

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA

Il ruolo e le attività del patronato sindacale

- ABSTRACT ¹-

INTRODUZIONE

Il presente documento costituisce l'abstract del rapporto di ricerca realizzato dall'Ires per conto ed in collaborazione con il Patronato nazionale Inca, dal titolo Territorio e non autosufficienza. Lo studio deriva dalle esigenze di ridefinizione dei sistemi di *welfare* in tutto il mondo occidentale poste dalla convergenza, ormai ampiamente analizzata e da tempo presente nel dibattito socio-politico, fra un duplice ordine di trasformazioni in atto:

- a) quelle che incidono sulla composizione demografica della popolazione (tendenziale invecchiamento e cambiamento dei modelli familiari);
- b) quelle legate a modificazioni della struttura economica e sociale (in particolare al rapporto tra mercato del lavoro e sistema dei servizi sociali).

La questione della non autosufficienza – cioè delle «persone con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale, accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'O.M.S. e dell'I.C.F. e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali» – appare emblematica del convergere delle due linee di cambiamento anzidette. Ciò che

¹ Il rapporto di ricerca è frutto della collaborazione tra: Francesca **Carrera**, coordinamento scientifico, Maria Luisa **Mirabile**, direzione area welfare e consulente progettuale. In particolare le diverse sezioni del rapporto sono state realizzate da: *parte prima*: Mauro **Pellegrino**, *parte seconda*: Francesca **Carrera** e Livia **Lucianetti**, *parte terza*: Alessandro **Pozzi** (coordinamento), Francesco **Grandi**, Gabriele **Cantoni**.

Si ringrazia infine Salvatore **Casabona**, direttore generale dell'Inca, per i preziosi contributi forniti nel corso della ricerca.

purtroppo sembra “preoccupante” è che tali cambiamenti paiono agire *a tenaglia*, stringendo in una morsa la tradizionale capacità di assorbimento dei nuclei familiari.

Infatti, semplificando, ciò a cui si assiste è che al crescere del rischio di non autosufficienza cui espone un allungamento della vita media e una maggior capacità di trattamento delle malattie invalidanti, corrisponde una diminuzione delle possibilità di offrire risposte tanto “naturali” – ossia svolte nell’ambito delle reti sociali primarie – quanto “istituzionali” – ossia fornite tramite servizi professionali di assistenza –.

L'aumento della quota di persone disabili, a causa dell'età – che è la determinante qui considerata – ma anche della maggior accettazione sociale di fenomeni come l'handicap fisico e mentale, per esempio, sembra comportare che un numero crescente di famiglie, e quindi di lavoratrici e lavoratori, si troverà ad affrontare domande di cura provenienti dalla rete parentale, per sempre più lunghi periodi di tempo.

Questo presuppone qualcosa che viceversa appare sempre meno scontato, ossia la presenza di questo supporto fornito dai familiari.

Ancora sul finire del decennio scorso, indagini empiriche segnalavano come la percentuale di *care-givers* con un'occupazione stabile continuasse a mantenersi di poco superiore al 20%. Ma che cosa succederà quando, per effetto di una trasformazione sociale che pare irreversibile, come l'accresciuta partecipazione femminile al mercato del lavoro, ad un aumentato ruolo assistenziale della famiglia corrisponderà una palese diminuzione delle risorse informali disponibili?

In altri termini, oggi il peso del lavoro di cura - sia quello ordinario che quello straordinario comportato dalla presenza di una persona non autosufficiente - ricade su una figura familiare che, *ancora per questa generazione*, vi era strutturalmente dedicata. Ma cosa avverrà quando essa verrà rimpiazzata da una generazione massicciamente inserita nel mondo del lavoro e portatrice di modelli culturali diversi, più compositi e meno inclini al “sacrificio”?

È quindi opportuno, accogliendo il suggerimento di un’esperta, «distinguere un futuro, sia pure vicino», portatore delle trasformazioni incombenti cui si è fatto cenno (il *rischio*), «dal presente, con il suo carico di problemi già evidenti» (la *realtà*) nell’organizzazione della cura di persone non autosufficienti (Taccani, 1999).

Alla luce di tale quadro, diviene sempre più necessario per il Patronato, soggetto a difesa delle tutele sociali individuali, implementare e sviluppare nuove funzioni quali quella del segretariato sociale, attraverso attività di informazione (sui diritti) e di orientamento (sui servizi ed interventi territoriali) rivolti alle famiglie/cittadinanza che si trovano ad affrontare situazioni problematiche dovute alla cura di una persona anziana non autosufficiente.

Una delle finalità principali della ricerca è stata pertanto quella di fornire all’Inca un approfondimento sulla tematica della non autosufficienza degli anziani anche attraverso un’analisi dei sistemi locali di welfare quali ambiti di risposta ai bisogni della cittadinanza.

Il rapporto di ricerca è dunque strutturato in tre parti ciascuna delle quali è stata realizzata attraverso un'analisi della copiosa produzione di studi degli ultimi anni (parte prima e parte terza) e attraverso la realizzazione di rilevazioni empiriche realizzate ad hoc (parte seconda e parte terza), in particolare sulle risposte territoriali messe in campo per fronteggiare il fenomeno della non autosufficienza.

PARTE I – LA NON AUTOSUFFICIENZA DEGLI ANZIANI: NUOVO PROFILO DI RISCHIO E VULNERABILITA' SOCIALE.

La prima parte del rapporto si focalizza su tre aspetti legati alla tematica della non autosufficienza e consiste di:

- 1) un inquadramento delle caratteristiche, attuali e tendenziali, del **fenomeno**, in Italia e in Europa;
- 2) una rassegna delle azioni di contrasto – sia in termini di **risposte** informali che di **politiche** istituzionali – finora adottate, anche qui con un occhio alle esperienze in ambito UE e, per quanto riguarda il nostro paese, ai contorni delle politiche regionali e delle misure locali d'intervento (stante la competenza esclusiva delle Regioni in questa materia e la responsabilità amministrativa dei Comuni nel campo dei servizi sociali alla persona);
- 3) un riferimento prospettico ad un **intervento legislativo** nazionale – ormai difficilmente eludibile o procrastinabile – che, in attuazione di quanto previsto dalla legge n.328/2000, collochi la tematica della tutela della non autosufficienza nel quadro dei definendi “livelli essenziali di assistenza” (principale competenza rimasta in capo allo Stato con la riforma del Titolo V della Costituzione), attraverso una serie di strumenti da tempo ipotizzati nel dibattito (Piano nazionale d'intervento, Fondo unico per la non autosufficienza, ecc...).

1) Il **fenomeno**, per come già si manifesta e per i suoi sviluppi attesi, è oggetto di un'attenta analisi che lo pone come uno degli snodi decisivi del riassetto dei sistemi di protezione sociale. Infatti, l'allungamento della vita espone i cosiddetti “grandi vecchi” e le loro famiglie ad una condizione di rischio o di forte difficoltà nel dover affrontare l'insieme di esigenze, da quelle di tipo socio-sanitario a quelle di tipo relazionale, che le fasi di vita non autosufficiente degli anziani pongono. Già dieci anni fa, in un primo Incontro di Studio europeo tenutosi a Roma, uno dei maggiori demografi italiani illustrava prospettive di rilievo a questo proposito: aumento dei nuclei monopersonali o con persona di riferimento ultra60enne (dal 38,5% al 50% fra il 1994 e il 2024); crescita imponente dei valori assoluti di malati cronici e disabili, concentrati fra gli ultra75enni, con stime che si avvicinavano a quelli che sono quasi i giorni nostri (da meno di un milione e mezzo nel 1994 a 4,3 milioni nel 2009); riduzione dei componenti delle famiglie, specie nella dimensione orizzontale: fratelli e cugini.

Più recentemente, anche il direttore dell'Istituto di Studi sulla Popolazione della Cattolica di Milano descriveva scenari di grande impatto sul “carico sociale della

struttura demografica”, come si definisce il rapporto tra popolazione in età di pensione (> 65 anni) e in età potenzialmente lavorativa (15–64 anni): tale indice è destinato ad aumentare del 15% nel solo decennio in corso (2000/10) e a crescere in valori assoluti di 200.000 anziani ogni anno.

Ma più ancora che la popolazione anziana in generale, cresce al suo interno a ritmi assai superiori quella in età “critica” e quindi la quota di persone con perdita di autosufficienza. «Ecco allora la seconda domanda: chi si occuperà di loro?».

2) Sul piano delle **politiche**, la risposta tradizionale alla sfida della non autosufficienza è stata quella di tipo “residenziale” (cioè del ricovero in R.S.A.). Lavorando sui dati di una *survey* sulla popolazione anziana della Regione Lombardia (“che peraltro copre circa un quinto dell’ammontare nazionale di posti letto in RSA”), si mostrava come ancora alla fine degli anni ’90 la domanda annua di nuovi ricoveri fosse coperta dal naturale *turn-over* delle uscite per decesso (Irer, 2000).

Tuttavia, la misura dell’accoglienza residenziale non è certo la più frequente, né la più diffusa sull’intero territorio nazionale, mostrando una spiccata localizzazione nel Nord-Italia. In epoca più recente si è diffusa – anche se, come vedremo, non ai livelli medi europei – la pratica dell’assistenza domiciliare, con il duplice intento di evitare (o ritardare) l’istituzionalizzazione degli anziani e di coinvolgere e valorizzare la rete di cura informale intorno ad essi.

Il grosso dell’assistenza agli anziani non autosufficienti infatti – e soprattutto nelle regioni centro-meridionali, anche per la ridotta dotazione di servizi sociali – ricade ancora sui nuclei familiari: circa per il 50% su familiari conviventi, il 30% coinvolgendo anche familiari non conviventi, il 20% avvalendosi di servizi esterni, tanto pubblici quanto privati. E dove il dire “nuclei” o “familiari” non deve nascondere una precisa connotazione di genere (femminile) e di classi d’età.

L’attuale generazione delle donne di mezza età si rivela pertanto il fulcro del sostegno, tendendo quindi nei fatti ad essere un soggetto non (o non più) in condizione professionale; ma di nuovo questo può valere per ora o per il passato prossimo, non per un futuro a medio–breve termine.

Una politica sociale, che si voglia correttamente intesa come “sussidiaria” (ma non assente, che è altra cosa!), riconosce alle cure fornite entro i contesti sociali naturali il loro valore d’interesse collettivo, la sua dimensione *pubblica*. Tale compito si esplica non solo tenendo conto delle necessità dei membri deboli o malati, ma anche di chi li cura e quindi della famiglia e delle reti che si attivano per affrontare il problema, nell’ottica del cosiddetto *dual focus*.

A completare la gamma delle risposte in atto, a fianco dei servizi istituzionali (residenziali e domiciliari) e delle cure informali (più o meno riconosciute e sostenute), vi è poi – ultimo in ordine di comparsa ma non certo per importanza – «il fenomeno della rilevante e crescente presenza in Italia di personale immigrato di origini straniere che fornisce assistenza [a pagamento], per conto della famiglia, ad anziani non autosufficienti».

Si tratta di un tema che ha acquisito grande visibilità solo con la più recente legge sull'immigrazione e con la normativa di regolarizzazione dei cittadini stranieri con compiti di "badanti", per divenire oggetto di forte attenzione anche nel dibattito scientifico (Gori, 2002).

Quindi: ruolo dei servizi pubblici, responsabilità della famiglia allargata, ricorso al mercato ("nero", "grigio" o regolare). Questo il triangolo entro cui si possono reperire risposte alla condizione di non autosufficienza. Si tratta, come si può facilmente evincere, della trasposizione in questa materia dei tre classici orientamenti di politica sociale, convissuti ed intersecati all'interno dell'esperienza storica dello Stato sociale nei paesi industriali: social-democratico, conservatore e (neo-)liberale.

3) Sul piano delle **prospettive aperte**, questo si ripropone anche riguardo alla questione di un *Fondo unico nazionale per la non autosufficienza* (o meglio, al come istituirlo e finanziarlo), per il quale la necessità di un prossimo intervento legislativo e/o di un piano operativo pare esigenza relativamente sentita e condivisa.

Tre sono i punti cruciali, le cui scelte nel merito determineranno caratteri e funzioni del nuovo (eventuale) schema di protezione, secondo i più classici dilemmi della politica sociale:
«A chi dobbiamo rivolgere l'intervento? Con quali risorse? Con quali prestazioni e quali servizi?» (Ranci, 2004, p. 71).

Il primo aspetto chiama in causa la copertura di una vasta fascia di persone non autosufficienti che si potrebbe definire "mediana" rispetto ai diversi criteri selettivi oggi in vigore in Italia, sia rispetto al reddito che all'intensità del disagio: vale a dire non abbastanza grave per accedere all'indennità di accompagnamento, ma anche non abbastanza povera per accedere ai programmi locali di assistenza sociale, né abbastanza ricca per reperire un assistente privato sul mercato.

Il secondo nodo – quello del modello di finanziamento – è strettamente legato al primo ed anche agli orientamenti generali di *social politics*: una modalità assicurativa pura, di tradizione liberista, oppure previdenziale pubblica e obbligatoria, di ascendenza *bismarckiana*? Oppure un finanziamento fiscale, più consono ad un approccio universalistico: e, in questo caso, un ricorso alla tassazione generale o ad un'imposta "di scopo"?

L'ultima questione riguarda la scelta sulle prestazioni da erogare, monetarie o in natura (servizi). Qui viene in soccorso l'esperienza europea – analizzate in dettaglio nel rapporto – che sembra indicare un «superamento della separazione tradizionale tra programmi finalizzati ad offrire trasferimenti e programmi finalizzati a fornire servizi. [...] In questa situazione l'intervento possibile oggi è quello di flessibilizzare il sistema, rendendo possibile un maggior coordinamento tra *cash e care*» (Ivi, pp. 82–84).

Rifacendosi a vari contributi d'analisi di Beltrametti, riportiamo sintetizzato "l'albero delle scelte" (teoricamente) percorribili, con l'evidenza di alcuni nodi problematici ad esse sottesi. La discesa lungo "i rami" dell'albero ripercorre quelle che sono le

preferenze, argomentate, consigliate dallo studioso, le quali non si discostano pressoché in nulla dal disegno di legge promosso da CGIL–CISL–UIL.

In ogni caso la proposta dei sindacati colloca la questione dell'istituzione del Fondo solo a valle di due importanti passaggi preliminari, volti a recuperare decisivi pezzi disattesi del combinato disposto degli artt. 18 e 22 della L. 328/2000: i “livelli essenziali delle prestazioni”, in questo caso definiti in specifico per le persone non autosufficienti (LESNA, art. 3 della Proposta di legge); un “piano nazionale per la non autosufficienza” che li renda concretamente applicabili ed esigibili (art.5). Nell'ipotesi di finanziamento del Fondo, scelta in linea generale la via fiscale, risalta fra le varie componenti che vi affluirebbero l'intento di procedere in qualche modo a quel “riordino degli emolumenti derivanti da invalidità”, pure previsto dalla legge–quadro (art. 24, L. 328/2000) e mai realizzato.

La costituzione di un fondo unico è ormai in agenda, come risposta “sociale” - non di garanzia previdenziale o di assistenza sanitaria - al riconoscimento di un rischio propriamente “sociale”. Ciò nonostante C. Ranci, al termine di un ampio ciclo di ricerche compiute per conto dello SPI-CGIL, esprimeva un certo pessimismo quanto all'approdo finale di una politica complessiva.

«La realizzazione del Fondo appare tuttavia, per diverse ragioni, ancora lontana nel tempo. Contro di essa congiurano deboli volontà politiche, linee di politica finanziaria che ostacolano pesantemente il reperimento delle risorse necessarie, una certa rassegnazione nella popolazione. [...] Il Fondo unico rischia così di essere caricato di una valenza miracolistica, che finisce per rinviare *sine die* ogni soluzione concreta». (Ranci, 2004, p.83).

Il tema della non autosufficienza anziana non è mai uscito in questi anni dalle priorità – quanto meno di quelle espresse – dei decisori politici, anche se con un movimento di *stop and go* rispetto agli orientamenti, talvolta anche contraddittorio, di cui si può trovare una significativa ricostruzione. Ma l'urgenza è tale, e la reazione così debole e tardiva, in un quadro europeo nel quale il problema è stato messo all'ordine del giorno già a partire dagli ultimi anni '80, che non è pensabile possa essere procrastinato a lungo un intervento in questo campo. Un approfondimento in proposito è andato alla nuova legislazione in materia adottata dalla Spagna sul finire del 2006.

Sul piano nazionale, pur a tappe assai meno spedite, qualcosa sembra essersi messo in movimento. A questo proposito andranno esplorate le concrete intenzioni di Governo e Parlamento, a partire dallo stimolo “esterno” impresso dalla Proposta di legge di iniziativa popolare, presentata dai sindacati confederali dei pensionati, in relazione anche al nuovo cambio di maggioranza politica.

Il Ministro per la Solidarietà Sociale ha preso pubblicamente impegno (Napoli, 13/04/2007) a portare in Consiglio dei Ministri entro tempi ravvicinati un disegno di legge delega per la realizzazione di un Programma nazionale per la non autosufficienza anziana, che dia attuazione al neo-istituito «Fondo per le non autosufficienze»

contemplato dalla Legge Finanziaria per l'anno in corso (l. 27 dicembre 2006, n.296, art.1, commi 1264-5).

Il punto centrale ha a che vedere con i limiti di potestà d'intervento dello Stato dopo la riforma del Titolo V-Cost. Infatti i criteri di utilizzo e di eventuale ripartizione del Fondo non potranno andare ad infrangere i confini posti dal nuovo art.119-Cost., per non incorrere nella censura che la Corte Costituzionale, in varie recenti sentenze, ha già riservato ad analoghi provvedimenti tesi a vincolare fondi settoriali di provenienza statale a politiche sociali di competenza regionale (Ferioli, 2007).

Ciò significherebbe – come peraltro esplicitamente previsto dalla legge finanziaria per il 2007 – che la limitata dotazione del Fondo non possa che essere destinata ad attuare «livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti»; il che pare nondimeno l'effettivo orientamento del Ministro Ferrero, a cui spettano – di concerto con altri dicasteri e «previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni» - gli atti e i provvedimenti relativi.

Poiché quindi le politiche socio-sanitarie sono materia che il modificato art.117, Titolo V, della Costituzione assegna alla competenza (legislativa) delle Regioni e (amministrativa) dei Comuni, è su questi due piani che possono essere realizzati effettivi moduli di approfondimento empirico.

Rispetto al panorama regionale disponiamo del recente lavoro di Pavolini (2004), che indubbiamente fa testo e che, in un panorama complessivo sulle politiche intraprese nelle 20 Regioni e sul loro “rendimento istituzionale”, ne analizzava in particolare quattro, anche qui paradigmatiche di ipotetici modelli: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana.

Utilizzando le medesime dimensioni da lui adottate come griglie selettive – tradizione nella normativa di settore, stili di programmazione socio-sanitaria, copertura e intensità dei servizi residenziali e domiciliari, introduzione di nuovi strumenti quali assegni di cura e *voucher* – si possono evidenziare altre quattro Regioni (Friuli V.G., Liguria, Abruzzo e Sardegna), che presentano fra loro la gamma più differenziata di caratteri.

Il percorso, sebbene non ancora generalizzato, pare infatti essere abbastanza costante: nelle leggi di riforma dei servizi sociali delle varie Regioni, che a partire dal 2001 recepiscono i contenuti e le novità della legge n.328/2000, viene di norma riservata un'attenzione esplicita ad «interventi a favore della non autosufficienza»; diversa – come non stupisce, date le differenze di contesto e di percorsi istituzionali sopra evidenziate – è invece l'impostazione operativa data, con deliberazioni regolamentari di Giunta, al Fondo destinato a realizzare quegli interventi ed alle sue caratteristiche.

Se la dimensione di programmazione e finanziamento delle politiche socio-assistenziali e socio-sanitarie sta vedendo attivarsi in sequenza numerose amministrazioni regionali, purtroppo sempre più nel Centro-Nord che nel Sud del paese, l'ambito proprio di organizzazione e gestione dei servizi sociali alla persona

rimane quello dell'ente locale, su cui l'IRES vanta un recente e robusto *curriculum* di ricerca sulle «100 Italie» dei capoluoghi di provincia (Mirabile, 2005).

PARTE II – I SERVIZI TERRITORIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: UN' INDAGINE DI CAMPO NEI 100 COMUNI CAPOLUOGO DI PROVINCIA

Premessa

Alla luce della necessità sempre più esplicita di sviluppare ed implementare la rete dei servizi pubblici in risposta alle esigenze che le famiglie si trovano oggi a fronteggiare le problematiche del lavoro di cura degli anziani non autosufficienti, il focus dell'indagine di campo realizzata dall'Ires e presentata nella seconda parte del rapporto, sono stati gli interventi pubblici di assistenza continuativa rivolti agli anziani non autosufficienti. Come è noto le politiche e gli interventi pubblici si esplicitano attraverso da una parte l'erogazione di servizi e dall'altra le prestazioni monetarie; queste due modalità di intervento sono riconducibili a tre ambiti del sistema pubblico: 1) i servizi socio-sanitari di competenza delle Regioni, 2) i servizi socio-assistenziali la cui responsabilità è affidata ai Comuni e 3) l'indennità di accompagnamento di competenza dello Stato (Gori, 2006). La scelta alla base dell'indagine dell'Ires è stata di realizzare un approfondimento sul secondo ambito (quello dei servizi socio-assistenziali), ricostruendo un quadro completo ed aggiornato dell'offerta dei servizi e degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti nei 100 comuni capoluogo di provincia italiani, che hanno pertanto costituito l'unità di analisi dell'indagine Ires. Tale scelta, discussa e condivisa con i dirigenti dell'Inca, si colloca all'interno di un percorso innovativo che il Patronato, ormai da diverso tempo, ha intrapreso con l'obiettivo di rappresentare sempre più una struttura di riferimento della cittadinanza in merito al sostegno e alle tutele sociali individuali.

Una delle funzioni che il Patronato dovrebbe implementare e sviluppare è quella legata alla funzione di segretariato sociale, in particolare attraverso azioni di supporto e di sostegno alle famiglie che si trovano a fronteggiare situazioni di difficoltà legate alla cura di una persona anziana non autosufficiente, sostegno che si esplica attraverso un'attività di informazione sui diritti e un'attività di orientamento rispetto ai servizi territoriali in grado di rispondere ai bisogni e alle richieste della cittadinanza. In tal senso conoscere e analizzare i sistemi locali di welfare, in particolare rispetto alla tematica della non autosufficienza degli anziani, è sembrata un'opportunità per il Patronato la cui *mission* sembra assumere caratteristiche sempre più ampie e variegate, dovute da una parte alla riforma dell'assistenza (legge n. 328/2000) che ha previsto un ruolo specifico per le organizzazioni sindacali, in particolare nella definizione del sistema integrato di servizi ed interventi, e dall'altra alla spinta 'interna' verso una ridefinizione del ruolo Patronato sempre più teso a offrire servizi ed interventi su tutte le problematiche della cittadinanza.

Infine, un ruolo e una competenza specifica del Patronato sulla tematica della non autosufficienza degli anziani possono contribuire all'attuale dibattito (politico e scientifico) sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza, sulle diverse proposte di riforma della legislazione e della normativa e sull'istituzione (e il finanziamento) del Fondo nazionale per la non autosufficienza (*cfr. infra* parte prima).

I comuni capoluogo di provincia che hanno collaborato all'indagine IRES sono circa i due terzi del totale (64 su 100). Nel disegno dell'indagine sono stati esclusi fin dal principio i comuni delle città metropolitane, che per la particolarità delle loro caratteristiche demografiche e strutturali avrebbero avuto effetti di distorsione sui risultati.

Per la realizzazione dell'indagine è stato realizzato un questionario ad hoc strutturato in 5 sezioni:

1. *Il sistema dei servizi e degli interventi.* L'obiettivo specifico di questa parte è stato quello di rilevare l'articolazione del sistema di servizi e interventi sociali per gli anziani non autosufficienti nei comuni, le modalità di erogazione e le capacità di risposta ai bisogni, attraverso domande rivolte a cogliere le tipologie di servizi esistenti, il numero di utenti, il numero delle richieste. Le tipologie di servizio rilevate sono state: i domiciliari, i residenziali, i semi-residenziali, quelli di sostegno e le azioni di sistema, i servizi di tipo monetario. All'interno di ciascuna tipologia inoltre sono stati rilevati singoli interventi quali: i) per i servizi domiciliari: l'assistenza domiciliare anziani, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'ospedalizzazione a domicilio, il telesoccorso /telecontrollo, l'adattamento dell'alloggio, l'assistenza pasti a domicilio; ii) per i servizi residenziali: le residenze sanitarie assistite (RSA), le strutture residenziali anziani, le case protette, le case albergo; iii) per i servizi semi-residenziali: i centri diurni; iv) per i servizi socio-sanitari: l'assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria, il centro di riabilitazione psicomotorio, il consultorio familiare, il sostegno psico-sociale; v) per i servizi di sostegno e le azioni di sistema: il sollievo alla famiglia, i trasporti, il segretariato sociale, lo sportello informativo; vi) per i servizi di tipo monetario: i contributi economici *una tantum*, gli sgravi fiscali, l'assistenza alloggiativi, l'indennità di accompagnamento, gli assegni di cura, i voucher, i buoni servizio, gli assegni per sostenere la spesa badanti.
2. *Gli attori e le modalità di gestione dei servizi.* Questa seconda sezione è stata rivolta invece ad approfondire le modalità della gestione dei servizi e il coinvolgimento dei diversi attori socio-istituzionali territoriali, attraverso focus specifici sulle pratiche di esternalizzazione, sulle figure professionali, sui partner socio-istituzionali del Comune e così via.
3. *Il servizio e l'utente.* In questo caso l'attenzione è stata posta sulla relazione esistente fra il servizio ed utenza: sono stati indagati i criteri di accesso al servizio, i diversi soggetti che li definiscono e quelli che ne formulano la richiesta, l'esistenza o meno di progetti o piani di assistenza individualizzati.

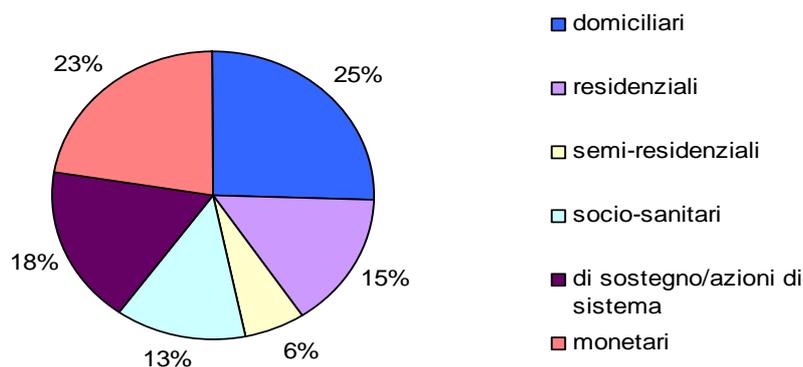
4. *La spesa.* Le caratteristiche della spesa comunale sostenuta dai comuni per la non autosufficienti sono state analizzate nella quarta sezione del questionario, in cui si è indagato: 1) se e attraverso quali modalità organizzative nei comuni siano previste voci di bilancio specifiche per la non autosufficienza; 2) la suddivisione della spesa secondo le diverse tipologie di servizi/interventi rivolte agli anziani non autosufficienti sulla spesa sociale comunale; 3) la diffusione o meno della pratica della compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi; 4) le fonti principali di finanziamento dei servizi per la non autosufficienza.
5. *L'integrazione socio-sanitaria.* Infine una sezione specifica è stata dedicata all'integrazione socio-sanitaria, considerata 'terreno naturale' per l'erogazione di tali interventi che si collocano a cavallo tra l'ambito sanitario e l'ambito socio-assistenziale.

1. Il sistema dei servizi e degli interventi

L'articolazione e la gestione dei servizi per la non autosufficienza

Attraverso l'indagine IRES sono state analizzate, come detto, le caratteristiche dei servizi sociali per gli anziani non autosufficienti nei comuni capoluogo di provincia italiani. Come si evince dalla lettura del grafico successivo i servizi domiciliari sono i più diffusi nei comuni capoluogo e rappresentano un quarto dei servizi sociali rivolti agli anziani non autosufficienti. Seguono gli interventi di tipo monetario (23%), i servizi di sostegno e le azioni di sistema (18%), i servizi residenziali (15%), i servizi socio-sanitari (13%) ed infine i servizi semi-residenziali (6%).

I servizi sociali per gli anziani non autosufficienti nei Comuni capoluogo di provincia (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Analizzando l'articolazione dei servizi secondo la distribuzione per macro aree geografiche, la diffusione delle diverse tipologie di servizi, evidenzia delle differenziazioni rispetto a quelle rilevate sul territorio nazionale. Mentre al sud viene confermata la maggiore diffusione dei servizi domiciliari, al nord e al centro i servizi più diffusi sono quelli semi-residenziali che al sud e nelle isole rappresentano la categoria meno presente. Nelle Isole i servizi e gli interventi più diffusi sono invece quelli di tipo monetario.

Alla luce di questa articolazione complessiva dei servizi, il box che segue contiene un'analisi del sistema di offerta per la non autosufficienza per specifiche tipologie di servizio/intervento.

I servizi domiciliari, che come detto rappresentano la tipologia più diffusa (25%) nei comuni capoluogo di provincia, comprendono una serie di interventi che consentono all'anziano non autosufficiente di continuare a vivere nella propria abitazione. Considerando i singoli interventi analizzati all'interno dei servizi domiciliari rilevati, l'assistenza domiciliare anziani rappresenta il più diffuso (27%), seguito dall'ADI (22%), dal telesoccorso/telecontrollo (19%), e dall'assistenza pasti e lavanderia a domicilio (17%). I meno diffusi sono invece i servizi di adattamento dell'alloggio (6%) e l'ospedalizzazione a domicilio (5%).

I servizi residenziali costituiscono il 15% dei servizi sociali per la non autosufficienza rilevati nei comuni. Per quanto riguarda la loro articolazione si può osservare che le strutture residenziali per gli anziani costituiscono il 34% dei servizi residenziali complessivi. Fanno seguito le RSA, (32%), le case protette (16%), le case albergo (12%) ed altri servizi residenziali (6%).

I servizi semi-residenziali costituiscono il 6% dei servizi per gli anziani rilevati. In questa tipologia di servizi, gli interventi più diffusi rilevati nei comuni capoluogo sono i centri diurni (86%) che costituiscono strutture in cui l'anziano viene ospitato solo per un certo numero di ore. La voce "altri tipi di servizi" rappresenta invece il 14% del totale; sono stati in questo caso indicati i centri diurni integrati, i centri servizi di cura e igiene, i centri sociali per anziani, che sono comunque meno diffusi e sono gestiti dal Comune o da strutture private.

I servizi socio-sanitari costituiscono il 13% dei servizi complessivi rilevati nei comuni per gli anziani non autosufficienti e si articolano in diversi interventi quali: l'assistenza domiciliare integrata (29%), i consultori familiari (22%), gli interventi volti al sostegno psico-sociale (23%), i centri di riabilitazione psico-motoria (20%) ed altri servizi (6%). Per quanto riguarda questa tipologia di servizi e la loro articolazione, è opportuno evidenziare che il quadro emerso dall'indagine è, rispetto a quello delle altre tipologie di servizio rilevate, piuttosto incompleto in quanto i referenti dei comuni coinvolti nella maggior parte dei casi non erano a conoscenza dei dati rilevati dai servizi sanitari territoriali erogati dalla ASL, soggetto istituzionale maggiormente coinvolto nell'organizzazione ed erogazione di questo tipo di servizio. Questo potrebbe essere anche interpretato come un segnale della ancora debole integrazione istituzionale, in questo caso tra Ente locale e

ASL, pur a fronte di un servizio in la pratica dell'integrazione costituisce un elemento centrale.

I servizi di sostegno e le azioni di sistema rappresentano, come detto, il 18% dei servizi rilevati nei comuni rivolti agli anziani non autosufficienti. Ponendo l'attenzione sulla loro articolazione, i tipi di interventi più incidenti sono il Segretariato Sociale (33%) e i trasporti (25%), seguiti dagli sportelli informativi (20%) e dai servizi di sollievo alla famiglia (17%). Una quota ridotta dei servizi di sostegno è data da altri tipi di servizi non specificati (5%).

Servizi e interventi di tipo monetario rappresentano la seconda tipologia di servizi e interventi sociali per gli anziani non autosufficienti nei comuni capoluogo e costituiscono il 23%, e rispetto alle altre tipologie di servizi si distinguono in maniera più consistente per l'ente gestore. Gli interventi monetari più diffusi sono i contributi economici *una tantum* (26%); seguono gli assegni di cura (15%), l'indennità di accompagnamento (14%), gli assegni per sostenere la spesa per le badanti (12%), l'assistenza alloggiativa (11%), i buoni servizio e sgravi fiscali (5%) e i voucher (4%). Altri tipi di servizi e interventi non specificati rappresentano l'8% e fra questi sono stati rilevati l'integrazione del minimo vitale, i buoni socio-sanitari, i buoni per farmaci e generi alimentari, i contributi per prestazioni sanitarie.

Se questo è il quadro relativo all'articolazione dei servizi, perciò che riguarda *la gestione*, dall'indagine è emerso che, nel complesso sono gestiti dal Comune la maggior parte dei servizi domiciliari e di sostegno, nonché gli interventi monetari. Nel caso dei servizi residenziali e semi-residenziali cresce invece l'incidenza dell'azione di altri enti. In particolare nel caso dei servizi residenziali questi ultimi contribuiscono alla gestione in misura superiore a quella del Comune. I servizi socio-sanitari sono invece gestiti prevalentemente dalla ASL.

Riguardo *le figure professionali*, dall'indagine è emerso come siano le figure di coordinamento e quelle socio-assistenziali le più diffuse e coinvolte nei servizi, seguite dagli operatori socio-sanitari. Nei servizi domiciliari e in quelli di sostegno la presenza delle figure di coordinamento sono le più alte, e sono pari a circa il 30% del totale delle figure professionali. La presenza di operatori socio-sanitari è pari a circa il 20% per ogni categoria di servizi, fatta eccezione per i servizi di sostegno dove rappresentano l'11,3% del totale delle professioni. Sono presenti in misura molto minore figure di sostegno socio-relazionale e quelle figure sanitarie. Gli operatori esperti nel sostegno sono tuttavia presenti in modo abbastanza significativo nei servizi socio-sanitari (13,5%), mentre le figure sanitarie sono abbastanza diffuse nei servizi residenziali (18,2%), semi-residenziali (15,2%) e socio-sanitari (15,9%).

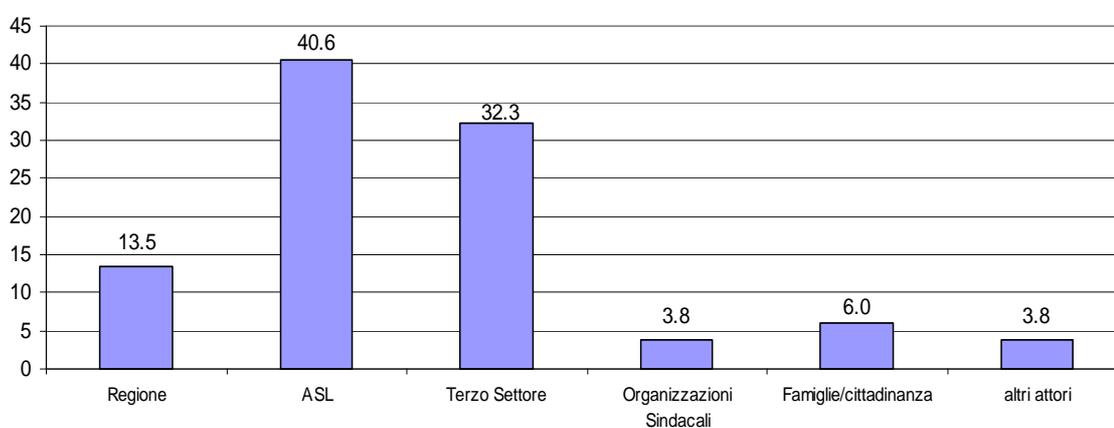
2. La Governance della non autosufficienza: attori e modalità di gestione dei servizi

Attori e modalità di gestione

Dall'analisi è emerso che gli attori socio-istituzionali con cui i Comuni collaborano per la gestione dei servizi per la non autosufficienza sono prevalentemente le ASL

(40,6%), in secondo luogo le organizzazioni di Terzo Settore (32,3%) e, in misura minore, la Regione (13,5%) ed altri soggetti. Il coinvolgimento delle Organizzazioni sindacali, evidenziato solo dal 3,8% dei comuni, così come quello delle famiglie e della cittadinanza (6,0%), risulta ancora molto debole, nonostante il ruolo specifico e centrale previsto dalla legge di riforma dell'assistenza per questi attori all'interno della costruzione del sistema integrato di servizi. Il maggior coinvolgimento delle ASL è naturalmente dovuto alla specificità dei servizi e degli interventi qui indagati i cui contenuti si caratterizzano per essere a cavallo tra l'ambito assistenziale e quello sanitario.

Attori socio-istituzionali con i quali i Comuni hanno maggiormente sviluppato forme di collaborazione per la gestione dei servizi per gli anziani non autosufficienti (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

La programmazione dei servizi per anziani non autosufficienti

Nel corso dell'indagine, è stato realizzato un *focus* sulle modalità della programmazione e della gestione dei servizi adottate dai diversi attori socio-istituzionali che operano a vario livello nei comuni capoluogo.

In prima battuta è opportuno evidenziare che oltre il 90% dei comuni indagati ha dichiarato di riuscire a garantire la continuità dei servizi esistenti per la non autosufficienza nel corso della nuova programmazione. Fra i rimanenti (9,4%), appartenenti prevalentemente all'area meridionale, la motivazione principale fornita rispetto all'impossibilità di garantire la continuità dei servizi, è stata evidenziata la mancanza di risorse economiche, e fra i servizi che maggiormente risentiranno di tale situazione, sono stati indicati quelli domiciliari e gli interventi monetari.

Il servizio e l'utente: la definizione dello stato di non autosufficienza, i criteri di accesso al servizio e la personalizzazione dell'intervento

Come è noto, a livello nazionale ancora non sono stati definiti i Livelli essenziali delle prestazioni, previsti tra l'altro dalla legge quadro di riforma emanata ormai diversi anni fa (legge n.328/2000). Su questo ambito gli Enti locali, in particolare le Regioni hanno agito in maniera autonoma adottando normative specifiche attraverso cui sono state definite alcune caratteristiche dell'intervento quali: la definizione dello stato di non autosufficienza, i criteri per la valutazione e le modalità di accesso e richiesta dei servizi.

Dall'indagine Ires è emerso che nel 76,6% dei comuni sono presenti normative regionali o comunali per la *definizione dello stato di non autosufficienza*. Dalla ricostruzione del quadro normativo di riferimento risulta che lo stato di non autosufficienza, laddove definito, viene delineato prevalentemente da normative regionali. In alcuni comuni (soprattutto nel Nord-est) viene fatto ricorso ad altri dispositivi per la valutazione dello stato di non autosufficienza come per esempio il BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza), in altri invece a schede di valutazione multidimensionale dell'anziano (S.V.A.M.A.).

Attraverso l'indagine sono stati indagati anche i *criteri* adottati nei comuni capoluogo per la definizione dello stato di non autosufficienza e l'*accesso al servizio*. Come è noto infatti non esiste una scala di valutazione della non autosufficienza comune, omogenea e standardizzata. Tra i criteri quello più diffuso sembra essere il bisogno, cioè la valutazione dei livelli di necessità che rappresenta il 35,6% dei criteri nel complesso. Vengono inoltre usati la valutazione della condizione sociale (31,9%), delle risorse finanziarie dell'anziano (24,7%) e in pochi casi (7,8%) la durata dello stato di non autosufficienza.

La spesa per la non autosufficienza: modalità organizzative, articolazione, la compartecipazione dell'utente e fonti

L'indagine sulle caratteristiche dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti nei comuni capoluogo, si è focalizzata anche sugli aspetti relativi alla spesa sostenuta per questo tipo di servizio e alla sua articolazione. All'interno della voce di spesa per gli anziani, la maggior parte dei comuni (81,3%) non prevede una distinzione specifica destinata alla non autosufficienza.

Le quote di spesa per gli anziani non autosufficienti nei comuni capoluogo non sono particolarmente differenziate fra le macro aree geografiche. Le quote di spesa più alte sono localizzate nei comuni del Nord, dove la spesa media si aggira attorno al 16% del bilancio; nei comuni del Sud la spesa media dichiarata si aggira invece attorno al 15% del bilancio. Minori sono le quote di spesa destinate agli anziani nei comuni del Centro (11% del bilancio comunale) e delle Isole (8%).

L'84,4% dei comuni ha dichiarato di non prendere in carico la totalità degli oneri finanziari legati al costo dei servizi per la non autosufficienza, ma di prevedere una quota di compartecipazione degli utenti alle spese.

3. L'integrazione socio-sanitaria: un criterio di innovazione dei sistemi di welfare locale ancora poco diffuso

Dall'indagine realizzata dall'Ires sui servizi per la non autosufficienza degli anziani nei comuni capoluogo di provincia emerge un quadro dell'offerta dei servizi le cui caratteristiche e specificità sembrerebbero ancora lontane dal mettere in pratica alcuni dei punti forti ed innovativi della riforma dell'assistenza quale per esempio la programmazione e la progettazione di servizi fra loro integrati. La maggior parte dei comuni (77,4%) ha dichiarato che nel proprio territorio l'integrazione socio-sanitaria costituisce una pratica diffusa e condivisa. E' importante notare che dall'indagine sono emerse delle differenziazioni territoriali nella percezione del grado di integrazione socio-sanitaria nei servizi per la non autosufficienza. Nei comuni del Centro e del Nord l'integrazione è stata indicata come una pratica diffusa, al contrario, nei comuni del Sud e delle Isole in circa la metà dei capoluoghi l'integrazione non sembra una pratica radicata; in particolare è stata evidenziata la difficoltà di comunicazione e di cooperazione fra i diversi soggetti socio-istituzionali preposti ai servizi

Pur a fronte di un'alta percentuale di comuni che hanno dichiarato che nel proprio territorio l'integrazione costituisce una pratica diffusa, approfondendo le diverse articolazioni di livello dell'integrazione, emerge come in realtà questa pratica sia ancora da implementare e sostenere da parte dei comuni nella organizzazione e gestione del sistema di interventi per la non autosufficienza degli anziani. Dall'indagine infatti, per quanto riguarda l'*integrazione organizzativa-gestionale* (nei servizi) è emerso come le tipologie di servizio più diffuse nei comuni capoluogo sembrerebbero ad oggi quelle cosiddette più tradizionali come i servizi domiciliari (25%), e gli interventi di tipo monetario (23%) che per loro natura, trattandosi di contributi economici non prevedono forme di integrazione. I servizi socio-sanitari rappresentano solo il 13% fra quelli rilevati. E' interessante notare che fra i servizi domiciliari, gli interventi più diffusi sono l'assistenza domiciliare (27%) e solo in seconda battuta l'ADI, intervento a forte valenza integrata. L'ospedalizzazione a domicilio infine è risultato uno degli interventi meno diffusi (solo il 5% dei comuni eroga questo tipo intervento). Nel complesso sono gestiti dal Comune la maggior parte dei servizi domiciliari, nonché gli interventi monetari. Nel caso dei servizi residenziali e semi-residenziali cresce invece l'incidenza dell'azione di altri enti.

Tra gli attori socio-istituzionali (*integrazione istituzionale*) che maggiormente hanno sostenuto a livello territoriale la pratica dell'integrazione socio-sanitaria (laddove dichiarata diffusa) sono presenti le ASL (36,6%) e gli enti locali (35,8%). Un'incidenza minore sulla promozione di pratiche integrate è legata all'azione del Terzo Settore (12,2%), delle famiglie (8,9%), delle organizzazioni sindacali (5,7%) e di altri soggetti (0,8%). Anche nel caso dell'integrazione socio-sanitaria, così come per la gestione dei servizi per la non autosufficienza, le organizzazioni sindacali sembrerebbero ancora degli interlocutori poco presenti all'interno della *governance* territoriale. Infine, la ancora debole diffusione della pratica dell'integrazione quale criterio innovativo dei sistemi di welfare locali emerge anche dall'analisi delle figure professionali (*integrazione*

professionale) coinvolte nei servizi e dalla scarsa collaborazione organizzativa e gestionale tra personale dei servizi sociali e quello delle Asl nella progettazione e nell'erogazione degli interventi. Tra le figure professionali più diffuse, le presenze principalmente rilevate in tutte le tipologie di servizio analizzate, riguardano le figure di coordinamento e le figure socio-assistenziali. In terza battuta, in genere, sono coinvolti nei servizi gli operatori socio-sanitari, seguiti dalle figure con competenze sanitarie.

L'integrazione, declinata nelle sue varie articolazioni di livello - organizzativo-gestionale, istituzionale e professionale- dunque sembrerebbe ancora costituire una sfida futura dei sistemi locali di welfare sempre più chiamati a rispondere ai bisogni delle famiglie che incontrano difficoltà legate alla cura di una persona non autosufficiente, bisogni sempre più complessi ed in costante aumento.

PARTE III – L'INTEGRAZIONE DELLE ASSISTENTI FAMILIARI IMMIGRATE NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

Introduzione

Il ricorso al mercato privato dell'assistenza ha assunto negli ultimi anni un rilievo sempre maggiore, tanto da divenire oggetto di attenzione specifica da parte delle scienze sociali.

Il fenomeno è per certi versi inedito, sia per la rapidità con cui si è affermato (pressoché assente alla fine degli anni Novanta) sia per la sua capillarità sul territorio (diffuso al Nord, come al Centro e al Sud). E' inoltre questo un fenomeno che in Italia ha assunto una consistenza diversa rispetto agli altri Paesi europei, per ragioni riconducibili alle caratteristiche stesse del nostro sistema di welfare: ad un retroterra caratterizzato da tassi di istituzionalizzazione relativamente bassi, scarsa diffusione dei servizi domiciliari pubblici e da carichi assistenziali gravanti prevalentemente sul nucleo familiare, fanno seguito le trasformazioni che hanno investito la famiglia contemporanea, con il crescente invecchiamento della popolazione che determina un maggiore fabbisogno di manodopera assistenziale, l'abbassamento dei tassi di fertilità, la nuclearizzazione e l'infragilimento delle reti di sostegno informale, la crescente partecipazione delle donne al mondo del lavoro ed il connesso mutamento dei compiti e dei ruoli intrafamiliari.

A fronte di un quadro siffatto, le funzioni di cura che in passato venivano risolte nell'ambito della struttura solidaristica intergenerazionale, sono ora esternalizzate dalle famiglie, divenendo veri e propri beni di mercato.

Gran parte dell'immigrazione femminile moderna risponde a questa domanda e si trova impiegata in un segmento di mercato del lavoro che sconta storicamente un deficit di definizione giuridica ed un alto tasso di arbitrio e "familizzazione", sulla scorta di una secolare macchina di rappresentazione naturalizzata dei ruoli femminili e di svalorizzazione sistematica del lavoro svolto dalle donne all'interno della casa.

E' questo un mercato del lavoro che vive criticità del tutto particolari, in considerazione delle condizioni di debolezza che caratterizzano entrambe le parti: da un lato l'assistente familiare immigrata, che opera spesso in condizioni poco regolamentate, su una base di scarsa trasparenza giuridica e di insufficiente tutela sociale, dall'altro la famiglia, il più delle volte impreparata al ruolo di datore di lavoro, che necessita però una manodopera flessibile, senza vincoli di orario e con una disponibilità assoluta, offerta che non trova riscontro nell'attuale gamma di servizi erogati dal pubblico e dal privato sociale.

Quello che si instaura è dunque un rapporto che presenta tratti del tutto caratteristici, data la stretta relazione che lega la lavoratrice, l'anziano e i suoi parenti, in cui si fondono inevitabilmente elementi, tempi e spazi di vita e che a volte innesca delle dinamiche più simili a quelle familiari che non a quelle datoriali. E', in ultima istanza, un rapporto che necessita di essere regolamentato, di uscire dal sommerso e di acquisire visibilità nei confronti della rete dei servizi territoriali.

La terza parte del rapporto intende affrontare in via analitica e comparativa le principali dimensioni che strutturano il mercato privato del *care* nel nostro Paese e presentare un'indagine di campo effettuata sulle principali risposte territoriali che gli enti locali stanno sviluppando, in funzione di un'integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi pubblici di welfare.

La massiccia presenza di personale straniero impiegato, sia regolarmente, sia irregolarmente, nell'ambito delle prestazioni di assistentato di base e aiuto domiciliare alle famiglie, ha reso necessario affrontare, nel primo capitolo, una disamina sulle caratteristiche sociodemografiche dei lavoratori della cura, dei principali fattori che strutturano i sistemi migratori in correlazione con le condizioni d'opportunità offerte dall'incremento della domanda di cura in Europa e in particolare nell'area mediterranea dell'Europa occidentale, e sui fattori generali che definiscono particolari traiettorie di inserimento lavorativo, di progetto migratorio, di insediamento territoriale delle lavoratrici immigrate. L'approfondimento di questa dimensione permette di sondare alcune delle condizioni d'opportunità, ma anche dei fattori di fragilità e di inerzia, che hanno governato lo sviluppo e le trasformazioni del mercato privato del *care* negli ultimi decenni.

Il secondo capitolo è invece dedicato in modo specifico all'illustrazione dei tratti salienti di questo mercato. Si cercherà qui di ricostruire una panoramica esaustiva di tutti gli aspetti connessi all'avvio del rapporto professionale: dalla ricerca del lavoro da parte della donna straniera appena giunta in Italia, alle procedure di regolarizzazione ed assunzione previste dal nostro ordinamento; dai problemi che si possono generare nell'avvio del rapporto tra badante, anziano e famiglia (si pensi alle difficoltà di comunicazione, ai problemi generati dalla coresidenzialità, alle possibili ripercussioni sulla salute di entrambi, ecc.), alle caratteristiche stesse del rapporto professionale, con particolare riferimento alle mansioni svolte, agli orari e ai regimi contrattuali, salariali e contributivi, anche in considerazione delle recenti modifiche normative.

Il nodo del mercato sommerso sarà invece l'oggetto del terzo capitolo. Si cercherà qui di illustrare le ragioni che stanno alla base dell'elevato tasso di lavoro non regolare nel settore dell'assistenza agli anziani, ipotizzando delle stime inerenti alla realtà italiana e delineando i principali tratti ascrivibili alla dialettica regolarità-irregolarità.

L'ultima parte descrive invece le principali dinamiche in atto sul fronte della domanda e dell'offerta di prestazioni nonché le strategie di fronteggiamento e di gestione messe in atto dall'ente pubblico al fine di integrare le prestazioni assistenziali offerte dagli operatori della cura, all'interno della rete dei servizi territoriali.

La necessità di sottrarre alle asimmetrie di mercato e di informazione e ai dislivelli di offerta, un ambito così delicato ed in continua espansione, e la necessità urgente di ricomprendere la non autosufficienza nell'ambito dei rischi sociali per la definizione del diritto all'assistenza come complemento irrinunciabile delle cittadinanze sociali, ha spinto gli attori pubblici a sperimentare in questi anni diverse formule di riassetto della spesa sociale, nonché politiche di intervento realizzate allo scopo di includere la nuova unità organizzativa composta da "anziano, *caregiver* familiare e badante" nel sistema pubblico di protezione sociale. Una prima analisi delle principali strategie di risposta in atto introdurrà e guiderà l'analisi più specifica di queste "pratiche di gestione", riportando esempi di attuazione concreta realizzati a livello territoriale, a valle di una mappatura condotta su territorio nazionale tra il novembre 2006 ed il febbraio 2007. Tale rilevazione ha inteso considerare, senza pretesa di esaustività, le esperienze maturate in ambito locale da alcuni Comuni, Province o soggetti del Terzo settore. Tra le esperienze censite figurano esperienze di agevolazione fiscale, erogazione di voucher e assegni di cura, semplificazione degli oneri amministrativi, creazione di agenzie mandatarie, organizzazione delle badanti in forma cooperativistica (pool di risorse), corsi di formazione, creazione di albi e registri, esperienze di tutoring ed erogazione di servizi di sollievo. Le schede di rilevazione utilizzate per la raccolta degli interventi sono riportate in allegato al rapporto nella sua versione estesa. In questo abstract si riporta solo la sintesi dei risultati dell'indagine territoriale.

L'indagine territoriale

Le esperienze messe in atto a livello territoriale da Comuni, Asl e Terzo Settore, anche se di recente applicazione e di portata ancora limitata rispetto al numero di famiglie e assistenti familiari coinvolte, costituiscono un primo framework entro il quale maturare strategie di fronteggiamento alle problematiche della non autosufficienza e del lavoro di cura.

Nel complesso, le politiche locali hanno cominciato a dare risposta ad alcune esigenze fondamentali, quali, ad esempio, facilitare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro, garantire un'offerta di lavoro qualificata e monitorata nel tempo, permettere la turnazione delle collaboratrici familiari in caso di malattia o infortunio, sostenere la domanda di cure attraverso contributi economici che prevedano però vincoli di spesa nel mercato regolare.

Attraverso le varie attività di ricerca sono state prese in rassegna questo tipo di politiche, mettendone in risalto la specificità territoriale e le ricadute in termini di efficacia, innovatività e capacità di determinare un effettivo cambiamento nel livello di integrazione delle assistenti familiari.

La raccolta che è stata realizzata tiene in considerazione le esperienze sviluppate in ambito locale, che puntano all'inclusione delle badanti nel sistema pubblico di protezione e accudimento degli anziani. Per forza di cose, il censimento non intende avere carattere di esaustività, anche in considerazione dell'elevato numero di esperienze maturate negli ultimi anni.

I criteri di scelta che sono stati utilizzati per selezionare le politiche di intervento e le buone pratiche di gestione, fanno riferimento alla *specificità territoriale* (nonostante la carenza di misure sviluppate in alcune Regioni dell'Italia meridionale, si è cercato di garantire una copertura dell'intero territorio nazionale, considerando la dislocazione geografica degli enti attuatori), al carattere di *innovatività* delle misure censite (privilegiando le sperimentazioni che sono state in grado di produrre dei cambiamenti effettivi sul territorio, come la creazione di un servizio o di uno sportello) e alla *natura del soggetto attuatore* (includendo nella mappatura solo quei progetti che sono stati sviluppati a livello locale da Comuni, Asl e organizzazioni del Terzo Settore).

La mappatura degli interventi è avvenuta attraverso una scheda di rilevazione che è stata inviata ai referenti di ciascun progetto, precedentemente individuati.

Il questionario era composto da 15 campi, ognuno dei quali suddiviso in una pluralità di domande. Attraverso tale scheda è stato possibile raccogliere una serie di informazioni strutturate circa i progetti implementati, tra le quali:

- a. informazioni circa il contesto entro il quale l'intervento è stato realizzato;
- b. le aree di bisogno soddisfatte e le finalità perseguite;
- c. le professionalità che si sono rese necessarie per la realizzazione del progetto;
- d. le formule e le strategie di comunicazione prescelte;
- e. la dislocazione e la raggiungibilità del servizio all'interno della città;
- f. il grado di innovazione;
- g. le fonti e i modelli di genesi (come è stato originato il servizio);
- h. la durata dell'intervento;
- i. il target (quello potenziale e quello realmente raggiunto);
- j. i requisiti e le procedure per l'accesso;
- k. i meccanismi di finanziamento (i costi per che l'ente pubblico ha dovuto sostenere, le tariffe per l'utente finale, la sostenibilità economica nel tempo);
- l. ruoli dei soggetti che hanno preso parte alla sperimentazione (la loro identità, le competenze, i meccanismi di coordinamento);
- m. i punti di forza e di debolezza;
- n. gli esiti della valutazione emersi a valle della fase sperimentale;
- o. la riproducibilità del format e la possibilità di "trasferibilità" dell'intervento in altri contesti;

p. le possibili implementazioni del servizio e gli sviluppi accreditati come più probabili per il prossimo futuro (ad esempio messa a regime, crescita dell'utenza, ecc.).

Di seguito viene proposta una disamina delle politiche di intervento per l'emersione e la regolazione dell'assistenza privata a pagamento, realizzati con lo scopo di includere nella rete dei servizi territoriali la nuova unità organizzativa composta da "anziano, *caregiver* familiare e badante".

Le iniziative comunali riguardano le risposte alle problematiche più immediate e "concrete", pur non mancando esperienze di condivisione su un progetto comune: si va dalle politiche di agevolazione fiscale ed erogazione di *voucher* e assegni di cura, alla semplificazione degli oneri amministrativi; dalla creazione di agenzie mandatarie, all'organizzazione delle badanti in forma di cooperativa (pool di risorse), dall'erogazione di formazione, alla creazione di albi e registri di assistenti familiari, da esperienze di *tutoring*, alla strutturazione di servizi di sollievo.

Politiche di sostegno alla domanda

Le politiche che intervengono sul fronte della domanda, secondo la classificazione proposta da Da Roit (in Gori, 2001) sono finalizzate:

- a) al sostegno dell'espressione della domanda di care privato;
- b) allo spostamento della domanda dal mercato del lavoro informale-irregolare a quello regolare.

Le politiche intervengono a calmierare gli squilibri originati dalle variabili di prezzo del servizio, reddito dell'acquirente e possibili asimmetrie informative. E contemporaneamente ad incanalare la domanda d'acquisto di prestazioni nell'alveo del mercato regolare.

Agevolazioni fiscali

Una prima famiglia di politiche dirette all'emersione del lavoro sommerso riguardano le politiche di agevolazione fiscale: l'introduzione di serie misure di detrazione o deduzione fiscale per l'acquisto di determinati servizi sul mercato regolare, contribuirebbe a ridurre o eliminare il vantaggio economico derivante dal ricorso al mercato sommerso: una riduzione dei costi in grado di rendere il mercato regolare competitivo nei confronti di quello sommerso può produrre risultati utili in tal senso (Gori, Da Roit, 2001).

Nello specifico, le agevolazioni fiscali sono misure finalizzate principalmente alla riduzione dei costi sostenuti per l'assistenza privata a pagamento: la persona che si rivolge al mercato regolare, acquistando prestazioni da un'assistente familiare ha la possibilità di vedere ridotte le imposte annue dichiarando i costi sostenuti per l'acquisto di tali prestazioni (Gori, Da Roit, 2001).

Semplificazione degli oneri amministrativi

Altro valido sostegno verrebbe offerto dalla semplificazione degli oneri amministrativi e gestionali di chi si rivolge al mercato regolare. Le difficoltà di reclutamento di personale domestico e la gestione delle incombenze burocratiche legate alla regolarizzazione del personale esistente, rappresentano in molti casi un deterrente verso l'emersione del sommerso, indicando la via del mercato nero come una valida scorciatoia. In tal senso si potrebbe prevedere la creazione di sportelli informativi o servizi di counseling in grado di aiutare la famiglia acquirente di servizi nel pagamento degli stipendi, nel versamento dei contributi previdenziali e assicurativi e nella amministrazione del personale (Costa, 2001).

Attualmente, per quanto riguarda la realtà italiana, non sono ancora state istituzionalizzate vere e proprie forme di semplificazione degli oneri amministrativi come nel contesto francese. In alcuni casi tuttavia, come nel Progetto “*Vivo con te*” promosso dal consorzio Sol.Co. di Mantova, vengono erogate forme di assistenza e consulenza alle famiglie che desiderano stipulare un contratto con il collaboratore domestico. Il servizio si propone, oltre a percorsi di formazione per badanti, sportelli di incontro tra domanda e offerta di lavoro e servizi di sollievo, di assistere la gestione amministrativa del rapporto di lavoro con le badanti con particolare riferimento alla stesura del contratto, all'elaborazione della busta paga, al calcolo dei contributi, fino alla gestione delle ferie e della malattia del lavoratore.

Un servizio analogo è offerto dal “**Centro Risorse assistenti familiari**” della Provincia di Parma che si propone di prestare una prima informazione e consulenza sulle pratiche amministrative necessarie per l'attivazione del rapporto di lavoro e sulla disciplina contrattuale, a quelle famiglie che si trovano a dover assumere il ruolo di datori di lavoro. Nell'ambito di questo progetto è prevista per le famiglie anche una forma di supporto in itinere che, qualora fosse necessario, potrà diventare un punto di riferimento e di consulenza istituzionale in merito al rapporto di lavoro.

Voucher e Assegni di cura

Gli Assegni di cura sono contributi economici erogati direttamente ai familiari (in qualche caso a vicini o amici) o agli stessi anziani, per finanziare l'assistenza di questi ultimi. Vengono forniti da Comuni o ASL e la loro peculiarità risiede nell'essere erogati prevalentemente in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali. Generalmente ne fruiscono anziani con significativo grado di non autosufficienza e con reddito inferiore ad una certa soglia. Gli assegni possono essere utilizzati per acquistare assistenza sul mercato, rivolgendosi ad operatori professionali a pagamento, oppure essere mantenuti all'interno della famiglia come contributo per l'assistenza fornita da un familiare o da un caregiver informale. Negli ultimi anni si è assistito ad una notevole diffusione degli assegni di cura su gran parte del territorio: questa fase di espansione è iniziata nella seconda metà degli anni Novanta e sembra lontana dalla conclusione.

I *voucher* sono invece dei buoni erogati agli anziani o alle famiglie, finalizzati all'acquisto di prestazioni e servizi presso soggetti pubblici e privati, accreditati dall'ente pubblico. La principale caratteristica che differenzia l'esperienza dei voucher da quella degli assegni di cura è relativa proprio alle modalità di spesa: mentre quest'ultimo può essere utilizzato con estrema discrezionalità dall'utente (e dunque può essere mantenuto tra le pareti domestiche come integrazione delle casse familiari), il voucher può essere utilizzato esclusivamente per l'acquisto di determinati pacchetti di prestazioni presso *provider* riconosciuti e accreditati. Per queste ragioni, i voucher vengono considerati una discreta misura per promuovere il lavoro regolare nel mercato dell'assistenza, grazie al fatto che vincolano i soggetti ad acquistare servizi presso enti e soggetti riconosciuti o ad assumere singoli aiutanti domiciliari, iscritti in un Albo, il cui lavoro di cura sia esplicitamente inserito in un progetto personalizzato, sotto la responsabilità dell'ente pubblico. I costi organizzativi che il *voucher* impone all'operatore che li eroga non sono trascurabili, in quanto prevedono la valutazione dei bisogni assistenziali, l'individuazione di un piano d'assistenza che includa le prestazioni ottenibili, la creazione di un sistema di monitoraggio e la valutazione costante del suo impiego.

Le stesse procedure di governo potrebbero essere estese all'erogazione degli *assegni di cura* e alle altre erogazioni monetarie (indennità d'accompagnamento) ancora non vincolate a protocolli o contratti d'assistenza e la cui logica di fondo non contempla il presupposto di incentivare l'emersione del sommerso. L'ampia discrezionalità di utilizzo concessa degli assegni di cura ha infatti contribuito in molti casi all'acquisto di prestazioni sul mercato irregolare: in questi casi la somma versata alle famiglie viene impiegata per integrare la retribuzione della badante assunta in modo irregolare.

In alternativa ai contributi a "cascata", alcuni progetti sperimentali implementati a livello territoriale, hanno dimostrato come un incentivo economico centrato sull'acquisto di assistenza, possa soddisfare almeno in parte il bisogno delle famiglie e contribuire a risolvere il problema dell'irregolarità del personale e della qualità delle prestazioni (Leonardi 2005). L'idea è dunque quella di uno strumento che sia in grado di integrare le due misure (assegni e voucher), salvaguardando i punti di forza di entrambe: da un lato garantire libertà di scelta alla famiglia, dall'altro disincentivare il ricorso al mercato sommerso.

E' questa la strada che è stata intrapresa dal progetto "Insieme si può" promosso dal Comune di Roma ed attivo dal 2004, progetto che prevede l'erogazione di sostegni economici agli anziani a basso reddito e non autosufficienti per pagare i contributi Inps delle badanti. Un medesimo obiettivo è stato perseguito, seppur attraverso procedure diverse, dal progetto "Un euro all'ora" sviluppato in Provincia di Siena. Il progetto "Qualificare il lavoro privato di cura" in fase di attuazione presso i contesti territoriali del Comune di Sesto San Giovanni in Provincia di Milano e del Comune di Brescia, annovera tra le azioni proposte, l'individuazione di risorse pubbliche e private disponibili per il sostegno finanziario della regolazione dell'assistenza privata, da ricercarsi prevalentemente nei fondi dedicati nei Piani di zona a buoni e voucher. Un'altra esperienza che interviene a sostegno dell'emersione del lavoro nero mediante

finanziamenti vincolati alla regolarizzazione del contratto, è quella promossa dal Comune di Modena nell'ambito del "Progetto Serdom". In questo caso è stato istituito un elenco di assistenti domiciliari formati e accreditati per la fornitura dei servizi presso i quali è possibile spendere dei veri e propri voucher finanziati dalla Fondazione Cassa di risparmio di Modena.

Incontro domanda- offerta.

Anche lo spazio dell'incontro domanda-offerta di lavoro, per non essere lasciato a pratiche evasive dei diritti-doveri delle controparti, richiede un coordinamento stretto tra tutti i soggetti istituzionali che operano nei territori, nella direzione di costruire una rete che sia in grado di garantire una risposta unitaria, specializzando nel contempo i diversi nodi che la compongono, sulla base di competenze specialistiche.

L'incontro tra domanda e offerta viene in genere esplicitata attraverso la creazione di sportelli sul territorio. Destinatari del servizio sono da un lato le donne straniere interessate a prestare la propria opera come assistenti familiari, dall'altro le famiglie stesse, che hanno necessità di disporre di assistenza personalizzata per i propri congiunti in difficoltà.

Alle assistenti familiari vengono offerti servizi di accoglienza ed ascolto del proprio bisogno di inserimento lavorativo, di informazione sulle modalità di accesso al lavoro per gli immigrati e sull'avvio del rapporto di lavoro con la famiglia ospitante, colloqui individuali di mediazione interculturale e di orientamento, percorsi di analisi delle competenze professionali per comprendere quanto si può già offrire al mercato del lavoro e quanto invece si deve rafforzare in termini di competenze individuali, partecipazione a corsi di formazione, incontri di orientamento di gruppo che hanno l'obiettivo di migliorare l'informazione sul mercato e sulla cultura del lavoro locale.

Alle famiglie, gli sportelli tendono invece ad offrire accoglienza ed ascolto del proprio bisogno, mirano a coinvolgere i servizi sociali comunali per le eventuali problematiche di tipo sociale, assistenziale, abitativo, garantiscono informazione e consulenza sulle pratiche amministrative per l'attivazione del rapporto di lavoro, favoriscono l'incontro con le assistenti familiari, garantendo supporto e consulenza per l'avvio delle pratiche contrattuali (oneri previdenziali, ferie, malattie, sostituzioni, ecc.), accompagnando l'inserimento dell'assistente presso l'anziano.

Spesso l'implementazione di questo tipo di sportelli viene supportata da altre misure, anch'esse finalizzate a favorire e qualificare l'incontro tra domanda e offerta, quali la creazione di albi o registri di badanti e la promozione di attività formative dirette a migliorare le capacità delle assistenti familiari (questo tipo di politiche verranno prese in considerazione in modo più approfondito nei prossimi paragrafi).

L'architettura di interconnessione delle istituzioni, che oggi restano separate, deve garantire un modello snello e integrato di risposta ai bisogni multipli dell'utenza sia sul fronte della dimensione sociale e di cura sia su quello propriamente lavorativo, dove il primo è propriamente di competenza dei Comuni, il secondo della Provincia. Le strutture coinvolte possono dunque essere di tre tipi:

a) gli *sportelli sociali* dei comuni con ruolo di informazione sull'offerta dei servizi territoriali a favore dell'area privata della cura, come l'accompagnamento all'inserimento della lavoratrice nel contesto familiare, i servizi di affiancamento, la rete delle sostituzioni, le iniziative di formazione, servizi per gli aspetti contrattuali;

b) i *servizi per l'impiego* predisposti dagli ordini provinciali, hanno "competenza sulle attività di intermediazione, inclusa la consulenza per le procedure di permesso di soggiorno, il bilancio di competenze della lavoratrice migrante, l'orientamento formativo e la promozione della creazione d'impresa per le donne che intendono costituirsi in cooperativa o altre società di lavoro" (Rossi 2006);

c) La legge 152/2001 permette anche ai *patronati sindacali* di avere ruoli di informazione, coordinamento, orientamento rispetto all'offerta dei servizi territoriali, assistenza in caso di controversie e di consulenza per le pratiche di soggiorno.

L'esperienza di costituzione di agenzie mandatarie, quali strutture dedicate all'intermediazione, lecita e gratuita, tra domanda e offerta di prestazioni, è stata sperimentata in molte realtà territoriali. Tra questo tipo di esperienze, si annoverano il Centro Risorse assistenti familiari della Provincia di Parma, il progetto "Promo Care" sviluppato in Provincia di Trento ed il progetto Serdom di Modena.

Pooling di risorse

Politiche di emersione del lavoro nero dovrebbero essere legate anche all'offerta di servizi, con l'esplicita funzione di renderne più conveniente la regolarizzazione. Alcune politiche utili alla regolarizzazione del lavoro domestico insistono proprio sul miglioramento di queste condizioni attraverso la nascita e lo sviluppo di soggetti cooperativi in grado di organizzare i lavoratori individuali.

Le agenzie cooperative tra assistenti familiari, non hanno però trovato terreno fertile nel nostro Paese, dove le esperienze si sono prevalentemente orientate nella direzione di favorire e mediare l'incontro tra domanda e offerta di servizi, senza però costruire forme organizzate di cooperazione tra lavoratrici, che continuano ad operare singolarmente sul mercato.

Formazione delle lavoratrici

Nella direzione del sostegno all'offerta operano inoltre una serie di interventi riguardanti la *formazione* degli operatori privati. Spesso infatti il lavoro di assistente familiare viene sottovalutato dai più, come se l'agire in un luogo informale rendesse questa attività meno professionale: sembra normale credere che tutte le competenze necessarie al corretto svolgimento di questa attività, siano capacità che si acquisiscano facilmente, con la pratica, o che si possiedono naturalmente, tanto più quando a svolgere questo mestiere è una donna, da sempre riferimento nella cura della casa e della famiglia (Rossi, 2004).

In molti casi, le donne straniere che operano in Italia come assistenti familiari, sono in possesso di titoli di studio elevati che però non vengono riconosciuti nel nostro paese

o non sempre sono attinenti a materie assistenziali e infermieristiche, con il risultato che si è venuta a creare una figura altamente “precaria” che lavora in un mercato sommerso e senza una preparazione adeguata per le mansioni da svolgere (Leonardi, 2005). In realtà, per rendere il servizio offerto un servizio di qualità, sono necessarie competenze specifiche, che includono nozioni di tipo infermieristico di base, nonché competenze connesse alla sfera umana che permettano di gestire complesse situazioni psicologiche ed emozionali.

In alcune Province del nord, sulla base del Decreto ministeriale del 10 ottobre 2005 del Ministero del Lavoro e della previdenza sociale, con il quale si approva il modello di *Libretto formativo del cittadino* e si dà seguito alle linee operative per quanto attiene la certificazione delle competenze, hanno elaborato un percorso formativo specifico per la figura professionale dell'Assistente familiare, attivando azioni formative presso gli enti di formazione professionale su figure socio-assistenziali come quella dell'Asa, validando e standardizzando i criteri di certificazione delle competenze. Questo percorso ha permesso di inaugurare una discussione volta ad identificare i processi di lavoro e le relative mansioni che potranno essere svolti dalla figura professionale che verrebbe accreditata:

- supporto alla vita quotidiana
- mantenimento e recupero fisiologico
- mantenimento e/o recupero del benessere psicologico
- verifica dell'efficienza e dell'efficacia del piano d'intervento

Sulla base di questi processi, è stato definito un relativo mansionario con specifiche attività, fino all'esplicitazione delle operazioni minime per ciascun compito: in Provincia di Milano, ad esempio, l'ipotesi di “bonus formativo” acquisibile con la partecipazione al corso di Assistente familiare, che viene riconosciuto come credito per il corso di Ausiliario Socio-Assistenziale, favorisce una crescita e una qualificazione culturale e rappresenta un'effettiva chance di mobilità occupazionale (Minoia, Arosio, 2006).

Tra i numerosi progetti implementati si citano, a titolo esemplificativo, quelli maturati nella realtà bolognese nell'ambito del progetto Madreperla, l'esperienza dell'agenzia Montedomini di Firenze, quella dell' Usl 2 nel Distretto del Perugino ed il progetto “Un sogno per tutti” sviluppato a Torino.

Registri di badanti

Oltre all'attestato di partecipazione, si stanno sviluppando sul territorio soluzioni di accreditamento dei lavoratori che hanno maturato crediti formativi attraverso l'istituzione di appositi “albi”, ovvero di liste di erogatori accreditati che il soggetto pubblico mette a disposizione degli utenti, nel contesto di sportelli informativi, servizi telefonici o data base informatizzati dedicati all'incontro domanda-offerta.

Questi registri sono in genere composti dai nominativi di coloro che hanno preso parte a corsi di formazione per assistenti domiciliari. Per quanto riguarda la gestione di questo servizio, vi sono due modalità organizzative differenti: nella prima, il Comune

non entra in nessun modo nel rapporto lavorativo tra famiglia e assistente domiciliare, rapporto che si configura di natura giuridica strettamente privatistica, garantendo esclusivamente i requisiti necessari all'iscrizione all'albo (ad esempio partecipazione ad un corso di formazione, certificazione della figura professionale, superamento di un esame, criteri curriculari, ecc.), nella seconda ipotesi, il Comune (o la realtà titolare dell'albo) provvede ad accompagnare la famiglia nel disbrigo delle pratiche di assunzione, nella regolarizzazione del rapporto professionale e, più di rado, nelle successive attività di tutoring e monitoraggio.

L'istituzione di albi presenta il doppio esito di favorire l'incontro tra domanda e offerta di lavoro e di disincentivare il ricorso al mercato sommerso, predisponendo liste di badanti con competenze certificate.

Diverse sono le esperienze maturate sul nostro territorio in relazione all'istituzione di Albi o Registri di badanti qualificate disponibili sul mercato del lavoro. Una di queste esperienze è quella da poco istituita dal Comune di Ancona: il progetto consiste nella creazione di un registro cittadino di assistenti familiari formate nell'ambito di un corso di formazione di 100 ore atto garantire ai partecipanti il possesso dei requisiti necessari all'iscrizione al registro. Il progetto "*Registro cittadino degli assistenti familiari*" prevede, oltre l'istituzione del registro stesso, il coordinamento permanente con altri soggetti promotori di corsi di formazione e rappresentanti di parti sociali in grado di occuparsi delle politiche rivolte agli assistenti familiari.

Nella stessa direzione si muovono iniziative sviluppate dal *Comune di Desio* e, nella Provincia di Pavia, dal *Progetto Sportello Donna*. Entrambi i progetti prevedono un momento formativo finalizzato alla qualificazione del personale addetto al lavoro di cura domiciliare mirato costituzione di un Albo badanti.

Tutoring

Gli oneri e le difficoltà che emergono per i datori di lavoro e le responsabilità che ne derivano in termini di rischi (che qui fanno capo ad una famiglia e non ad un'azienda), hanno portato, in via sperimentale, alcuni servizi territoriali ad attrezzarsi con servizi di garanzia in grado di sostenere in prima istanza le contingenze di crisi e bisogni urgenti, in seconda istanza, di promuovere un percorso di monitoraggio e supporto continuo. La programmazione dei servizi territoriali prevede in alcuni casi azioni di sostegno dell'area privata in termini di *tutoring*.

In questi casi gli operatori domiciliari e socio sanitari attivano un servizio di garanzia su richiesta degli interessati: "L'assistente familiare può contare su una guida nei primi giorni di inserimento nella casa dell'anziano, e anche in seguito, potrà appoggiarsi a lui nelle emergenze, partecipare a gruppi di scambio d'esperienza con altre lavoratrici." (Toniolo Piva, 2002).

Individuato nella figura ora dell'operatore domiciliare, ora dell'operatore socio-sanitario, il *tutor* domiciliare si mette a disposizione sia dei responsabili della cura sia delle lavoratrici, per far fronte alle fasi più delicate e critiche del ciclo di lavoro e cura (inserimento in casa dell'anziano, aggravamenti dello stato di salute dell'assistito,

emergenze, ricoveri o dimissioni ospedaliere, malattia e periodi d'assenza dell'assistente...). Si tratta quindi di un servizio di affiancamento e garanzia che dovrebbe divenire strutturalmente complementare e aggiuntivo alle prestazioni acquistate sul mercato privato.

Nel panorama nazionale ed europeo, l'introduzione di una figura con queste caratteristiche è stata spesso collegata all'erogazione di prestazioni monetarie dirette come gli assegni di cura: l'Emilia Romagna, ad esempio, prevede che la valutazione iniziale dell'anziano (e della rete familiare) sia affidata ad un'Unità di Valutazione Geriatria territoriale e che il piano di assistenza sia personalizzato e sostenuto da un "responsabile del caso" nominato dall'Uvg. Si prevede inoltre un monitoraggio nel tempo da parte del responsabile del caso e una valutazione in itinere. Nonostante le notevoli difficoltà incontrate in fase attuativa, peraltro, i percorsi di affiancamento e sostegno e quelli di stesura di un piano integrato di intervento, sono previsti a livello nazionale dalla legge quadro 328 e inseriti negli ordinamenti legislativi di molte delle realtà che hanno adottato queste misure.

Tra le esperienze di tutoring censite nel contesto italiano è possibile annoverare l'esperienza del progetto "Madreperla" (già precedentemente menzionato in tema di formazione) che contempla la possibilità di tutoring a domicilio da parte di operatrici socio-sanitarie qualificate che hanno frequentato un corso di formazione specifico. La presenza dell'operatrice socio-sanitaria direttamente nel contesto familiare dell'anziano, intende affrontare direttamente nel contesto lavorativo eventuali problematiche che possono insorgere tra badante ed assistito, personalizzando il percorso formativo a differenti esigenze contestuali. Non si tratta in realtà di una vera e propria attuazione dei tutoring, intesa nel senso stretto del termine, ma rappresenta probabilmente uno dei casi italiani che più si avvicina a tale forma di assistenza nell'ambito del lavoro domiciliare.

Un altro caso di intervento mirato ad estendere l'assistenza in itinere del lavoro di cura è rappresentato dal progetto "Vivo con te": il servizio si propone di fornire forme di supporto e consulenza alla famiglia e all'assistente familiare nel corso del progetto di assistenza, non solo in relazione all'assolvimento delle pratiche amministrative previste dal contratto, ma anche a sostegno della continuità della prestazione lavorativa, mediante la sostituzione del personale nel periodo di ferie, malattia e maternità.

Servizi di sollievo

Nel contesto di una prestazione ad alta intensità di lavoro sia fisica sia psichica, con cicli di operatività giornaliera che possono superare le 12 ore e prestazioni che si possono spingere anche in orari notturni, in molte realtà, i servizi territoriali hanno attivato forme di sostegno miranti ad offrire «sollievo» sia alla lavoratrice, sia alla famiglia direttamente impegnata nella cura di una persona fragile. Queste misure sono in genere erogate contestualmente ad altri interventi di politica sociale (ad esempio i buoni sociali) e ne completano gli affetti che ricadono a livello plurimo sulla famiglia

dell'anziano non autosufficiente. Esempi di tali politiche sono i Centri Diurni Integrati, i Ricoveri temporanei, i Gruppi di auto-mutuo aiuto, il sostegno psicologico. Il ricorso temporaneo al Centro Diurno Integrato, ad esempio, potrebbe rispondere contemporaneamente al bisogno di domiciliarità dell'anziano (che continuerebbe ad essere seguito da professionisti che intervengono sul piano sanitario, riabilitativo e animativi) e a quello di sollievo di badante e familiari, permettendo a questi ultimi di svolgere un'attività lavorativa parallela a quella di cura. Altri interventi di sollievo sono i ricoveri temporanei e i periodi di soggiorno.

ALLEGATO

Indice

INDICE

	pag.
PREMESSA	1
PARTE I - LA NON AUTOSUFFICIENZA DEGLI ANZIANI: NUOVO PROFILO DI RISCHIO E VULNERABILITÀ SOCIALE	5
1. Diffusione del fenomeno, risposte in atto e politiche <i>in fieri</i>	9
1.1 <i>Il fenomeno: rischio e realtà di non autosufficienza</i>	10
1.2 <i>Le risposte in atto: tra servizi sociali, cure informali e assistenza a pagamento</i>	16
2. Le prospettive d'intervento: proposte in campo e approfondimenti necessari	29
2.1 <i>Quali sviluppi recenti</i>	40
<i>box 1 Il Welfare alla spagnola</i>	40
<i>box 2 Le Regioni alla prova della sussidiarietà verticale</i>	45
 PARTE II – I SERVIZI TERRITORIALI PER LA NON AUTOSUFFICIENZA: UN'INDAGINE DI CAMPO NEI 100 COMUNI CAPOLUOGO DI PROVINCIA	 49
Premessa e nota metodologica	49
1. Il sistema dei servizi e degli interventi	52
1.1 <i>L'articolazione e la gestione dei servizi per la non autosufficienza</i>	52
1.1.1 <i>I servizi domiciliari</i>	54
1.1.2 <i>I servizi residenziali</i>	55
1.1.3 <i>I servizi semi-residenziali</i>	57
1.1.4 <i>I servizi socio-sanitari</i>	59
1.1.5 <i>I servizi di sostegno e le azioni di sistema</i>	61
1.1.6 <i>Servizi ed interventi di tipo monetario</i>	63
2. La governance territoriale della non autosufficienza: attori e modalità di gestione dei servizi	65
2.1 <i>Attori e modalità di gestione</i>	65
2.2 <i>La programmazione dei servizi per anziani non autosufficienti</i>	70
2.3 <i>Il servizio e l'utente: la definizione dello stato di non autosufficienza, i criteri di accesso al servizio e la personalizzazione dell'intervento</i>	71
2.4 <i>La spesa per la non autosufficienza: modalità organizzative, articolazione, la compartecipazione dell'utente e fonti</i>	75
3. L'integrazione socio-sanitaria	79
4. Per concludere	84
 PARTE III - L'INTEGRAZIONE DELLE ASSISTENTI FAMILIARI IMMIGRATE NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI	 86
Introduzione	86
1. Il caso italiano: demografia, welfare e immigrazione	89
1.1 <i>Trasformazioni demografiche, territori, immigrazione</i>	90

1.2	<i>Modelli migratori e mercato del lavoro di cura</i>	94
1.3	<i>Dimensioni del fenomeno: il problema della quantificazione</i>	98
2.	<i>Caratteristiche del mercato del lavoro di cura</i>	101
2.1	<i>La ricerca del lavoro</i>	101
2.2	<i>Le procedure di regolarizzazione e assunzione</i>	103
2.3	<i>L'avvio del rapporto lavorativo: i nodi della relazione badante-famiglia-anziano</i>	104
2.4	<i>Mansioni e orari</i>	109
2.5	<i>Regimi contrattuali, salariali, contributivi</i>	110
3.	<i>Alcune questioni aperte</i>	117
3.1	<i>Il ricorso al lavoro non regolare</i>	119
4.	<i>L'integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi territoriali</i>	122
4.1	<i>L'indagine territoriale</i>	123
4.2	<i>Politiche di sostegno della domanda</i>	126
4.2.1	<i>Agevolazioni fiscali</i>	126
4.2.2	<i>Semplificazione degli oneri amministrativi</i>	127
4.2.3	<i>Voucher e assegni di cura</i>	129
4.3	<i>Incontro domanda-offerta</i>	132
4.4	<i>Pooling di risorse</i>	135
4.5	<i>Formazione delle lavoratrici</i>	136
4.6	<i>Registri di badanti</i>	139
4.7	<i>Tutoring</i>	140
4.8	<i>Servizi di sollievo</i>	144
4.9	<i>Conclusioni: ragionare per reti</i>	145
	<i>Bibliografia</i>	148
	<i>Allegati</i>	155
	<i>Parte II</i>	
	1) Il Questionario	
	2) Appendice	
	<i>Parte III</i>	
	1) Schede progetti censiti	