem ta, da ni strukturnih naložb. In to je nekaj, kar bi lahko močno ogrozilo dejanski učinek te reforme, saj je pandemija jasno pokazala potrebno po strukturni ureditvi sektorja dolgotrajne oskrbe. Vendar pa v reformi sistema dolgotrajne oskrbe, ki je bila nedavno odobrena, ni ničesar o tem. Obstaja poskus opredelitve boljših standardov, vendar je za to potreben še en odlok, za katerega pa ponovno ni sredstev.

Zato sem nekoliko kritičen do tega, kar smo se naučili iz pandemije, in to je nekaj, kar je stalno prisotno v naši politiki: ne glede na to, da imamo sedaj desno vlado, ne gre za vprašanje leveice ali desnice, ampak za pomanjkanje ozaveščenosti političnih odločevalcev o tem, kako pomembno je ukrepati in urediti sistem dolgotrajne oskrbe.

Potočnik: To sprenevedanje političnih oblasti glede resnosti problema je zelo zaskrbljujoče, sama sem se recimo ob podatkih iz Lombardije zgrozila.

Arlotti: Da, seveda, vendar je to zapleteno vprašanje, povezano predvsem s tem, katere podatke primerjamo. S profesorjem Costanzo Rancijem smo poskušali te podatke obdelati in prišli do razlike, ki ste jo omenili, vendar moram izpostaviti tudi dejstvo, da je bil v Lombardiji epicenter, covid pa se je nato razširil na druge regije, tako da so imele druge regije do neke mere prednost, da so se lahko bolje pripravile nanj. Kajti ko se je to zgodilo, je Lombardija nekaj vedela o dogajanju na Kitajskem, vendar to ni bilo tako verodostojno kot tisto, kar se je pri potem zgodilo v februarju in marcu 2020. V tem specifičnem obdobju je v Italiji prišlo do spoznanja, da se dejansko nekaj dogaja, drugi razlog pa je bil v tem, da so se imele ostale regije čas pripraviti. Na primer, ko smo analizirali politične intervencije na regionalni ravni, je bil v Lombardiji vstop zunanjih obiskovalcev v institucije (bolnice, domove za starejše) mogoč do prvih dni marca, šele takrat so razumeli, da gre za problem, zato so se druge regije lahko takoj odzvale in omejile obiske zunanjih obiskovalcev ali družin v institucije. Poleg tega je bila v Lombardiji večja tudi odgovornost regionalne vlade, ki je popolnoma zanemarila dogajanje na področju oskrbe v domovih. Seveda je bil velik problem zdravstvenega sistema, saj se je bolnišnični sektor znašel pred kolapsom in je bilo zelo težko racionalno sprejemati odločitve. Ne glede na to pa se sistem zagotovo ni ustrezno odzval. Leta 2023 sem s kolegi objavil članek⁹, v katerem sem primerjal strategije politike pri odzivu na covid-19 v Italiji in Španiji in tudi v Španiji je bil problem na območju Madrida podoben situaciji v Lombardiji.

⁹ León M, Arlotti M, Palomera D, Ranci C. Trapped in a Blind Spot: The Covid-19 Crisis in Nursing Homes in Italy and Spain. *Social Policy and Society*. 2023;22(3):495-514. doi:10.1017/S147474642100066X

Slaba odzivnost sistema je skladna s podcenjevanjem dolgotrajne oskrbe v naši družbi, z obravnavanjem oskrbe kot sekundarnega vprašanja, ki si ne zasluži toliko pozornosti. Zato ga jemljemo kot nekaj samoumevnega, predvsem v primerjavi z drugimi tveganji, ki naj bi si bolj zaslužili našo pozornost in naložbe. Na primer v Italiji trenutno poteka močna javna razprava o otroškem varstvu; to je še en problem italijanske socialne države, saj je otroško varstvo (sploh v prvih letih) slabo pokrito in obstaja močna težnja po tem, da bi se ta pokritost povečala. Trenutno je večina razprav o socialnih naložbah usmerjena v to, da je treba čim bolj povečati človeški kapital prihodnjih generacij, in zdi se, kot da je to edino področje, ki si zasluži pozornost pri vlaganju sredstev, saj gre za prihodnjo produktivnost naše družbe.

Potočnik: In ko govorimo o oskrbi starejših, ni takšne razprave, kajne? Le redko se na dolgotrajno oskrbo gleda kot na naložbo.

Arlotti: Tudi zdaj v političnih razpravah ni pozornosti usmerjene v reformo sistema dolgotrajne oskrbe in v investicijo resursov.

Potočnik: V zadnjem času veliko razmišljam o razvrstjenju oskrbe starejših ljudi in vlogi kapitalizma pri tem.

Arlotti: Ja, to je pa zelo vroča tema.

Potočnik: In velik problem. Trenutno se v Sloveniji soočamo s paradoksom, da imamo čakalne vrste v domovih za starejše, ter prazne postelje, ker ni dovolj osebja, da bi lahko zadostili normativom. To je povezano tudi z razvrstjenjem oskrbe – oskrbovalci niso dovolj plačani, delovni pogoji so slabi ...

Arlotti: Da, da. Težava ni le v zaposlovanju, ampak tudi v tem, kako kader zadržati. To je velik problem tudi v Italiji. Strinjam se z vami, da se v tem sektorju kažejo pomanjkljivosti, ki so neločljivo povezane z načinom, kako v naši družbi dojemamo oskrbo – in sicer kot nekaj nepomembnega, nevidnega.

Potočnik: Kakšna menite, da bi bila rešitev glede na naraščajoče število starejših s kompleksnimi potrebami po oskrbi in krizo na področju oskrbe, ki smo ji priča zdaj?

Arlotti: Še vedno obstaja ravnovesje, vendar je to ravnovesje polno nasprotij, napetosti in nestabilnosti.

Potočnik: In ob pojavu novih družbenih tveganj (kot so npr. podnebna kriza) ne moremo pričakovati širitve države blaginje, zato bi morda ta intervju zaključila z vprašanjem: Kaj menite, da bi bila ustrezna in trajnostna rešitev za učinkovito

naslavljanje potreb po dolgotrajni oskrbi v naši družbi? Kdo bi moral prevzeti odgovornost?

Arlotti: Mislim, da bi bilo najbolje, če bi se najprej zavedali, da je oskrba nekaj, kar je koristno tako za posameznika kakor za družbo kot celoto. Potrebno je prepoznati družbeni prispevek oskrbe; da je čas, ki ga oskrbovalci namenijo oskrbi, pomemben za družbo in ga ne smemo jemati kot nekaj samoumevnega. Prav tako je pomembno, da je nudenje oskrbe svobodna izbira posameznika, saj le tako lahko preprečimo, da bi oskrba postala prisila. Pomembno je, da se čas, ki ga oskrbovalec porabi za zagotavljanje oskrbe (bodisi za svoje otroke, invalide, starejše), prizna kot produktivni čas in ne kot neproduktivni čas. V zvezi s tem lahko razmišljamo tudi o tem, kako skrajšati delovni čas, da bomo imeli več prostega časa in časa za oskrbo. Problem naše družbe je namreč v tem, da visoko vrednotimo le čas, ki ga preživimo na trgu dela, kar je predsodek kapitalistične družbe, ki je sama po sebi produktivna, vendar pa tudi akumulacija kapitala zahteva družbene predpogoje, vključno z vsemi dejavnostmi, ki podpirajo reprodukcijo človeškega življenja (kot je npr. oskrba), zato lahko trdimo, da je to protislovje kapitalizma.

Poleg tega je ključnega pomena kako razviti nova strateška partnerstva med javnim in zasebnim sektorjem, zlasti z zasebnimi organizacijami, ki niso tržno naravnane. V Italiji imamo dolgo tradicijo združništva in prostovoljskih organizacij, ki imajo še vedno ključno vlogo pri podpori šibkih starejših in najbolj prikrajšanih ljudi. Vendar je težava v tem, da njihova vloga večinoma ni komplementarna z javno podporo: predstavlja edino podporo, ki je na voljo. To je zelo problematično, saj obstaja nevarnost, da te organizacije prevzamejo bolj nadomestno in ne dopolnilno vlogo v povezavi z javno politiko. Dodatno tveganje je, da te organizacije vse bolj izgubljajo svoje zgodovinsko poslanstvo, tj. spodbujanje drugačne vrste dejavnosti – dejavnosti, ki ne temeljijo na ustvarjanju profita.

Potočnik: Marco, najlepša hvala za intervju.

Naslova avtorjev:

Marco Arlotti: m.arlotti@staff.univpm.it

Tjaša Potočnik: tjasa.potocnik@iat.si