

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA

Il ruolo e le attività del patronato sindacale

Rapporto finale

- maggio 2007 -

Il presente rapporto è frutto della collaborazione fra:

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.

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
box 1 Il Welfare alla spagnola	40
box 2 Le Regioni alla prova della sussidiarietà verticale	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. Caratteristiche del mercato del lavoro di cura	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. Alcune questioni aperte	117
3.1 <i>Il ricorso al lavoro non regolare</i>	119
4. L'integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi territoriali	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
------------------------	------------

Parte II

- 1) Il Questionario
- 2) Appendice

Parte III

- 1) Schede progetti censiti

Premessa

Questa ricerca, realizzata dall'Ires per conto ed in collaborazione con il Patronato nazionale Inca, deriva dalle esigenze di ridefinizione dei sistemi di welfare poste dalla convergenza, ormai ampiamente analizzata e da tempo presente nel dibattito socio-politico, fra un duplice ordine di trasformazioni in atto:

- a) il cambiamento epocale della composizione demografica della popolazione, dovuta prevalentemente all'invecchiamento della popolazione e alle trasformazioni dei modelli familiari;
- b) le modificazioni profonde della struttura socio-economica quali il rapporto tra mercato del lavoro e servizi sociali, la partecipazione delle donne al mercato del lavoro.

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»¹ – appare emblematica del convergere delle due linee di cambiamento anzidette. Ciò che 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 auto-sufficienza 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 territoriali 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.²

¹ Definizione adottata nella «Proposta di legge di iniziativa popolare», *Un piano per interventi integrati sulla non autosufficienza finanziato da un fondo nazionale*, SPI-CGIL – FNP-CISL – UILP-UIL.

² Come ricorda opportunamente Chiara Saraceno, «esse non possono venire soddisfatte esclusivamente tramite il solo lavoro familiare, né tramite le politiche del lavoro. Tuttavia queste ultime dovranno essere più recettive al fatto che i lavoratori, nel corso della loro vita, devono far fronte a problemi di dipendenza diversi, non collocati in un'unica fase e rispetto solo alla presenza di bambini piccoli» (Saraceno, 2003, p. 86).

Questo presuppone qualcosa che viceversa appare sempre meno scontato, ossia la presenza di questo supporto fornito dai famigliari.³

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 (e citata) partecipazione femminile al mercato del lavoro, ad un aumentato ruolo assistenziale della famiglia corrisponderà una palese diminuzione delle risorse informali disponibili⁴?

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”?⁵

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.

³ «Ciò tuttavia appare sempre meno verosimile, almeno nelle forme che hanno prevalso in passato, a seguito dell'accresciuta partecipazione al mercato del lavoro da parte delle donne di età tra i 40 e i 65 anni - figure tradizionalmente impegnate in prima persona in tali compiti - e del peggioramento di diversi parametri socio-demografici, quali in particolare il rapporto tra numero di anziani e numero di adulti, la dimensione media dei nuclei famigliari e l'allentamento dei legami intergenerazionali» (I.N.R.C.A., 2003).

Il progetto di ricerca si estendeva su un arco di tempo triennale, in 6 paesi europei comparati con altri 17, e prevede una *survey* su 1000 *care-givers* familiari di ultra-sessantacinquenni non istituzionalizzati per ogni nazione (tra cui l'Italia).

⁴ Ci si riferisce a lavori locali di ricerca su *care-givers* di famiglie che percepiscono un assegno di cura (Brescia, Modena) o un servizio di assistenza domiciliare (Pordenone). Cfr.: Pellegrino, 2002; Galli-Pellegrino, 2003.

Dati aggiornati al 2003 indicano come il tasso di occupazione femminile abbia raggiunto in Italia il 43%, aumentando di oltre dieci punti percentuali in un solo decennio (Pavolini, 2004).

⁵ «Un sistema familiare come quello descritto avrà diverse strade di fronte a sé nel momento in cui l'equilibrio sarà spezzato. Potrà esserci un intervento dei servizi di assistenza domiciliare [...] potrà accrescersi l'intervento della famiglia [...] potrà individuare in un aiuto privato (oggi sempre più spesso si tratta di una lavoratrice familiare straniera) il perno dell'assistenza continuativa» (Taccani, 1999, p.1).

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 presente 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.

La *prima parte* 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) di 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...).

La *seconda parte* riporta i risultati di un'indagine quantitativa realizzata nei 100 comuni capoluogo di provincia sulle caratteristiche dei sistemi di offerta di servizi sociali per gli anziani non autosufficienti. La rilevazione è stata svolta attraverso la somministrazione di un questionario strutturato in 5 sezioni riguardanti: il sistema dei servizi e degli interventi; gli attori e le modalità di gestione dei servizi; il servizio e l'utente; la spesa; l'integrazione socio-sanitaria.

La *terza parte* del rapporto infine è dedicata ad un approfondimento sul fenomeno del lavoro immigrato - le cosiddette 'badanti' - , considerato uno dei meccanismi di risposta alla non autosufficienza. Vengono pertanto affrontati in via analitica e comparativa le principali dimensioni che strutturano il mercato privato del *care* nel nostro Paese (quali per esempio le caratteristiche sociodemografiche dei lavoratori della cura; gli aspetti connessi all'avvio del rapporto professionale, il mercato sommerso) e presentati i risultati di un'indagine di campo effettuata sulle esperienze maturate in ambito locale da alcuni Comuni, Province e strutture di Terzo settore, in funzione di un'integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi pubblici di

welfare. 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.

PARTE I – LA NON AUTOSUFFICIENZA DEGLI ANZIANI: NUOVO PROFILO DI RISCHIO E DI VULNERABILITÀ SOCIALE

Questa prima parte del rapporto, come accennato in premessa, s'incentra su tre assi fondamentali, cercando per ognuno di essi di fare il punto a partire dalla copiosa produzione di studi degli ultimi anni:

- inquadramento delle caratteristiche, attuali e tendenziali, del **fenomeno**, in Italia e in Europa;
- 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);
- 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...).

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 cugini¹.

Più recentemente, anche il direttore dell'Istituto di Studi sulla Popolazione e il Territorio dell'Università Cattolica di Milano – introducendo una raccolta di

¹ Golini A., *Proiezioni della popolazione anziana e delle famiglie: situazione attuale e prospettive*, in: Fondazione Finney – Commissione UE, 1996, pp. 247-255.

contributi dedicati alla «questione anziana» – descriveva scenari di grande impatto sul “carico sociale della struttura demografica”², 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?»³.

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)⁴.

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 essi⁵.

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.⁶

² In seguito ridefinito come “indice di dipendenza anziana”, dato che il “carico sociale” include anche i minori (0–14 anni) che, in quanto in età di obbligo scolastico, sono anch’essi “dipendenti”.

³ «Impressiona l’impennarsi della dimensione quantitativa del fenomeno: [...] Il totale delle situazioni di non autonomia dai 65 anni in su passa da un milione nel 2010 a due milioni nel 2040, cioè nell’arco di una sola generazione» (Micheli, 2004, pp. 13-14).

⁴ «Da allora al Censimento del 2001 la popolazione lombarda sopra i 65 anni è cresciuta di un 6% circa, e un altro 6,5% ci porta alla proiezione Istat al 2005, cioè ad oggi [...] già tra cinque anni l’equilibrio tra domanda e offerta si spezza, come evidenzia l’innalzamento della curva *age-specific*. In 30 anni la prima doppiere la seconda» (Ivi, pp. 24–25).

⁵ Rostgaard T., *L’offerta di servizi sociali e socio-educativi*, in: Gori (a cura di), 2001a.

⁶ «Ne consegue che, se oggi e grossomodo fino al 2010 su 100 donne di 50–60 anni gravano 24 anziani non autosufficienti, essi diventeranno 40 nel 2030, addirittura 75 nel 2050 [...] Che fare allora?... non restano che due strade per contenere la crescita degli indici di cura: disinnescare il

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 professionale⁷; 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*⁸.

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»⁹.

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).¹⁰

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

meccanismo di perdita di autonomia dell'anziano... oppure allargare la piattaforma del loro supporto sociale, affiancando alla *care-giver* altri attori per genere, età, funzione sociale» ((Micheli, 2004, pp. 15–16).

⁷ «La difficoltà della generazione più giovane ad essere presente nella funzione di cura è sicuramente da ricollegare alla necessità per quest'ultima di essere contemporaneamente impegnata sul mercato del lavoro, dove non è previsto nessun riconoscimento o flessibilità per il lavoratore che si fa carico di una persona non autosufficiente. Il *care-giver* tende quindi nei fatti ad essere un soggetto non in condizione professionale (...) chi ha un lavoro, è necessariamente impegnato a tempo pieno. Le forme flessibili di occupazione, come ad esempio il *part-time*, continuano ad essere estremamente ridotte» (Bramanti D., *La funzione del care-giver: tra supporto e mediazione*, in: Colozzi – Donati, 1995. pp. 189-190).

Anche da un'indagine successiva in Lombardia risultava che il 57,1% dei *care-giver* non lavora (IreR, 2000).

⁸ Taccani P., *Le politiche di sostegno per le reti informali*, in: Gori (a cura di), 2001b.

⁹ Lamura G. – Lucchetti M. – Socci M., *Personale straniero e assistenza all'anziano non autosufficiente: due ricerche in Emilia e Marche*, in: Micheli (a cura di), 2004, p.106.

¹⁰ L'opzione dell'assistenza privata di mercato sarà oggetto di un diverso *report* e verrà qui ripresa solo ai fini di completezza del discorso sulle “risposte di fatto” messe in campo per fronteggiare il fenomeno.

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.

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 condivisa¹¹.

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 poter 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 – che analizzeremo più in dettaglio successivamente – 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).

¹¹ “Anziani, è in arrivo il Fondo sociale”, ItaliaOggi, 12.07.2006.

1. Diffusione del fenomeno, risposte in atto e politiche *in fieri*

Proprio il riferimento comparativo all'Europa sarà una delle chiavi di volta di questa prima parte del rapporto. Nell'ambito del processo di integrazione politica rappresentato dall'UE, il tema del fronteggiamento della non autosufficienza s'impone come una delle problematiche che interpellano con urgenza, almeno la Comunità dei 15 Paesi a *welfare state* sviluppato¹².

E tuttavia, è evidente nel modo di trattare anche questa materia, come ogni altra sfida che si pone ai sistemi di protezione sociale, come i percorsi storici di lungo periodo che hanno plasmato i vari modelli di Stato sociale «condizionino, e addirittura in parte prestrutturino, le attuali opzioni di riforma», come dice Ferrera. Le sue «quattro Europe sociali» (Ferrera, 1998) mantengono le loro validità esplicative, anche se diversi lavori hanno mostrato come, riguardo al segmento specifico dei servizi sociali alla persona, sia forse più opportuno riconoscere almeno cinque tipologie.

È soprattutto all'interno del modello “continentale” – che già nelle storiche classificazioni di Titmuss (“acquisitivo-performativo”) e di Esping-Andersen (“conservatore-corporativo”) includeva anche i paesi del Sud-Europa – che le esperienze nazionali in materia di servizi sociali si mostrano particolarmente differenziate, ad esempio proprio per quanto riguarda l'assistenza continuativa agli anziani non autosufficienti.

«Da un lato Germania, Austria e Lussemburgo [*oltre ai Paesi Bassi*] hanno introdotto programmi pubblici di tipo assicurativo volti a garantire su base universalistica l'assistenza ai soggetti non autosufficienti. Dall'altro la Francia ha promosso un nuovo programma di assistenza ai soggetti non autosufficienti finanziato attraverso una serie di fonti diversificate, in parte provenienti dal sistema assicurativo e in parte dalla fiscalità [*oltre che dalla compartecipazione degli utenti*]» (Pavolini, 2004, p.59, *corsivi nostri*).

Su un piano più ampio, altri studiosi hanno assimilato più i casi tedesco e olandese per il forte peso delle organizzazioni sussidiarie - confessionali, sindacali o associative, i famosi “pillars” – e quelli francese e belga per la rilevanza delle politiche per la famiglia.¹³ Invece, in un paio di rapporti internazionali sulle politiche di sostegno alle cure informali, erano i paesi dell'area detta BeNeLux a

¹² Forse ancora non si può dire altrettanto della nuova «Europa a 25», su cui peraltro sono ancora troppo pochi i dati sistematici comparativi.

¹³ Anttonen A. – Sipilä J., *I modelli di servizi sociali in Europa*, in: Gori (a cura di), 2001a.

Abbiamo ritenuto qui di non riprendere la nota *Pflegeversicherung* (“Assicurazione di cura”) tedesca, essendo ormai disponibile un'ampia trattazione in merito, anche in saggi compresi nella stessa bibliografia da noi utilizzata.

distinguersi per il particolare modo di combinare sussidi in denaro e congedi in tempo (Pellegrino, 2000).

In questa sede, anche per ragioni di concisione, non riporteremo studi di caso nazionale, ma piuttosto adotteremo tale prospettiva modellistica – anche nel solco di recenti lavori dell'IRES (Mirabile, 2005) – mantenendo il riferimento ad uno Stato membro per ciascun modello; per ragioni di disponibilità di dati ed analisi, oltre che per la presenza di consolidate istituzioni di ricerca ai fini di un eventuale approfondimento, prenderemo in esame spunti provenienti da quattro nazioni: 1) la Danimarca, per il modello *scandinavo*; 2) il Regno Unito, per il modello *anglosassone*; 3) i Paesi Bassi, per il modello *continentale-sussidiario*; e 4) la Francia, per quello *continentale-familista*; ovviamente in un confronto con l'Italia, in quanto esponente di quel modello *mediterraneo* - o del *latin-rim*, che Gough definiva «ad assistenza sociale *rudimentale*» (Ivi, p.10) -.

1.1 *Il fenomeno: rischio e realtà di non autosufficienza*

Inizieremo ad adottare l'approccio comparativo già dalla descrizione del fenomeno, nelle sue caratteristiche portanti. Con un'avvertenza, già anticipata in introduzione: il dibattito sul “rischio” muove dalla conoscenza di un'evoluzione demografica che, seppur prevedibile, dispiegherà i propri effetti nei prossimi tre o quattro decenni, delineando quella che è stata definita una “nuova questione sociale” in cui l'effettivo rischio è che essa vada a cadere fuori dalle maglie della rete di protezione sociale predisposta dal *welfare*.

«Da un lato le assicurazioni obbligatorie continuano a convogliare risorse verso la protezione sociale di rischi che hanno smesso di generare bisogni, almeno per larghe fasce della popolazione. [...] Dall'altro lato non viene offerta invece alcuna protezione, o solo protezioni molto modeste a individui e famiglie che si trovano in condizioni di bisogno non associate alle tradizionali fattispecie di rischio. Pensiamo ad una madre sola, a un occupato irregolare o a un disoccupato di lungo periodo con familiari a carico, a una persona molto anziana non autosufficiente: figure ormai sempre più diffuse ma vistosamente sottoprotette» (Ferrera, 1998, pp. 18–19, *corsivo nostro*).

Ma alcune di queste tendenze sono già una “realtà”, che giustifica ampiamente perché la questione della non autosufficienza anziana sia esplosa in Europa occidentale fin dai tardi anni '80 – come si evince dalla **tabella 1** – ove è in corso un sensibile progresso di invecchiamento della popolazione, determinato «dall'effetto congiunto di una riduzione della fertilità e da una costante tendenza all'aumento della durata di vita media» (De Vincenti, 2000).

Tabella 1

Tuttavia, le nazioni considerate nel confronto sembrano riuscire a contrastare una dinamica generalizzata, pur attraverso vie diverse: chi mantenendo costantemente attivo il saldo naturale della popolazione, grazie a positivi tassi di fertilità (Francia); chi ricorrendo ampiamente ai flussi migratori, che imprimono un profilo elevato alla curva di crescita totale della popolazione (Danimarca); chi infine combinando in maniera più moderata i due indici demografici (Regno Unito e, in questo caso, anche i Paesi Bassi).

Solo l'Italia (con il gruppo dei Paesi sud-europei) ha marcato per un lungo periodo indici negativi su entrambi i fronti, compensandosi un po' solo grazie al saldo migratorio positivo dagli ultimi anni '80); l'esito scontato è stato di entrare nel nuovo secolo con un "indice di dipendenza anziana" – il dato più significativo dal punto di vista delle politiche sociali – *già* superiore di un paio di punti alla media comunitaria, su cui si livellano invece gli altri Stati membri.

Il "già" si riferisce al fatto che si è trattato di un sorpasso nei confronti degli altri Stati membri dell'UE, poiché il punto di partenza di quest'evoluzione – all'inizio degli anni '60 – vedeva l'Italia ed i Paesi mediterranei partire dai valori più bassi. Ancora nel 1970, la popolazione tra 65 e 80 anni era in Italia il 9% del totale (e in Spagna l'8%), quando gli altri Paesi e la media CEE avevano già infranto la barriera del 10%: gli ultra 80enni erano a fine decennio scorso poco sopra il 4% in tutti i Paesi considerati, ma in Italia sono raddoppiati solo nell'ultimo ventennio, mentre la quota era già superiore al 2% nel 1960 (in Francia e Regno Unito) o nel 1970 (in Danimarca).

Le maggiori preoccupazioni, in termini di "rischio" appunto, vengono però dalle previsioni, disponibili per ciascun Paese sebbene secondo procedure nazionali non standardizzate (**tabella 2**). Non stupisce che Francia (12%) e Danimarca (8%) siano le nazioni attese al maggior aumento della popolazione complessiva, con leggero trend di crescita anche per il Regno Unito, mentre l'Italia segnerebbe un pesante calo che la porterebbe nel 2040 a mantenersi di poco sopra i 50 milioni di abitanti, con una diminuzione di un ottavo dell'attuale popolazione! In questo quadro, la componente anziana è destinata a diventare sempre più rilevante in tutta Europa, ma ovviamente con ben diversi livelli d'intensità: così, solo l'Italia (insieme alla Germania) nei prossimi trent'anni è destinata a infrangere la soglia del 30% di anziani sul totale (quasi 32% nel 2040), mentre addirittura la Danimarca non dovrebbe nemmeno raggiungere il 20%.

«Decisamente più contenuti si mostrano invece i valori per quei paesi, come la Francia ed il Regno Unito da un lato e i paesi del Nord-Europa dall'altro, caratterizzati da più elevati tassi di fertilità, per i quali la quota di ultrasessantacinquenni non supera il 25% della popolazione complessiva, tranne nel caso della Francia che raggiunge a fine periodo la quota del 27%» (Dragosei, *ivi*, p. 44).

Pertanto per l'indice di dipendenza è previsto in media un aumento vicino al 50% nei primi quattro decenni del 2000: secondo le stime si manterrebbe in linea con questo dato la Francia, leggermente inferiore la Gran Bretagna e molto più limitato per la Danimarca, appena oltre il 30%; mentre per l'Italia verrebbe nettamente abbattuta la barriera di un anziano ogni due persone in età lavorativa.

Si assiste quindi a quella che è stata definita «una piramide che si sta rovesciando», esemplificata dal dato di sintesi che, solo nel 2020, per ogni tre minorenni in Italia ci saranno altrettanti ultra-65enni, più un ultra-ottantenne!¹⁴

E sarà proprio dentro la frazione dei cosiddetti “grandi vecchi” che si concentra la più frequente necessità di cure e assistenza, considerando che l'Istat nel 2000 stimava un'incidenza della disabilità che arriva al 48% tra gli ultra-ottantenni residenti in famiglia, e addirittura il Dipartimento Affari Sociali calcolava che il 52% di essi avranno perso l'autonomia¹⁵.

¹⁴ Pasquinelli S. – Barbot M., *Anziani, reti di cura e servizi alla persona*, in: Gori (a cura di), 2001b.

¹⁵ «Non dell'ampia platea dei pensionati dobbiamo occuparci, dunque (anche l'età del pensionamento d'altronde si sposta in avanti, inevitabilmente e giudiziosamente). Fermiamo la nostra attenzione sugli ultraottantenni: [...] perché una soglia di entrata nella vecchiaia continua ad esserci, come continua a sussistere una condizione biologica ed esistenziale della vecchiaia» (Micheli, 2004, p.14).

(Tabella 2)

Questo è infatti il dato più importante, al di là della pura demografia. Su scala nazionale, l'Istat stimava nel 1997 quasi un 5% di “disabilità grave” fra gli anziani (oltre 65 anni, non ricoverati ma confinati in casa), che darebbe una cifra di oltre 500.000 persone; una quota in linea con quella riscontrata nel resto d'Europa, a cui sarebbe da aggiungersi un altro 15% circa di parziale non autosufficienza (Ranci, 2001a).

Un aspetto fondamentale della situazione demografica riguarda a tale proposito non solo l'invecchiamento degli individui, ma l'incrocio tra il loro stato civile e la loro condizione familiare di residenza, distinguendo opportunamente tra quelle che sono state chiamate le «famiglie *di* o famiglie *con* anziani» (Taccani, 1999).

Qui possiamo riconoscere sostanzialmente tre “stati di famiglia”, a partire da un dato per cui poco meno di due terzi degli *over* 65 continuano ad avere un coniuge convivente, mentre la restante parte è *single* (in quanto vedovo/a, celibe/nubile, separato/a o divorziato/a):

- le *famiglie **di** anziani*, cioè quelle composte da tutti membri ultra65enni (37,5%), perlopiù basate sulla coppia di coniugi anziani conviventi;
- le *famiglie **con** anziani*, in cui si ritrova la coabitazione di uno o più figli con la coppia di genitori anziani (20,8%), oppure di un/a anziano/a rimasto solo con i figli e la loro eventuale famiglia (18,1%);
- gli anziani che vivono soli (23,6%).¹⁶

È naturale come queste diverse organizzazioni familiari chiamino in causa diverse opzioni di *caring*, a seconda delle combinazioni disponibili di risorse relazionali e risorse economiche; non va infatti dimenticato che, nel 2001, il reddito medio pro-capite degli anziani in Italia era inferiore ai 500 euro mensili, con un 59% con reddito inferiore a 1000 euro mensili.¹⁷

Così, sulla frazione degli anziani soli si concentrerà maggiormente l'intervento dei servizi domiciliari, specialmente per quelli a basso reddito; le famiglie che accolgono anziani saranno quelle che più fanno affidamento sull'individuazione di un *care-giver* principale – interno al nucleo o contrattato all'esterno, secondo le disponibilità finanziarie – più o meno sostenute in ciò dalle politiche pubbliche; i nuclei coniugali anziani saranno quelli della cui autonomia meno si occupano le politiche assistenziali (e molto più quelle previdenziali), almeno fino a quando l'invalidarsi o il venire meno di uno dei membri assimila chi resta a una delle condizioni precedenti.

¹⁶ Istat, *Indagine Multiscopo sulla famiglia italiana*, 1997/98.

¹⁷ Pasquinelli S. – Barbot M., *op. cit.*

Infatti tra le coorti più attestate, quelle dove si fa più concreto il rischio di non autosufficienza, ...

[la famiglia unipersonale] «giunge al 36% per i “grandi anziani” (oltre 75 anni). Ben il 43% degli anziani oltre 75 anni che vivono soli non dispone di alcuna rete di sostegno, per l’assenza dei figli oppure per la loro lontananza o indisponibilità. Se le tendenze sociali e demografiche continueranno nel prossimo futuro, è facile prevedere che la domanda di servizi di cura e di aiuto crescerà ulteriormente» (Ranci, 2001b, p. 21).

Dal momento che il tasso di crescita di quella fascia d’età dovrebbe essere più sostenuto di altre, è stato ipotizzato «che *nel 2021*, solo per mantenere l’attuale rapporto tra domanda ed offerta dovrebbe quantomeno essere *raddoppiata* la quantità di servizi (istituzionali o informali) attualmente esistente»¹⁸. Questo è il livello della sfida, col quale sono chiamate a confrontarsi le risposte – esaminate al paragrafo successivo – con una doverosa avvertenza dubitativa.

L’ipotesi appena avanzata vale sotto la condizione che i tassi di non autosufficienza in vecchiaia si mantengano come sono, o addirittura peggiorino; ma questo non è affatto detto! Importanti spunti di ricerca in ambito OCSE vengono a sostenere la tesi che negli ultimi anni i tassi di disabilità si sarebbero sensibilmente ridotti, soprattutto nella fascia tra 65 e 80 anni. Ciò sarebbe effetto di una dinamica correlata tra maggiori redditi, migliori tipologie di lavoro svolto in attività e livelli d’istruzione più elevati; come se il progressivo invecchiamento portasse in età senile generazioni sempre più “attrezzate” (per stili di vita, modelli di consumo e attenzione alla salute) a farvi fronte.

Resta il fatto che – seppure «tra diversi scenari possibili relativamente alla quota di persone anziane con bisogno di assistenza... [si] segnalano un prevalere di risultati più favorevoli allo scenario “neutro”»¹⁹ – il numero assoluto di non autosufficienti, che è poi il dato più rilevante nell’ottica delle risposte da predisporre, è destinato ad aumentare in maniera ragguardevole per l’evoluzione stessa descritta in questo paragrafo.

1.2 Le risposte in atto: tra servizi sociali, cure informali e assistenza a pagamento

Un tema come quello dei servizi alla persona in Italia (e in gran parte d’Europa) chiama in causa a pieno titolo il concetto di “sussidiarietà”, nell’ormai consolidata duplice accezione:

«recepita in modo ampio e articolato nel *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2001/2003* (D.P.R. 3 maggio 2001), previsto dalla L.328/2000. [...]: La sussidiarietà *verticale* riguarda le

¹⁸ Ongaro F. – Clerici R., *Trasformazioni familiari e riflessi sulla condizione anziana*, in: Micheli G. A. (a cura di), 2004, p. 41 (*corsivo nostro*).

¹⁹ Beltrametti L., *Il finanziamento dell’assistenza continuativa*, in: Gori C. (a cura di), 2001b, p. 91.

istituzioni pubbliche e svolge un compito ordinamentale di carattere generale, in quanto serve per attribuire in modo ottimale le competenze ai diversi livelli istituzionali, privilegiando quelli inferiori rispetto a quelli superiori. [...]La sussidiarietà *orizzontale* riguarda invece i rapporti tra le istituzioni pubbliche e la cosiddetta società civile, intesa come l'insieme dei soggetti individuali e collettivi rispetto ai quali l'ordinamento giuridico esprime una valutazione positiva».²⁰

Da una parte infatti, è esperienza comune a partire dal Trattato di Maastricht istitutivo dell'UE, che le politiche sociali, ed in specie quelle di nuova generazione, vengano trattate secondo la prospettiva della *multilevel governance*²¹, ossia di una regolazione negoziata e cooperativa fra i «quattro livelli di governo»: europeo, nazionale, regionale e municipale (Mirabile, 2005).

Peraltro è ormai costituzionalmente affermata in Italia, dopo il duplice pronunciamento referendario (nel 2001 e nel 2006), l'attribuzione della potestà legislativa esclusiva alle Regioni in campo di assistenza sociale e sanitaria, ai Comuni della funzione amministrativa e della responsabilità ultima in quanto «ente esponenziale» per il benessere dei cittadini.

D'altra parte, il problema della non autosufficienza degli anziani è tra quelli che con più evidenza vedono attivarsi risposte provenienti dai quattro vertici del cosiddetto «diamante del *welfare*»²²: servizi pubblici, soggetti di mercato, organizzazioni *no-profit* di terzo settore e (soprattutto) reti primarie informali.

Il vero problema è che questa pluralità di risposte si presenta più sotto la forma dell'*esclusività* delle stesse, che non della loro *interdipendenza*. In particolare e per sintetizzare, di norma i servizi sociali (tanto residenziali, quanto domiciliari) si attivano in mancanza, o in caso di inadeguatezza, delle reti primarie. Da un lato, quindi, «in istituto non si entra perché si è raggiunta una soglia di età da ricovero, ma per effetto di una serie di debolezze legate alla situazione di salute e a quella della rete familiare».²³

²⁰ Villa F., *La comunità come soggetto attivo nella costruzione delle politiche sociali: il caso della Regione Lombardia*, in: Guidicini P. – Landuzzi C. (a cura di), 2006, pp. 130-1.

²¹ Si vedano in proposito vari contributi in: «La Rivista delle Politiche Sociali», n.2/2005.

²² Evers A., *Payments for care. A comparative overview* (ediz. orig. 1994), trad. in: Pellegrino M. (a cura di), 2000.

Va fatto rilevare, in merito alla scarsa rilevanza dell'aiuto fornito da volontariato e privato sociale, come la già citata indagine lombarda registrava che esso «interessa meno dell'1% degli anziani che dichiaravano di necessitare di aiuto in una o più attività quotidiane» (IreR, 2000). Alcuni anni prima, anche nelle conclusioni di una ricerca condotta in tre contesti urbani di rilevazione (Bologna, Lucca e Milano), su un campione di 1450 famiglie con una situazione problematica di *caring* (non solo anziani, però), quella con il mondo associativo si definiva «una relazione *marginale*. Le percentuali di famiglie che hanno detto di aver utilizzato o di utilizzare servizi offerti da gruppi/organizzazioni di volontariato, infatti, sono molto basse, al punto da non superare in nessun caso il 5%» (Colozzi-Donati, 1995, p.313).

²³ Ongaro F. – Clerici R., *op. cit.*, p.47.

Dall'altro, è degno di nota che il servizio sociale domiciliare sovente si pone, anche formalmente, *in alternativa* all'esistenza di una rete informale di cura: ciò significa che le persone con ridotta autonomia, inserite in un contesto familiare che le accudisce, non fruiscono del supporto dei servizi e chi si fa carico del *care-giving* non viene sostenuto in questo compito; per cui il supporto alla famiglia che si prende cura rappresenta il «balzo in avanti che i servizi domiciliari debbono e possono fare per migliorare la qualità e l'efficacia degli interventi» (Galli-Pellegrino, 2003).

Viceversa, il ricorso sempre più diffuso a forme di assistenza privata di mercato sembra presupporre l'esistenza attiva della famiglia allargata, che si appoggia alla risorsa esterna non solo per supplire alla propria assenza – giornaliera (per lavoro) o permanente (per distanza) – ma spesso per rinforzare la propria presenza.

«I dati Istat segnalano al proposito qualcosa di importante, e cioè che il ricorso al *care* privato non dipende tanto dalla presenza o assenza di aiuti familiari (dove paradossalmente parrebbe fare maggior ricorso ad aiuti a pagamento chi ha già maggiori contatti con parenti), quanto dalle disponibilità economiche».²⁴

Il secondo, e forse principale, aspetto critico è che a prescindere dalla loro relativa alternatività le diverse risposte sembrano ben lontane da una loro *esaustività*, rispetto al bisogno che si manifesta e che ancor più si farà pressante.

La **Tabella 3** mostra, con alcuni aggiornamenti ed integrazioni, una serie di dati OCSE che da dieci anni illustrano la limitata copertura – certamente con variazioni significative – che i servizi alla persona esercitano nei paesi europei che abbiamo considerato, dove la sola assistenza domiciliare danese sembra raggiungere livelli di un certo impatto. I dati sono riferiti agli utenti, essendo la diffusione dei servizi sociali difficile da quantificare in modo omogeneo, dato che il decentramento amministrativo interessa in quasi tutta Europa questo comparto del sistema di *welfare*.

²⁴ Pasquinelli-Barbot, *op. cit.*, p.82. Lo stesso Istat infatti nel 2000 stimava che la necessità di assistenza a pagamento per una famiglia *di o con* anziani costasse in media 641.000 lire.

Tabella 3

Malgrado l'Italia segni in questo caso una tendenza alla crescita²⁵, non si può non notare come il suo grado di inclusione complessiva sia tuttora minore di quello che altri paesi ottengono su *una sola* delle due componenti, accoglienza residenziale o servizi domiciliari.

Altrettanto evidente, a conferma dell'importanza esercitata dai “modelli” di *welfare*, è la diversa direzione di sviluppo intrapresa nei vari contesti nazionali: ove cercando di potenziare entrambe le risposte istituzionali, nel caso francese; ove puntando decisamente sull'intervento domiciliare, anche a detrimento di quello residenziale, come in Danimarca; ove con un restringimento complessivo (ma con un'intensificazione delle prestazioni, + 52% delle ore totali di aiuto a domicilio), nella situazione britannica²⁶. Evoluzioni distinte, ma accomunate da un ampliamento generale dei beneficiari, dalle cui percentuali l'Italia rimane molto lontana.

A questi, che sono i destinatari di prestazioni *in kind* (cioè in servizi personali di cura) vanno aggiunti i disabili anziani e le loro famiglie che vengono sostenuti *in cash*, vale a dire con erogazioni monetarie destinate a compensare chi in pratica offre assistenza.

In questa situazione, in Italia, possiamo considerare gli anziani percettori della “indennità di accompagnamento” (la quale attesta la loro completa non autosufficienza), che erano il 6,3% della popolazione anziana (con un 43% dei beneficiari che aveva più di 80 anni) all'inizio di questo decennio. Ad essi andrebbero aggiunti coloro che ricevono dai rispettivi Comuni o Aziende Sanitarie Locali analoghe erogazioni, in genere definite “assegni di cura”²⁷ – che tuttavia «non raggiungono certo le 670.000 persone del programma cui discusso nel 2001» (Pavolini, 2004, p.69).

Se anche assommiamo gli anziani (oltre 75 anni) in famiglia che si avvalgono di assistenza privata – il 7,4% secondo il Rapporto sociale Istat del 2000, quasi il 10% tra coloro che vivono soli – ci rendiamo conto che probabilmente oggi in

²⁵ Va comunque evidenziato come nel progetto-obiettivo “*Tutela della salute degli anziani*” del 1992, conseguente all'introduzione di regole e standard per le Residenze Sanitarie Assistite a partire dal 1990, «si programmava di realizzare entro il 1995 strutture residenziali con un numero di posti letto in grado di coprire la domanda del 6% degli ultrasessantacinquenni (420.000) di cui un terzo (140.000) offerto tramite RSA. Visto che il progetto ragionava in termini di percentuali, il numero assoluto dei posti risulterebbe oggi ben superiore [...]» (Pavolini, 2004, p.65).

²⁶ Per i Paesi Bassi manca un dato recente di raffronto, ma la quota di beneficiari sembra mantenersi intorno al 10% sia per i riceventi prestazioni domiciliari che per quelle residenziali, anche nel campo di “alloggi protetti” dove...«È ancora l'Olanda il paese con la maggiore percentuale di anziani in queste sistemazioni (l'11%)» (Rostgaard, *op. cit.*, p.60).

²⁷ Per una presentazione di alcune esperienze locali, si vedano: Gori C. – Torri R., *Gli assegni di cura in Italia*, in: Ranci C. (a cura di), 2001a.; Pellegrino, 2002.

Italia non più di un quinto del totale degli anziani riceve una qualche forma di supporto esterno.

“Esterno” alla sua cerchia familiare più ristretta, sulla quale ricade un lavoro di cura che, in assenza di qualsiasi riconoscimento sociale, rischia più che “informale” di essere ... “invisibile”, dal momento che le concrete politiche di sostegno alle responsabilità familiari sono state, almeno fino alla fine del secolo appena concluso, del tutto inadeguate, a dispetto dell'impronta “familista” del *welfare* italiano (Saraceno, 2003).

Poiché non è pensabile di sostituire quest'immensa mole di attività di cura in termini di servizi formali – «aumentare a dismisura i posti letto per anziani, asfaltando l'Italia di RSA e facendo definitivamente saltare i magri bilanci dello Stato sociale», secondo l'immagine “plastica” di Micheli – è necessario spostare il piano visuale e d'intervento su un livello di astrattezza più elevato, quello delle *politiche sociali*, intese come cosa diversa dai *servizi sociali*, capaci di tenere insieme famiglia e servizi (e operatori regolari di mercato):

«Per riattivare la funzione di normazione il soggetto pubblico deve agire separato da sé stesso. Il pubblico ha due ruoli, da tenere separati: è insieme il regolatore generale e uno dei nodi della rete. È necessario rendersi conto che *le politiche sociali sono - e devono essere pensate come - cosa diversa dalle politiche dei servizi*. È necessario di conseguenza separare funzioni progettuali e ruoli operativi» (Micheli, 2001, pp. 139-140).

Di conseguenza le politiche sociali dovranno allargare i loro orizzonti, o meglio “flessibilizzarli”, come d'altronde dovranno farlo anche i servizi. Esempi di tale flessibilità possono essere tutte quelle iniziative che esprimono tentativi di sussidiarietà orizzontale: il sostegno alle famiglie che si autorganizzano per gestire direttamente l'assistenza, i cosiddetti “servizi di sollievo”, la promozione dell'auto-mutuo aiuto, la valorizzazione del vicinato e molte altre forme, che rafforzano ed ampliano i legami interpersonali²⁸.

Anche la sostenibilità dell'assistenza ai cosiddetti “grandi vecchi” non va cercata nella mera aggiunta quantitativa di prestazioni, ma «pensata introducendo modelli nuovi, in grado di moltiplicare il rendimento delle risorse, mettendo al cuore dell'analisi e delle politiche di sostegno non tanto, genericamente, la famiglia quanto la figura del *care-giver*, colui ma più spesso colei che si assume il compito di far vivere chi dipende dalla sua vicinanza costante» (Piva Toniolo, 2002).

«Il sostegno alle reti informali si può articolare in quattro diversi interventi: con il primo, i *care-giver* ricevono un contributo monetario, come compenso del guadagno cui rinunciano per dedicarsi ad assistere l'anziano. Il secondo intervento prevede l'erogazione agli anziani di un'indennità con cui sostenere le spese addizionali dovute ai propri bisogni assistenziali.

²⁸ «Emerge forte da questo punto di vista la necessità di politiche che “tengano insieme le famiglie”, politiche sociali, culturali, del tempo libero, politiche di sostegno alle tecnologie *user-friendly*, all'uso degli spazi intermedi, interventi che aiutino a coltivare quel patto di solidarietà tra le generazioni [...]» (Pasquinelli-Barbot, *op. cit.*, p.52).

Questo sussidio può in linea di principio essere passato ad un *care-giver* o essere utilizzato per assumere personale privato. Il terzo intervento consiste nel congedo lavorativo, per motivi di assistenza, spesso con la possibilità di essere successivamente reintegrati nel proprio posto di lavoro, svolgendo le stesse funzioni e con il mantenimento dei diritti pensionistici e degli altri diritti fondamentali. Infine, alcuni *care-giver* possono essere “assunti” direttamente dalla municipalità per fornire assistenza e supporto agli anziani. Quest'ultima opzione fornisce, talvolta, i diritti basilari goduti da chi opera nel mercato del lavoro, come il versamento di contributi previdenziali»²⁹.

Come sostiene C. Ranci, la qualità prossima della nuova generazione di servizi alla persona, ad esempio in un campo come quello della non autosufficienza anziana, dipenderà fondamentalmente dalla crescita di capacità della mano pubblica di farsi *enabler*, cioè guida e orientamento di un sistema sociale sempre più complesso e differenziato. Ciò rappresenta un rovesciamento importante rispetto all'impostazione tradizionale dello Stato sociale, soprattutto di impronta “occupazionale”, dove le strategie di risposta ai problemi posti dalla non autonomia personale si sono fondate «sostanzialmente sull'auto-addossamento familiare delle responsabilità», e dove a lungo «sussidiarietà si è tradotta, come abbiamo detto, in delega» (Ranci, 2001b).

L'idea che circola con maggiore successo a questo riguardo nel dibattito europeo è quella della «costruzione di un mercato sociale dei servizi di cura». Nonostante una contrapposizione ideologica che può suscitare l'introduzione del “mercato” nel campo della politica sociale, si tratta di una prospettiva che ha poco a che vedere con la “privatizzazione”, per due ragioni fondamentali:

– non è mossa da un'esigenza primaria di efficienza e riduzione dei costi, quanto semmai di evitare un loro ulteriore aumento, poco proponibile nella situazione odierna; l'obiettivo è infatti di evitare le secche delle tre possibili vie d'uscita alla crisi finanziaria dei *welfare states* occidentali, dopo i loro “trent'anni gloriosi” del secondo dopoguerra, ben schematizzate da J. Lehto:

Schema 1

1. La “strategia dell'espansione”	+ risorse economiche (entrate fiscali o riallocazione interna alla spesa pubblica) + volume di prestazione e servizi
2. La “strategia dell'efficienza”	= volume di prestazioni (=efficacia) - a minori costi
3. La “strategia della restrizione”	- prestazioni o utenti - spesa sociale

Fonte: rielaborazione nostra da: J. Lehto, *Le strategie per il contenimento dei costi*, in Gori (a cura di), 2001 a

²⁹ Rostgaard, *op. cit.*, pp. 60-61

- soprattutto non vi è molto da privatizzare, cioè da alienare ad una precedente gestione pubblica, poiché si tratta di un ambito nel quale di intervento pubblico ce n'è stato finora ben poco (quanto piuttosto di ampliare una platea di beneficiari, attuali e potenziali, ai quali diversamente rischia di non essere offerta risposta alcuna)!

Quindi, di fronte alla massa d'urto del bisogno che la non autosufficienza anziana è destinata a presentare nel prossimo quarto di secolo, non si tratta di privilegiare i servizi professionali o le cure informali o l'assistenza privata di mercato, ma di convincersi che ognuna di esse va potenziata e nessuna, singolarmente presa, può essere risolutiva del problema. E poiché questo avviene sotto il vincolo di risorse limitate, è necessario giocare sempre più le politiche sociali sul terreno dell'armonizzazione e integrazione delle diverse forme di aiuto in campo, con un soggetto pubblico

[da] «fornitore di risposte senza interlocuzione, a soggetto dialogante e non monopolista, attore di un dramma a più voci, teso a ottimizzare non la propria strategia soltanto ma l'intero plesso delle linee di offerta a disposizione del cittadino [...] in modo da ottimizzare la capacità delle relazioni primarie e secondarie presenti nel tessuto sociale di autogenerare plasticità» (Micheli, 2004, p. 29).

Saremmo quindi in presenza di:

➤ un *mercato*, poiché di questa “istituzione” viene assunta quella che si ritiene essere la virtù principale, cioè l'investimento sulla «capacità di scelta del cittadino[/utente/consumatore], una volta messo nella condizione di poter provvedere autonomamente ai propri bisogni e di discriminare liberamente tra una pluralità di fornitori» (Ranci, 2001b, p.36). Questo si traduce nel rispetto di cinque fondamentali principi organizzativi:

- distinzione netta tra le funzioni di finanziamento, acquisto e fornitura dei servizi;
- promozione e regolarizzazione dell'offerta privata;
- regolazione di mercato (concorrenza) tra produttori e utenti finali delle prestazioni;
- libertà di scelta del fornitore da parte dei beneficiari;
- sostegno alle cure familiari ed informali.

➤ Un mercato però affatto particolare, che è *sociale* non solo perché i beni e servizi che vi vengono scambiati non sono primariamente entità di valore economico, ma perché chiama in causa risorse tipicamente attinenti alle relazioni

sociali (quindi pre-giuridiche e pre-politiche), quali la fiducia, il legame interpersonale, la solidarietà generazionale³⁰.

➤ E dal momento che un simile “campo di azione sociale” non si crea spontaneamente, la sua costruzione non può che essere *politica*, cioè oggetto di una deliberata funzione di guida nelle due componenti basilari di ogni mercato: sostegno alla domanda e regolazione dell’offerta.

Le politiche di regolazione dell’offerta si concretizzano principalmente nei temi dell’accreditamento di strutture e relativi professionisti, su cui esiste una vasta ed aggiornata bibliografia, a cui rimandiamo; e nella questione dell’emersione e regolarizzazione dell’assistenza privata, una gran parte della quale si compone di prestazioni d’opera sommerse (dal punto di vista lavorativo)³¹, quando non illegali (per il sovrapporsi con la tematica dell’immigrazione); ed anche su questo si rimanda alla terza parte di questo report.

Ci soffermiamo invece sul lato del supporto alla domanda, ovvero della “solvibilità” nell’accesso ai servizi³² – posto che ogni servizio comporta, direttamente o indirettamente, una spesa – a partire dalla considerazione per cui, presi in questo senso, i trasferimenti monetari non sono classificabili a priori come strumento pubblico o privato, formale o informale, residenziale o domiciliare, ma possono essere (virtualmente) plurifunzionali rispetto alle tre generali forme di assistenza attivabili.

Vediamo in **tabella 4** una comparazione tra le principali esperienze di “*payments for care*”³³ – espressione con cui nel dibattito internazionale si tende ad indicare genericamente tutte le tipologie di assegni di cura esistenti – diffuse tra i paesi europei qui considerati.

³⁰ Un richiamo ai termini del dibattito sul paradigma anti-utilitarista e della critica all’economicismo della politica sociale, si può trovare in Pellegrino (a cura di), 2004.

³¹ Stime di lavoro irregolare pari all’80% del mercato della cura spiegano il perché questa sarebbe anche una politica del lavoro (Vitale T., *Politiche attive del lavoro e sviluppo di mercati sociali: i dilemmi locali della regolazione pubblica*, in: Ranci, a cura, 2001b.).

³² Anche perché il ciclo storico delle politiche socio-assistenziali, in cui ci troviamo dalla prima metà degli anni ’90, è proprio caratterizzato da «un ribaltamento nelle logiche dell’intervento pubblico: si è passati dal finanziamento dell’offerta al finanziamento della domanda» (Ranci, 2001b, p.45).

³³ Evers A., *op. cit.*

Tabella 4

Ciò che si nota è in primo luogo una differenza “generazionale” tra le prestazioni di più remota concezione – come l’*accompagnamento* italiano e l’*attendance allowance* britannica, in cui ancora sembra prevalere una filosofia “indennizzatrice”, centralmente finanziata e d’importo modesto, del disagio patito dalla persona non autosufficiente – ed i provvedimenti assunti negli ultimi dieci anni, alternativi agli interventi tradizionali e perciò destinati ad ampliare la sfera d’azione (piuttosto che a creare sovrapposizioni), certo in direzione di un mercato ma sottoposto a valutazioni e controlli.

D’altro canto è doveroso notare come sperimentazioni, quale quella inglese dei *direct payments* o quella olandese del *Personal Budget*, mostrino ancora un’incidenza poco significativa, anche perché la loro diffusione è tenuta volutamente sotto controllo, mentre esperienze come quella francese e italiana (e ancor più la “assicurazione di cura” tedesca, qui non contemplata) si confrontano con una massa d’impatto che, almeno tendenzialmente, tende a coincidere con l’intera popolazione non autosufficiente, anche se non solo di età avanzata nel caso del nostro paese.

La principale alternativa alle erogazioni monetarie – che peraltro in quest’ottica godono, come detto di una (potenziale) polivalenza – è lo strumento del *voucher*. Qui, il sostegno pubblico alla domanda di cura si “astrae” fino ad assumere la forma di un “titolo per l’acquisto di servizi sociali”, come lo definisce l’articolo 17 della L. 328/2000.

In questo caso non si tratta di un assegno immediatamente spendibile per integrare una retta o per compensare un *care-giver*, ma di un “buono-servizio” (pre-pagato, per così dire, ma non convertibile in liquidità) che consente di accedere a prestazioni e interventi «la cui natura ed entità è stata stabilita in anticipo» (da cui la tematica dell’*accreditamento*, sopra accennata).

Nella fattispecie del *voucher* è ancora più difficile una valutazione sul piano nazionale, in quanto è la legge stessa a prevedere che siano i Comuni a disporre la concessione, “su richiesta dell’interessato”, anche in sostituzione di prestazioni monetarie (ad esclusione di quelle inerenti al minimo vitale). Alle Regioni spetta invece la disciplina dei criteri e delle modalità, assicurandone il raccordo e la coerenza con gli indirizzi del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.

In realtà, se un’indagine compiuta appena prima dell’entrata in vigore della legge–quadro mostrava come meno del 10% dei Comuni sondati avesse introdotto qualche tipo di *voucher*, la situazione non sembra cambiata nei primi anni di questo decennio.

Fa parziale eccezione la Regione Lombardia la quale, prima ha introdotto (dal 2001) il “buono socio-sanitario” una forma ambivalente fruibile sia come

assegno di cura (cosa che, nel primo anno di validità, è stata scelta dal 90% degli utenti) che come *voucher* per ricevere servizi accreditati³⁴; successivamente, ha messo a regime (2003) un sistema di *voucher* per l'assistenza domiciliare integrata. L'importanza di queste misure, riguardanti l'intero territorio lombardo e quindi una popolazione anziana significativa, non modifica un dato complessivo di scarsa rilevanza e diffusione dell'innovazione.

«La grande maggioranza di Comuni e ASL italiani non fornisce oggi alcuna forma di *voucher*. Monitoraggi compiuti – in momenti diversi – sull'attuazione della legge sono concordi in proposito. Il rapporto Formez afferma che “i titoli per l'acquisto di servizi professionalizzati hanno incontrato un favore più dottrinario che pratico. Esistono alcune sperimentazioni anche importanti ma nel complesso del paese i titoli sono più dibattuti che utilizzati”. Più recenti monitoraggi sugli atti di Comuni e Regioni, e verifiche con testimoni privilegiati, mostrano che – sino ad oggi – tale scenario non ha subito rilevanti cambiamenti. Non si vedono, inoltre all'orizzonte elementi o spinte capaci di invertire la tendenza: è ragionevole supporre che nel prossimo futuro la diffusione del buono rimarrà limitata».³⁵

Le difficoltà che si evidenziano rispetto al ricorso ai *vouchers* ricalcano in larga misura quelle che si presentano più in generale all'imporsi dei “mercati sociali di cura”, sintetizzate in **tabella 5**, di cui il “buono” rappresenta probabilmente la traduzione concreta più emblematica. Certamente le esperienze europee scontano alcuni nodi problematici ancora in attesa di sistemazione, in parte classici nella storia delle politiche sociali, in parte rivelatisi a partire dalle recenti innovazioni.

³⁴ Gori C. – Pasquinelli S., *Il buono socio-sanitario nella rete dei servizi territoriali*, in: Gori (a cura di), 2001b.

³⁵ Fazzi L. – Gori C., *Il voucher e il “quasi mercato”*, in: Gori (a cura di), 2004, p. 171.

(Tabella 5)

Tra queste: ampliamento delle platee di beneficiari (in una visione intenzionalmente universalistica) o intensificazione dell'intervento nelle situazioni critiche (con un'impronta più assistenziale); adozione di meccanismi competitivi ma con attenzione "politica" a salvaguardare l'interesse dell'utente finale e della sua capacità di scelta; sostegno al *care* informale e al contempo controllo sull'effettiva destinazione delle risorse, in una combinazione di *cash* e servizi in *kind*.

Tuttavia l'Italia, continuando ad affidarsi al mezzo dell'indennità di accompagnamento, per come è stata concepita e si è ormai sedimentata, mostra ben poche possibilità di tracciare una rotta percorribile rispetto a questi dilemmi.

2. Le prospettive d'intervento: proposte in campo e approfondimenti necessari

Il punto fondamentale di partenza – per quanto sopra argomentato – è che non si può pensare di “addossare” il peso della non autosufficienza degli anziani (in costante aumento) su risorse “naturali”³⁶ di cura (in palese restringimento). Anche se non è detto che la loro disabilità totale aumenti con lo stesso ritmo accelerato dell'incidenza di anziani sulla popolazione generale,³⁷ è certo destinata a ridursi la capacità delle reti sociali primarie (famiglia e parentela, reti informali di amicizia e vicinato) di far fronte ad un simile carico di esperienze.³⁸ Questo può comportare:

a) Un serio potenziamento delle capacità di cura informali, anche tramite un'esplorazione più sistematica delle possibilità di combinare sostegni in denaro e

³⁶ «Il concetto di naturalità appare strettamente connesso alla caratterizzazione di genere dei principali soggetti erogatori di cura: le donne. E molto spesso la naturalità si accompagna all'idea di 'naturalità', declinata a sua volta nei significati di normalità/ovvietà e di semplicità/immediatezza» (Taccani, *op. cit.*, 2001, p. 248).

³⁷ «Attenzione, nel fare queste affermazioni siamo ben consci del fatto che l'invecchiamento della popolazione non implichi necessariamente un aumento corrispondente dei livelli ed incidenza della non autosufficienza. Alcuni studiosi fanno previsioni pessimistiche [...] mentre altri parlano di “speranza di vita senza incapacità”» (Costa G., *Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti in Francia: tra copertura dei bisogni e politiche attive del lavoro*, in: Ranci, a cura, 2001a, p.113). Si vedano gli spunti di discussione in conclusione del par. 2.1.

³⁸ Due Rapporti sociali dell'Istat, in anni ravvicinati, mostravano una realtà apparentemente contraddittoria in proposito: «[...] infatti, quasi la metà (il 47,2%) delle famiglie con un anziano di 75 anni e più risulta affidarsi in via esclusiva all'aiuto fornito dai parenti e amici (Istat, 2000)» [sebbene] «sempre l'Istat rileva come le famiglie con un anziano ultra settantacinquenne che hanno ricevuto un aiuto gratuito da persone *non* conviventi (volontari, ma soprattutto parenti) siano scese dal 34% nel 1983 al 21% nel 1998» (Pasquinelli-Barbot, *op. cit.*, pp.73-52). Come dire: i nuclei che “chiedono una mano” continuano a farlo prevalentemente entro la rete informale, ma ... possono contarci sempre meno!

disponibilità di “tempi per la cura”, come quelle offerte ora anche in Italia dalla L. 53/2000, promulgata dopo una lunga gestazione e dietro impulso di importanti direttive comunitarie europee degli anni '90.³⁹ L'introduzione di programmi di congedo, di servizi di sollievo (*respite*) e l'espansione degli assegni di cura costituiscono un segnale che il ruolo dei *care-giver* familiari, infine, ha ottenuto più attenzione in questi anni e si è avuto un maggior sostegno pubblico.

«Tale sostegno si è principalmente concretizzato nell'estensione o nell'introduzione di congedi lavorativi ed assegni di cura, i quali forniscono un sostegno finanziario ai *care-giver*, quando essi riducono il numero di ore di lavoro o non svolgono - per un certo periodo - un lavoro retribuito, al fine di assistere familiari bambini o anziani. [...] Nel complesso, tuttavia, il sostegno offerto ai *care-giver* è ancora relativamente ridotto e, se paragonato all'offerta di prestazioni pubbliche, di entità trascurabile. In pochi casi congedi ed assegni di cura costituiscono effettivamente una reale alternativa ad un'occupazione retribuita».⁴⁰

Soprattutto, supporto in denaro e sostegno in tempo sono di norma pensati in alternativa: i sussidi economici assolvono la funzione di permettere di - ma in un certo senso anche di *costringere a* - “non andare sul mercato del lavoro”. Congedi e permessi riconoscono un'esenzione temporanea dall'impegno lavorativo, perlopiù limitato a quello di natura dipendente, secondo casistiche e per durate rigidamente prefissate.

Perché non connetterli invece gli uni agli altri, andando a coprire con le indennità monetarie le temporanee perdite di reddito legate ad un “ritiro provvisorio” dal mondo del lavoro per esigenze di cura, rendendone così più permeabile la barriera che attualmente impone un'alternativa secca? Alcune esperienze documentate nell'Unione europea iniziano a muovere in questa direzione⁴¹.

b) La facilitazione ad un maggior ricorso a servizi formali (sia pubblici che privati), nel senso che le professioni di aiuto domiciliare, così come pure l'utilizzo modulato delle strutture residenziali, «lungi dal restringersi, dovranno essere potenziate come uno dei supporti necessari a chi cura ed inserite a pieno titolo in

³⁹ Per un recentissimo richiamo, si vedano: G.A.Micheli, *Un welfare sostenibile*, in: «Prospettive sociali e sanitarie», n.6/2006; e M. Piazza, *Le politiche di conciliazione per un nuovo welfare*, in: «Prospettive sociali e sanitarie», n.9/2006.

⁴⁰ Rostgaard, *op. cit.*, pp. 80-81 (*corsivo nostro*).

⁴¹ «In Svezia, Danimarca e Olanda si può ricorrere al congedo dal lavoro per prestare assistenza ad un proprio parente, anche se nei primi due paesi tale permesso viene accordato solo se si tratta di un malato terminale. A partire dal 1996, in Svezia l'ammontare massimo di indennità settimanale fornita nel periodo del congedo corrisponde al valore del sussidio di malattia. In Danimarca un *care-giver* può ricevere sino ad un massimo del valore di una volta e mezzo tale sussidio. In Olanda i *care-giver* ricevono come indennità per il congedo di cura una somma che è inferiore del 20% al sussidio dell'assistenza sociale. I *care-giver* olandesi, inoltre, possono negoziare con i propri datori di lavoro un'aspettativa di breve termine come parte di un congedo di emergenza, che non dà direttamente il diritto a un sussidio, ma in virtù di alcune contrattazioni collettive comprende un'indennità in denaro» (Rostgaard, *op. cit.*, p. 61).

quell'intreccio di reti formali ed informali dalle quali dipenderà in larga misura la qualità della vita, sia di chi assiste che di chi viene assistito» (Piva Toniolo, 2002).

Su questo aspetto si inserisce anche la complicata questione del rapporto e dell'integrazione fra prestazioni (e relative spese, profili professionali, ecc.) “sociali” e “sanitarie”, affrontata in diversi modi in Europa e in larga misura irrisolta per quanto concerne il nostro paese⁴².

L'una e l'altra strada necessitano di un dispiegamento di risorse assai superiore al passato, sebbene non necessariamente *ex-novo*, data l'attuale dispersione di risorse nei rivoli di politiche poco mirate.

Qui si pone la questione dell'istituzione di un «Fondo per la non autosufficienza», in grado di convogliare e contenere lo sforzo economico che inevitabilmente viene posto dalla nuova sfida. Usiamo volutamente il generico riferimento sostantivo “fondo”, poiché quanto agli aggettivi che lo determinano è aperto il confronto tra le opzioni possibili, dalle cui molteplici combinazioni possono uscire profili anche molto diversi. Rifacendosi a vari contributi d'analisi di Beltrametti, riportiamo sintetizzato [**schema 2**] “l'albero delle scelte” (teoricamente) percorribili, con l'evidenza di alcuni nodi problematici ad esse sottesi⁴³. 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.

⁴² Per un confronto a questo proposito tra Regno Unito e Paesi Bassi, si vedano B. Hardy et al., *La collaborazione tra servizi sociali e sanitari*, in: Gori (a cura di), 2001a; per l'Italia, E. Ranci Ortigosa, *Il rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari*, in Gori (a cura di), 2004; molto recente e con un'attenzione particolare all'esperienza toscana, Buralassi M., *Dall'integrazione sociosanitaria alle politiche per la salute: verso una governance della continuità assistenziale*, in: «Rassegna di servizio sociale», n.1/2006.

⁴³ Peraltro, lo stesso studioso affiancava all'ipotesi del Fondo alcune altre proposte di politica economica: dal riconoscimento di una «contribuzione figurativa ai fini pensionistici per i *care-giver*», alla diffusione di servizi a domicilio o di ricoveri temporanei per “dare respiro” a chi è gravato di carichi di cura continuativi, all'idea di trasformare volontariamente in *voucher* – di valore nominale superiore – una quota dell'indennità di accompagnamento.

(Schema 2)

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 realizzato⁴⁴.

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».⁴⁵ (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 (Pavolini, 2004); ma l'urgenza è tale (cfr. par. 2.1) 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 (cfr. par. 2.2), che non è pensabile possa essere procrastinato a lungo un intervento in questo campo.

La combinazione di un forte indirizzo nazionale con l'implementazione, anche di tipo sperimentale, di misure locali è stata appunto la strategia seguita in tutta Europa per iniziare ad affrontare il problema del rapido invecchiamento della popolazione e della sua maggiore vulnerabilità alla perdita dell'autonomia. Purtroppo questa non pare essere stata la strada seguita in Italia, dove in questo

⁴⁴ Sulle aspettative e le delusioni al riguardo, si veda il saggio di B. Da Roit, *Il riordino delle erogazioni monetarie per gli invalidi civili*, in Gori (a cura di), 2004.

⁴⁵ C. Ranci, *La costituzione di un Fondo Unico per la non autosufficienza: i temi in agenda*, in: Micheli (a cura di), 2004. Vale la pena di notare, *en passant*, che la quasi totalità degli studi empirici considerati in questa ricognizione sono stati commissionati da strutture della CGIL, in particolar modo dal Sindacato Pensionati Italiani, sia dal livello nazionale (AREA–C.E.R., Fondazione Brodolini, Politecnico di Milano) sia dal regionale lombardo (IRS di Milano).

ultimo quinquennio si è assistito sì ad «un'intensa sperimentazione regionale e locale, controbilanciata tuttavia dall'immobilismo e dall'inerzia del governo nazionale»!⁴⁶

La gran parte dei dati e delle riflessioni qui raccolte è riferita al biennio 2000/2001, anni decisivi per il sistema di protezione sociale del nostro paese: entra finalmente in vigore una legge–quadro sul sistema integrato dei servizi sociali, attesa da un quarto di secolo, che contiene un riconoscimento specifico all'emergenza di questo problema; presto, essa viene però in buona misura depotenziata dalla riforma del Titolo V della Costituzione; che peraltro introduce nell'ordinamento il principio guida della sussidiarietà ed il riconoscimento di un pluralismo di attori che concorrono al *welfare*; infine, si produce un'alternanza di coalizioni politiche al governo del paese, che interrompe e riorienta un periodo di accentuata attenzione alle politiche sociali, dopo quasi un ventennio di vistosa latitanza.

Nel percorso delle politiche a favore della non autosufficienza, sembra per alcuni aspetti di rivedere il “film” di una devoluzione di poteri precedente alla riforma del Titolo V della Costituzione, quella che a seguito del D.P.R. 616/1977 di trent'anni fa assegnava alle Regioni la competenza generale (non esclusiva, allora) in materia di servizi sociali, prevedendo però un inquadramento legislativo nazionale. In campo socio–assistenziale non avvenne nulla di simile alla riforma della L.833/1978, che introdusse il Servizio Sanitario Nazionale, e le Regioni intrapresero ognuna un proprio «sentiero istituzionale», che ancora oggi – con una mutata ed ampliata responsabilità – condiziona le loro scelte anche in settori specifici di politica sociale⁴⁷.

È quindi dal punto di vista dell'osservatorio regionale che è oggi possibile, oltre che istituzionalmente doveroso, porsi per avere una visione d'insieme sullo “stato dell'arte” delle politiche per gli anziani non autosufficienti. Ed è quanto ha fatto Pavolini (2004) nel lavoro ad oggi più completo e recente a questo riguardo; trattandosi di un testo pubblicato e facilmente reperibile, non ha significato prenderne dei “pezzi” e ci limitiamo a riassumerne in alcuni schemi approssimativi il panorama tracciato, seguendo le stesse dimensioni da lui analizzate.

⁴⁶ Mentre «l'emergere di modelli regionali di *welfare* sempre più differenziati richiede, in uno Stato sociale che ancora vuole ispirarsi ai principi della cittadinanza sociale, l'affermazione pratica di una responsabilità finanziaria e regolativa a livello nazionale» (C. Ranci, *Prefazione*, in: Pavolini, 2004, pp.15-17).

⁴⁷ «La ricerca realizzata da Emmanuele Pavolini nasce da una constatazione: nonostante le buone intenzioni e le lodevoli iniziative legislative, la politica nazionale verso gli anziani resta immobile, soffocata da altre emergenze, oltre che dal cattivo andamento del nostro bilancio pubblico» (*Ivi*, p.16).

In primo luogo è possibile ricostruire gli assetti istituzionali entro cui si collocano le specifiche *policies* di settore; dapprima valutando la cronologia con cui le Regioni hanno provveduto, a partire dalla loro istituzione, a regolare i servizi sociali per gli anziani [**schema 3**]. In questo senso, il Nord segue una sequenza omogenea: prima vengono normati i servizi territoriali (già dagli anni '70, a seguito del ricordato D.P.R. 616) e poi le strutture residenziali (anni'80 e poi negli anni '90 con la nascita delle RSA). Il Sud (con l'aggiunta delle Marche) arriva secondo lo stesso ordine ma sfalsato nei tempi, con un ritardo di circa un decennio (Campania, Puglia, Basilicata, Calabria), o invertendo la sequenza (Abruzzo, Molise); in alcuni casi non si arriva mai ad emanare norme sugli standard residenziali (Lazio) o sui servizi territoriali (Sicilia), o su nessuna delle due tipologie (Sardegna).

(Schema 3 e 3bis)

Oppure considerando gli stili di programmazione in materia socio-sanitaria, dove la suddivisione geografica già perde rilevanza. Qui troviamo aree che vantano una tradizione programmatoria solida precedente al 2000 e, in buona parte, differente dai criteri della legge 328 (le “tre Venezie”); Regioni, sia settentrionali che meridionali, che hanno dato forte impulso alla programmazione, anticipando o recependo i contenuti portanti della legge-quadro; zone, per lo più nel Sud, dove la pianificazione è rimasta debole o nella anche dopo l’entrata in vigore delle importanti riforme, legislativa e costituzionale [schema 3bis].

Successivamente, scendendo al piano dei servizi in senso proprio, è raffigurabile l’impatto che essi assumono in ogni Regione, incrociando il loro grado di copertura – cioè la percentuale di popolazione (anziana) raggiunta – con la loro intensità assistenziale – espressa dal rapporto operatori/utenti o dal numero di ore di servizio erogate –. Mentre per quanto concerne le accoglienze residenziali (RSA) [schema 4] troviamo un’articolazione più variegata, da situazioni che combinano una buona copertura ed un’elevata qualità (il Nord-Est) a realtà che sommano carenza di posti e ridotto personale (Centro-Sud, ma anche la Liguria, che pure presenta in assoluto il maggiore indice di domanda sociale), con la maggioranza delle Regioni che si collocano in situazioni intermedie, sui servizi domiciliari (ADI) [schema 4bis] il panorama sembra polarizzarsi in una sorta di *trade-off* obbligato: o un’assistenza estesa per numerosità ma limitata in senso quantitativo, o una presenza anche molto intensa ma ristretta a fasce assai ridotte di popolazione (Friuli V.G. e Sardegna, rispettivamente, rappresentano gli estremi in questo senso).

Di conseguenza, ancora più polarizzato risulta l’incrocio tra la diffusione delle due forme di assistenza [schema 5], che mostra in maniera nitida la spaccatura che attraversa l’Italia: pur con alcune specializzazioni, dove sono più presenti le strutture residenziali sono anche migliori gli interventi domiciliari (tutto il Nord, con l’aggiunta della Toscana e la Liguria che incarna perfettamente la medietà rispetto ai valori nazionali); dove è bassa la copertura di RSA è bassa anche quella dell’ADI (tutto il Centro-Sud, con l’aggiunta significativa del Piemonte).

Colpisce perciò che nessuna Regione abbia scelto di investire fortemente in una direzione, magari a scapito dell’altra, ad esempio secondo il “modello danese” (cfr. tab.3 e pag.16). E la situazione viene modificata assai di poco (solo per ciò che riguarda l’Umbria, in positivo, e la Valle d’Aosta, in negativo) se si esamina l’introduzione dei nuovi strumenti di “mercato sociale” come terza alternativa agli interventi tradizionali [schema 5bis], che rimangono del tutto assenti in quasi tutte le Regioni meridionali, laddove solo in pochi casi assumono una rilevanza tale da acquisire un ruolo effettivo nella gamma delle risposte al problema della non autosufficienza.

(Schema 4 e 4bis)

(Schema 5 e 5bis)

2.1 Quali sviluppi recenti?

Gli approfondimenti, e le conseguenze operative che discendono dalla presente ricerca, possono svilupparsi in parallelo ai quattro livelli corrispondenti alla già ricordata *multilevel governance*.

a) Per un verso, è possibile ipotizzare uno specifico momento di aggiornamento su casi europei comparati. I paesi considerati in questa ricognizione (Danimarca, Regno Unito, Paesi Bassi, Francia) rispecchiano il criterio di raffronto fra diversi “modelli di solidarietà” (Ferrera, 1998), presentano alcune tra le più avanzate esperienze in materia di politiche per la non autosufficienza⁴⁸ e contano su affermati istituti di ricerca da tempo impegnati su questo versante⁴⁹.

Un approfondimento speciale merita invece la nuova legislazione in materia adottata dalla Spagna sul finire del 2006.

Box 1. «Il welfare alla spagnola»⁵⁰

Il 1 gennaio 2007, dopo una “gestazione” di soli nove mesi – essendo stata licenziata dall’esecutivo e presentata dal Presidente del Governo Rodriguez Zapatero – è entrata in vigore in Spagna la «*Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*» (n°39/2006).

Si tratta di un provvedimento che configura un programma ambizioso, destinato ad implementare i più avanzati principi di un moderno sistema di protezione sociale su una questione incombente ai *welfare states* occidentali: il carattere pubblico della responsabilità d’intervento; l’universalismo nell’accesso, l’integrazione trasversale delle differenti politiche.

Lo sforzo preventivato è imponente, comportando un investimento complessivo di 12,6 miliardi di euro, nondimeno animato da un gradualismo nella sua realizzazione, prevista a regime nel 2015. Per ogni anno o biennio, da qui alla scadenza fissata, il diritto soggettivo ed esigibile all’assistenza per le persone non autosufficienti verrà progressivamente esteso, dalle condizioni più gravi a quelle meno problematiche, secondo una scala di tre “gradi” di compromissione delle abilità (dipendenza *grave, severa, moderada*), ognuno dei quali articolato in due “livelli”, secondo la valutazione assegnata dalla commissione responsabile.

⁴⁸ Senz’altro insieme ai casi tedesco e austriaco, già molto studiati e qui non esaminati, nell’ambito del modello europeo di *welfare* detto “continentale”.

⁴⁹ «Danish Institute of Social Research» di Copenhagen (DK), «European Institute of Social Services – Kent University» di Canterbury (UK), «Netherlands Institute of Care and Welfare» di Utrecht (NL), oltre al «Dipartimento di Politiche sociali e del lavoro» dell’OCSE di Parigi (F), vantano grande esperienza di studio sui temi qui affrontati.

⁵⁰ Titolo di un articolo di Maurizio Ferrera sul «Corriere della Sera» del 07/01/2007, pochi giorni dopo l’approvazione della *Ley de Dependencia*.

Questo significa che per il 2007 il governo spagnolo s’impegna a rendere effettivo il diritto a tutte le persone non autosufficienti di grado III.

Il fatto di nominare il Governo centrale non deve indurre a trascurare che, in Spagna come oggi in Italia, la politica sociale è materia di competenza prioritaria delle regioni (*Comunidades Autónomas*). La *governance* del sistema (*Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia – SAAD*) è affidata infatti ad un Consiglio Territoriale, costituito dal Ministro e dagli Assessori competenti di ognuna delle 17 *Comunidades*, integrando anche rappresentanti di altri Dipartimenti ministeriali ma sempre salvaguardando una maggioranza espressa dai governi regionali.

Il Consiglio si avvarrà anche di tre organi consultivi nazionali già esistenti (una “Consulta per gli anziani”, una “della Disabilità”, una delle ONG di azione sociale), oltre che di un Comitato Consultivo istituito *ex-novo*, formato da 36 membri, 18 rappresentanti delle amministrazioni pubbliche (6 nominati dallo Stato, 6 delle Regioni, 6 delle autonomie locali) e altrettanti espressione delle parti sociali (9 delle organizzazioni sindacali e 9 di quelle imprenditoriali).

Allo Stato compete la tutela del “livello di protezione minimo” (ovvero “essenziale”, secondo la terminologia italiana), come standard assicurato ad ogni potenziale beneficiario “a seconda del grado e livello della sua dipendenza”. L’impegno finanziario necessario (nel 2007 sono stanziati 400 milioni di euro) è fissato annualmente nella legge generale di bilancio, ma dovrà essere “sufficiente a garantire l’assolvimento degli obblighi che corrispondono”; come a dire, un vero livello minimo, non modificabile verso il basso.

Su questa soglia basilare, ogni *Comunidad Autónoma* – cui competono tutte le responsabilità gestionali, dalla presa in carico dei richiedenti alla valutazione di qualità del Sistema – deve produrre un investimento economico addizionale “almeno pari” a quello disposto dall’amministrazione statale; il che significa, ad esempio, che per l’anno in corso il sistema complessivo (SAAD) potrà contare come minimo su un fondo di 800 milioni di euro (a confronto dei 100 mln. del Fondo italiano, per avere un riferimento).

Un asse centrale del progetto spagnolo, che recepisce un’acquisizione ormai consolidata nei processi di riforma dei servizi sociali alla persona, è quello di combinare l’universalismo nell’accesso (ne sono titolari tutti coloro con almeno cinque anni di residenza in Spagna, dei quali gli ultimi due prima della richiesta) con l’adozione di un “programma individuale di assistenza” nelle concrete modalità d’intervento, superando il limite della standardizzazione nelle tradizionali provvidenze di aiuto pubblico.

Di particolare interesse, nell’ambito di tale personalizzazione del *caring*, è la rigorosa gerarchia a cui è soggetto il *catalogo* delle prestazioni previste:

- le forniture in servizi – di prevenzione, centri diurni e notturni, di accoglienza residenziale – “hanno carattere prioritario” (art.16), in conformità anche alla riforma del Servizio Sanitario Nazionale del 2003;
- “*unicamente* quando non sia possibile l’accesso ad un servizio assistenziale, pubblico o convenzionato”, verrà erogata una prestazione economica, “in ogni caso vincolata all’acquisto di un servizio” (art.17);
- “*eccezionalmente*, nel caso in cui venga riconosciuto un determinante accudimento da parte delle reti primarie, potrà essere erogato un “assegno di cura familiare” (art.18), fermo restando che il fruitore regolarizzi la sua posizione previdenziale e sia destinatario di azioni di sostegno da parte del SAAD;
- in ultima istanza, in base a condizioni specifiche da stabilirsi, potrà essere disposta un’ulteriore erogazione economica erogata direttamente al beneficiario, per facilitarne “una vita più autonoma nell’esercizio delle attività del quotidiano” (art.19).

La quantificazione di tutte le prestazioni in denaro è rimandata ad un successivo decreto governativo, ma un importante principio affermato è che ognuna di esse è da intendersi “sostitutiva”, pro quota, di qualunque altro emolumento legato alla disabilità del soggetto. Ciò marca un punto decisivo anche rispetto al dibattito in Italia, ove l’eventuale espansione del Fondo per la non autosufficienza dovrebbe far necessariamente i conti con l’ingente quantità di risorse impegnata – in forma di “diritti acquisiti” – dalle indennità di invalidità ed accompagnamento.

E questo apre un altro versante critico, quello dei controlli su possibili frodi, imprescindibili riguardo a programmi di *policy* di queste dimensioni. Se la *Ley de Dependencia* spagnola dedica un intero capitolo alle “azioni amministrative contro la frode” (art.39), è pur vero che invece tutto il *Titulo III* del provvedimento è dedicato alle infrazioni e conseguenti sanzioni a cui possono andare incontro le autorità pubbliche che, per loro inadempienze, possano pregiudicare i diritti riconosciuti alle persone in situazione di non autosufficienza.

b) 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 determinato dalle elezioni dello scorso 9 aprile 2006.

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)⁵¹.

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»⁵²; 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.

c) 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

⁵¹ Si tratta – come ricorda E. Ferioli in un saggio in corso di stampa nell'ultimo numero de «La Rivista delle Politiche Sociali» - ad esempio del Fondo per gli asili nido, istituito dalla finanziaria per il 2002; del Fondo di rotazione per i micro-nidi nei luoghi di lavoro e della quota del FNPS per le famiglie di nuova costituzione, per il 2003; del vincolo per la promozione delle politiche giovanili, per il 2005; del Fondo per il sostegno delle famiglie e della solidarietà per lo sviluppo socio-economico, per il 2006, su cui è ancora pendente un ricorso presentato alla Corte.

⁵² Questo sembrerebbe, per inciso, anche superare alcuni interrogativi – definiti ancora come “questione controversa” – sollevato dal «Gruppo di approfondimento» costituito sul tema della non autosufficienza nell'ambito del Coordinamento Welfare della CGIL.

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, come si evince dallo **schema 6**.

Schema 6.

FRIULI-VENEZIA GIULIA	LIGURIA
➤ Alta domanda sociale ➤ Utenza servizi residenziali molto superiore alla media nazionale ➤ Aumento dell'utenza ADI superiore alla media italiana (2° posto in Italia) ➤ Netto spostamento verso presidi socio-sanitari ➤ Copertura complessiva ALTA ➤ Tradizione socio-sanitaria <i>integrata</i>	➤ Altissima criticità (massima domanda sociale e massima frammentazione istituzionale) ➤ Utenza servizi residenziali nella media nazionale ➤ Aumento dell'utenza ADI in linea con la media italiana ➤ Netto spostamento verso presidi socio-sanitari ➤ Copertura complessiva MEDIA ➤ Tradizione socio-sanitaria <i>coordinata</i>
ABRUZZO	SARDEGNA
➤ Alta criticità ➤ Utenza servizi residenziali molto al di sotto della media nazionale ➤ Utenza ADI in grande aumento (ma tra le più basse in Italia) ➤ Circa metà di residenze socio-sanitarie ➤ Copertura complessiva BASSA ➤ Tradizione socio-sanitaria <i>coordinata</i>	➤ Alta frammentazione istituzionale ➤ Utenza servizi residenziali sotto la media nazionale ➤ Utenza ADI costantemente limitata (penultima in Italia) ➤ Solo ¼ di posti letto in strutture socio-sanitarie ➤ Copertura complessiva MOLTO BASSA ➤ Tradizione socio-sanitaria <i>coordinata</i>

[Fonte: rielaborazione nostra, da: Pavolini, 2004]

Un esame più ravvicinato dei loro percorsi nell'ultimo biennio potrebbe arricchire la mappa della "cittadinanza sociale" nel nostro paese. Il percorso infatti, sebbene non ancora generalizzato, pare 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». È così – per restare solo ai cosa sopra citati – per la Liguria (L.R. 24 maggio 2006, n.12, artt.46-47), il Friuli Venezia-Giulia (L.R. 31 marzo 2006, n.6, art.41), la Sardegna (L.R. 23 dicembre 2005, n.23 e L.R. 11 maggio 2006, n.4).

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.

Box 2. *Le Regioni alla prova della sussidiarietà verticale*

➤ La **Liguria** segue una traccia abbastanza in linea con la recente riforma iberica (cfr. Box1) Il Fondo Regionale per i Non Autosufficienti (FRNA) è infatti pensato come un vero e proprio “contenitore” di tutte le risorse volte a mettere in atto misure a favore delle persone non autosufficienti, siano di tipo sociale, sanitario o socio-sanitario, tanto di origine statale (una quota del FNPS), quanto comunale (finanziamenti per «interventi di sostegno alla persona e alla famiglia e all'aiuto domestico familiare») come di fonte propria regionale.

Un fondo quindi che, per quanto di competenza della Regione (L.R. 12/2006, art. 47) «ha destinazione vincolata» e, nell'attesa che il Governo adotti i LivEAS o LESNA, li anticipa e «finanzia prioritariamente le prestazioni sanitarie e sociosanitarie inserite nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA del D.P.C.M. 29 novembre 2001)».

Il programma si estende quindi su una gamma completa di misure, fissando obiettivi espliciti a scadenza triennale:

- a) estensione del sostegno alla *domiciliarità*, per portare la copertura della popolazione ultra-65enne dal 4,1% del 2006 al 7% per la fine del 2008;
- b) potenziamento dell'assistenza *residenziale* e semiresidenziale – pubblica, privata e convenzionata – dal 2 al 3% entro il 2008;
- c) proseguimento della contribuzione economica, a partire dall'esperienza ligure del “assegno servizi”, «che maggiora l'indennità di accompagnamento di 350 euro mensili».

In sintonia con la *Ley de Dependencia* è anche il gradualismo con cui è prevista l'implementazione del Fondo: nelle more dell'attribuzione dello stanziamento statale, e della necessaria armonizzazione con la nuova pianificazione sociale e sanitaria regionale, una Deliberazione della Giunta Regionale (n.1106 del 20.10.2006) individua impegni e scadenze per un primo semestre sperimentale di utilizzo del FRNA, a partire dal 1 novembre 2006.

Questo comporta che in ogni Distretto sociosanitario siano resi immediatamente operanti uno «Sportello Integrato» come accesso unico per i richiedenti e una «Unità di Valutazione Multi-disciplinare (UVM)» che proceda alla valutazione entro 30 giorni dalla presentazione della domanda. Ciò darà luogo alla redazione

di un «Piano Individualizzato di Assistenza (PIA), in cui si individua un responsabile del caso (*case manager*)», per tutti coloro con «almeno 3 ADL perdute [e] l'esigenza di almeno 5 ore di assistenza nelle 24 ore».

Nell'ambito dello stesso PIA, responsabile dell'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie a cui viene devoluta una somma complessiva di 7,1 milioni di euro, può essere disposta – previa «sottoscrizione di un “patto assistenziale” con la famiglia o chi ha in carico l'anziano o il disabile» – l'erogazione della misura economica, rimodulata con l'ISEE ed eventualmente elevata a 800 euro mensili per coloro che siano in attesa dell'indennità di accompagnamento, ricorrendo al finanziamento di 3 milioni di euro del precedente «assegno servizi».

Esattamente il 30 aprile 2007 scadono i sei mesi di partenza, entro i quali la Regione doveva disporre «una verifica delle risultanze del programma», in base alla quale orientare «un incremento pluriennale del FRNA nei futuri esercizi finanziari, prevedendo uno stanziamento di 10.000.000 di euro nel 2007 e di 12.000.000 di euro nel 2008.

➤ Diversa appare la strada intrapresa dalla Regione **Friuli Venezia-Giulia**. Qui il Fondo istituito con la legge di riordino dei servizi sociali (L.R. n.6/2006, art.41) porta una denominazione specifica («Fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine» - FAP), gli veniva assegnata esplicita «priorità per gli interventi diretti al sostegno della domiciliarità», e se ne rimandava la disciplina per la gestione ad un atto della giunta regionale «da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore».

In realtà è trascorso quasi un anno, ma il 21 febbraio 2007 un Decreto del Presidente della Regione ha effettivamente approvato il Regolamento di attuazione del FAP, che per il 2007 dispone di circa 20 milioni di euro, con un aumento del 75% delle risorse impegnate in quest'ambito nell'anno precedente; si stima che un 80% interesserà circa 2.400 anziani non autosufficienti assistiti a domicilio.

Nelle parole dell'Assessore regionale alla salute e protezione sociale, «il Fondo ha uno spirito sperimentale; non vuole *aggiungersi ai servizi* esistenti quanto essere un supporto alle prestazioni sanitarie e assistenziali *già garantite*». In applicazione a quanto previsto dalla legge, «in sede di prima applicazione, il FAP viene utilizzato a sostegno delle situazioni di non autosufficienza trattate a domicilio» (Decr.n.035/Pres., art.2), anche in questo caso a seguito di un «Progetto personalizzato» che, date le caratteristiche specifiche della misura, contempla nella ponderazione del carico assistenziale richiesto sia «eventuali minori entrate derivanti dalla scelta dell'attività di cura a scapito di quella lavorativa», che il «ricorso a supporti correlati a forme di volontariato, laddove esistenti» (*ivi*, art.3.2).

Il FAP si compone di quattro possibili tipologie di intervento, di cui però un «sostegno alla vita indipendente», riservato ai disabili adulti, e un «sostegno a progetti in favore di persone con problemi di salute mentale» (*ivi*, art.4.1, punti *c-d*), che non consideriamo in questa sede.

Il “cuore” del provvedimento è rappresentato dall’APA («assegno per l’autonomia», *ivi*, art.5), vale a dire un’erogazione economica riservata a persone non autosufficienti, con perdita - anche temporanea - di almeno 2 ADL e con una soglia di ammissibilità equivalente al massimo ad un valore ISEE del nucleo familiare di 35.000 euro; l’importo dell’assegno è determinato sulla base di tre fasce ISEE e di due livelli di gravità, variando da un minimo di 2.000 ad un massimo di 6.200 euro annui; in tal caso limitato dal contemporaneo percepimento dell’accompagnamento e sospeso «pro quota giornaliera per tutti i periodi di ricovero temporaneo presso strutture».

Cumulabile con l’APA può essere anche un «contributo per l’aiuto familiare» (*ivi*, art. 6), finalizzato alle «situazioni in cui ci si avvale dell’aiuto di addetti all’assistenza domiciliare»; l’entità di tale emolumento è tuttavia modesta, richiedendo un regolare contratto lavorativo per almeno 25 ore settimanali, trattandosi appena di 120 euro mensili, che salgono a 200 solo qualora l’impegno lavorativo superi le 40 ore settimanali.

➤ Di contributo - «al fine di favorire la permanenza delle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti nella propria casa, sostenere le loro famiglie e incoraggiare l’emersione del lavoro precario ed irregolare di coloro che offrono assistenza» - parla anche la Regione **Sardegna** che, pur non avendo dedicato capitoli o riservato fondi esplicitamente diretti al tema della non autosufficienza nell’ultima legge di riordino del «Sistema integrato dei servizi alla persona» (L.R. 23.12.2005, n.23), ha però per la prima volta disposto un accantonamento di risorse a tale scopo, nell’ambito di un provvedimento *omnibus* (L.R. 11.05.2006, n.4, art.17, «Disposizioni in materia di politiche sociali»).

Come stabilito, con una propria delibera la Giunta regionale ha dapprima varato un programma sperimentale triennale - «Ritornare a casa» - del quale sono state dettate le linee di indirizzo (Del. n.42/11 del 04.10.2006). Il disegno appare chiaro: scopo del programma è incentivare la deistituzionalizzazione (per utenti con «livello di intensità assistenziale *medio*... ospiti da almeno 12 mesi in strutture residenziali») o evitarne il ricorso (per i livelli di intensità assistenziale *elevato* e *molto elevato*), impegnando l’ente locale entro un tempo certo (30 giorni) a definire un «progetto personalizzato predisposto congiuntamente dal Comune di residenza, dall’A.S.L. di riferimento, dal diretto interessato (quando possibile) e dal familiare di riferimento», per organizzarne la cura domiciliare. Il progetto personalizzato, inserito dalla «Valutazione multidimensionale» in uno dei tre livelli di gravità, viene presentato per un finanziamento che può arrivare ad un massimo

tra 8 e 20 mila euro annui – limitato ad un ISEE non superiore a 32.000 euro – interamente a carico del bilancio ordinario regionale per il primo anno di attività, fino ad esaurimento delle risorse disponibili.

Successivamente, una seconda delibera regionale ha disposto come dovesse essere utilizzato lo stanziamento straordinario di 700.000 euro per il 2006 e di 1.000.000 di euro per il 2007 (Del. n.45/24 del 07.11.2006). Lo strumento concreto di supporto, è altrettanto chiaramente individuato nella «istituzione della rete pubblica delle assistenti famigliari (badanti) per il sostegno alle persone non autosufficienti».

Una quota limitata del fondo viene destinata a «l'avvio su scala regionale di *registri pubblici* delle assistenti famigliari, per favorire l'incontro tra domanda e offerta [...] accompagnata da iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza offerta», per 140.000 euro (pari al 20%), e «per la diffusione nella popolazione delle iniziative legate alla costituzione della rete», oltre alle attività di coordinamento, supporto tecnico, verifica e monitoraggio, per altri 70.000 euro (pari al 10%).

La parte più cospicua della somma (il 70%, pari a 490.000 euro) è invece rivolta a realizzare due programmi-pilota, presso i Comuni di maggior numerosità – Cagliari e Sassari – «per sperimentare modalità e forme di sostegno a favore di persone parzialmente o totalmente non autosufficienti che necessitano di un'assistente famigliare [...] tenendo conto delle buone prassi già sperimentate sul territorio nazionale».

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.

d) Per quanto concerne appunto la dimensione locale, l'IRES vanta un recente e robusto *curriculum* di ricerca sul welfare locale (Mirabile, 2005, *Italie Sociali*). Questo ha costituito il riferimento empirico più naturale, per quanto non specifico sui servizi sociali per questa fascia di popolazione. È proprio su una nuova indagine relativa ai Comuni capoluogo di provincia che si concentra a seguire la seconda parte di questo rapporto.

➤ **Tabella 1. L'evoluzione demografica dell'Europa comunitaria (dal 1960 al 1996)**

	<i>Tasso di fertilità e crescita naturale della popolazione (saldo nati/morti)</i> °/∞	<i>Crescita totale della popolazione (saldo naturale + saldo migratorio)</i> °/∞	<i>§ Indice di anzianità (% >65 anni su popolazione totale)</i> <i># Indice di vecchiaia (% >80 anni su popolazione totale)</i>	<i>@ Indice di dipendenza (% >65 anni sulla popolazione in età lavorativa 15–64)</i>
Danimarca	Declinante, fino a negativo negli anni '80. In ripresa, leggermente superiore alla media UE (+1,1°/∞).	Declinante in parallelo fino ai primi anni '80, poi in aumento sostenuto. Valore più elevato nell'UE (+7°/∞)	§ 15,1% – Incremento inferiore alla media UE (2,4%) # 3,7% nel 1990 – Incremento nella media UE (2,1%)	@ 23% (nel 1990) In aumento, nella media UE
Regno Unito*	Declinante fino alla fine degli anni '70. In leggera ripresa ma sempre superiore alla media UE (+1,5°/∞)	Simile a DK, ma su valori più contenuti (+ 4°/∞)	§ 15,7% – Incremento inferiore alla media UE (1,9%) # 4,0% – Incremento nella media UE (2,1%)	@ 23% – In aumento, nella media UE (+5%).
Francia*	Stabile dalla metà degli anni '70. Valore attuale più elevato nell'UE (+3,4°/∞)	Saldo migratorio positivo. Crescita stabile dalla metà degli anni '70 su valori elevati (+5°/∞)	§ 15,2% – Incremento inferiore alla media UE (1,6%) # 4,0% – Incremento nella media UE (2,1%)	@ 23% – In aumento, nella media UE (+5%).
Italia	Continuamente declinante e per la prima volta negativo negli anni '90. (–0,5°/∞)	Saldo migratorio negativo fino alla metà degli anni '80, poi determinante in positivo (+1,5°/∞)	§ 16,8% – Incremento nella media UE (2,8%) # 4,1% – Incremento superiore alla media UE (2,8%)	@ 25% – In aumento superiore alla media UE (+11,5%).
*dati non disponibili per i Paesi Bassi , che possono essere ricompresi entro il gruppo centro-europeo (con Francia e Regno Unito).				

Fonte: Eurostat (rielaborazione da Dragosei, 2000).

➤ **Tabella 2. Previsione di evoluzione demografica dell'Europa comunitaria (dal 1996 al 2040)**

	<i>Crescita totale della popolazione (saldo naturale + saldo migratorio)</i>	<i>§ Indice di anzianità (% >65 anni su popolazione totale) a fine periodo</i>	<i>@ Indice di dipendenza (% >65 anni sulla popolazione in età lavorativa 15–64) a fine periodo</i>	<i>& Incidenza di “grandi vecchi” (% >80 anni sul totale degli anziani) a fine periodo</i>
Danimarca	+ 8,03 %	19,2 % In aumento molto inferiore alla media UE (+4,1%)	31 % In aumento molto inferiore alla media UE (+ 9 %)	25 % Stabile inferiore alla media UE
Regno Unito	+ 1,11 %	22,6 % (nel 2030) In aumento inferiore alla media UE (+6,9%)	43 % In aumento inferiore alla media UE (+ 19 %)	36 % In aumento superiore alla media UE (+ 11 %)
Francia	+ 12,08 %	27,1 % In aumento nella media UE (+11,9%)	47 % In aumento nella media UE (+ 24 %)	42 % In aumento molto superiore alla media UE (+ 14 %)
Italia	– 12,5 %	31,8 % In aumento superiore alla media UE (+15 %)	56 % In aumento superiore alla media UE (+ 31 %)	37 % In aumento superiore alla media UE (+ 12 %)
Media europea (degli 8 Paesi considerati)	– 4 %	28,2 % (+12,8%)	48,6 % (+ 25 %)	31 % (+ 6 %)

Fonte: Eurostat (rielaborazione da Dragosei, 2000).

➤ **Tabella 3. Accesso ai servizi sociali istituzionali per anziani non autosufficienti**

	Utenti servizi residenziali (su tot. anziani)*	Tendenza**	Utenti servizi domiciliari (su tot. anziani)*	Tendenza**	Ore settimanali*** assistenza domiciliare	Compartecipazione ai costi assistenza domiciliare****
Danimarca	4%	Calo (6 % – OCSE 1996)	25 %	Aumento (20% – OCSE 1996)	5	NO
Regno Unito	5 %	Costante (5 % - OCSE 1996)	7 %	Calo (9 % - OCSE 1996)	5	SI (~20%, solo per la quota assistenziale)
Paesi Bassi	n.d.	(9 % - OCSE 1996)	n.d.	(9,5 % - OCSE 1996)	4	SI (~10%)
Francia	6 %	Aumento (3 % - OCSE 1996)	8 %	Aumento (7 % - OCSE 1996)	7	SI (n.d.)
Italia	2 %	Costante (2 % - OCSE 1996)	3 %	Aumento (1 % - OCSE 1996)	n.d.	SI (solo per la quota assistenziale)

[Fonti:

* Pavolini, 2004

** Anttonen-Sipilä, 2001

*** Roostgard, 2001

**** Lehto, 2001

]

➤ **Tabella 4. Caratteristiche dei sostegni economici alla cura di non autosufficienti in Europa**

	<i>Prestazione considerata (e anno d'introduzione)</i>	<i>Esclusività per anziani non autosufficienti</i>	<i>Compatibilità con i servizi istituzionali domiciliari</i>	<i>Possibilità di compensare care- givers informali</i>	<i>Possibilità di retribuire assistenti privati di mercato</i>	<i>Adozione di criteri di selettività (per reddito)</i>	<i>Adozione di criteri di selettività (per grado di disabilità)</i>	<i>Formula di finanziamento</i>
Regno Unito **	* «Attendance allowance»	SI	SI	SI (non familiari conviventi)	SI (ma l'importo è molto basso)	NO	SI (2 livelli)	Previdenziale nazionale
	«Direct Payments» (2000 per gli anziani)	NO	NO	SI (contrattualizzati con copertura previdenziale)	SI	NO	SI	Fiscale locale (non obbligatorio)
Paesi Bassi **	* «Personal Budget» (1995 per gli anziani)	NO (36% del tot.)	NO	SI (ma l'erogazione è complementare al <i>care</i> informale già disponibile)	SI (purché regolarizzati)	NO ¹	SI (non standard)	Assicurativa obbligatoria nazionale
Francia***	«Allocation Personalisée à l'Autonomie» (2002)	SI (>60 anni)	NO	SI (contrattualizzati con copertura previdenziale)	SI (purché regolarizzati)	NO ¹	SI (4 livelli)	Previdenziale nazionale + Fiscale locale + Compartecipazione utenti
Italia***	«Indennità di accompagnamento» (1980 per gli anziani)	NO (68% del tot.)	SI	SI (senza vincoli)	SI (senza vincoli)	NO	NO	Fiscale nazionale
La Danimarca non è qui considerata per mancanza di dettaglio nelle fonti.								

[Fonti: * Weekers-Pijl, 1998 - ** Ranci, 2001a - *** Pavolini, 2004]

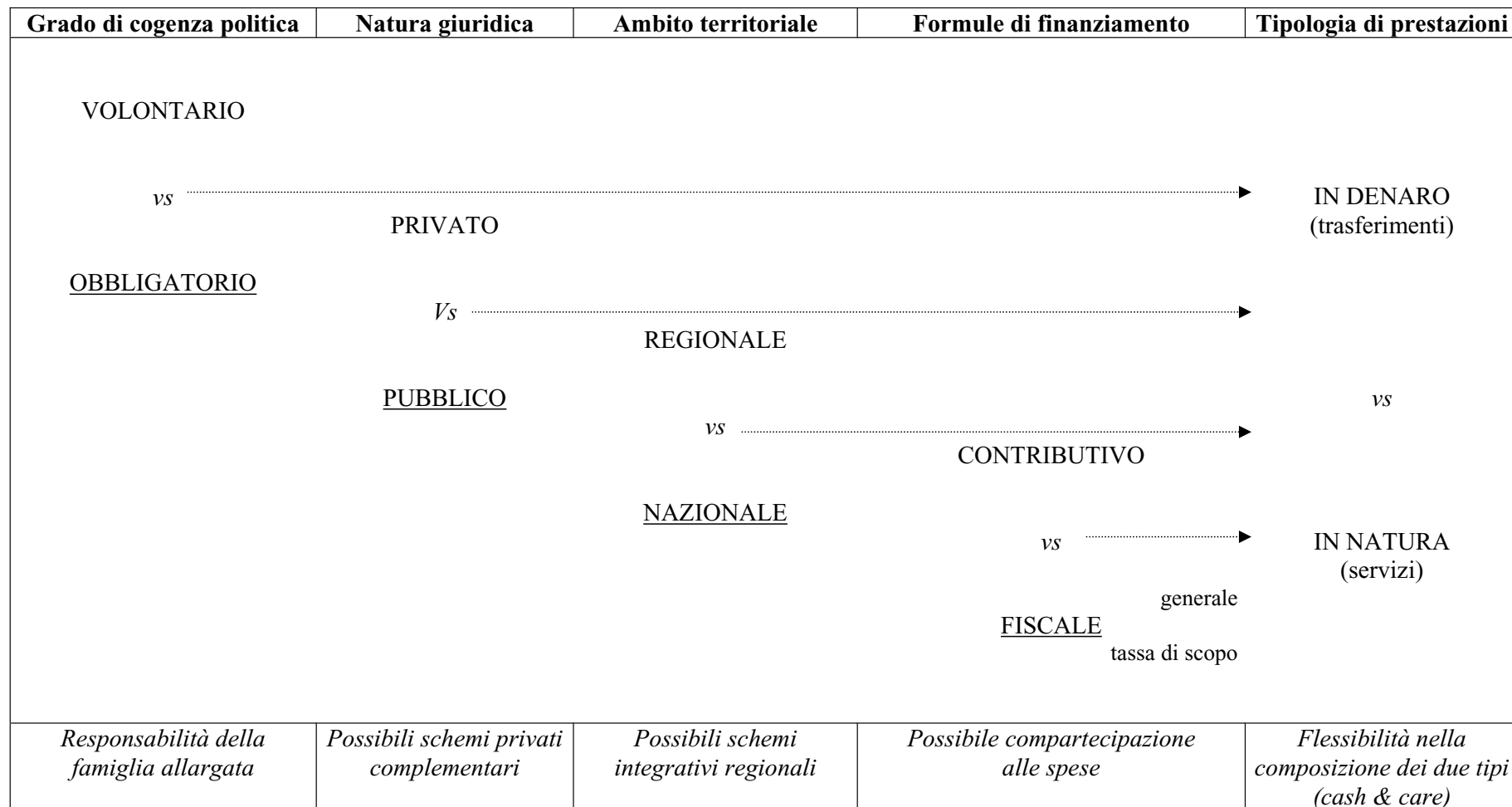
¹ Tuttavia i redditi determinano gli importi (NL) o la quota di compartecipazione alle spese (F).

Tabella 5. Primi esiti valutativi dei “mercati sociali della cura” (servizi *kind* + sostegni *cash*)

	<i>Aumento di risorse destinate</i>	<i>Estensione della platea beneficiari</i>	<i>Controllo su uso delle erogazioni</i>	<i>Miglioramento qualità (+ scelta)</i>	<i>Sostegno attivo al care informale</i>	<i>Regolazione dell' offerta privata</i>
Regno Unito*	Consistente (+27% dal 1994 al 2000), compartecipazione ai costi (35% residenziali – 13% domiciliari). Diffusione molto limitata	Diffusione molto limitata (3.700 utenti nel 2000) + servizi residenziali – servizi domiciliari (più intensivo)	SI	Scelta del fornitore molto limitata. Libera combinazione di <i>cash & care</i> Presenza di un <i>case-management</i> .	NO ai compensi per familiari, conviventi.	L'utente è a tutti gli effetti datore di lavoro. Rischi di iper-regolamentazione
Paesi Bassi*	NO Riorganizzazione interna del sistema assistenziale (1,3% del totale nel 2000, +29% dal 1995).	Diffusione molto limitata, ma in aumento (da 4.000 a 11.500 utenti tra il 1996 e il 2000, solo 1/3 di essi anziani)	SI (tramite le Casse Mutue gestori)	Assenza di servizi di sostegno nella scelta. No combinazione di <i>cash & care</i> Valutazione positiva del 78% degli utenti (contro il 12% totale)	Pagamento per un <i>care-giver</i> accertato con copertura prev. 50% nuovi c.-g. , per 69% sola fonte di reddito	L'utente è a tutti gli effetti datore di lavoro. Forte regolazione Alta burocrazia
Francia**	Consistente (diritto universalistico) con compartecipazione ai costi (fino all'85%)	Molto ampia (75% dei potenziali destinatari) 605.000 utenti (+500% dal 2000 al 2002)	SI (giustificativi delle spese sostenute)	Consentito ricorrere a più fornitori anche nello stesso anno. Presenza di un “piano degli aiuti”	Pagamento per un <i>care-giver</i> accertato con copertura prev. <i>Cheque-emploi</i> per i non familiari	Da 20.000 a 50.000 occupazioni a tempo pieno con <i>cheque-emploi</i>
Italia**	Difficilmente quantificabile per il decentramento locale. Rischi di sovrapposizione tra misure diverse.	Indennità nata prima per i ciechi, poi per i disabili 667.000 utenti anziani nel 2001 (su ~ 1.000.000) di cui il 43% > 80 anni	NO	Accreditamento su <i>standard</i> , non su contenuti. Assenza di un <i>case-management</i> .	Non regolazione. Discrezionalità del beneficiario	Dal 2000 detassazione per le assunzioni regolari
La Danimarca non è qui considerata per mancanza di dettaglio nelle fonti.						

[Fonti: (rielaborazione da) * Ranci, 2001a ; ** Pavolini, 2004]

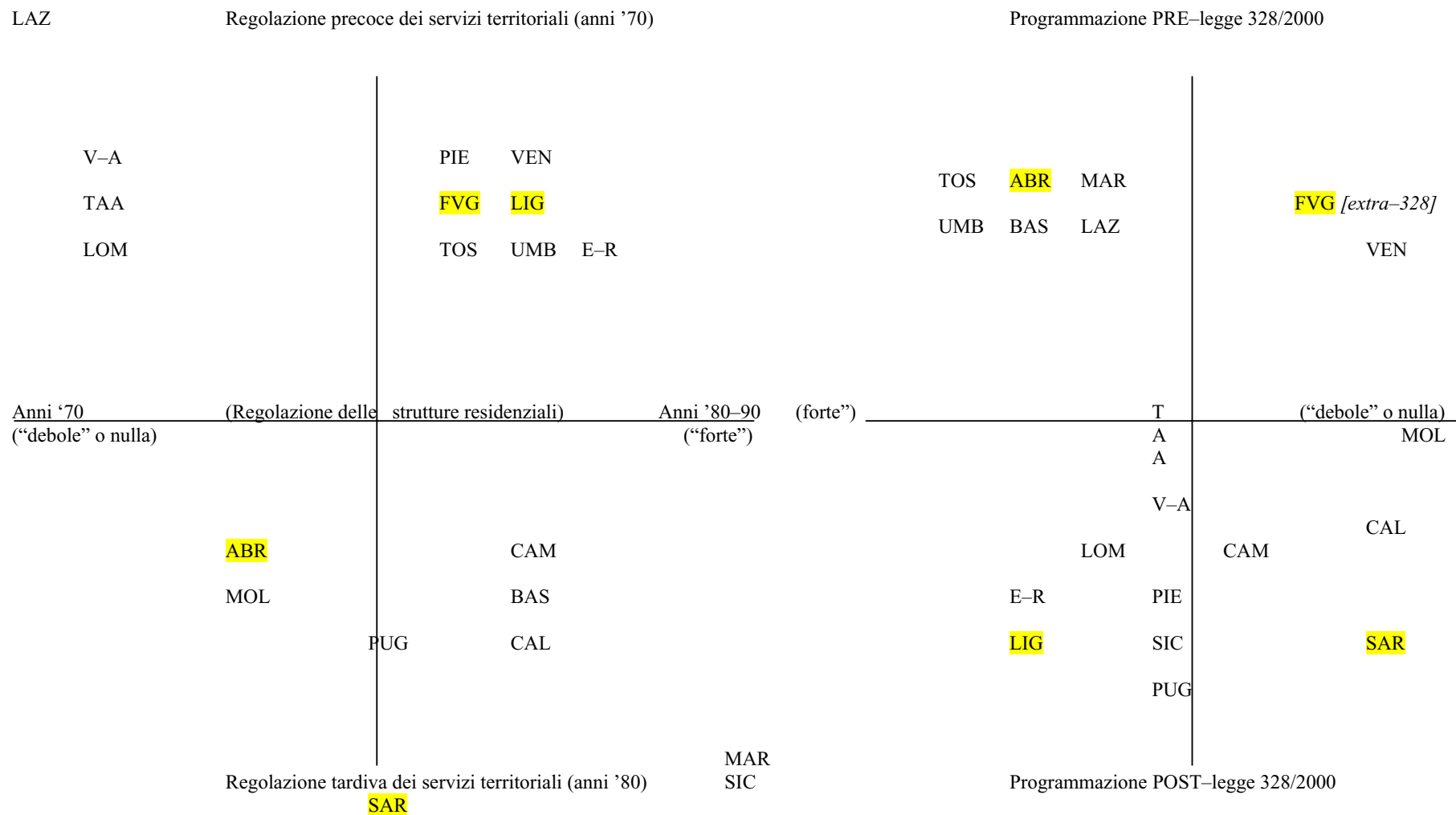
Schema 2. “Albero delle opzioni” per un Fondo Unico per la non autosufficienza



Fonte: rielaborazione da Beltrametti, 2001b, pp. 96–116 (sottolineate le opzioni preferenziate dall’autore).

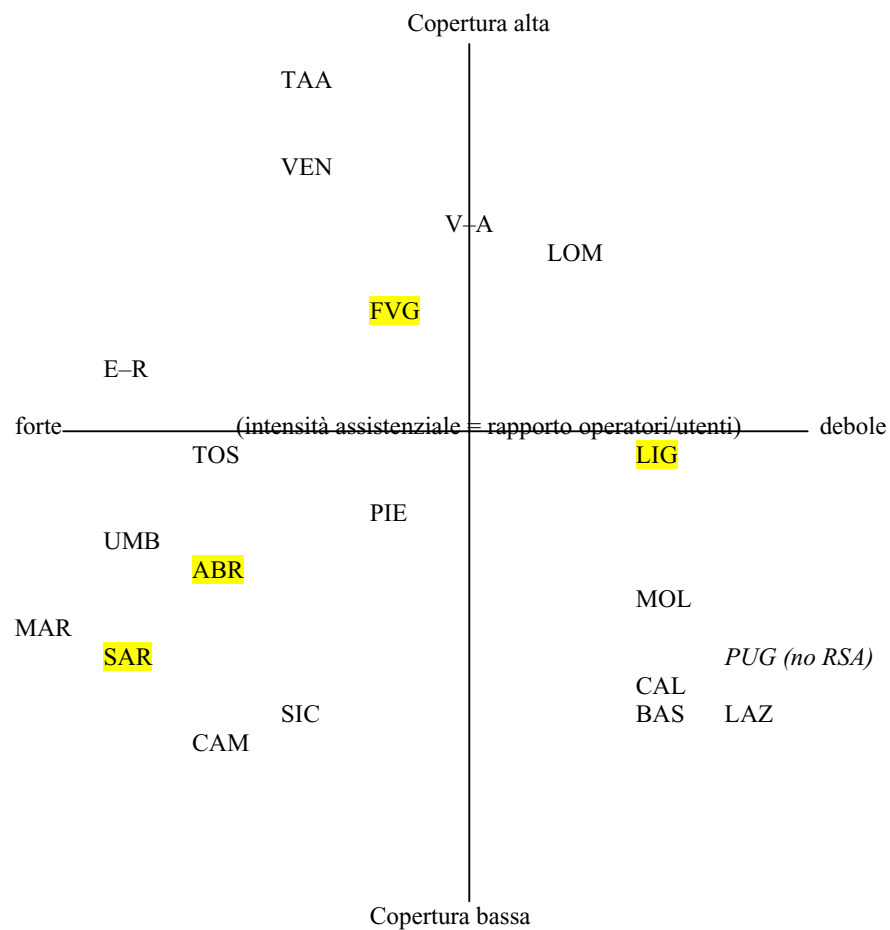
Schema 3. Timing nella regolazione dei servizi (territoriali e residenziali)

Schema 3bis. Stili di programmazione socio-sanitaria

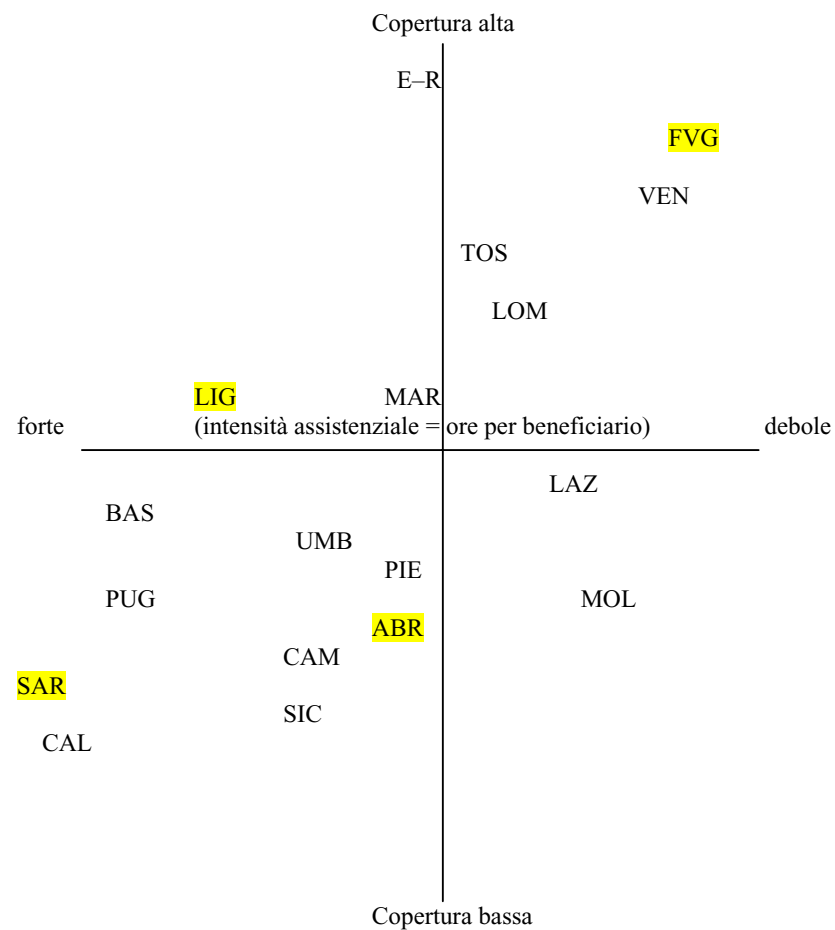


[Fonte: rielaborazione nostra da: Pavolini, 2004, pp. 93-114]

Schema 4. Copertura e intensità dell'accoglienza residenziale (RSA)

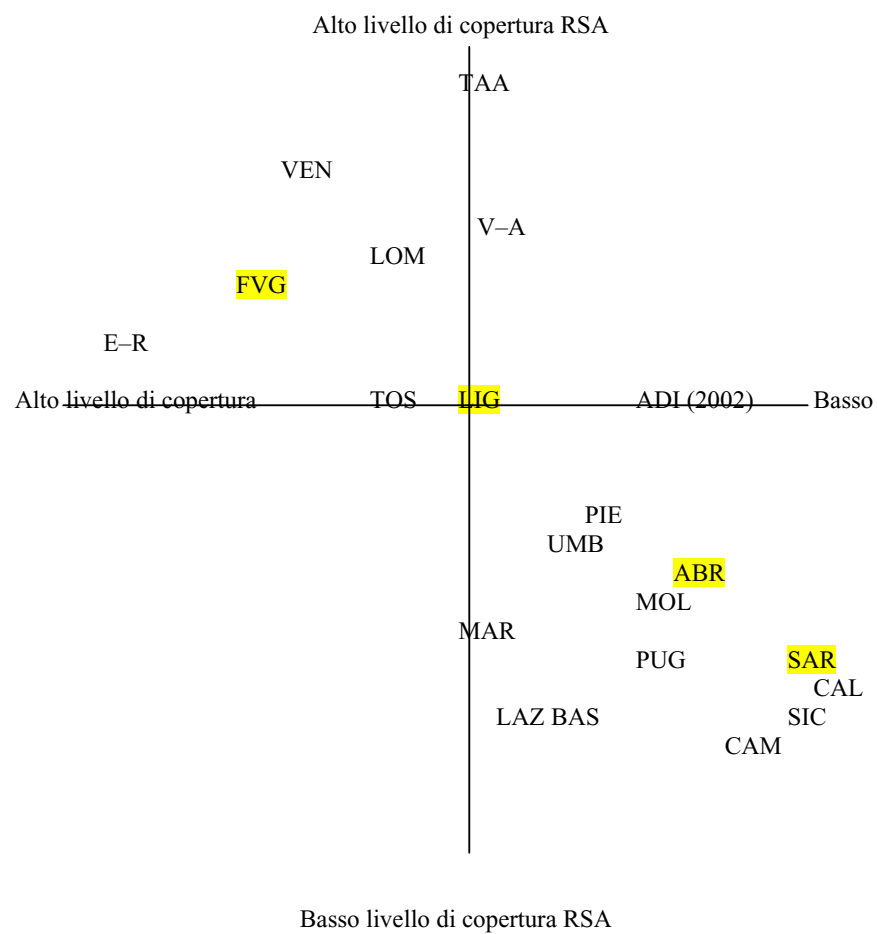


Schema 4bis. Copertura e intensità dell'assistenza domiciliare (ADI)

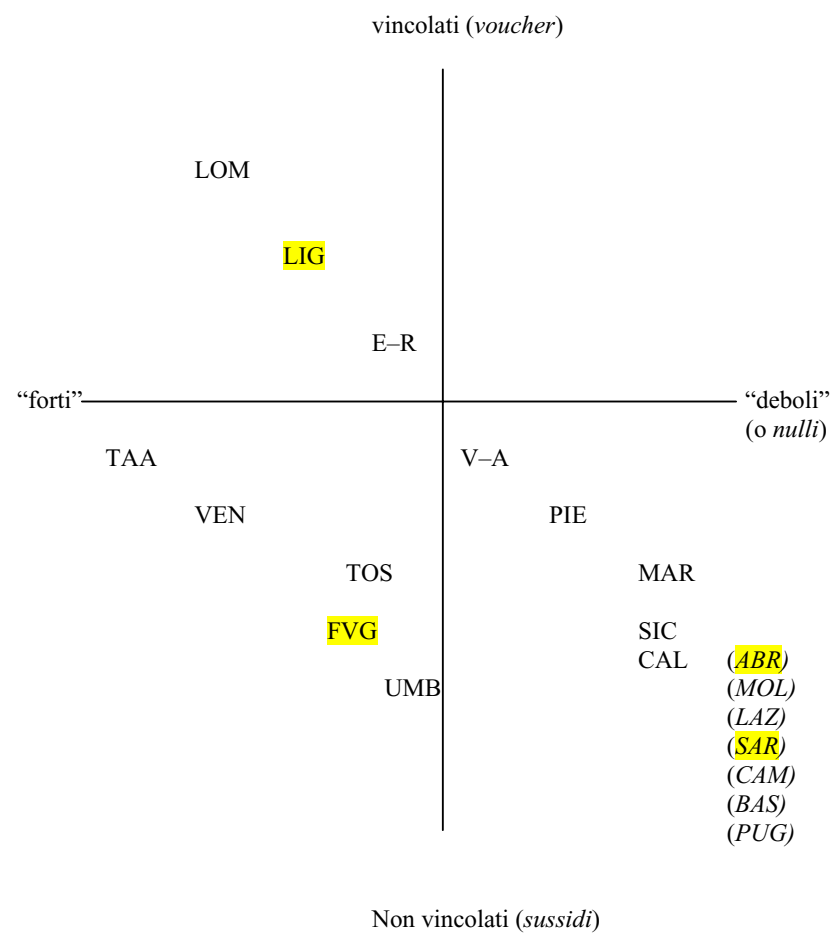


[Fonte: rielaborazione nostra, da: Pavolini, 2004, pp. 149-segg.]

Schema 5. Incrocio tra domiciliarietà e residenzialità dei servizi



Schema 5bis. Introduzione di strumenti del mercato sociale (assegni di cura + *vouchers*)



[Fonte: rielaborazione nostra, da: Pavolini, 2004, pp. 149–segg.]

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

Premessa e nota metodologica

Com’è noto l’allungamento della vita, che ovviamente tutti consideriamo un bene in sé, espone i grandi vecchi e le loro famiglie, principalmente a causa dei perduranti deficit di risposta dei sistemi di servizi alla persona rispetto ai nuovi profili del bisogno sociale, a periodi di forte esposizione e di difficoltà nel dover affrontare l’insieme di esigenze, da quelle di tipo socio-sanitario a quelle di tipo relazionale, che le fasi di non autosufficienza degli anziani pongono. La diversa disponibilità di risorse finanziarie da parte delle singole famiglie pone ovviamente queste ultime in condizioni di maggiore o minore difficoltà nell’affrontare quest’ordine di problemi, soprattutto in quanto larga parte delle attività di supporto alle persone non autosufficienti (sia che si tratti di attività di aiuto domestico, sia che si tratti di attività maggiormente rivolte all’accudimento della persona) sono al momento nel nostro paese acquistabili nel cosiddetto, ampio e variegato, ‘mercato privato della cura’, dunque a costi economici non sempre facilmente affrontabili, comunque generalmente onerosi, di difficile valutazione sul piano della qualità del delicato servizio prestato, così come del trattamento percepito dal lavoratore *caregiver*.

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 in questa 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 metropolitane¹, 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 uno 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

¹ L'Istat definisce città metropolitane Bari, Bologna, Firenze, Genova, Milano, Napoli, Roma, Torino, Venezia. Le città metropolitane sono enti amministrativi, previsti inizialmente dalla Costituzione della Repubblica Italiana (art.114) e recepito dalla Legge 142/90. Oggi sono regolamentate dal Testo Unico Enti Locali (decreto legislativo n.267/2000).

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.

I questionari sono stati somministrati nel periodo compreso tra i mesi di gennaio e marzo 2007 e sono stati inviati (dopo un primo contatto telefonico) agli assessori e ai dirigenti dei servizi sociali che hanno indicato e coinvolto di volta in volta i loro referenti per l'indagine IRES. Si è trattato prevalentemente dirigenti stessi o dei funzionari dei servizi sociali comunali. Nei casi di delega totale dei

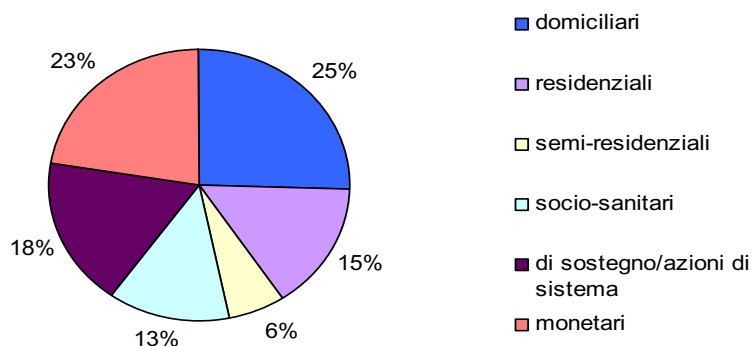
servizi per non autosufficienti alla ASL da parte del Comune e di gestione dei servizi per la non autosufficienza da parte del Distretto socio-sanitario, i questionari sono stati compilati dal personale della ASL. Laddove si è verificata l'esistenza di una co-gestione di ASL e Comune i dati sul sistema dei servizi sono stati forniti da entrambi gli enti, che si sono fra loro coordinati.

1. Il sistema dei servizi e degli interventi

1.1. 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 (n.1) 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%).

Graf. n.1 I servizi sociali per gli anziani non autosufficienti nei Comuni capoluogo di provincia (% risposte)

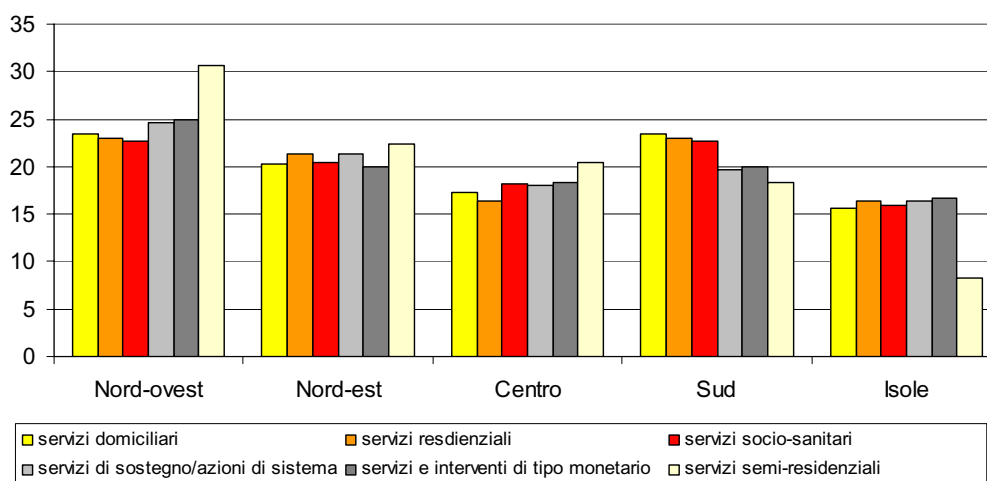


Fonte: Indagine IRES 2007

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 (cfr. graf. n. 2).

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 (cfr. graf. n. 2).

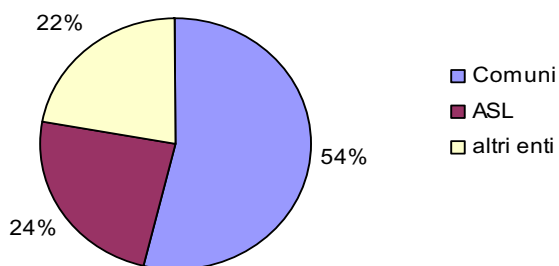
Graf. n. 2 Tipologia di servizi per aree geografiche (valori percentuali)



Fonte: Indagine IRES 2007

Il Comune costituisce il soggetto istituzionale che si occupa della gestione dei servizi per la non autosufficienza nella gran parte dei casi (54%). Per il resto sono incaricati della gestione dei servizi le ASL (24%) ed altri enti (22%), (cfr. graf. n. 3). In quest'ultima tipologia di soggetti gestori sono stati segnalati gli enti comunali², le aziende a partecipazione pubblica³ e gli organismi del Terzo Settore come le cooperative sociali, le IPAB, le fondazioni, gli enti religiosi, le ONLUS e le società a responsabilità limitata.

Graf. n. 3 Enti gestori dei servizi sociali (valori percentuali)



Fonte: Indagine IRES 2007

Alla luce di questa articolazione complessiva dei servizi, i paragrafi che seguono contengono un'analisi del sistema di offerta per la non autosufficienza per

² E' questo il caso del Centro Servizi Anziani costituito nel comune dell'Aquila

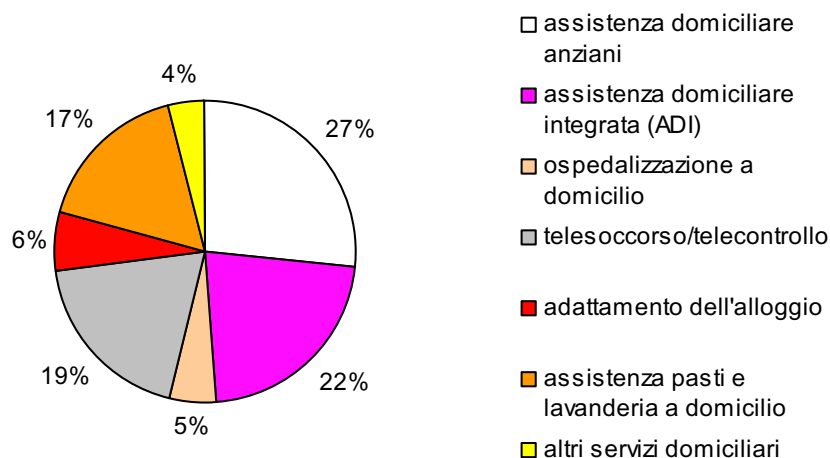
³ Sono questi i casi dell'azienda consortile CO&SO di Grosseto e della SpA SERS di Belluno.

specifiche tipologie di servizio/intervento in relazione alla gestione e alle figure professionali coinvolte nei servizi stessi.

1.1.1 I servizi domiciliari

Questa categoria di servizi, che come detto rappresentano la tipologia più diffusa (25%) nei comuni capoluogo di provincia, comprende 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%) (cfr. graf. n.4).

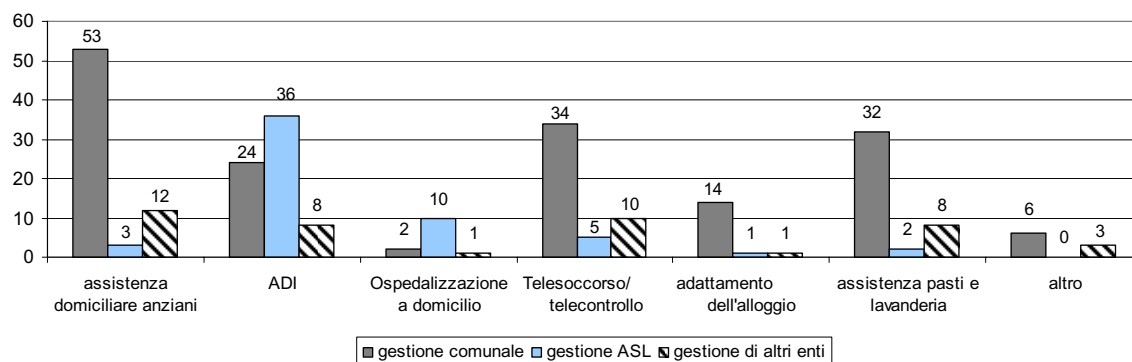
Graf. n. 4 Incidenza dei diversi tipi di servizi domiciliari sul totale dei servizi della categoria nei comuni capoluogo di provincia



Fonte: Indagine IRES 2007

Tra i soggetti incaricati della gestione di questa tipologia di servizi in relazione ai diversi interventi prestati (vedi graf. n.5), il Comune gestisce direttamente la maggior parte degli interventi di assistenza domiciliare anziani, del telesoccorso/telecontrollo e dell'assistenza pasti e lavanderia a domicilio. Altri servizi domiciliari di carattere più sanitario, come l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e l'ospedalizzazione a domicilio, sono invece gestiti in misura prevalente dalla ASL. L'azione di altri tipi di enti nella gestione appare invece contenuta ed è riferita agli interventi di assistenza domiciliare, di telesoccorso e telecontrollo.

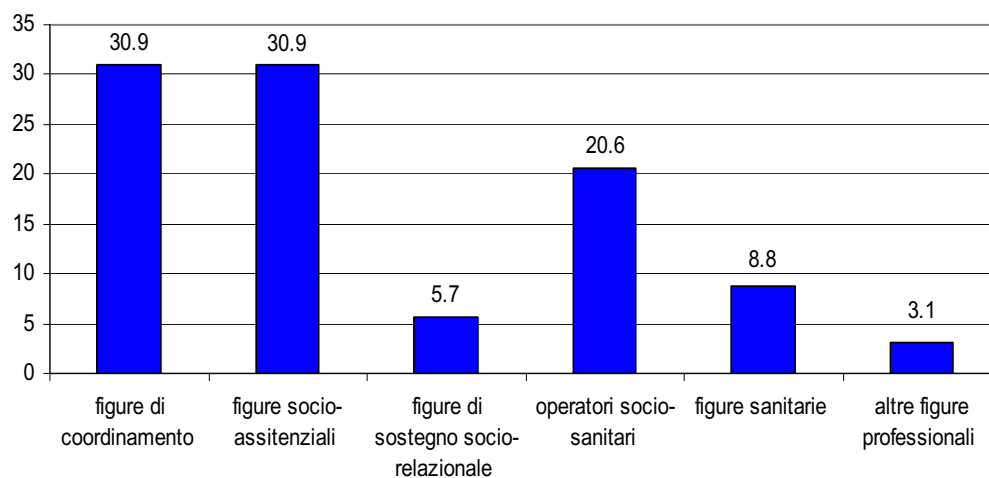
Graf. n. 5 Strutture di gestione per tipo di servizi domiciliari nei Comuni capoluogo di provincia (n. risposte v.a.)



Fonte: Indagine IRES 2007

Per quanto riguarda le figure professionali coinvolte nell'organizzazione dei servizi domiciliari è emersa una prevalenza delle figure di coordinamento e socio-assistenziali rispettivamente pari al 30,9%; anche gli operatori socio-sanitari sono impiegati in modo significativo (20,6%). Viene fatto ricorso in modo minore alle figure specificamente sanitarie (8,8%) e solo in misura marginale vengono impiegate figure di sostegno socio-relazionale (5,7%) e altre figure professionali (3,1%) (vedi graf. n. 6).

Graf. n. 6 Figure professionali nei servizi domiciliari comunali indicati nelle risposte dai Comuni capoluogo di provincia (% risposte)



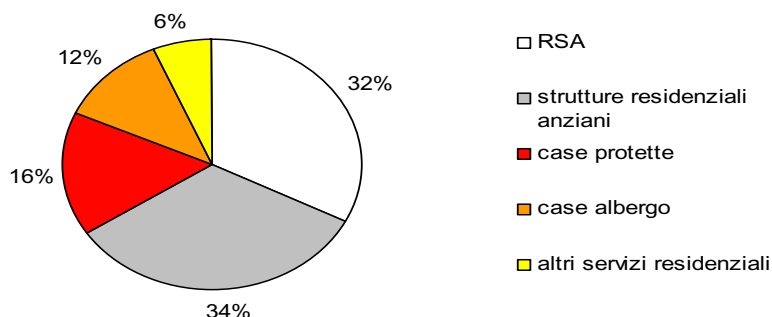
Fonte: Indagine IRES 2007

1.1.2. I servizi residenziali

I servizi residenziali, come visto precedentemente, costituiscono il 15% dei servizi sociali per la non autosufficienza rilevati nei comuni. Per quanto riguarda

la loro articolazione (vedi graf. n. 7) 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%).

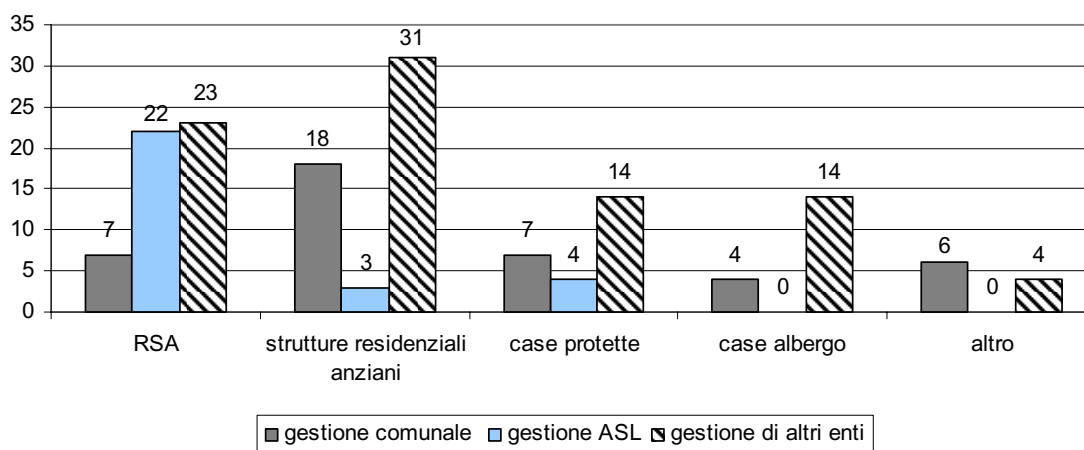
Graf. n. 7 Incidenza dei diversi tipi di servizi residenziali sul totale dei servizi della categoria nei comuni capoluogo di provincia.



Fonte: Indagine IRES 2007

I servizi residenziali vengono gestiti per lo più da enti diversi dal Comune e dalla ASL, come gli organismi del Terzo Settore. La loro azione è prevalente per tutti i tipi di interventi rilevati, ed è evidente soprattutto nella gestione delle strutture residenziali per anziani e delle RSA (cfr. graf. n. 8). Nel caso delle RSA anche la ASL gioca un ruolo di primo piano. Per quanto riguarda il ruolo del Comune, i servizi residenziali in cui è maggiormente coinvolto sono le strutture residenziali per anziani.

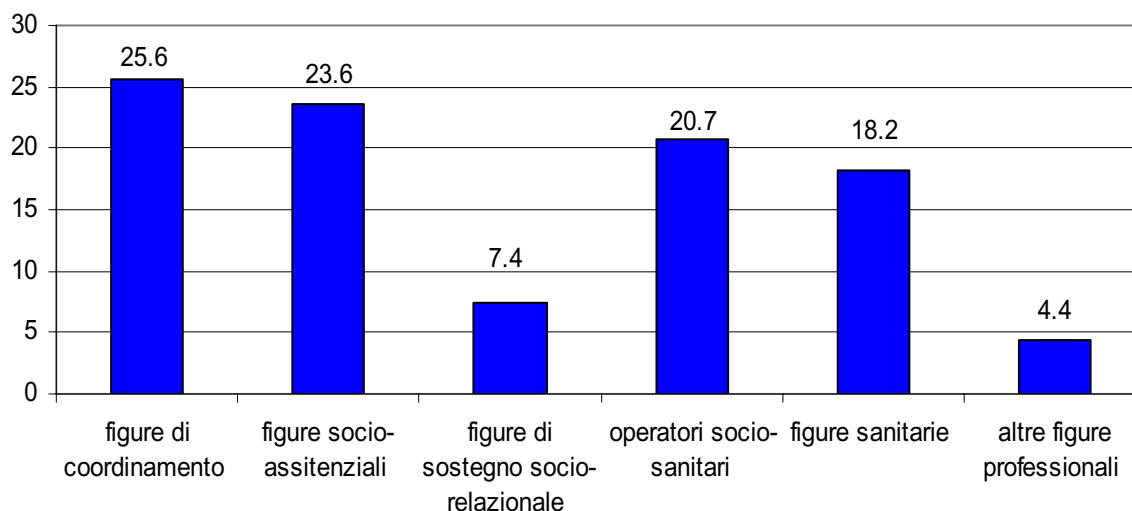
Graf. n. 8 Tipo di gestione per tipo di servizi e interventi residenziali nei Comuni capoluogo di provincia nelle risposte fornite (n. risposte v.a)



Fonte: Indagine IRES 2007

Dall'analisi delle figure professionali impegnate nei servizi residenziali (vedi graf. n. 9) è emerso il ricorso, in modo piuttosto omogeneo, a competenze di coordinamento (25,6%), socio-assistenziali (23,6%), sanitarie (20,7%) e socio-sanitarie (18,2%). Più ridotta è la presenza di figure specializzate in sostegno relazionale.

Graf. n. 9 Figure professionali nei servizi residenziali comunali indicati nelle risposte dai Comuni capoluogo di provincia (% risposte)

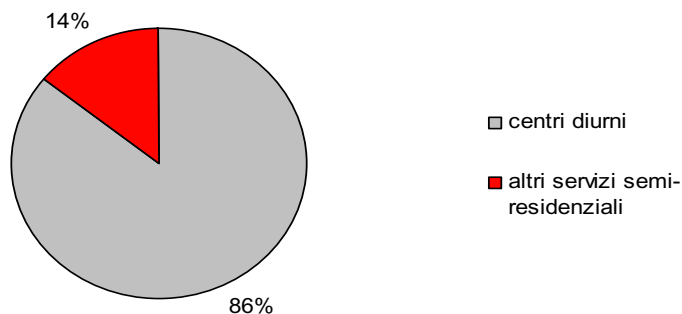


Fonte: Indagine IRES 2007

1.1.3 I servizi semi-residenziali

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 (vedi graf. n.10); 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.

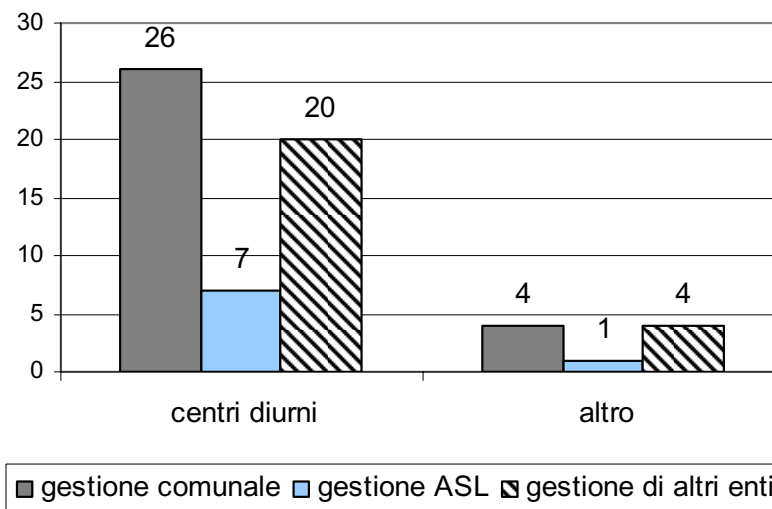
Graf. n.10 Incidenza dei diversi tipi di servizi semi-residenziali sul totale dei servizi della categoria nei comuni capoluogo di provincia rispondenti.



Fonte: Indagine IRES 2007

I centri diurni sono gestiti nella maggior parte dei casi dal Comune, ma la presenza di 'altri enti' nella gestione è comunque rilevante (vedi graf. n. 11).

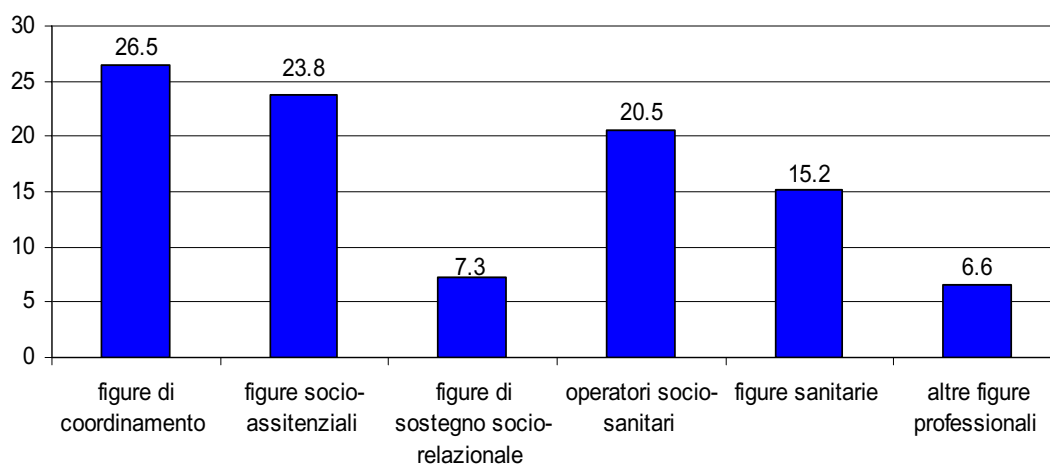
Graf. n.11 Strutture di gestione per tipo di servizi e interventi semi-residenziali nei Comuni capoluogo di provincia (n. risposte v.a)



Fonte: Indagine IRES 2007

Analogamente ai servizi residenziali, le professioni più diffuse nei servizi semi-residenziali sono soprattutto quelle di coordinamento (26,5%), quelle socio-assistenziali (23,8%), quelle sanitarie (15,2%) e quelle socio-sanitarie (20,5%) (vedi graf. n. 12).

Graf. n.12 Figure professionali nei servizi semi-residenziali comunali indicati nelle risposte dai Comuni capoluogo di provincia (% risposte)



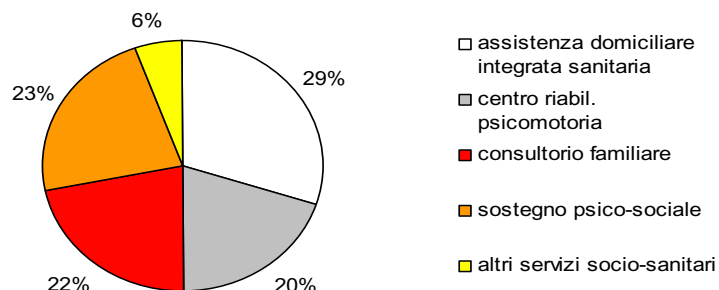
Fonte: Indagine IRES 2007

1.1.4 I servizi socio-sanitari

I servizi socio-sanitari (che costituiscono il 13% dei servizi complessivi rilevati nei comuni per gli anziani non autosufficienti), 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%), (vedi graf. n.13)

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.

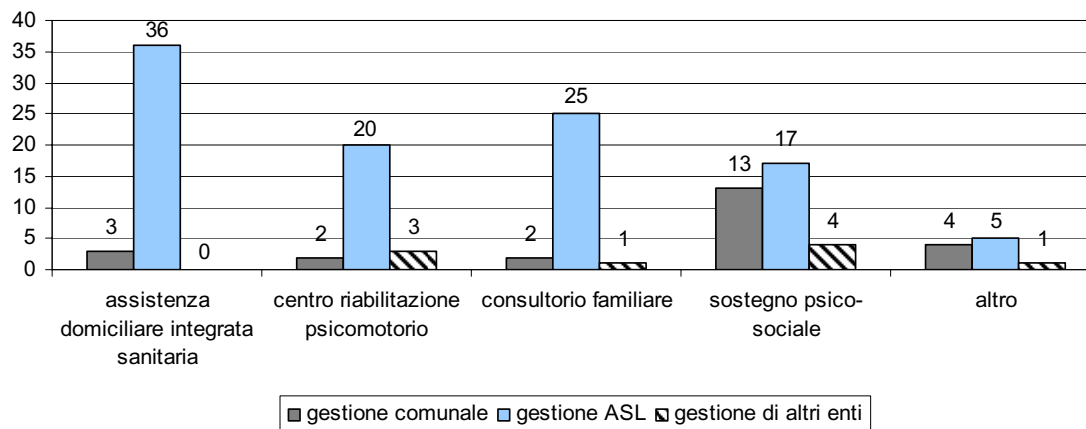
Graf. n.13 Incidenza dei diversi tipi di servizi socio-sanitari sul totale dei servizi della categoria nei comuni capoluogo di provincia.



Fonte: Indagine IRES 2007

La gestione dei servizi-socio sanitari è risultata prevalentemente di competenza della ASL. Il Comune è coinvolto in misura quasi uguale a quella della ASL solo nella gestione di servizi di sostegno psico-sociale. Poco significativo è risultato infine l'apporto di altri enti (vedi graf. n.14).

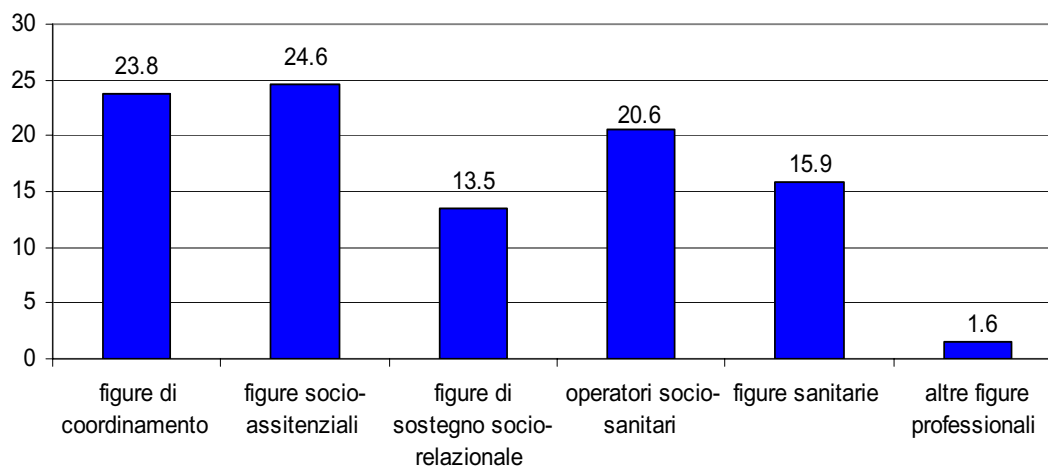
Graf. n. 14. Tipo di gestione per tipo di servizi e interventi socio-sanitari nei Comuni capoluogo di provincia (n. risposte v.a.)



Fonte: Indagine IRES 2007

Dall'analisi sulle professionalità impiegate, è emerso che le figure maggiormente presenti nei dei servizi socio-sanitari sono le figure socio-assistenziali (24,6%) (si tratta prevalentemente degli assistenti sociali), di coordinamento (23,8%), gli operatori socio-sanitari (20,6%) e le figure sanitarie (15,9%), (vedi graf. n.15).

Graf. n.15 Le figure professionali dei servizi socio-sanitari nei dai Comuni capoluogo di provincia (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

A proposito dei servizi socio-sanitari, infine, va tuttavia sottolineata la ricorrenza di molti valori mancanti nelle risposte fornite nel corso dell'indagine⁴.

E' stato infatti osservato che nel 35,9% dei casi i comuni non hanno indicato l'esistenza o meno di servizi di assistenza domiciliare integrata sanitaria; analogamente, nel 43,8% dei comuni non sono pervenute informazioni sui centri o servizi di riabilitazione psico-motoria; nel 42,2% non sono state fornite informazioni sulla presenza dei consultori familiari; nel 35,9% dei casi non sono pervenute informazioni sui servizi di sostegno psicologico. Anche con riguardo ad altri tipi di servizi socio-sanitari, il 43,8% dei Comuni non ha fornito indicazioni.

L'analisi dei *missing values* (le mancate risposte) delle variabili relative alla presenza o meno dei diversi servizi socio-sanitari ha consentito ulteriori spunti di riflessione. Complessivamente, è emerso che l'area geografica con la più alta percentuale di risposte non pervenute sui servizi socio-sanitari è il Nord-Ovest, dove i Comuni che risultano non informati sono il 66%; seguono i comuni del Sud che si attestano per lo più attorno al 45%. Le percentuali minori sono state rintracciate invece soprattutto nel Nord-est, dove le risposte non pervenute sono state pari a circa il 20%.

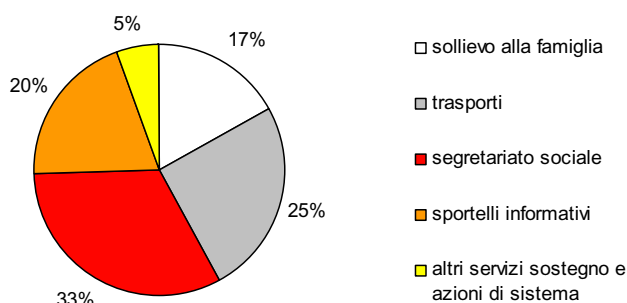
1.1.5 I servizi di sostegno e le azioni di sistema

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

⁴ Nel corso della somministrazione del questionario, molti dei comuni coinvolti hanno evidenziato che alcuni dei dati richiesti nel questionario non erano di competenza comunale.

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%), (vedi graf. n.16)

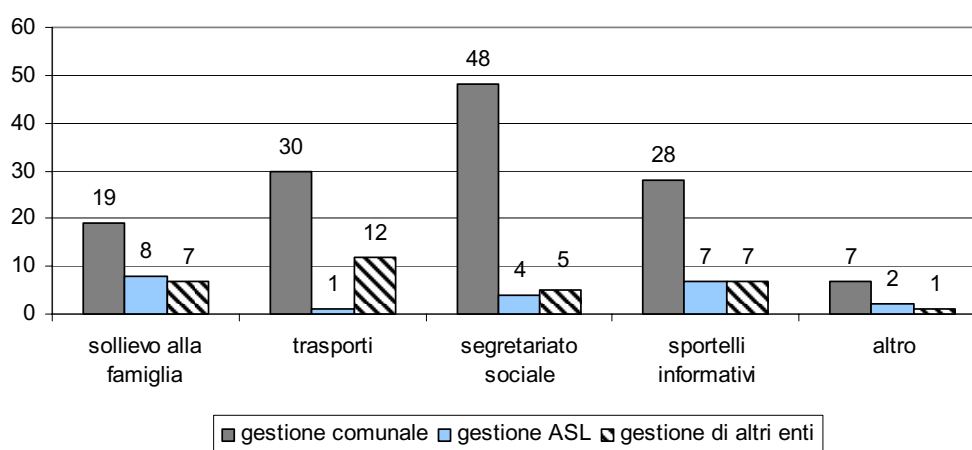
Graf. n.16 Incidenza dei diversi tipi di servizi di sostegno e delle azioni di sistema sul totale dei servizi della categoria nei comuni capoluogo di provincia.



Fonte: Indagine IRES 2007

E' ancora il Comune l'attore principale coinvolto nella gestione di questa tipologia di servizi (vedi graf. n. 17), questo è vero soprattutto nel caso del Segretariato Sociale; la ASL e gli 'altri enti' partecipano alla gestione in pochi casi.

Graf. n. 17 Strutture di gestione per tipo di servizi e interventi di sostegno e azioni di sistema nei Comuni capoluogo di provincia (n. risposte, v.a)

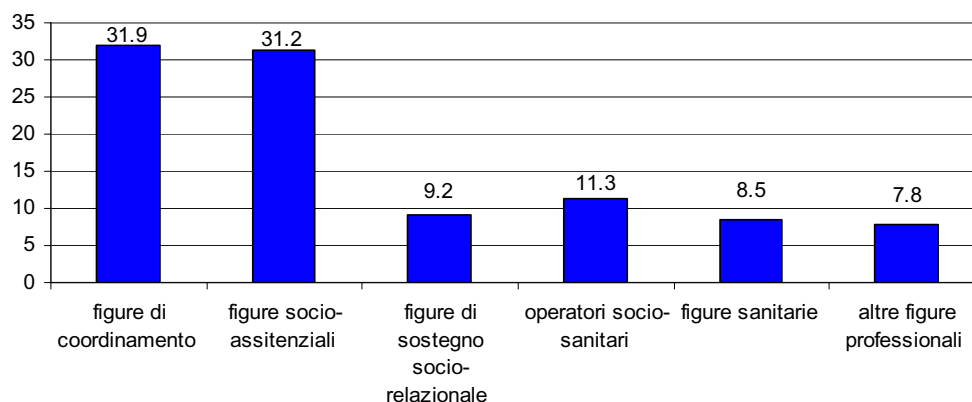


Fonte: Indagine IRES 2007

Con riferimento alle professioni coinvolte in questa tipologia di servizi, le figure di sostegno socio-relazionale sono tra le meno presenti nei servizi (9,2%); le più

coinvolte sono quelle socio-assistenziali (31,2%) e quelle di coordinamento (31,9%), (vedi graf. n.18)

Graf. n.18 Figure professionali nei servizi di sostegno e nelle azioni di sistema comunali indicati nelle risposte dai Comuni capoluogo di provincia (% risposte)

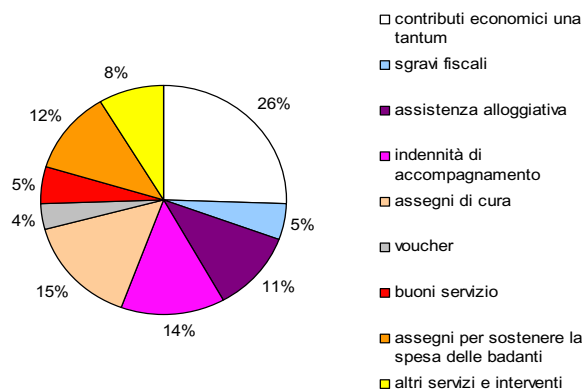


Fonte: Indagine IRES 2007

1.1.6 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%) ei 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, (graf. n. 19)

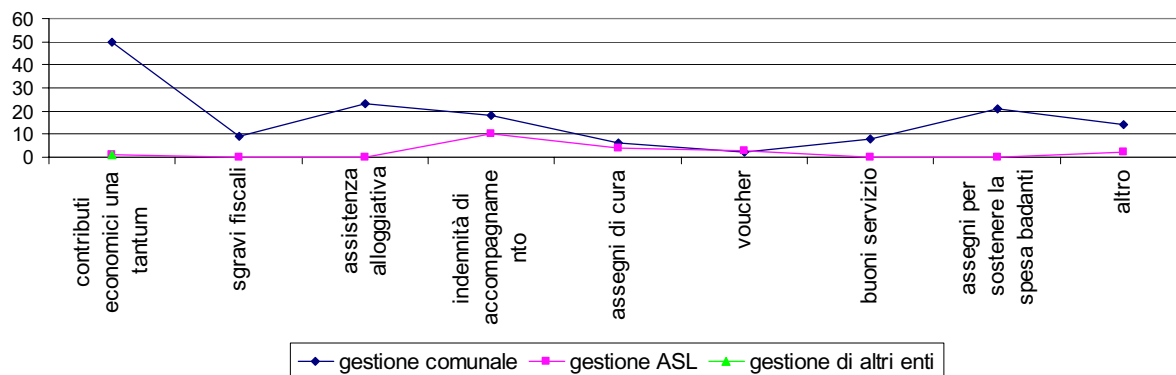
Graf. n.19 Tipi di servizi e interventi monetari sul totale dei servizi della categoria nei comuni capoluogo.



Fonte: Indagine IRES 2007

Come si evince dal grafico seguente (n. 20), infine gli interventi monetari sono prevalentemente gestiti dal Comune.

Graf. n. 20 Tipo di gestione per tipo di servizi e interventi monetari nei Comuni capoluogo di provincia (n. risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Per concludere questa sezione del rapporto sull'articolazione e la gestione dei sistemi di offerta per la non autosufficienza nei comuni capoluogo di provincia, di seguito vengono sintetizzati alcuni risultati in particolare su:

la diffusione. Le tipologie di servizio più diffuse nei comuni capoluogo sembrerebbero ad oggi quelle cosiddette tradizionali come i servizi domiciliari, gli interventi di tipo monetario;

la gestione. 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;

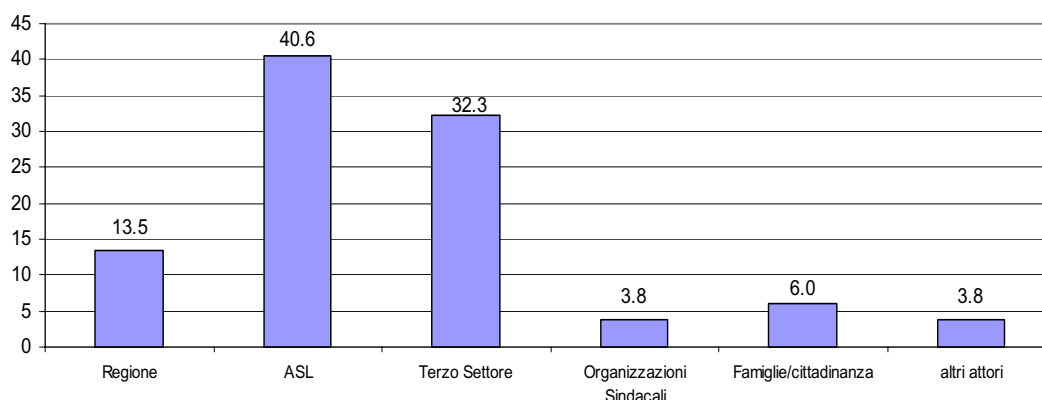
le figure professionali. Dall'indagine è emerso come siano le figure di coordinamento e quelle socio-assistenziali le più diffuse e coinvolte nei servizi, seguite dagli operatori socio-sanitari. Nei servizi domiciliari e in quelli di sostegno la presenza delle figure di coordinamento sono le più alte, 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

2.1. 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 (vedi graf. n. 21). 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.

Graf. n. 21 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)

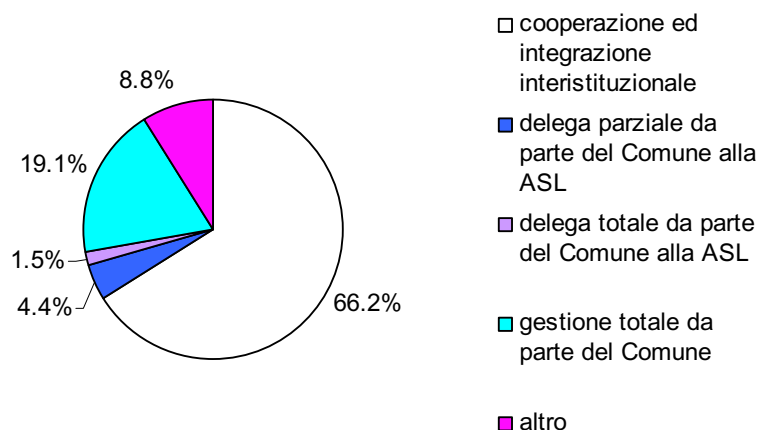


Fonte: Indagine IRES 2007

Attraverso l'indagine sono state inoltre approfondite le diverse tipologie di relazioni interistituzionali fra il Comune e la ASL. Un primo dato interessante è che nel 66,2% dei comuni la modalità di relazione prevalente è la “cooperazione ed integrazione interistituzionale”. Al secondo posto (19,1%) dall'analisi è emerso che il Comune si fa carico di tutta la gestione dei servizi sociali. Deleghe parziali da parte del Comune alla ASL sono state indicate solo nel 4,4% dei comuni, mentre costituisce un'eccezione la delega totale da parte del Comune alla ASL (1,5%) (vedi graf. n. 22)⁵.

⁵ Si ricorda che comuni in cui la pratica dell'integrazione non è presente in modo diffuso (22,6%), non sono state riscontrate relazioni significative fra Comune e ASL; è stato infatti rilevato un numero elevato di mancate risposte.

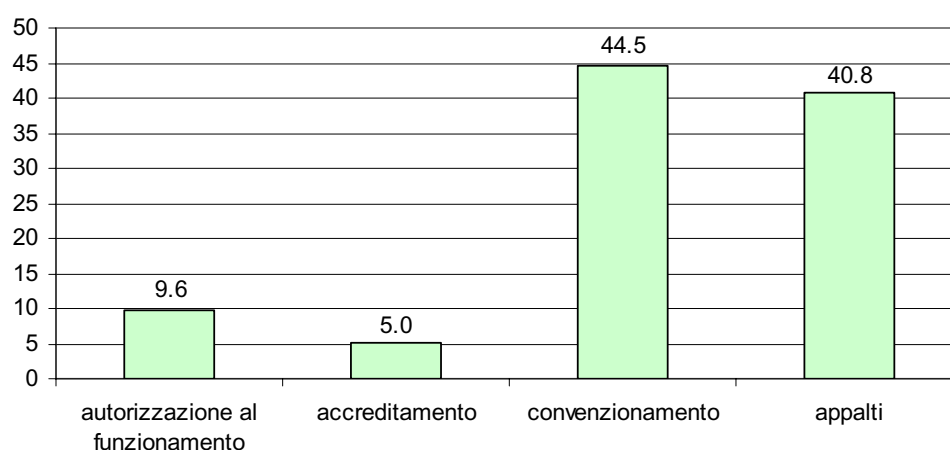
Graf. n. 22 Tipologie di relazione inter-istituzionale prevalenti fra Comune ed ASL (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

L'indagine ha confermato la tendenza diffusa tra i Comuni ad esternalizzare i servizi per la non autosufficienza. Il convenzionamento (44,5%) e gli appalti (40,8%) costituiscono le modalità prevalenti di esternalizzazione dei servizi per la non autosufficienza costituendo nel complesso ben l'85,3% rispetto alle diverse modalità utilizzate nel complesso. Di molto inferiore è il ricorso all'autorizzazione al funzionamento (9,6%), mentre marginale risulta tuttora l'utilizzo dell'accreditamento (5%), considerata una delle modalità più innovative (cfr. graf. n.23).

Graf. n.23 Modalità prevalente di esternalizzazione nei Comuni capoluogo di provincia (% risposte).

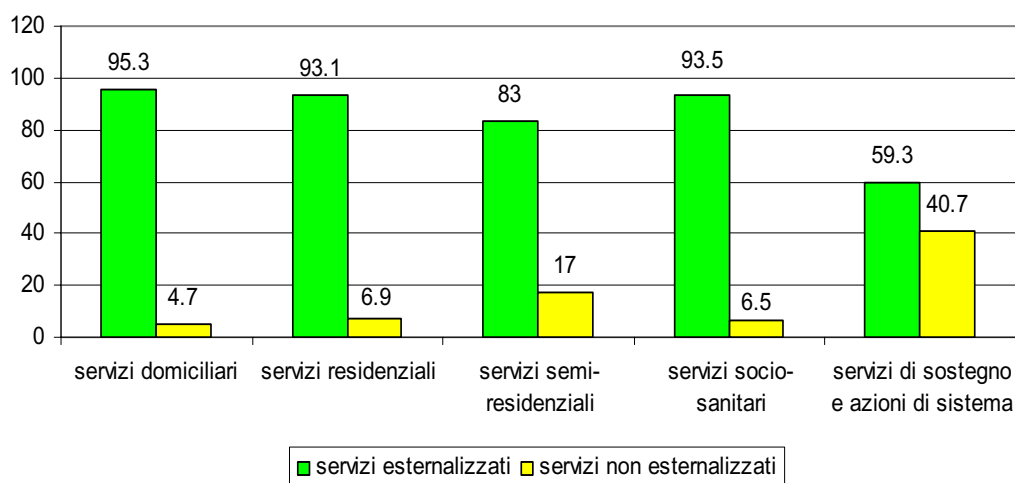


Fonte: Indagine IRES 2007

Tale scelta prevale per tutte le tipologie di servizi indagati (vedi graf. n.24); in particolare, i servizi domiciliari sono esternalizzati nel 95,3% dei casi; anche i servizi residenziali e semi-residenziali sono esternalizzati nella maggioranza dei

casi (rispettivamente nel 93,1% e nell'83% dei casi). Per quanto riguarda invece i servizi di sostegno e le azioni di sistema l'incidenza dei servizi esternalizzati diminuisce, restando tuttavia prevalente (59,3%). Per quanto riguarda i servizi socio-sanitari, l'esternalizzazione rappresenta ancora la modalità più diffusa di erogazione del servizio (93,5% dei casi).

Graf. n. 24 Modalità di esternalizzazione per tipologia di servizi

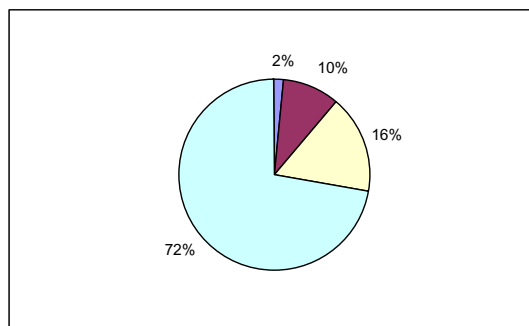


Fonte: Indagine IRES 2007

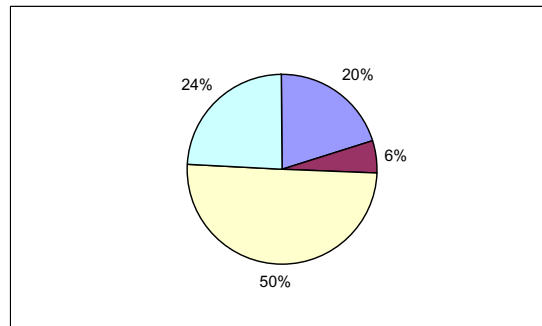
Dall'analisi delle diverse modalità di esternalizzazione per tipologia di servizi (vedi graf. n.25), emergono inoltre alcune specificità. Nel caso dei servizi domiciliari ad esempio la modalità prevalente di esternalizzazione è l'appalto (a cui si ricorre nel 72% dei casi); si fa invece prevalentemente ricorso al convenzionamento nel caso dei servizi residenziali (50%), semi-residenziali (53%), socio-sanitari (56%) e per i servizi di sostegno e le azioni di sistema (65%). Poco utilizzate sono le forme di autorizzazione al funzionamento (impiegate soprattutto nel caso dei servizi residenziali) e di accreditamento (rilevate solo nel caso dei servizi domiciliari, residenziali e di sostegno/azioni di sistema).

Graf. n. 25 Modalità prevalente di esternalizzazione per tipologia di servizi

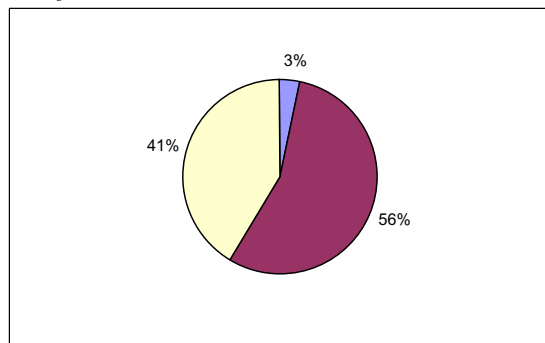
Servizi domiciliari



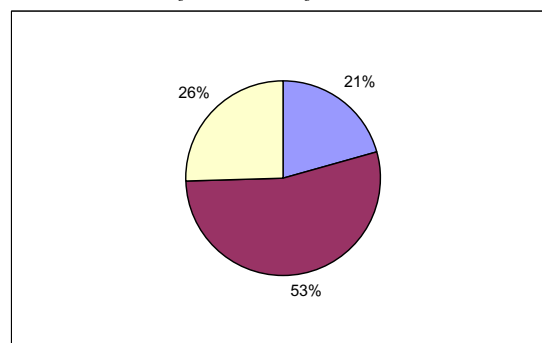
Servizi residenziali



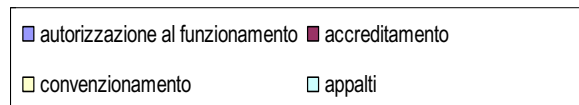
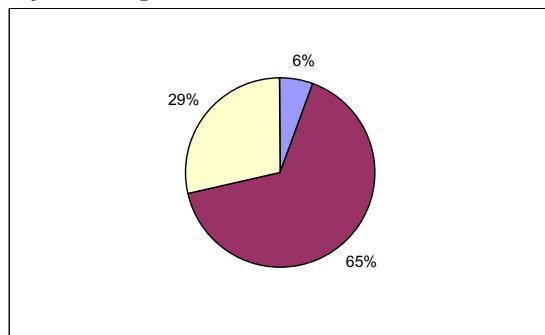
Servizi socio-sanitari



Servizi semiresidenziali



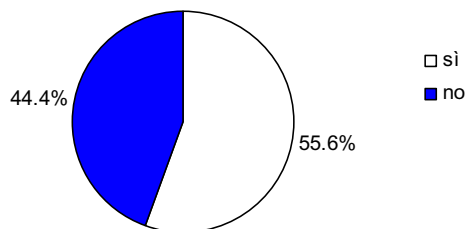
Azioni di sostegno



Fonte: Indagine IRES 2007

Più della metà dei comuni intervistati (55,6%) hanno dichiarato inoltre di sostenere soluzioni di mercato sociale dei servizi, favorendo il *care* privato (graf. n. 26).

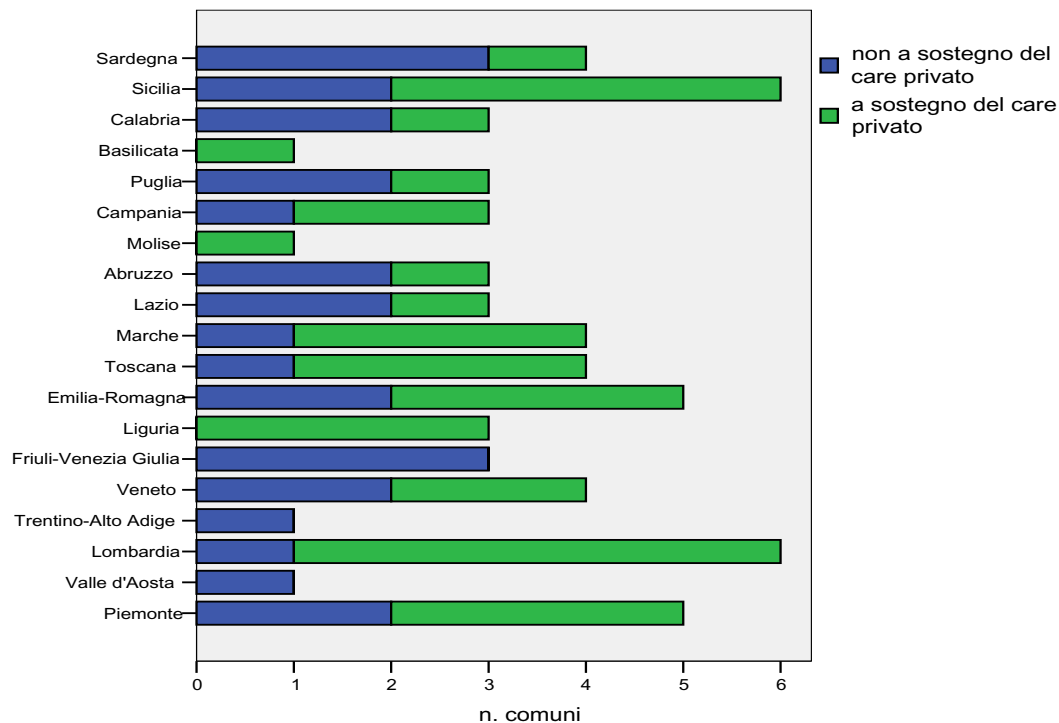
Graf. n. 26 Sostegno al care privato da parte dei Comuni (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Nel grafico successivo (n. 27) è possibile vedere nel dettaglio la ripartizione regionale dei comuni che hanno dichiarato di sostenere il *care* privato. Si può notare ad esempio che la maggior parte dei comuni capoluogo agiscono a sostegno del mercato sociale dei servizi in Sicilia, nelle Marche, in Toscana, in Liguria, in Emilia-Romagna, in Campania, in Lombardia e in Piemonte. Al contrario, in Sardegna, Calabria, Puglia, Abruzzo e Lazio, prevalgono i comuni che non sostengono questa modalità di intervento; in tutti i comuni del Friuli Venezia Giulia invece questa pratica non viene sostenuta.

Graf. n. 27 Numero di comuni a sostegno del care privato per regione



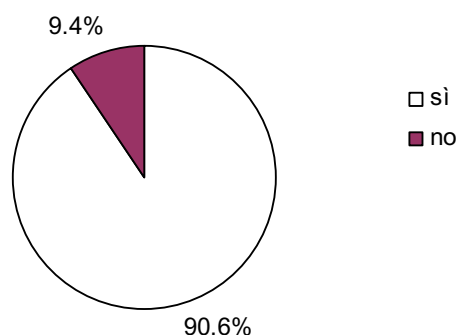
Fonte: Indagine IRES 2007

2.2 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 programmazione⁶, (graf. n. 28). 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.

Graf. n. 28 Capacità dei Comuni di garantire la continuità dei servizi per la non autosufficienza nel corso della nuova programmazione (% comuni rispondenti)

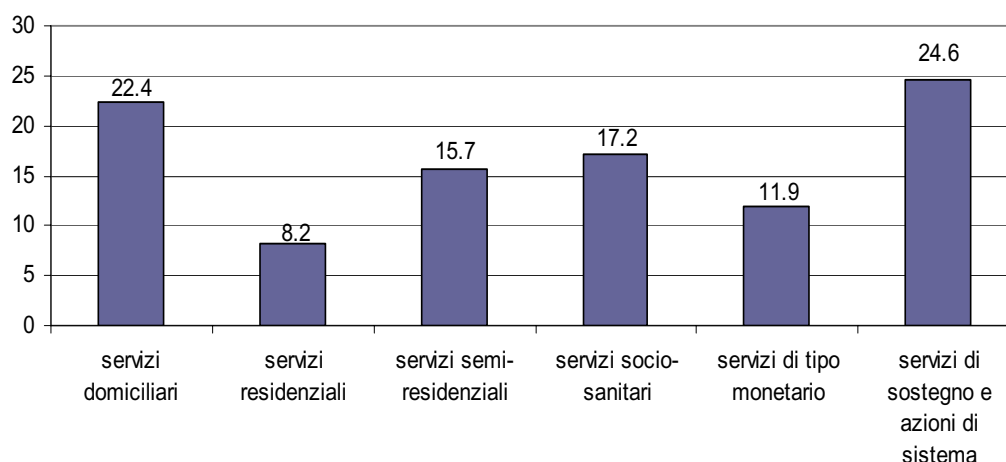


Fonte: Indagine IRES 2007

La programmazione di nuovi progetti/servizi invece rientra nell'agenda dell'87,5% dei comuni indagati. Dal grafico n. 29 si può notare che sono in fase di progettazione soprattutto nuovi servizi di sostegno e le azioni di sistema, indicati nel 24,6% dei casi; fanno seguito i servizi domiciliari (22,4%) e socio-sanitari (17,2%), i semi-residenziali (15,7%) e gli interventi di tipo monetario (11,9%). Solo in una percentuale minore i comuni prevedono di programmare nuovi servizi residenziali (8,2%).

⁶ Si tenga presente che, per quanto riguarda la maggior parte dei comuni indagati, la rilevazione è avvenuta in una fase di definizione dei nuovi Piani di Zona.

Graf. n. 29 Progetti/ servizi inclusi nella nuova programmazione per tipo di servizi (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

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

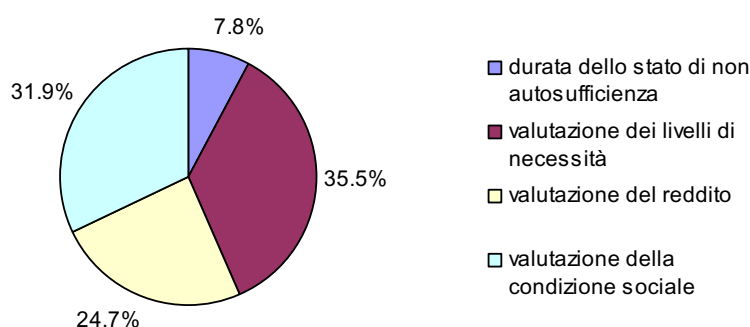
Come è noto e ampiamente illustrato nella prima parte di questo rapporto, a livello nazionale ancora non sono stati definiti i Livelli essenziali delle prestazioni, previsti tra l'altro dalla legge quadro di riforma emanata ormai diversi anni fa (legge n.328/2000). Su questo ambito gli Enti locali, in 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.)⁷.

⁷ Le schede SVAMA sono utilizzate nella regione Veneto per la valutazione delle persone adulte e anziane; permettono di analizzare vari aspetti della vita dell'anziano preso in carico (salute, autosufficienza, rapporti sociali, situazione economica). La valutazione viene effettuata dai diversi componenti della Unità Operativa Distrettuale (U.O.D.) eventualmente supportati da professionisti esperti in settori specifici. La U.O.D. è lo strumento operativo che governa la rete dei servizi per anziani. Il gruppo di lavoro è composto da diverse figure professionali: il responsabile del distretto socio-sanitario, medici di medicina generale; assistenti sociali;

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, (vedi graf. n.30)

Graf. n. 30 I criteri di accesso ai servizi per la non autosufficienza nei comuni capoluogo di Provincia (% comuni)



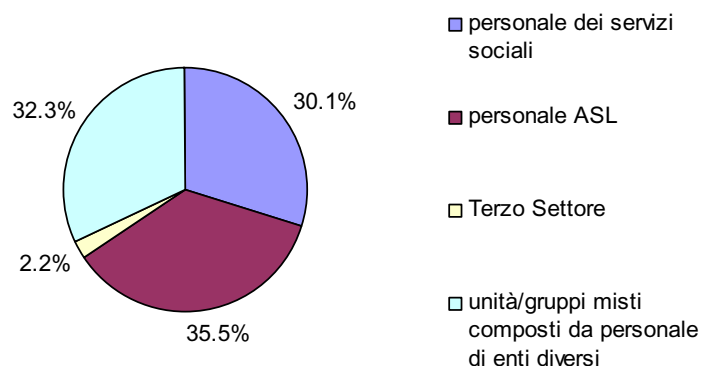
Fonte: Indagine IRES 2007

Sembra opportuno evidenziare che il 93,5% dei comuni hanno dichiarato di far ricorso a più criteri per definire l'autosufficienza. Dall'analisi sono emerse inoltre alcune specificità nell'utilizzo dei criteri a seconda della ripartizione geografica. Nel Nord-ovest, nel Centro e nelle Isole la valutazione dei livelli di necessità è risultato essere il criterio di accesso più diffuso, mentre nel Sud il più citato è stato la valutazione della condizione sociale. Nel Nord-est i due criteri sono invece diffusi allo stesso modo. Il criterio a cui si ricorre di meno su tutto il territorio nazionale è invece la durata dello stato di non autosufficienza.

La valutazione dello stato di non autosufficienza degli anziani viene svolta prevalentemente dal personale delle ASL (35,5%) mentre nel 32,3% dei comuni vengono costituiti gruppi misti appositamente incaricati della valutazione, formati da personale comunale, ASL e organizzazioni del Terzo Settore. In poco meno di un terzo dei comuni indagati (30,1%) sono gli operatori dei Servizi Sociali comunali a svolgere questa funzione, (vedi graf. n. 31).

infermieri professionali; medici specialistici. La scheda BINA può essere invece rilasciata dal medico di medicina generale o dall'Unità di Valutazione e Assistenza Geriatria ed è utilizzato per valutare la non autosufficienza.

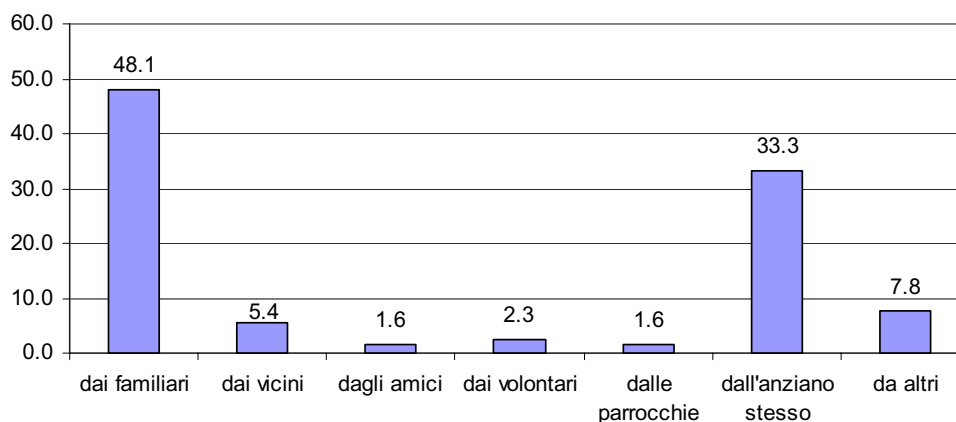
Graf. n. 31 Soggetti incaricati della valutazione della non autosufficienza (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Per quanto riguarda l'accesso al servizio, i soggetti che prevalentemente si rivolgono ai servizi sociali per richiedere l'intervento, sono i familiari degli anziani (48,1%). In secondo luogo è l'anziano stesso a formulare la richiesta di intervento (33,3%); inferiore appare il ruolo svolto da altri soggetti (vicini, amici, volontari, parrocchie e altri), (vedi graf. n. 32).

Graf. n. 32 Soggetti da cui viene richiesto prevalentemente il servizio (% risposte)

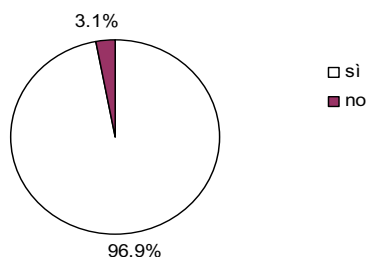


Fonte: Indagine IRES 2007

Come è noto, una delle caratteristiche dei servizi e degli interventi previsti dal nuovo corso delle politiche sociali è quello della progettazione e della erogazione di *interventi personalizzati* che, soprattutto nel caso della non autosufficienza degli anziani, si basano sulla necessità di rispondere a bisogni multidimensionali e variabili nel tempo e presentano caratteristiche complesse, integrate e diversificate a seconda dei soggetti a cui si rivolgono. Alla luce di ciò, volendo cogliere il grado di individualizzazione dell'intervento prestato dai comuni, attraverso l'indagine è stata rilevata la presenza o meno di progetti o piani individualizzati di assistenza.

La quasi totalità dei comuni (96,9%) ha dichiarato di predisporre Piani individualizzati di assistenza a favore degli anziani non autosufficienti (vedi graf. n.33).

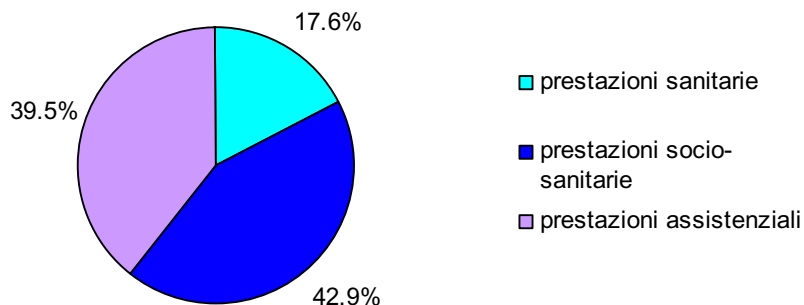
Graf. n. 33 Predisposizione di progetti o piani individualizzati di assistenza (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Le prestazioni incluse in questi piani/progetti sono per lo più di natura socio-sanitaria (42,9%) e assistenziale (39,5%). Significativa è tuttavia anche la presenza di prestazioni esclusivamente sanitarie (17,6%), (vedi graf. n. 34).

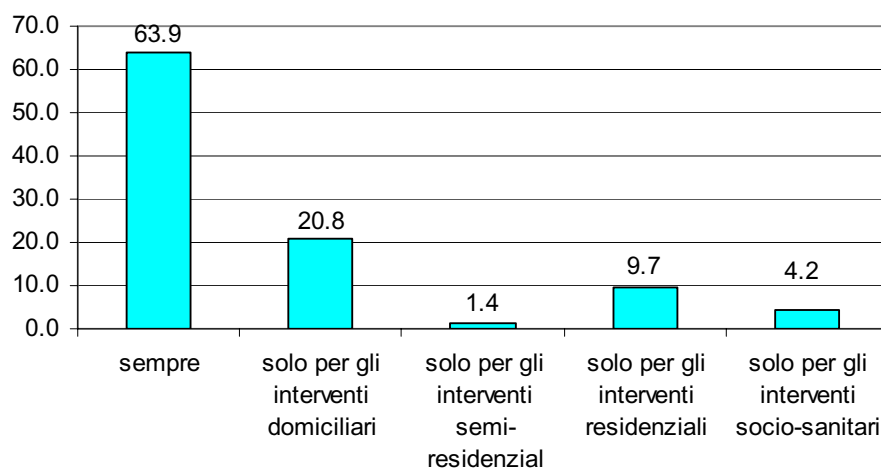
Graf. n. 34 Prestazioni comprese nei piani/progetti individualizzati dati finali (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Dal grafico che segue (n. 35) emerge come nella maggior parte dei casi i comuni predispongono sempre, per tutti i servizi erogati, i piani/progetti individualizzati (63,9%). Nel 20,8% dei casi invece vengono predisposti solo per gli interventi domiciliari, nel 9,7% per gli interventi residenziali, nel 4,2% per i socio-sanitari, e infine nel 1,4% per i semi-residenziali.

Graf. n. 35 Condizioni per le quali viene elaborato dai comuni il progetto/piano individualizzato (% risposte)

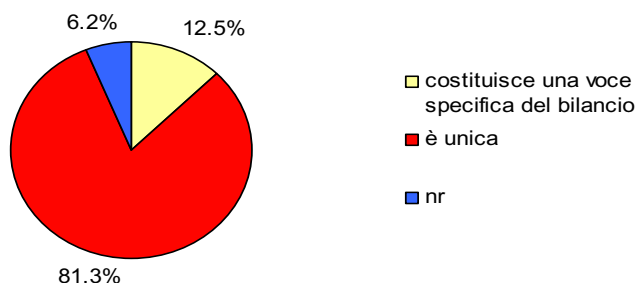


Fonte: Indagine IRES 2007

2.4 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, (graf. n. 36)⁸.

Graf. n. 36 Caratterizzazione della quota di spesa per gli anziani non autosufficienti nel bilancio comunale

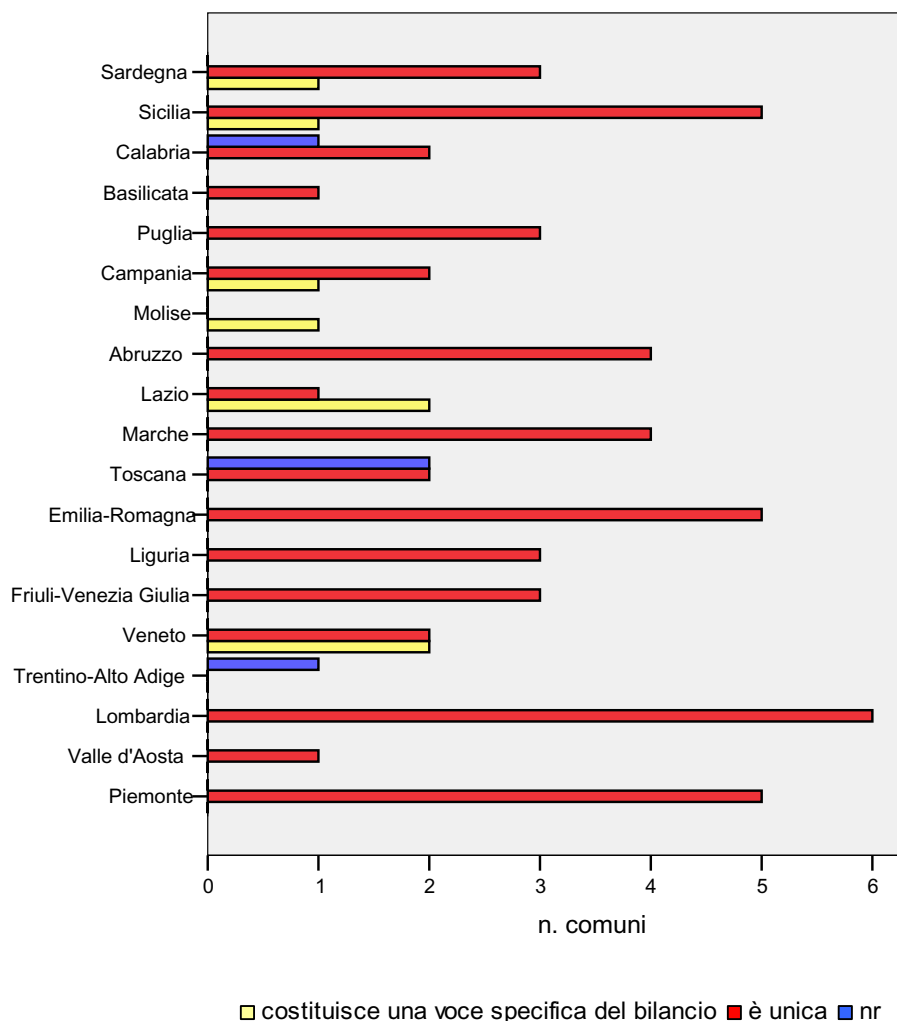


Fonte: Indagine IRES 2007

⁸ Per maggiori informazioni sulla spesa sostenuta dai comuni per gli anziani cfr. Istat, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni*, anno 2004, Roma, 2007.

Le regioni in cui si è rilevata la presenza di quote di spesa specifiche per la non autosufficienza sono state per lo più le regioni del sud e del centro⁹, in particolare: la Sardegna, la Sicilia, il Lazio, la Campania, il Molise, (vedi graf. n.37).

Graf. n. 37 Caratteristiche della spesa di bilancio comunale per regione



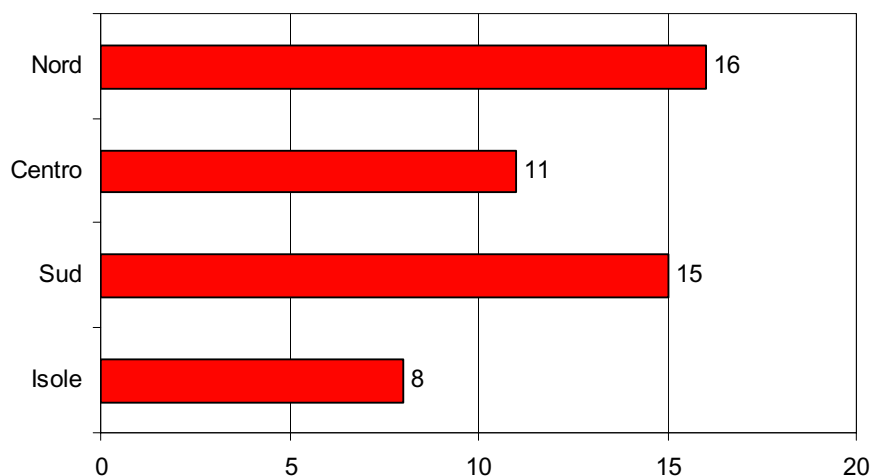
Fonte: Indagine IRES 2007

Le quote di spesa per gli anziani non autosufficienti nei comuni capoluogo non sono particolarmente differenziate fra le macro aree geografiche. Come si legge nel graf. n. 38 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

⁹ Vedi Appendice.

quote di spesa destinate agli anziani nei comuni del Centro (11% del bilancio comunale) e delle Isole (8%)¹⁰.

Graf. n. 38 Distribuzione media della percentuale di spesa di bilancio destinata agli anziani nei comuni rispondenti per ripartizione geografica (valori percentuali)



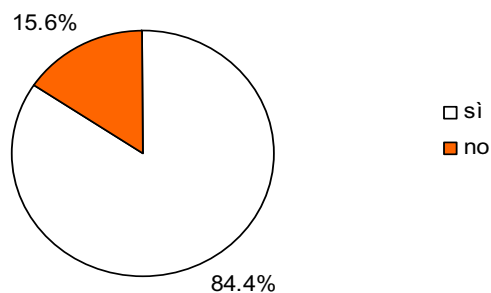
Fonte: Indagine IRES 2007

Alcuni comuni (una esigua minoranza) hanno inoltre fornito informazioni sulla ripartizione della spesa complessiva dei servizi sociali per tipologia di servizio, (vedi l'Appendice). Da una prima lettura dei dati, seppur con tutti i limiti del caso, dovuti principalmente alla non completezza delle informazioni fornite, si può intravedere uno sbilanciamento della spesa a favore dei servizi residenziali e domiciliari. Questi assorbono, nella maggior parte dei casi, le quote più alte di spesa sociale comunale, seppure persistano grandi differenze di valori fra i vari comuni. Naturalmente una analisi approfondita sulla spesa richiederebbe un'attenta analisi dei valori assoluti della spesa in euro, analisi che non è stata possibile effettuare in questa sede.

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, (graf. n.39).

¹⁰ In appendice è possibile osservare in quali comuni è stata rilevata la presenza di fondi specifici per la non autosufficienza e in quali l'esistenza di quote di spesa di bilancio più genericamente destinate agli anziani. Si tenga presente che una larga parte dei comuni non ha fornito i dati sulla spesa (vedi a questo proposito anche le tabelle), pertanto i risultati non sono generalizzabili neppure a livello di ripartizione geografica.

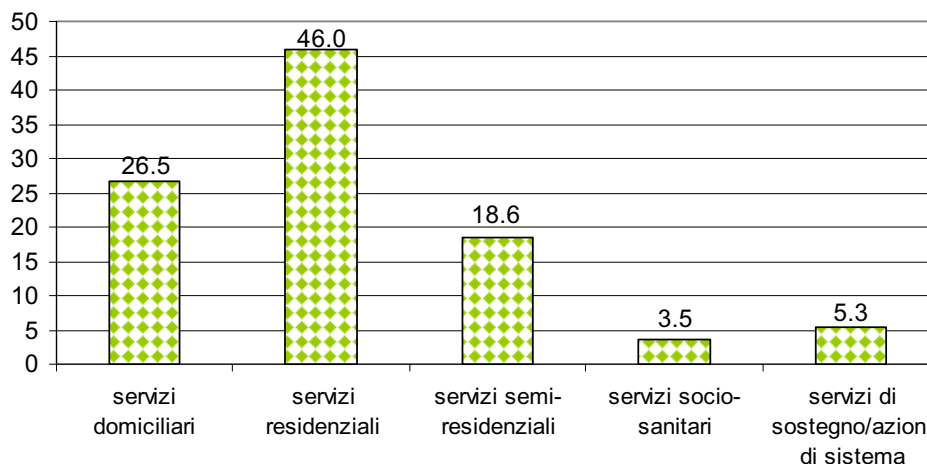
Graf. n 39 Compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi per la non autosufficienza (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

E' interessante notare (cfr. graf. n. 40) che gli utenti sono chiamati a compartecipare soprattutto ai costi dei servizi residenziali e domiciliari che corrispondono, come visto precedentemente, ai servizi su cui i comuni investono le percentuali di spesa di bilancio maggiori.

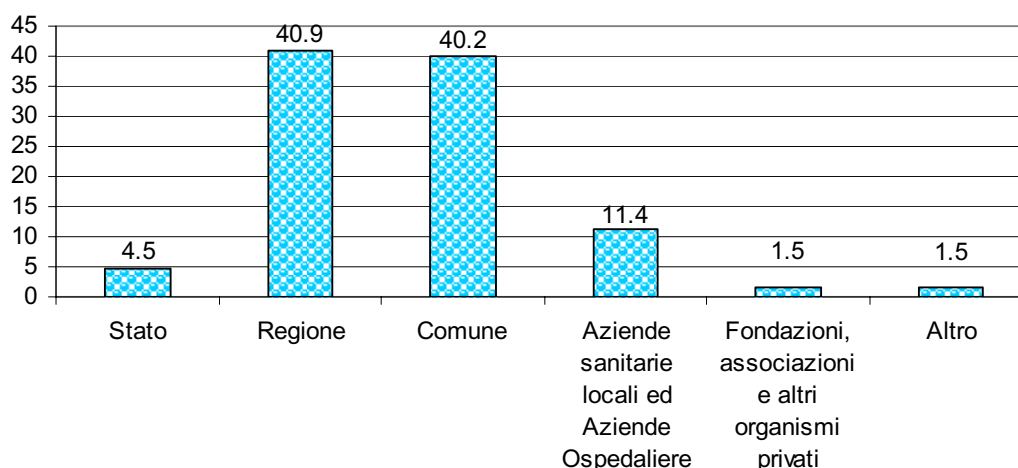
Graf. n. 40 Tipi di interventi e servizi su cui gli utenti sono chiamati a contribuire in misura maggiore (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Nel grafico seguente (n. 41) sono invece riportate le principali fonti di finanziamento dei servizi per la non autosufficienza. Le regioni e i comuni nel complesso erogano l' 81,1% dei finanziamenti. Contributi minori derivano dalle ASL e dalle aziende ospedaliere (11,4%); marginali risultano tutti gli altri contributi: Stato (4,5%); fondazioni, associazioni e altri organismi privati, 1,5%; altri, 1,5%).

Graf. n. 41 Principali fonti di finanziamento dei servizi per la non autosufficienza (% risposte)



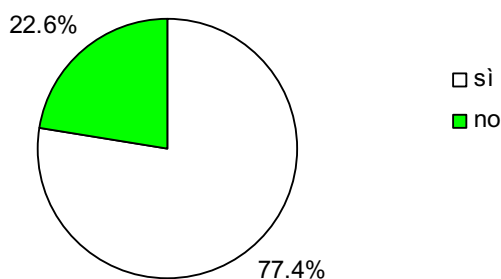
Fonte: Indagine IRES 2007

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

La tematica degli anziani non autosufficienti costituisce un luogo 'naturale' per la lettura e l'analisi della pratica dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi in quanto richiede la definizione di politiche ed interventi i cui contenuti richiedono necessariamente un'integrazione tra l'ambito sanitario e quello socio-assistenziale. I servizi e gli interventi per gli anziani non autosufficienti infatti presentano un'alta valenza socio-sanitaria in quanto rispondono a bisogni legati tanto allo stato di salute quanto alla condizione sociale generale dell'anziano. La pratica dell'integrazione d'altro canto, non solo tra politiche socio-assistenziali e sanitarie, ma tra i diversi ambiti delle politiche sociali (del lavoro, dell'istruzione, della formazione) costituisce uno degli elementi di innovazione perseguiti dal nuovo corso delle politiche sociali. L'integrazione socio-sanitaria nei servizi per la non autosufficienza (e non solo) presuppone dunque uno stretto rapporto tra servizi sociali e servizi sanitari e di conseguenza una relazione istituzionale tra operatori dei comuni e operatori delle Asl. Secondo quanto emerso dall'indagine di campo, tra le cui finalità c'era quella di approfondire la capacità dei comuni di sviluppare e realizzare l'integrazione socio-sanitaria nel sistema di servizi ed interventi, ad oggi gli operatori dei comuni capoluogo non sembrerebbero collaborare e conoscere l'offerta e le modalità organizzative messe in campo dalle Asl per la programmazione e gestione dei servizi. Le conseguenze della mancata integrazione tra il sistema socio-assistenziale ed il sistema sanitario sono di vario tipo, infatti oltre a produrre disservizi e sprechi, incidono inoltre sull'adeguata valutazione del bisogno e l'appropriatezza dell'intervento creando ricadute sull'anziano stesso (Ranci Ortigosa, 2004)

La maggior parte dei comuni (77,4%) ha dichiarato che nel proprio territorio l'integrazione socio-sanitaria costituisce una pratica diffusa e condivisa, (cfr. graf. n.42).

Graf. n. 42 Diffusione dell'integrazione socio-sanitaria nei comuni (% risposte)



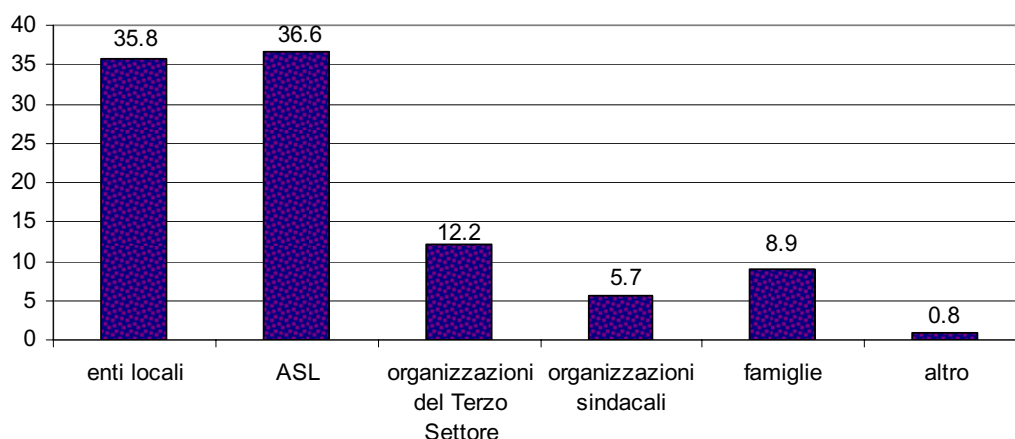
Fonte: Indagine IRES 2007

Tuttavia, si deve tener conto che questo dato in realtà contrasta con altri dati acquisiti nel corso dell'indagine, in particolare ci riferiamo alla scarsa conoscenza, da parte del personale comunale, dei servizi erogati dalla ASL.

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; è stata evidenziata la difficoltà di comunicazione e di cooperazione fra i diversi soggetti socio-istituzionali preposti ai servizi.

Come è possibile evincere dal graf. n. 43, tra gli attori socio-istituzionali 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 (cfr. par. n.), le organizzazioni sindacali sembrerebbero ancora degli interlocutori poco presenti all'interno della *governance* territoriale.

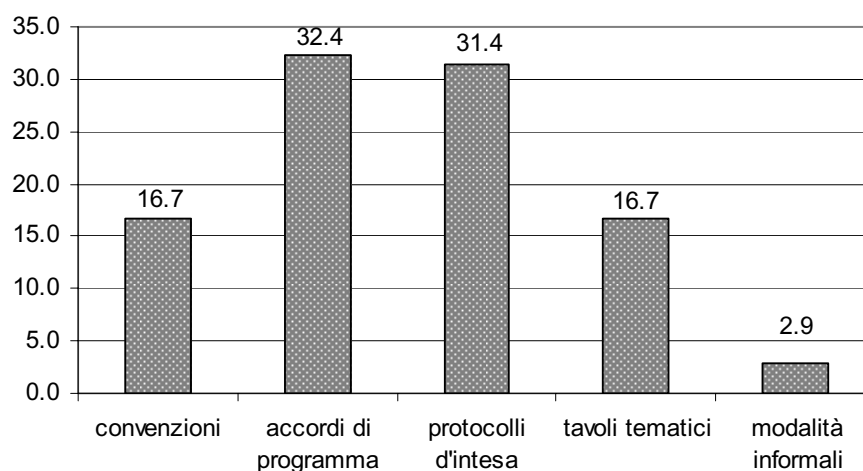
Graf. n. 43 Attori socio-istituzionali che hanno maggiormente sostenuto la pratica dell'integrazione socio-sanitaria



Fonte: Indagine IRES 2007

Le diverse modalità dell'integrazione socio-sanitaria adottate dai comuni sono riportate nel grafico che segue (n. 44). Fra le più diffuse, gli accordi di programma (32,4%) e i protocolli d'intesa (31,4%), seguiti dai tavoli tematici (16,7%), dalle convenzioni (16,7%) e, solo in minima parte, da modalità informali (2,9%).

Graf. n. 44 Principali modalità d'integrazione socio-sanitaria (%risposte)

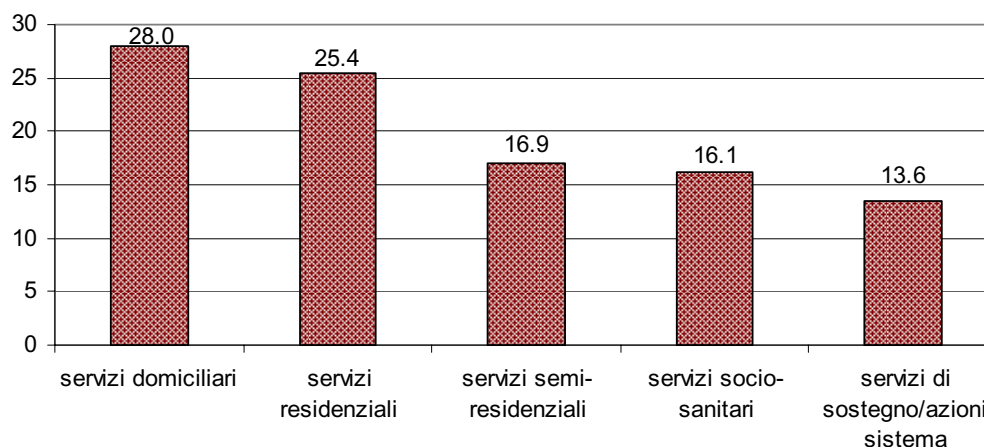


Fonte: Indagine IRES 2007

Anche su questo aspetto, quello delle diverse modalità dell'integrazione socio-sanitaria, sono emerse alcune specificità legate all'articolazione territoriale. In particolare, i protocolli d'intesa sono risultati la modalità più diffusa nel Nord-ovest, nel Centro e nelle Isole; gli accordi di programma invece sono risultati più incidenti nel Nord-est e nel Sud.

Rispetto alle tipologie di servizio analizzate, il 28% dei comuni ha indicato fra quelli più avanzati sotto il profilo dell'integrazione i servizi domiciliari e in secondo luogo i residenziali (25,4%); seguono i servizi semi-residenziali (16,9%), i socio-sanitari (16,1%) e infine i servizi di sostegno e le azioni di sistema (13,6%), (graf. n. 45).

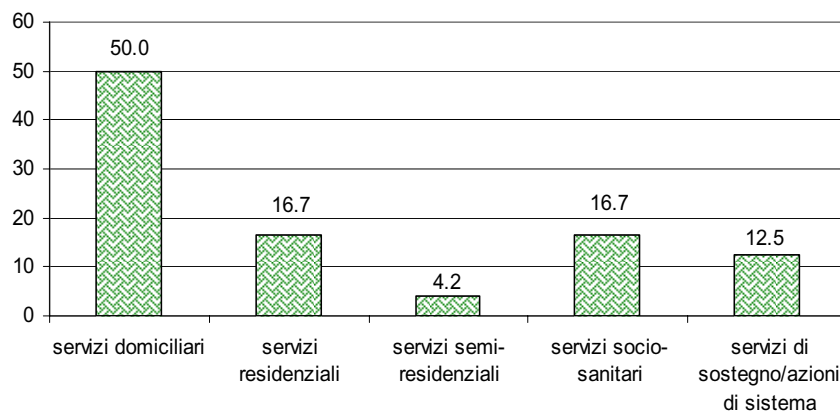
Graf. 45 n. Servizi più avanzati nell'integrazione (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

Nei comuni in cui l'integrazione non rappresenta una pratica diffusa (sono il 22,6%), i servizi e gli interventi ad essere maggiormente penalizzati sono prevalentemente quelli domiciliari (indicati da circa la metà di questo gruppo di comuni), quelli socio-sanitari (16,7%) e quelli semi-residenziali (16,7%). A subire meno le conseguenze di una scarsa integrazione sembrano essere invece i servizi di sostegno e le azioni di sistema (prevalentemente gestiti dai Comuni) nonché i servizi semi-residenziali, che complessivamente sono servizi poco presenti nei comuni indagati (cfr. graf. n. 46). In conclusione soffrono maggiormente di una debole integrazione fra enti locali ed ASL i servizi che per loro natura prevedono l'impiego congiunto di competenze socio-assistenziali e sanitarie, sia sotto il profilo dei contenuti dell'intervento che delle figure professionali coinvolte.

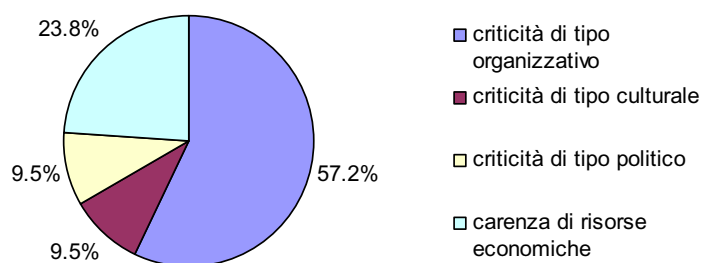
Graf. n. 46 Servizi e interventi più penalizzati (% risposte)



Fonte: Indagine IRES 2007

E' interessante notare inoltre che i principali elementi di criticità legati alla debole integrazione socio-sanitaria percepiti in questi comuni sono prevalentemente di tipo organizzativo (57,2%), economico (23,8%) e, in misura più contenuta, politico e culturale, (vedi graf. n. 47).

Graf. n.47 Principali elementi di criticità



Fonte: Indagine IRES 2007

Alcune differenze in merito alle criticità emergono a livello territoriale. Criticità di tipo culturale sono state indicate esclusivamente nelle Isole; criticità di tipo politico sono state indicate nel Nord-ovest e nelle Isole; criticità di tipo organizzativo (le più diffuse) sono state indicate nel Nord-ovest, nel Sud e nelle Isole.

4. Per concludere

In questa breve sezione conclusiva sui risultati emersi dall'indagine di campo, concentreremo l'attenzione sul quadro dell'offerta dei servizi territoriali in particolare rispetto all'integrazione (tra l'ambito socio-assistenziale e l'ambito sanitario) divenuta una delle dimensioni centrali sia rispetto alle politiche sociali nel complesso, sia in particolare rispetto al tema della non autosufficienza i cui interventi si collocano per la loro stessa natura a cavallo tra questi due settori delle politiche.

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 TERRITORIALI¹

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

¹ Questa parte è stata realizzata nell’ambito di un gruppo di lavoro composto da *Alessandro Pozzi*, sociologo, esperto di progettazione e ricerca nell’ambito delle politiche sociali e di welfare, che ha coordinato la ricerca per questa parte del rapporto; da *Francesco Grandi*, ricercatore esperto di sistemi migratori e di integrazione dei lavoratori immigrati nel mercato del lavoro e da *Gabriele Cantoni*, ricercatore, esperto di sistemi territoriali di governance delle politiche pubbliche.

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.

Questa 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 del rapporto 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.

1. Il caso italiano: demografia, welfare e immigrazione

Per comprendere in termini generali la parabola economica che ha strutturato il mercato dei servizi e la storia recente dell'immigrazione in Europa, si deve guardare al processo di transizione delle economie nazionali dopo la crisi petrolifera del 1973, all'esaurirsi della funzione trainante delle attività produttive della fase d'espansione (Melotti, 2004) e a come le traiettorie del nuovo corso dei mercati mondiali a partire dai primi anni '80, abbiano operato in termini di localizzazione dei centri direttivi, di controllo e di servizi avanzati, di trasformazione urbana e di attrazione di nuovi flussi di lavoratori.

Se possono valere a livello sintetico le osservazioni di Saskia Sassen sulle caratteristiche del cambiamento all'interno delle economie metropolitane e dell'organizzazione spaziale di queste (a. concentrazione di servizi avanzati, b. dequalificazione del settore manifatturiero, c. l'informalizzazione), si dovranno anche osservare le specificità regionali che le diverse aree hanno prodotto nella transizione alla fase postfordista.

Per il *focus* del presente rapporto serve soprattutto sottolineare come le nuove professioni dei sistemi urbani postfordisti e neofordisti, abbiano sostenuto e via via incrementato la domanda di lavoratori con mansioni di servizio, con bassi livelli di retribuzione e limitate possibilità di carriera. Un segmento rilevante di compiti domestici (prima) e di cura (in seguito), vengono trasferiti al mercato e quelle prestazioni tradizionalmente demercificate, ripartite all'interno degli ambiti familiari e più precisamente destinate alle componenti femminili, sono acquistati direttamente sottoforma di beni e servizi o sottoforma di lavoro dipendente.

Letterature di diverse discipline e cronache quotidiane in molti Paesi europei registrano a partire dagli anni '70, con l'espressione di "ritorno della domesticità", un fenomeno che sembra interessare larga parte dei paesi ad economia avanzata.

La crescita di domanda di lavoro domestico, in conseguenza delle trasformazioni economiche e demografiche dei paesi occidentali, ha trovato nella disponibilità di manodopera straniera un'offerta vantaggiosa in termini di sostenibilità dei costi e di mantenimento e complicazione degli standard di vita e di consumo e ha influenzato e mobilitato negli anni, lo sviluppo di sistemi e modelli migratori inediti.

Per alcuni paesi dell'Europa mediterranea in particolare (Spagna, Italia, Grecia e con alcune differenze il Portogallo) l'impiego di manodopera immigrata non si è limitato semplicemente al settore domestico: le mansioni richieste hanno assunto un profilo più marcatamente assistenziale e parasanitario per rispondere al bisogno di cura dei soggetti anziani non autosufficienti e, in misura minore, dei bambini: *"interaction between unsatisfied demand for care work and flourishing underground economy is shaping a distinctive immigration pattern in all four Mediterranean countries, with*

immigration performing a pivotal role in the reorganisation of the care sector". (Bettio, Simonazzi, Villa, 2006).

In Italia, la domanda di *care* ed il ricorso a lavoratori immigrati per rispondere alle necessità di assistenza della popolazione anziana, ha ormai acquisito dimensioni di massa: la crescita dei bisogni della sfera familiare, infatti, fa sì che il comparto dei servizi domestici e delle attività di assistenza e cura siano oggi uno dei serbatoi di opportunità occupazionale più rilevanti per la popolazione immigrata.

Lo studio dei percorsi di inserimento lavorativo, oltre a ricostruire le caratteristiche dell'integrazione delle donne immigrate e i meccanismi che governano e mobilitano le biografie e i percorsi di vita delle lavoratrici straniere, incrocia le trasformazioni della nostra società, dei suoi stili di vita e di organizzazione della quotidianità: dai nuovi bisogni e stili di consumo, alla riarticolazione dei doveri familiari e dei ruoli di genere per come sono tradizionalmente intesi e reinterpretati dentro le trasformazioni delle società mediterranee.

La dimensione che il *care* privato va assumendo è dunque strutturalmente correlato, non solo alle misure di sostegno per i soggetti non autosufficienti e all'assenza di una domanda sociale e politica che vada nella direzione di un rinnovamento e implementazione del servizio pubblico, ma alle modalità e caratteristiche dello sviluppo del mercato occupazionale e alle politiche concernenti la popolazione immigrata e le scelte di governo dei flussi migratori.

1.1. Trasformazioni demografiche, territori, immigrazione

Sono diversi fattori, quindi, ad influenzare l'articolazione delle strutture d'opportunità lavorativa per la popolazione immigrata nei diversi livelli territoriali, in un paese, come l'Italia, in cui gli squilibri regionali e le differenze di area producono una molteplicità di esiti, spesso difficilmente riassumibili e assommabili in categorie uniformi. Il legame sempre più stretto tra economia estesa, sviluppo territoriale e immigrazione, complica ulteriormente il quadro. In termini generali, la mappa storica dell'insediamento degli immigrati in Italia presenta una distribuzione polarizzata: "da un lato, i grandi capoluoghi di Regione e, dall'altro, le aree ad economia diffusa, in un quadro che sembra riflettere due modelli differenti di inserimento lavorativo degli immigrati, il primo vicino al prototipo della città globale, il secondo più simile a quella del distretto industriale. Se nel primo caso si dovrebbe trovare una forte concentrazione degli immigrati nei comuni capoluogo, in quanto è qui che si trovano le principali opportunità di lavoro, nel secondo è invece più probabile aspettarsi una dispersione sul territorio, in quanto le imprese non si raggruppano in un'unica località" (Tiziana Caponio, 2006). Pur restando valida, in linea di tendenza, la connotazione che vede un modello di inserimento degli immigrati, e in particolare dell'operaio maschio, in contesti ad economia diffusa, ed un modello

metropolitano basato sul basso terziario e su un più ampio ricorso al lavoro femminile (Ambrosini, Cominelli, 2004), la ripartizione della domanda assistenziale che le donne immigrate sono chiamate a saturare, disegna una geografia i cui confini dipendono anche dalla concomitanza di altri fattori quali gli andamenti economici, demografici e dell'offerta di servizi delle Regioni italiane.

E' noto che il miglioramento generale delle condizioni di lavoro, di vita e di salute nel nostro Paese, nella fase industriale e post industriale, si sono tradotte in un abbassamento dei tassi di fertilità e di mortalità (Francesco Cossentino, 106.2005). La rarefazione delle nascite e l'aumento della speranza di vita individuale ha inciso fortemente sulla natura dei problemi da fronteggiare e prevenire, individuando soprattutto alcune condotte di crisi da anticipare con soluzioni adeguate: si fa qui riferimento specifico ai profili che vanno assumendo i nuclei anziani in presenza di vedovanza, allontanamento di un familiare, disagio abitativo, isolamento, declino dell'autosufficienza, affezione a malattie cronico degenerative.

Il modello "familistico" del nostro *welfare* prevede che, attraverso il sistema dei trasferimenti di reddito, siano le stesse famiglie ad assumersi doveri e responsabilità rispetto ai passaggi critici e alle vulnerabilità sperimentate nei corsi di vita. Il procedimento dei trasferimenti monetari è stato uno dei fattori che ha rallentato l'impegno pubblico nella produzione ed erogazione di servizi, come è invece avvenuto nei paesi dell'Europa centrale e settentrionale, posticipando soprattutto l'impegno ad una copertura territoriale esauriente dell'offerta.

Lo stato squilibrato e asimmetrico dei servizi di protezione territoriale, incide quindi sulla distribuzione della domanda, ma non solo: la crescita della popolazione femminile attiva e le caratteristiche della "doppia presenza" delle donne nell'ambito del lavoro domestico e di quello extradomestico, ha comportato il ridimensionamento dei tradizionali modelli di *care*, con la conseguente necessaria pluralizzazione delle figure dedicate alla cura degli anziani fragili. Per quanto alcuni dati di trasformazione non vadano enfatizzati o generalizzati e si debba tenere conto della forza inerziale delle strutture antropologiche e dell'influenza dei modelli culturali locali nel plasmare regionalmente comportamenti demografici e familiari (Micheli, 2006), si iniziano ad osservare, da un lato, la diminuzione delle risorse di *care* intrafamiliare e, dall'altro, l'infragilimento delle catene di cura intergenerazionali, ovvero la messa in crisi delle formule cogenti di obbligazione morale tra le generazioni che portano ad aggiustamenti e scivolamenti inediti nei sistemi di solidarietà familiare, ad una flessibilizzazione anche dei modelli di ripartizione dei compiti per genere, sebbene il ruolo degli uomini nelle attività assistenziali paia rimanere marginalizzato. Laddove è possibile, sono le reti di vicinato e di prossimità territoriale a costituire i primi rattoppi allo sfaldamento dei legami della rete familiare: si attivano i legami deboli e colf o assistenti familiari straniere divengono in diversa misura sostitutivi funzionali della figura tradizionale

femminile nell'economia della famiglia. In sintesi, la dotazione inadeguata dei servizi pubblici, il contenimento delle funzioni previdenziali dei sistemi di *welfare* nazionale e l'assenza di una diversa distribuzione dei carichi familiari all'interno dei nuclei, in coincidenza con un impegno maggiore delle donne nel mercato del lavoro, portano le famiglie ad acquistare sul mercato le prestazioni necessarie a garantire gli oneri di cura dei soggetti fragili e a garantirsi quella continuità assistenziale che sembra sempre più minata dalle nuove biografie lavorative delle donne e dalle storie familiari che dinamicizzano il modello forte della famiglia mediterranea e incrinano i modelli di solidarietà intergenerazionale rimasti attivi e funzionanti fino ad oggi.

Nelle regioni meridionali la domanda di *care* privato sembra generarsi più a partire dalle condizioni di fragilità dei sistemi locali, caratterizzati da cronica carenza di strutture socioassistenziali e inefficienza di servizi. Nelle regioni del centro-nord, invece, le ragioni sono piuttosto da individuare nell'invecchiamento della popolazione, concentrato in un arco ristretto di anni, nei mutamenti intervenuti nelle strutture familiari e nella partecipazione femminile al mercato del lavoro.

Una vasta letteratura sulle traiettorie storiche e geografiche dell'immigrazione femminile nel nostro Paese, mostrano in chiave sia retrospettiva che prospettica, le connessioni e gli intrecci tra le evoluzioni del mercato del lavoro assistenziale e l'evoluzione delle caratteristiche e della composizione dei flussi migratori femminili nel nostro Paese, rivelando un sistema di interconnessioni significative tra strutture di opportunità lavorative, mobilitazione di reti transnazionali e trasformazione degli assetti familiari dei Paesi d'origine, attivazione di politiche di agevolazione e selezione di specifici flussi. Come ha scritto Bonifazi, la femminilizzazione dei flussi "dimostra la grande capacità di adattamento delle migrazioni internazionali e la duttilità delle strutture familiari di molte realtà d'emigrazione nella scelta delle proprie strategie, rivelando un completo ribaltamento delle relazioni di genere all'interno dei processi migratori" (Bonifazi, 1998), con le donne che costituiscono ormai la metà dei componenti dei flussi migratori che attraversano il pianeta.

Nel corso degli anni '90, la popolazione femminile immigrata in Italia ha quadruplicato le cifre della sua presenza, chiedendo anche alle scienze sociali di rimodulare un approccio allo studio delle migrazioni internazionali che per diverse ragioni aveva sottorappresentato e sottostimato il ruolo delle componenti femminili, corroborando la disattenzione istituzionale di un fenomeno che acquisiva via via dimensioni planetarie.

Quali dinamiche hanno governato e governano la mobilità femminile degli ultimi decenni? La penetrazione dell'economia capitalista nei paesi periferici, in particolare in quelli a sviluppo intermedio e alla fine degli anni '80 nelle aree dell'ex Unione Sovietica, l'incremento dei tassi di istruzione, le nuove urbanizzazione, la diffusione a scala globale dei mezzi di comunicazione di massa e, grazie ad essi, la circolazione delle forme di socializzazione anticipata a

carattere occidentalizzante che propongono, da un lato, “mete” per uscire da condizioni di deprivazione relativa, dall’altro, la diffusione rapida delle informazioni sulle opportunità internazionali dei mercati del lavoro, e ancora, il dissesto delle economie tradizionali, lo sfaldamento dei consueti sistemi familiari e di comunità, ha visto una mobilitazione più intensa che in passato, delle donne nel lavoro extradomestico, nell’assunzione dei carichi delle strategie di sopravvivenza dei gruppi familiari (che ha fatto parlare di femminilizzazione della sopravvivenza (Sassen, 2004)), nell’uscita da ruoli di subordinazione e da ambiti relazionali contraddistinti da forte asimmetria: è nella matassa complessa dell’intreccio di tutte queste dimensioni che si deve ricercare la genesi di percorsi migratori orientati a minimizzare i rischi di perdita e fallimento della propria condizione sociale, a sostenere i corsi d’istruzione dei figli, l’assistenza sanitaria ai componenti più anziani, con esiti che andranno valutati empiricamente, approcciando la multidimensionalità delle strategie di emancipazione e costruzione di prestigio sociale. Le donne sono concretamente impegnate entro reti di relazioni e circuiti sociali che, nella sfera della famiglia, della parentela e della comunità, tra paese di provenienza e paese di destinazione, veicolano risorse materiali e simboliche; quindi, individuano i criteri effettivi di attribuzione di prestigio a cui esse fanno riferimento per valutare la loro posizione, per giungere così a ricostruire sistemi di stratificazione sociale che si fondano sul potere di governare legami sociali e sui relativi processi di legittimazione personale (Decimo, 2005).

L’Italia ha conosciuto flussi a carattere femminile già negli anni ’70. Provenienti da paesi cattolici dell’America Latina, dall’Asia e dalle ex colonie italiane, le donne che costruiscono i primi anelli delle catene migratorie nel nostro paese, arrivano per essere impiegate nel settore del lavoro domestico. Donne eritree e somale giungono in Italia insieme ai propri datori di lavoro allo scadere dell’esperienza coloniale italiana. Altre donne dalle isole di Capo Verde e dall’America meridionale, attraverso l’intermediazione delle missioni cattoliche che fungono da agenzie di collocamento, raggiungono l’Italia per lavorare prevalentemente e quasi esclusivamente, almeno per il primo periodo, come colf a tempo pieno presso le famiglie delle classi medio-alte e alte della borghesia dei centri urbani dell’Italia centrale e meridionale, soprattutto Roma e Napoli.

Sarà solo negli anni ’80 che inizierà un affrancamento ed un’emancipazione da queste condizioni di lavoro verso formule più flessibili di lavoro domestico a ore o con percorsi di mobilità verticali verso altri settori lavorativi. In quegli anni sono soprattutto i territori urbani e industriali del centro-nord ad attrarre i lavoratori stranieri. Le prime regolarizzazioni permettono una mobilità interna sud-nord di quei lavoratori irregolari impiegati in agricoltura che cercano nelle regioni settentrionali della penisola migliori prospettive occupazionali, sia nel basso terziario (lavoro domestico, basso terziario, ristorazione, imprese di pulizie...) sia nel manifatturiero dequalificato (soprattutto nelle posizioni a più pesante carico lavorativo). Le donne provenienti questa volta dall’Africa per

ricongiungimento familiare, seguiranno -almeno nella fase del primo inserimento- le medesime traiettorie professionali delle donne che le avevano precedute. Ma è anche questo il decennio in cui si strutturano le prime catene migratorie, per iniziativa delle pioniere e spesso in modo autonomo e indipendente dai canali di controllo, selezione e collocamento degli anni '70: "gli anni '80 sono anche gli anni in cui per la migrazione ha un peso rilevante il reticolo sociale al femminile, le presenze sono più differenziate fra i diversi continenti, si ha un maggiore interscambio con il Paese d'origine, i contatti e i viaggi sono più frequenti. Si comincia a sviluppare una relazione familiare di tipo transnazionale." (Tognetti Bordogna, 2004).

Gli anni '90 vedono incrementarsi i ricongiungimenti familiari che connotano il tendenziale riequilibrio della composizione di genere ma soprattutto di nazionalità dei flussi migratori e l'incremento dei fattori di stabilizzazione e integrazione territoriale. Se le cronache di quegli anni puntano i riflettori del dibattito pubblico sulle donne trafficate per l'industria del sesso dai paesi dell'est, dall'Albania, dalla Nigeria e dall'America meridionale (Dal Lago, 1999), cresce trasversalmente in tutti i ceti della società italiana una domanda di manodopera che garantisca forme di assistentato di base, sostegno domiciliare, compagnia in casa per anziani, bambini, disabili, malati non autosufficienti o cronici, a copertura delle carenze del *welfare* nazionale e in corrispondenza dell'indebolimento delle formule di risposta tradizionali messe sotto stress dalla modernizzazione avanzata della società. Gli onori delle cronache spettarono alle assistenti familiari, nonostante l'insediamento del secondo governo Berlusconi segnò l'avvio della riscrittura della legge quadro sull'immigrazione e la presentazione di una ricerca della Caritas del Nord Est sul fenomeno del *care* privato e dell'impiego di lavoratrici immigrate, alla presenza di un rappresentante governativo, non aprì la strada del percorso decisionale e legislativo che deliberò un procedimento di sanatoria per questa categoria di lavoratori (Castegnaro, 2002).

1.2. Modelli migratori e mercato del lavoro di cura

Un elemento caratterizzante del modello di immigrazione mediterranea è rappresentato dalla concentrazione degli immigrati nel settore terziario e in particolare nell'elevato impiego nei "servizi alle persone" (Pugliese, 2000): se questa caratterizzazione influenza, come abbiamo visto fin dall'inizio della storia d'immigrazione italiana, la composizione di genere dei flussi verso il nostro paese, andranno osservate più da vicino le dinamiche che regolano questo fenomeno.

Come è stato messo in luce in diverse ricerche a base regionale, la presenza di un mercato del lavoro domestico e di cura risulta cruciale per l'esistenza di alcuni sistemi migratori, mentre impatta marginalmente sull'operare di altri. La concentrazione di lavoratrici di alcune specifiche nazionalità, nell'ambito del

lavoro di cura e assistenza, ha portato i ricercatori a sviluppare diverse ipotesi per spiegare i meccanismi di selezione che governano le distribuzioni.

1. Una prima ipotesi spiega la concentrazione selettiva delle nazionalità sulla base di una preferenza culturale che gli immigrati provenienti da queste aree accorderebbero al lavoro domestico e di cura. L'eterogeneità delle aree geografiche e culturali implicate e il diverso inserimento lavorativo di immigrati provenienti da aree culturalmente affini e geograficamente attigue, sembrano non supportare empiricamente questa prima spiegazione.

2. L'ipotesi che risieda piuttosto sul lato della domanda il meccanismo di preferenza etnica che regola la selezione delle candidature dei lavoratori immigrati e la marginalizzazione di altri (solitamente provenienti dall'area africana) apre ad un ventaglio di ipotesi e prove più complesso che verrà affrontato in seguito. In sintesi si può affermare che sul lato della domanda, ma anche dell'intermediazione di lavoro, circolino una serie di rappresentazioni sui soggetti del lavoro di cura e sulle caratteristiche del lavoro stesso che, in taluni casi, sembrano sovrapporre elementi del repertorio sessista a elementi razziali, che produrrebbero forme di discriminazione selettiva sia in chiave di genere sia di nazionalità o area culturale-confessionale di provenienza delle lavoratrici.

3. Sciortino e Colombo, sul tema degli effetti di "specializzazione etnica", riflettono piuttosto intorno alla combinazione di due meccanismi indipendenti correlati strettamente: da un lato, alle modalità di reclutamento dei lavoratori di questo settore, dall'altro, alle strutture di opportunità generate dalle politiche che influenzano la diffusione dei diversi gruppi nazionali e le loro traiettorie di inserimento. Sul primo versante risulta infatti cruciale, più del peso della caratterizzazione della domanda, il ruolo svolto dai lavoratori già presenti nel mercato della cura: "gli insider possono infatti veicolare informazioni, orientare la scelta dei datori, garantire la qualità del lavoratore". Dal momento che appare determinante per l'inserimento lavorativo il ruolo di *placement* gestito all'interno delle reti migratorie, anche i meccanismi di controllo possono agevolare lo sviluppo di alcuni flussi rispetto ad altri, indipendentemente dalla storia di insediamento di un determinato gruppo. Si pensi ad esempio al ruolo giocato fino al 2004 dalla possibilità per le lavoratrici Ucraine di reperire facilmente un visto per turismo in Germania e superare così le restrizioni sul rilascio degli stessi da parte delle autorità italiane. "Una volta che il processo sia avviato, la diffusione di informazioni e di esperienze relative alle opportunità di lavoro domestico pone le basi per un rafforzamento del sistema migratorio e per una sua potenziale specializzazione verso questo settore." (Colombo, Sciortino, 2005).

4. Un'ulteriore dimensione che sembra operare una selezione tra flussi migratori e mercato del lavoro domestico è quella delle differenti modalità in cui si declinano le opportunità d'accoglienza offerte dalle comunità locali, insomma la capacità dei diversi territori di integrare le nuove componenti sociali e di accompagnare e risolvere i problemi più urgenti del primo insediamento.

Nel loro studio sul mercato del lavoro domestico lombardo, realtà territoriale caratterizzata da un'elevata richiesta di manodopera immigrata nel campo dell'assistenza agli anziani, Sciortino e Colombo individuano tre tipologie sintetiche di relazione tra sistemi migratori e inserimento lavorativo che possono essere riproposti come modelli di comprensione dei meccanismi che regolano gli intrecci tra flussi migratori e mercato del lavoro privato di cura. Per quanto non generalizzabili in assoluto, le caratteristiche delle tre esemplificazioni proposte dagli autori sono sovrapponibili ad altre, ottenute in analoghe ricerche svolte in diversi contesti regionali (Da Roit, 2004, Spano, 2006, Mazzacurati 2005, Pavolini, 2004):

a) percorsi in sistemi migratori *altamente strutturati* in cui si può riconoscere un'elevata articolazione interna, con uno sviluppo di infrastrutture specializzate, spesso autonome rispetto agli effetti congiunturali di mercato o in grado di contenerne gli effetti più impattanti. Le reti presentano forti competenze di selettività, quasi sempre sulla base di criteri economici (valutazione della possibilità di essere ricompensati dalle spese di viaggio anticipate, delle spese della prima accoglienza) e aspettative normative (costruite intorno alle caratteristiche della lavoratrice meglio spendibili), sostegno nelle fasi iniziali del processo d'inserimento (ospitalità e orientamento rispetto alle opportunità lavorative).

b) sistemi migratori *in via di strutturazione*, in grado di gestire elevati volumi di migranti sfruttando le opportunità offerte nel sistema dei controlli e sostenuti da infrastrutture specializzate che scaricano sui migranti i costi e i rischi della fase di viaggio e di inserimento. Le caratteristiche che i due autori riconoscono a questo sistema migratorio (che coinvolge principalmente i flussi più recenti: Ecuador, Ucraina, Moldavia...) sono "possibilità di ingresso comparativamente semplici e poco costose e rapido sviluppo di un'infrastruttura migratoria capace di veicolare in poco tempo volumi molto elevati d'immigrazione". Le immigrate entrano con un visto turistico e rimangono sul territorio italiano oltre i termini di scadenza del visto. Agenzie specializzate preparano per lo scopo formule di viaggio ad hoc, procurando i visti e tutti i documenti necessari per chi può permettersi di pagare somme adeguate. Gli immigrati inseriti in queste reti hanno *network* sociali e familiari più laschi nel paese d'arrivo, e maggiori difficoltà di mobilitazione anche dei legami deboli. Acquistano di solito informazioni attraverso il mercato informale dei connazionali o dei parlanti la stessa lingua. La possibilità di accedere ai provvedimenti di regolarizzazione facilita anche per questi sistemi migratori l'entrata legale nel paese tramite ricongiungimento. Le rimesse aumentano la disponibilità economica di chi nel paese stabilisce di intraprendere un percorso migratorio, riducendo il ricorso a meccanismi di prestito o ipoteca e vendita di beni. Si strutturano reti familiari che supportano i primomigranti.

c) *percorsi atomizzati* dove l'inserimento nel lavoro domestico è un effetto di risulta di percorsi di inserimento o progetti migratori precedentemente falliti.

Tra i risultati di altre ricerche (Castegnaro, Da Roit, 2004 e Da Roit, 2004, Ambrosini, Cominelli, 2005, Mesini, Pasquinelli, Rusmini, 2006 e Mesini 2006) si è arrivati inoltre a proporre gallerie di profili di lavoratrici i cui tratti distintivi sono rappresentati dal tipo di sistemi migratori nelle quali sono inserite, dai progetti migratori a cui ambiscono, anche rispetto agli esiti della loro stabilizzazione, dalle strategie di *family formation* e dalle relazioni instaurate con la società italiana (gli stili di consumo, il volume delle rimesse, le declinazioni delle relazioni transnazionali, ecc.).

Per quanto ogni profilo possa risultare riduttivo della specificità e della complessità di ogni singolo percorso, la possibilità di individuare delle *cluster* rappresentative permette di meglio definire alcuni dati di scenario e suggerire possibili prospettive di politica.

Maurizio Ambrosini (Ambrosini, Cominelli, 2005), ad esempio, sulla base dei materiali raccolti nel contesto di una ricerca condotta dalla Caritas Ambrosiana per conto dell'Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multietnicità, in regione Lombardia, disegna questi quattro profili:

1. *profilo esplorativo*: si riferisce a ragazze giovani arrivate in Italia mosse da curiosità e con relazioni amicali o familiari con persone già inserite nel contesto italiano. Svolgono mansioni di assistenza in una specie di scambio con l'ospitalità che ricevono. E' di solito nei loro confronti che si creano rapporti di *patronage*, con rischi di sfruttamento e abusi. Il loro progetto migratorio prevede la stabilizzazione in Italia. Aspirano a cambiare lavoro, sono sostanzialmente libere da doveri familiari e stabiliscono spesso legami con coetanei italiani e ne condividono stili di vita e di consumo.
2. *profilo utilitarista*: individua donne non più giovani, protagoniste di esperienze migratorie temporanee e pendolari, in alternanza con altre donne a loro legate da vincoli di parentela o amicizia. Sono spesso vedove, separate, divorziate. Sono molto impegnate nell'invio di rimesse per sostenere l'istruzione universitaria di figli già grandi o migliorare la condizione economica di figli già sposati. Il lavoro di assistente familiare permette economie e forbici di risparmio elevate. Non aspirano a ricongiungere la famiglia e hanno progetti migratori a medio termine.
3. *profilo familista*: riguarda donne tra i 25 e i 45 anni che hanno figli minori rimasti in patria e anche mariti. La prospettiva diventa rapidamente quella di un insediamento definitivo in Italia. Le nazionalità più ricorrenti in questo profilo sono la peruviana ed ecuadoriana. Il loro primo obiettivo è quello di raggiungere un'autonomia abitativa che consenta loro di promuovere ricongiungimento familiare. La loro vita sociale si svolge molto spesso all'interno di canali organizzati di intrattenimento

comunitario. Alcune di queste donne contraggono nuove unioni in Italia e ricongiungono i figli.

4. *profilo promozionale*: si riferisce a donne giovani-adulte istruite, provenienti da professioni qualificate, che si ritrovano ad eseguire lavori di assistenza come porta d'accesso al nostro paese, oltre che per rispondere all'esigenza di mantenere i propri nuclei familiari. Hanno progetti di insediamento definitivo e di mobilità occupazionali verso posizioni più qualificate. I molte frequentano corsi per la mediazione culturali quando i tempi di lavoro lo permettono. Sono anche le più attive nell'associazionismo.

Se, come accennato, nei decenni precedenti, il reclutamento avveniva già nei paesi d'origine e la lavoratrice raggiungeva l'Italia con un posto di lavoro assicurato dalla mediazione delle missioni della chiesa cattolica nelle Filippine e nel Centro America, o favorite dal flusso informativo garantito dalle primomigranti, emerge oggi un profilo di immigrato con un adeguato bagaglio informativo sull'inserimento lavorativo, veicolato da reti familiari e *network* di connazionali già presenti in Italia, che spingono il migrante ad affrontare il viaggio, informato della presenza di una cospicua domanda di lavoro domestico e di cura nel paese di destinazione. Il fatto che nella maggior parte dei casi non vi sia la certezza assoluta e immediata di una collocazione, rende dirimente, per la prima fase del percorso migratorio, la presenza di reti etniche e catene migratorie strutturate. Queste sembrano poi avere funzionamenti e caratteristiche specifiche legate ai paesi di provenienza, architetture migratorie socialmente istituzionalizzate e culturalmente orientate (Mazzacurati, 2005, Mingozi, 2005).

In termini generali, il profilo che emerge dall'incrocio dei dati raccolti nelle diverse esperienze di ricerca, è quello di una donna relativamente giovane, di istruzione medio-alta, di religione cristiana e generalmente coniugata. A questi dati si aggiunge una sostanziale minore anzianità migratoria, sia rispetto alla popolazione immigrata in generale, sia rispetto agli immigrati impiegati in altri settori lavorativi: si pensi soprattutto allo strutturarsi recente dei flussi dall'Est Europa, in particolare da Moldavia e Ucraina, che rappresentano anche i flussi maggiormente rappresentati nello stock di lavoratori impiegati nel settore della cura ed emersi con incrementi percentuali consistenti in seguito alle recenti regolarizzazioni (Zucchetti, 2004).

1.3. Dimensioni del fenomeno: il problema della quantificazione

La difficoltà di un'esatta quantificazione del numero delle assistenti familiari operanti in Italia dipende da due ordini di fattori: il primo legato all'ampia fascia di irregolarità che contraddistingue questo settore, il secondo alla natura stessa delle informazioni che i dati sono in grado di registrare. Non esistendo fino a

poco fa² una formula contrattuale specifica per le assistenti familiari, i dati disponibili incorporano il loro numero nella famiglia dei lavoratori domestici, rendendo pressoché impossibile la distinzione delle due prestazioni, se non tramite stime di massima.

I dati INPS, ad esempio, si riferiscono all'universo dei lavoratori con regolare contratto di lavoro e con posizione contributiva aperta: le posizioni registrate tra il '91 e il '98 evidenziano la "robusta partecipazione degli stranieri al mercato del lavoro domestico [che] si è andata progressivamente affermando nel corso degli anni '90. Tra il 1991 e il 1998, infatti, senza che il numero dei lavoratori regolarmente iscritti all'Inps in Italia sia sostanzialmente mutato, la quota di lavoratori italiani impegnati in queste attività è passata dall'83,5% al 52,1%. Il calo del numero di lavoratori italiani impegnati in queste attività è stato compensato da una crescita analoga di stranieri". (Da Roit, 2001).

Nel quinquennio successivo, la componente dei lavoratori del settore raddoppia e gli stranieri registrati nel 2003 rappresentano ormai oltre i due terzi del totale (76,6% del totale). Il 54% dei lavoratori domestici stranieri viene dal centro e dall'est Europa, il 15% dall'America, mentre l'8,6% è rappresentato dai lavoratori africani.

Tabella 1 - Lavoratori domestici stranieri per area geografica di provenienza

	2000	2001	2002	2003	2004
Europa Ovest	1.615	1.641	1.613	1.603	1.586
Europa Est	25.103	29.314	202.739	223.839	198.847
America Nord	43	42	126	133	97
America Centro	5.070	5.120	7.302	7.515	7.095
America Sud	21.654	22.090	57.757	62.426	55.564
Asia Medio Orientale	271	303	1.287	1.449	1.257
Asia: Filippine	40.939	41.358	48.922	49.583	48.946
Asia Orientale	16.362	16.772	26.332	27.266	24.411
Africa Nord	9.713	9.765	17.676	18.351	14.179
Africa Centro-Sud	13.045	12.431	16.171	16.102	13.880
Oceania	22	24	200	236	213
Totale	133.837	138.860	380.125	408.503	366.075
Europa Ovest	1.615	1.641	1.613	1.603	1.586
Europa Est	25.103	29.314	202.739	223.839	198.847
<i>Totale</i>	<i>133.837</i>	<i>138.860</i>	<i>380.125</i>	<i>408.503</i>	<i>366.075</i>

Fonte: INPS

Guardando alla serie storica dei dati, si può osservare l'incremento sostanziale di presenze tra il 2001 e il 2002, come effetto del procedimento di regolarizzazione previsto proprio per i lavoratori domestici e della cura disposta dal Dl. 189/02 che ha permesso ai datori di lavoro che avessero occupato un assistente o una

² Nel marzo 2007 è entrato in vigore il nuovo CCNL che per la prima volta prevede la figura dell'assistente familiare (cfr par. 2.5).

colf stranieri e irregolarmente residenti in Italia, nei tre mesi precedenti l'entrata in vigore della legge, di presentare dichiarazione di emersione e stipulare un regolare rapporto di lavoro. Nel caso di lavoratori stranieri che svolgono attività professionale presso più datori di lavoro, ognuno di essi ha dovuto predisporre la propria dichiarazione di emersione, da unire alle altre, e corrispondere per intero l'importo del versamento forfetario, a prescindere dal numero di ore effettivamente lavorate. Delle 705.404 domande di regolarizzazione presentate nel corso del 2003, 694.224 sono state dichiarate ammissibili e 634.728 lavoratori sono stati a tutti gli effetti regolarizzati. Le domande di sanatoria per colf e badanti ammonterebbero a 341.121, quasi la metà del totale. "Assumendo di applicare a questa sottocategoria di lavoratori lo stesso tasso d'incidenza delle posizioni effettivamente regolarizzate sul totale delle domande presentate, pari all'89,9%, si arriva a quantificare in 306.943 le colf e badanti ad oggi in possesso di regolare permesso di soggiorno, contratto di lavoro dipendente e apertura della posizione fiscale e previdenziale, corrispondente a circa 5 aiutanti domiciliari ogni 1000 abitanti" (Mesini, 2006).

Come si è già accennato, per completare il quadro quantitativo, è necessario far riferimento a stime: nel periodo precedente la sanatoria, una ricerca della Fondazione Andolfi aveva stimato nel 43% la percentuale di occupazione straniera irregolare nel settore dei servizi; un'indagine Censis del 2002 aveva stimato addirittura il 77%. Sulla base dei dati raccolti dal Cergas, tramite indagine telefonica condotta su un campione di famiglie residenti nel Comune di Verona, Pierangelo Spano applica l'incidenza delle famiglie con badante del suo campione (3,2%) su scala nazionale azzardando una forchetta di presenze complessive tra 713.000 e 1.134.000 (Spano, 2006). L'Irs sulla base dei dati e delle informazioni qualitative raccolte nella *survey* sul lavoro di cura in Lombardia, ha stimato che nel 2006 le assistenti familiari straniere (regolari e non) attive in Italia ammonterebbero a circa 693.000 unità, pari al 6,1 ogni 100 persone ultra 65enni (Mesini, Pasquinelli, Rusmini, 2006).

2. Caratteristiche del mercato del lavoro di cura privato

Il mercato di cura privato in Italia è contraddistinto da un alto tasso di informalità. L'insufficienza del servizio pubblico a ricoprire la molteplicità di bisogni che l'assistenza ad un anziano richiede, ha favorito la crescita dell'organizzazione "*self making*", creata su misura, attiva 24 ore al giorno e con prezzi non equiparabili alle tariffe dell'assistenza regolare. Il ricorso al lavoro nero diviene in queste condizioni l'alternativa più facile e più economica che la famiglia ha a disposizione. La posizione irregolare - in dipendenze delle scelte di politica migratoria - di chi offre prestazioni su questo mercato è un fattore di resistenza ulteriore alla possibilità d'emersione.

Per la natura stessa delle prestazioni, ad elevato contenuto relazionale, e per come esse sono state concepite tradizionalmente all'interno delle ripartizioni degli obblighi del lavoro nei contesti familiari, il lavoro domestico e di cura tende a sfuggire alla regolazione pubblica. Questo segmento di mercato, sconta infatti storicamente un deficit di definizione giuridica e un alto tasso di arbitrio e "familiarizzazione", anche sulla scorta di una secolare macchina di rappresentazione naturalizzata dei ruoli femminili e di svalorizzazione sistematica del lavoro di cura di cose e persone, svolto dalle donne all'interno della casa. A questo si aggiunge la definizione altamente instabile dei ruoli e delle competenze di un'assistente familiare e di un collaboratore domestico.

I rapporti di lavoro appaiono dunque connotati da "una reciproca condizione di debolezza di domanda e offerta", mancando spesso la consapevolezza di essere dei datori di lavoro da un lato, e degli acquirenti di prestazioni sociali, dall'altro (Spano, 2006).

Nei prossimi paragrafi si cercherà di ricostruire una panoramica esaustiva di tutti gli aspetti connessi all'avvio di un rapporto professionale che presenta i tratti appena descritti: 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.

2.1. La ricerca del lavoro

Si è già detto dell'operatività del *network* e delle strutture dei sistemi migratori nell'orientare e favorire l'inserimento lavorativo delle assistenti immigrate. Gli *insider* veicolano informazioni e fungono da intermediari di fiducia con i datori di lavoro con

cui hanno instaurato da tempo un rapporto proficuo di collaborazione. Oltre i confini delle reti etniche, altri canali informali possono essere attivati in circuiti di amicizie con italiani e altri stranieri. Alcuni territori presentano risorse aggiuntive costituite da servizi dedicati (es. Api colf, Acli colf), servizi di natura sindacale, esperienze interinali, centri di orientamento al lavoro rivolti a lavoratori immigrati, centri d'ascolto parrocchiale e realtà associative di natura ecclesiale³. Queste ultime sono spesso molto attive non solo come agenzie di collocamento ma anche come canali d'accesso ai servizi, insomma come punti di riferimento per diverse necessità che il migrante deve affrontare in attesa della regolarizzazione. Paolo Zanetti Polzi, con l'intento di sondare l'effettivo e/o presunto ruolo di regolazione (formalizzazione e tutela dei lavoratori) svolto dai centri deputati a favorire l'incontro tra domanda e offerta in Lombardia, ha analizzato e descritto gli atteggiamenti e le richieste dei datori di lavoro. Sul fronte della domanda, le richieste avanzate dimostrano i contorni imprecisi della figura dell'assistente domiciliare in termini di mansioni e carichi di lavoro e sembra oscillare tra un'esigenza di regolarizzazione e un bisogno di garanzie fiduciarie che esulano dall'ambito della contrattazione formale o del riconoscimento dei diritti-doveri delle parti. "Sembra che la natura relazionale e privata del rapporto di lavoro, legata alle difficoltà derivanti dall'identità migrante e straniera delle lavoratrici, porti ad una sorta di stravolgimento nell'espressione, da parte delle famiglie, di esigenze, preferenze, richieste. In altri termini quelli che nei più tradizionali settori del mercato del lavoro, sono da ritenersi requisiti determinanti ai fini di qualsiasi assunzione – dunque richieste esplicite (specifiche competenze, esperienze lavorative pregresse...) – nel mercato del lavoro di cura sono più che altro un gradito bagaglio professionale, quasi mai giudicato indispensabile dal datore di lavoro" (Zanetti Polzi, 2006). La partita sembra sempre giocarsi nella dialettica pubblico/privato, riconoscimento nella sfera pubblica e obbligazione naturale nella sfera privata, in cui valgono i contenuti di senso veicolati dai percorsi lunghi della mentalità collettiva e delle rappresentazioni sociali del lavoro femminile, dove prevalgono le istanze vocazionali o volontarie (quando appunto non del tutto naturali), la valorizzazione emotiva che rende snaturante e quasi dissacrante l'idea di una monetizzazione-mercificazione degli scambi che sono alla base della prestazione di lavoro. Dentro le dinamiche di domanda-offerta, altri studiosi hanno individuato anche alcuni dei meccanismi che generano la formazione di stereotipi e il set di riferimenti e rappresentazioni che producono pratiche di selezione sul fronte della domanda e che in parte potrebbero spiegare la concentrazione di alcune nazionalità, rispetto ad altre, in questo settore (Scrinzi, 2002). I processi di etichettatura hanno basi complesse e servirebbero dati empirici maggiori per poter leggere le tendenze in atto senza sovrinterpretazioni. E' possibile ad esempio che la resistenza ad assumere donne africane per l'assistenza sia da riferire al pregiudizio legato all'associazione tra donne nigeriane e prostituzione, il medesimo effetto-alone sembra valere per le donne albanesi.

³ I servizi dedicati all'incontro tra domanda e offerta, saranno presi in esame più compiutamente nel capitolo successivo.

2.2 Le procedure di regolarizzazione e assunzione

Per assumere una badante il datore di lavoro deve attenersi ad una precisa procedura stabilita dalle leggi e dalle circolari del Ministero del Lavoro (ora Ministero del Welfare). La procedura da seguire è diversa a seconda che la lavoratrice da assumere appartenga o meno all'Unione Europea:

- a) *se la lavoratrice cittadina italiana o dell'Unione Europea*, il datore di lavoro può assumere direttamente la badante, dopo aver concordato con quest'ultima gli elementi del rapporto di lavoro (orario, retribuzione, ferie ecc.).
- b) *se la lavoratrice cittadina è extracomunitaria, possono presentarsi i seguenti casi:*
 - b1) Se la lavoratrice si trova in Italia con regolare documento di soggiorno che permette il lavoro (ovvero non sia un permesso a fini turistici o richiesta di asilo o culto), il datore di lavoro può assumerla direttamente, con la stessa procedura impiegata per i collaboratori domestici con cittadinanza italiana;
 - b2) Se la lavoratrice si trova all'estero, è prevista una procedura di chiamata nominativa che però risulta molto lunga e complessa. Nello specifico, prima che la lavoratrice venga in Italia (*ai sensi del Decreto Flussi 2006*), il datore di lavoro deve presentare presso uno degli uffici postali abilitati la domanda di nulla osta al lavoro, indirizzandola al competente Sportello Unico per l'Immigrazione, e deve assicurare una serie di requisiti⁴.

La domanda di nulla osta viene dunque trasmessa allo Sportello Unico il quale, effettuate le dovute verifiche, convoca il datore di lavoro per la consegna del nulla osta (che ha una validità di 6 mesi) e la sottoscrizione del contratto di soggiorno. Tale autorizzazione deve essere spedita al lavoratore nel Paese di residenza, in modo che egli possa esibirla alle autorità diplomatiche o consolari italiane del posto per ottenere il visto di ingresso in Italia.

Una volta arrivato in Italia, il lavoratore, entro otto giorni, deve chiedere alla Questura il permesso di soggiorno per motivi di lavoro. Dovrà anche chiedere all'Ufficio delle imposte il rilascio del codice fiscale, necessario per l'iscrizione all'Inps. Il datore di lavoro deve, prima possibile, denunciare l'assunzione all'Inps di zona.

⁴ Il datore di lavoro deve assicurare una retribuzione mensile non inferiore al minimo previsto per l'assegno sociale, corrispondente (per l'anno 2006) ad euro 381,72 euro; deve dimostrare di possedere un reddito annuo di importo almeno il doppio rispetto all'ammontare della retribuzione annua dovuta al lavoratore da assumere; deve garantire un orario di lavoro settimanale non inferiore a 20 ore; deve assicurare la disponibilità di un alloggio adeguato; deve impegnarsi a comunicare ogni variazione concernente il rapporto di lavoro; deve garantire le spese di viaggio per il rientro del lavoratore al Paese di origine.

Le procedure per l'assunzione di lavoratori domestici, sia italiani che stranieri, risultano decisamente più semplici rispetto agli adempimenti richiesti per altri inquadramenti.

I contributi che devono essere versati dal datore di lavoro, sono determinati in base alla retribuzione e all'orario di lavoro: se quest'ultimo non supera le 24 settimanali, il contributo è commisurato a tre diverse fasce di retribuzione oraria; se invece l'orario di lavoro settimanale supera le 24 ore (è cioè di almeno 25 ore settimanali), il contributo dovuto è fisso, qualunque sia l'importo della retribuzione oraria. In quest'ultimo caso l'importo del contributo è sensibilmente più basso, a patto che le ore siano effettuate tutte presso lo stesso datore di lavoro. Il datore di lavoro deve versare l'intero importo del contributo, compresa la quota a carico del lavoratore, che potrà poi essere trattenuta dalla busta paga. Nella tabella sono indicati gli importi del contributo orario in relazione alla retribuzione:

Tab. 2 – Importi e contributi previdenziali

<i>Retribuzione oraria effettiva</i>	<i>Contributo orario con CUAF *</i>	<i>Contributo orario senza CUAF*</i>
Rapporti di lavoro di durata inferiore alle 24 h/sett.:		
Retribuzione oraria effettiva da € 0 a € 6,70	1,23 (0,28)**	1,16 (0,28)
Retribuzione oraria effettiva oltre € 6,70 fino a € 8,18	1,39 (0,32)	1,31 (0,32)
Retribuzione oraria effettiva oltre € 8,18	1,69 (0,39)	1,60 (0,39)
Rapporti di lavoro di durata superiore a 24 h/sett.	0,89 (0,20)	0,85 (0,20)

Fonte: INPS, 2006

* La cifra tra parentesi è la quota a carico del lavoratore.

*Il contributo senza la quota CUAF (Cassa Unica per gli assegni familiari) è dovuto quando il lavoratore è coniuge del datore di lavoro o è parente o affine entro il terzo grado e convive con il datore di lavoro.

2.3 L'avvio del rapporto lavorativo: i nodi della relazione badante-famiglia-anziano

Una volta istaurato il rapporto contrattuale, prende avvio il complesso rapporto tra assistente familiare, famiglia ed anziano. In considerazione dell'alto contenuto relazionale che tale rapporto riveste, è opportuno prendere in esame gli aspetti maggiormente critici di questa relazione, ben sintetizzati da Alessandra Rossi nella Tabella 3.

Tab. 3 - Rischi della relazione anziano-assistente familiare

<i>Anziano</i>	<i>Assistente familiare</i>
• Vivere con una persona estranea • Non capire la sua lingua • Avere abitudini molto diverse • Maltrattamento • Abbandono improvviso • Abituarsi ad una nuova lavoratrice • Peggioramento della salute fisica e mentale • Solitudine • Depressione • Necessità di pronto intervento e ricovero • Furti • Abituarsi ad una nuova lavoratrice • •	• Vivere con una persona estranea • Non capire l'italiano e il dialetto • Restrizioni alimentari e nell'uso della casa • Maltrattamento • Molestie sessuali • Dover tornare d'urgenza nel paese d'origine • Capire i segni di demenza e alzheimer • Solitudine • Depressione • Gestire un pronto intervento e ricovero • Malattia • Gravidanza • Incertezza per il permesso di soggiorno • Abituarsi ad un nuovo anziano

Fonte: Rossi, 2004

Una delle difficoltà più evidenti che rischia di minare sin dall'inizio il rapporto tra assistente ed assistito è rappresentata dalla comunicazione. Soprattutto nei primi mesi di permanenza nel nostro Paese, è possibile che la badante non parli bene la lingua italiana. Le difficoltà comunicative sono spesso amplificate dall'utilizzo di termini dialettali da parte dell'anziano o da condizioni fisiologiche degradanti quali difficoltà di udito o parziale demenza. In una situazione complessa come l'assistenza agli anziani fragili, la capacità di comunicare e l'ascolto reciproco, divengono condizioni importanti, per non dire essenziali, ai fini della buona riuscita del rapporto assistenziale: oltre alle situazioni connesse alla routine quotidiana, l'assistente familiare si trova infatti a gestire determinate incombenze (quali ricevere e inviare telefonate importanti, contattare un medico, leggere il foglio illustrativo di un farmaco, ecc.) o particolari situazioni emergenziali correlate allo stato di salute dell'anziano (ad esempio incidenti domestici, sintomi di Alzheimer, depressione, ecc.) per le quali la capacità di recepire e rielaborare gli stimoli che provengono dall'esterno -e quindi mettere in atto risposte adeguate- diviene una condizione imprescindibile.

Il rapporto dialogico tra anziano e assistente non si limita esclusivamente all'aspetto verbale, ma comprende anche altri elementi appartenenti al bagaglio culturale dell'anziano. Si fa qui riferimento alle abitudini, alle usanze, agli stili di vita che contraddistinguono i due mondi, ma anche ad aspetti più personali come le pratiche di cura del corpo, le manifestazioni espressive, il modo di relazionarsi ed interagire, o ad elementi di stretta caratterizzazione territoriale, come la cucina

e le abitudini alimentari tipiche di un dato territorio⁵. La convivenza tra anziano e badante esige dunque una base comune di codici comunicativi non affidata esclusivamente al dialogo, ma fondata sulla capacità di mutuo rispetto e sulla vicendevole tolleranza, condizioni senza le quali il rapporto è caratterizzato dalla distanza e dalla chiusura nelle reciproche solitudini.

Oltre a quelle di natura relazionale, altre difficoltà sono da ricondursi alla natura stessa del rapporto professionale: la badante è spesso una “lavoratrice in transito” (Da Roit, 2004), disposta a lunghi turni di lavoro e ad un regime di convivenza, solo se il rapporto è a breve termine e può consentire di accumulare risparmi elevati. Se il progetto migratorio è invece a lungo termine, la lavoratrice può essere intenzionata a cercare un impiego differente, che permetta turni meno impegnativi, non preveda la coresidenzialità e garantisca un maggior tempo libero⁶. Un eventuale abbandono del posto di lavoro può creare problemi di *turnover* per la famiglia che si troverebbe nella condizione di dover provvedere a sostituire la badante in breve tempo (Corradini, 2003). Per molti anziani, poi, diventa difficile adattarsi ad una nuova assistente, perché significa doversi rapportare e conoscere una nuova personalità, che in qualsiasi caso è diversa della precedente. Questi fenomeni di mobilità possono essere letti da parte della famiglia come indicatori di irresponsabilità e generare difficoltà relazionali in caso di assunzione di una nuova lavoratrice.

Un ulteriore ostacolo nel rapporto tra assistente e famiglia risiede nell'assenza di un adeguato controllo dell'operato dell'assistente familiare sul luogo di lavoro: difficilmente enti esterni ed istituzioni riescono a garantire una supervisione ed un corretto monitoraggio sulla qualità dell'assistenza erogata e sul buon esito della relazione badante-assistito. Tali attività vengono solitamente svolte direttamente dall'anziano, quando in grado di intendere e volere, ma sulla base di parametri meramente soggettivi e non empirici, o dai familiari, che il più delle volte vivono però altrove o sono assenti durante l'arco della giornata. Difficilmente gli enti esterni riescono ad assicurare una supervisione sull'assistente e sull'assistito, con la conseguenza che le inadempienze, le tensioni e gli eventuali abusi che possono avvenire tra le mura domestiche siano scarsamente visibili da un attore esterno (Leonardi, 2005). Questa situazione può dare origine ad una condizione di forte asimmetria: se infatti le inadempienze avvengono ad opera della badante e

⁵ Capita, ad esempio, che alcune donne abbiano difficoltà a cucinare e ad assumere determinati cibi o ad ammettere a tavola bevande alcoliche, a causa di vincoli religiosi o culturali. Altre difficoltà sono invece connesse alla preparazione di pietanze che rientrano nella dieta dell'anziano.

⁶ La carenza di tempo libero è uno dei problemi più ricorrenti di questo tipo di professione: il regime di coresidenza e la particolare natura del rapporto professionale, rendono assai sfumato il confine tra tempo libero e tempo lavorativo, con la conseguenza che alla badante viene spesso richiesto di operare in orari notturni e festivi. Capita infatti che l'anziano, o la sua famiglia, non tengano nella dovuta considerazione i criteri contrattuali che regolano il rapporto professionale (ad esempio la badante può lavorare per un massimo di 10 ore giornaliere non consecutive, è previsto un riposo settimanale di 36 ore e 26 giorni di ferie all'anno, ecc.) o non riescano a percepire le esigenze –di natura relazionale, affettiva, aggregativi- dell'assistente familiare.

vengono perpetuate, la famiglia può interrompere il rapporto contrattuale e cercare una nuova assistente; se le pressioni hanno invece origine da parte dell'anziano o dalla stessa famiglia (molestie, sequestro dei documenti, assenza di riposo settimanale, retribuzioni al di sotto dei parametri contrattuali, ecc.), all'assistente non resta che il licenziamento, con conseguenze forse più critiche che vanno dalla ricerca di una nuova occupazione alla scadenza del permesso di soggiorno.

Torna dunque il tema della fiducia, che in assenza di forme di monitoraggio istituzionalizzate e nell'impossibilità di un "controllo a vista" da parte del datore di lavoro, risulta condizione imprescindibile per la buona riuscita della relazione assistenziale.

Altri rischi, potenzialmente ben più gravi, sono connessi allo stato di salute della badante, da un lato, e a quella dell'anziano assistito, dall'altro. Sul primo versante si registrano le possibili ripercussioni psicofisiche che eventuali crisi dell'anziano possono avere sull'assistente familiare. Come detto, il rapporto che lega la badante all'anziano è improntato ad una profonda intimità: se l'anziano entra in depressione, anche la lavoratrice ne risente; un'emergenza sanitaria dell'anziano può provocare panico per entrambi; i primi sintomi di Alzheimer possono essere scambiati per cattiveria e ferire la sensibilità di chi assiste (Rossi, 2004). La condizione di debolezza contrattuale che lega l'assistente alla famiglia, può inoltre comportare rischi sanitari connessi alla difficoltà, da parte della lavoratrice, ad esplicitare i propri problemi: capita così che vengono trascurate –o sottaciute– le proprie esigenze sanitarie, le malattie, le gravidanze, per paura di perdere il posto di lavoro⁷. Rischi di natura infermieristica possono interessare anche l'anziano: come detto, i compiti richiesti alla badante non si esauriscono alla sfera sociale, ma contemplano il più delle volte mansioni di carattere sanitario e paramedico ed una scarsa conoscenza tecnica da parte dell'assistente familiare può portare ad errori nelle medicazioni o nella somministrazione di farmaci.

Oltre alle difficoltà direttamente riconducibili al rapporto tra assistente ed assistito, vi sono una serie di criticità che fanno riferimento al rapporto che lega l'assistente alla famiglia-datore di lavoro. La "badante" sostituisce i familiari all'interno della casa, gestendo anche le situazione emotive e di solitudine della persona assistita (Leonardi, 2005): alla lavoratrice, viene chiesto di essere per l'anziano una "persona di famiglia", condividendone intimità e confidenze, disbrigando alcuni dei compiti propri del *caregiver*. C'è chi descrive questa situazione parlando di una "lealtà eccessiva" che lega l'immigrata alla famiglia, in misura sproporzionata rispetto al tipo di contratto: se il padrone di casa sa gestire bene la relazione, rispettando i diritti e le esigenze della badante, questo può essere un veicolo di integrazione; se, però, l'essere della famiglia significa

⁷ Le ricerche segnalano la diffusione di tumori nelle lavoratrici ucraine provenienti da zone contaminate dalle radiazioni nucleari e altre malattie mal curate nelle badanti di una certa età.

rispondere a richieste maggiori di ciò che la badante è tenuta a fare, allora il rapporto può scatenare costrizioni, tensioni e dar luogo a conflitto.

Il lavoro di cura appare quindi una prestazione multipla e ad alta intensità relazionale. La sovrapposizione tra contenuti affettivi e strumentali della relazione, e tra richieste di lealtà eccessiva e caratteristiche di una prestazione di lavoro subordinato, vanno a definire un composto profondamente instabile: l'entrata in famiglia e la richiesta di sostituzione di un familiare partono spesso da un atteggiamento paternalistico nei confronti dell'immigrato e tendono ad instaurare rapporti di *patronage* dove la sfera dei diritti si trasforma in un mercato di fidelizzazione in cui si concedono diritti in cambio di lealtà e una serie di obblighi stabiliti per legge divengono amorevoli concessioni, fino, nei casi estremi, a forme di lavoro paraschiavistico (Mottura, 2000).

Le relazioni in questo ambito, hanno per la maggior parte una struttura triangolare, ai cui vertici stanno l'anziano assistito, l'assistente familiare ed il responsabile della cura, nella maggior parte dei casi un'altra donna della famiglia. Preoccupazione prevalente di quest'ultima figura diviene operare per il benessere dell'anziano e garantire la sostenibilità dei costi dell'assistenza. L'emancipazione delle *caregiver* dall'incombenza delle attività produttive non retribuite è resa possibile da questa delega alle lavoratrici immigrate – in assenza di una diversa ridistribuzione degli oneri all'interno della famiglia – dei carichi del lavoro domestico e di cura: “le datrici di lavoro si specializzano dunque in ruoli di coordinamento, regia, relazioni con l'ambiente esterno, oltre a tenere per sé, nei limiti del possibile, le attività più dense di connotazioni affettive e dimensioni gratificanti” (Ambrosini, 2005). C'è chi ha letto in questa relazione tra donne “la contraddizione tra l'emancipazione delle donne della classe media dei paesi afferenti e la loro sempre maggiore presenza nella sfera pubblica, grazie alla crescita della partecipazione alla popolazione attiva e il modo in cui essa avviene: a spese di una forte segregazione delle donne immigrate nella sfera privata” (Colombo, 2003). Per quanto riguarda il polo dell'assistente familiare, il lavoro di cura tende a generare per sua stessa natura un attaccamento alla persona di cui ci si prende cura, con coinvolgimenti emotivi alti e una sovrapposizione tra relazioni personali e relazioni di lavoro. Paola Toniolo Piva afferma che la gestione dei rapporti nel triangolo “anziano-familiari-assistente salariato” esige un'accorta gestione emotiva, basata sulla solidarietà, ma anche sulla chiarezza ciascuno del proprio posto. Spesso, infatti, le famiglie (datori di lavoro) dimenticano che l'assistente familiare è anzitutto una lavoratrice con diritti e doveri e, a sua volta, può essere moglie, madre, figlia. La figura triangolare descritta tende perciò ad aprirsi ad ulteriori dimensioni di relazione affettiva a cui la lavoratrice è legata, con quello che comporta in termini di dolore per la separazione fisica dai propri affetti e di strategie di mantenimento di catene di cura transnazionali, che complicano il quadro dei sentimenti in gioco nelle relazioni di un lavoro che chiede una robusta mobilitazione delle proprie competenze emotive e relazionali.

2.4. Mansioni e orari

Intorno alla definizione del set di mansioni che l'assistente familiare è chiamata a svolgere si gioca anche la partita della determinazione di una figura professionale specifica a cui vengono delegate una serie di prestazioni di tipo assistenziale ed eventualmente parasanitario e sempre meno connesse all'ambito del lavoro domestico.

Dalle dichiarazioni delle lavoratrici impiegate nella cura di persone non autosufficienti emerge un terreno di lavoro assai variegato in cui l'assistente svolge una pluralità di compiti, che vanno da mansioni domestiche (pulizia della casa, preparazione dei pasti, lavanderia, presa in carico di qualche animale domestico, ecc.) a prestazioni di carattere prevalentemente sociale (aiuto ad alzarsi e coricarsi, igiene dell'anziano, sostegno morale, ecc.) fino a funzioni di carattere sanitario e infermieristico (iniezioni, medicazione di piaghe da decubito, medicazioni, somministrazione di medicinali, ecc.).

La priorità è data all'assistenza nei riguardi della persona da accudire, ma le attività complementari svolte dalla badante sono direttamente riconducibili al benessere dell'intera famiglia, che viene in tal modo sgravata da una pluralità di compiti: il lavoro retribuito delle badanti è infatti fortemente intrecciato con il lavoro informale dei figli e dei familiari della persona anziana, che a loro volta vivono nella medesima casa dell'assistito o vi fanno visita di sovente (più rari i casi in cui gli anziani non hanno figli o in cui alla badante è affidato integralmente l'accudimento dell'anziano). Capita così che la badante svolga commissioni non propriamente connesse all'attività di assistenza, si occupi della spesa quotidiana, si prenda carico della pulizia degli ambienti domestici ed eserciti compiti che richiedono una disponibilità che va ben oltre i termini definiti dal contratto.

Di sovente accade che le condizioni di lavoro e retributive non siano oggetto di contrattazione tra il lavoratore e i familiari della persona anziana o che la negoziazione avvenga tra la famiglia e chi ha promosso l'incontro tra domanda e offerta, in genere un'agenzia mandataria (Da Roit, 2004). Ne consegue che le mansioni, l'orario di lavoro, i giorni di ferie e di riposo e la loro distribuzione nell'arco della settimana, vengano il più delle volte definiti in seguito, spesso in modo informale, senza tener conto delle prescrizioni normative e contrattuali.

Per quanto riguarda l'orario lavorativo, ad esempio, le ricerche svolte sull'argomento evidenziano come l'attività delle assistenti familiari si attesti nella maggior parte dei casi tra le 12 e le 15 ore giornaliere (incluso l'attività assistenziale propriamente detta e le attività complementari di accudimento e pulizia della casa) e vadano ben oltre delle 54 ore settimanali previste dal Contratto Collettivo Nazionale del lavoro domestico⁸. Per la badante è dunque

⁸ Come si vedrà in modo più approfondito nel prossimo paragrafo, il CCNL del lavoro domestico prevede che la lavoratrice possa lavorare per un massimo di 10 ore giornaliere non consecutive, per un

difficile separare le ore di lavoro con quelle di non lavoro, specie se in regime di coresidenza: spesso non risulta semplice determinare il numero effettivo di ore di lavoro giornaliero proprio perché non è chiaro se la semplice presenza e sorveglianza rappresenti di per sé lavoro (Da Roit, 2004). Al di là dei compiti connessi alla cura e all'assistenza, una parte del tempo non è necessariamente impegnato da attività specifiche, ma deve essere comunque spesa nella casa accanto alla persona anziana, che generalmente non è in grado di restare sola. Lo scarso potere contrattuale della badante, che in caso di licenziamento rischia di non vedersi rinnovato il permesso di soggiorno, inducono spesso la donna immigrata ad accettare condizioni di lavoro che vanno ben oltre i termini contrattuali illustrati nel prossimo paragrafo.

2.5. Regimi contrattuali, salariali, contributivi

Da parecchi anni si sta dibattendo circa le problematiche legate alla controversa posizione contrattuale che lega la badante alla persona di cui si prende cura.

Nonostante il servizio offerto sia ad alto contenuto sociale e le mansioni svolte vadano spesso oltre il mero accudimento della persona anziana e la cura dell'abitazione, il lavoro di badante è stato fino ad oggi annoverato ufficialmente nella categoria contrattuale del lavoro domestico.

Nella definizione data dalla norma (art. 2240-2246 c.c. e art 1, l. 2.04.1958, n. 339) viene considerato lavoro domestico quel tipo di attività prestata da un soggetto all'interno di una comunità familiare. Sono queste attività retribuite, svolte in forma subordinata, che si consumano nelle abitazioni per soddisfare necessità materiali di vita di coloro che vi abitano, compresa l'assistenza a componenti della famiglia affetti da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza⁹. Fino al 2006, in osservanza al CCNL, l'estrema indeterminatezza dei compiti e delle mansioni rientranti nella categoria del lavoro domestico era stata estesa anche alla figura della badante, alla quale erano riconosciute funzioni generiche di accudimento e di assistenza nei riguardi della persona affidata¹⁰. Escluse dalle

totale di 54 ore settimanali. E' inoltre previsto un riposo settimanale di 36 ore, delle quali 24 godute la domenica e 12 in altro giorno settimanale, e 26 giorni di ferie retribuite all'anno.

⁹ L'art.33 della legge 189/2002 ("Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo") concede la possibilità di regolarizzare i rapporti di lavoro "lavoro domestico di sostegno al bisogno familiare" e le "attività di assistenza ai componenti della famiglia affetti da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza". E' questo un riconoscimento parziale del lavoro di cura svolto in ambito domestico, che permette però di delineare i confini delle attività svolte.

¹⁰ Per i domestici impiegati per almeno 4 ore al giorno (fattispecie in cui rientrano di norma le "badanti"), si applica la legge 339/1958 "Per la tutela del lavoro domestico", la quale regolamenta in modo complessivo ed organico la materia. Fra le altre normative intervenute sull'argomento si ricorda in particolare il DPR 1403/1971 con il quale è stata introdotta la tutela assicurativa per la malattia a favore di tutti i lavoratori domestici (già dal 1952 prevista per le prestazioni di almeno 4 ore giornalieri), nonché la copertura previdenziale. Altre norme sul lavoro domestico: Legge 1239/1939 "Istituzione di una tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici": R.D. 1225/1940 "Regolamento sulla tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici"; Legge 940/1953

competenze della badante erano invece rimaste per lungo tempo le prestazioni prettamente infermieristiche, per il cui svolgimento è necessario uno specifico attestato professionale.

Un'importante svolta normativa è costituita dal nuovo Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL), la cui ultima versione è entrata in vigore dal 1° marzo 2007. Secondo il nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro domestico, gli addetti ai servizi familiari sono classificati, a seconda delle mansioni che svolgono, in quattro categorie, definite in base all'attività svolta ed al loro grado di formazione, a ciascuna delle quali corrispondono due parametri retributivi, il superiore dei quali è denominato "super".

La sottocategoria "super" è riconosciuta esclusivamente a coloro i quali si occupano, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, della cura delle persone.

Questa nuova articolazione delle categorie, distribuita su quattro livelli, permette un più corretto inquadramento del lavoratore rispetto alla precedente che prevedeva, nel caso delle colf, un inquadramento riferito esclusivamente al secondo o al primo livello super. Questa modifica al contratto rende così possibile un più preciso riconoscimento economico e professionale ai prestatori del lavoro di cura.

Tab. 4 – Le categorie previste dal CCNL del lavoro domestico

• Livello A	Appartengono a questo livello i collaboratori familiari generici, non addetti all'assistenza di persone, sprovvisti di esperienza professionale o con esperienza professionale (maturata anche presso datori di lavoro diversi) non superiore a 12 mesi, nonché i lavoratori che, in possesso della necessaria esperienza, svolgono con competenza le proprie mansioni, relative ai profili lavorativi indicati, a livello esecutivo e sotto il diretto controllo del datore di lavoro.
- <i>Profilo livello A</i>	Collaboratore familiare con meno di 12 mesi di esperienza professionale, non addetto all'assistenza di persone. Svolge mansioni di pertinenza dei collaboratori familiari, a livello di inserimento al lavoro ed in fase di prima formazione. Al compimento dei dodici mesi di anzianità questo lavoratore sarà inquadrato nel livello B con la qualifica di collaboratore generico polifunzionale; Addetto alle pulizie. Svolge esclusivamente mansioni relative alla pulizia della casa; Addetto alla lavanderia. Svolge mansioni relative alla lavanderia; Aiuto di cucina. Svolge mansioni di supporto al cuoco; Stalliere. Svolge mansioni di normale pulizia della stalla e di cura generica del/dei cavallo/i; Assistente ad animali domestici. Svolge mansioni di assistenza ad animali domestici;

"Corresponsione della 13^a mensilità al personale addetto ai servizi domestici"; Legge 1003/1956 "Trattamento previdenziale degli autisti dipendenti da privati"; Legge 339/1958 "Per la tutela del rapporto di lavoro domestico"; Legge 977/1967 "Tutela del lavoro dei fanciulli e degli adolescenti"; DPR 1403/1971 "Disciplina dell'obbligo delle assicurazioni sociali nei confronti dei lavoratori addetti ai servizi di riassetto e di pulizia dei locali".

	Addetto alla pulizia ed annaffiatura delle aree verdi; Operaio comune. Svolge mansioni manuali, di fatica, sia per le grandi pulizie, sia nell'ambito di interventi di piccola manutenzione.
<i>-Profilo livello A Super</i>	a) Addetto alla compagnia. Svolge esclusive mansioni di mera compagnia a persone autosufficienti, senza effettuare alcuna prestazione di lavoro; b) Baby sitter. Svolge mansioni occasionali e/o saltuarie di vigilanza di bambini in occasione di assenze dei familiari, con esclusione di qualsiasi prestazione di cura
• Livello B	Appartengono a questo livello i collaboratori familiari che, in possesso della necessaria esperienza, svolgono con specifica competenza le proprie mansioni, ancorché a livello esecutivo.
<i>-Profilo livello B</i>	Collaboratore generico polifunzionale. Svolge le incombenze relative al normale andamento della vita familiare, compiendo, anche congiuntamente, mansioni di pulizia e riassetto della casa, di addetto alla cucina, di addetto alla lavanderia, di assistente ad animali domestici, nonché altri compiti nell'ambito del livello di appartenenza; Custode di abitazione privata. Svolge mansioni di vigilanza dell'abitazione del datore di lavoro e relative pertinenze, nonché, se fornito di alloggio nella proprietà, di custodia; Addetto alla stireria. Svolge mansioni relative alla stiratura; Cameriere. Svolge servizio di tavola e di camera; Giardiniere. Addetto alla cura delle aree verdi ed ai connessi interventi di manutenzione; Operaio qualificato. Svolge mansioni manuali nell'ambito di interventi, anche complessi, di manutenzione; Autista. Svolge mansioni di conduzione di automezzi adibiti al trasporto di persone ed effetti familiari, effettuando anche la relativa ordinaria manutenzione e pulizia; Addetto al riassetto camere e servizio di prima colazione anche per persone ospiti del datore di lavoro. Svolge le ordinarie mansioni previste per il collaboratore generico polifunzionale, oltretutto occuparsi del rifacimento camere e servizio di tavola della prima colazione per gli ospiti del datore di lavoro.
<i>-Profilo livello B Super</i>	Assistente a persone autosufficienti. Svolge mansioni di assistenza a persone (anziani o bambini) autosufficienti, ivi comprese, se richieste, le attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa ove vivono gli assistiti.
• Livello C	Appartengono a questo livello i collaboratori familiari che, in possesso di specifiche conoscenze di base, sia teoriche che tecniche, relative allo svolgimento dei compiti assegnati, operano con totale autonomia e responsabilità.
<i>-Profilo livello C</i>	Cuoco. Svolge mansioni di addetto alla preparazione dei pasti ed ai connessi compiti di cucina, nonché di approvvigionamento delle materie prime.
<i>-Profilo livello C Super</i>	Assistente a persone non autosufficienti (non formato). Svolge mansioni di assistenza a persone non autosufficienti, ivi comprese, se richieste, le attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa ove vivono gli assistiti
• Livello D	Appartengono a questo livello i collaboratori familiari che, in possesso dei necessari requisiti professionali, ricoprono specifiche posizioni di lavoro caratterizzate da responsabilità, autonomia decisionale e/o coordinamento.
<i>-Profilo livello D</i>	Amministratore dei beni di famiglia. Svolge mansioni connesse all'amministrazione del patrimonio familiare; Maggiordomo. Svolge mansioni di gestione e di coordinamento relative a

	tutte le esigenze connesse ai servizi rivolti alla vita familiare; Governante. Svolge mansioni di coordinamento relative alle attività di cameriere di camera, di stireria, di lavanderia, di guardaroba e simili; Capo cuoco. Svolge mansioni di gestione e di coordinamento relative a tutte le esigenze connesse alla preparazione dei cibi ed, in generale, ai compiti della cucina e della dispensa; Capo giardiniere. Svolge mansioni di gestione e di coordinamento relative a tutte le esigenze connesse alla cura delle aree verdi e relativi interventi di manutenzione; Istitutore. Svolge mansioni di istruzione e/o educazione dei componenti il nucleo familiare.
-Profilo livello D Super	Assistente a persone non autosufficienti (formato). Svolge mansioni di assistenza a persone non autosufficienti, ivi comprese, se richieste, le attività connesse alle esigenze del vitto e della pulizia della casa ove vivono gli assistiti; Direttore di casa. Svolge mansioni di gestione e di coordinamento relative a tutte le esigenze connesse all'andamento della casa.

Fonte: *Ministero del Lavoro, CCNL 1.03.2007 - 28.02.2011 (testo ufficiale)*

L'individuazione della categoria di inquadramento dipende dal grado di professionalità posseduta dalla badante e dalle mansioni che le verranno assegnate (che possono andare dalla semplice sorveglianza ed accudimento di persone che conservano una certa autosufficienza, all'assistenza intensiva e continuata di anziani allettati). In passato l'inquadramento della badante si profilava dalla seconda alla prima categoria super. Con la nuova regolamentazione dei contratti viene riconosciuta una maggiore stratificazione in base alla qualifica ed alle mansioni svolte dal lavoratore che va dal livello A super, per mansioni di mera compagnia o vigilanza, al livello D super, riconosciuto agli assistenti formati che si occupano di persone non autosufficienti.

Altre novità introdotte dal nuovo contratto riguardano la riduzione dell'orario per il regime di convivenza a 30 ore settimanali e l'introduzione del *Job Sharing* (lavoro ripartito) che prevede l'assunzione di due lavoratori per la medesima obbligazione contrattuale. Introdotta dalla legge Biagi, questa possibilità permette a due persone di alternarsi nell'attività di cura garantendo una maggiore trasparenza nelle sostituzioni che in precedenza avvenivano in modo irregolare.

Per quanto concerne i minimi retributivi (Tabella 4) si registra un considerevole aumento rispetto al precedente contratto. Se per un lavoratore di secondo livello, al quale venivano frequentemente inquadrate le assistenti familiari conviventi, era prevista una retribuzione minima di 563 euro mensili, il nuovo contratto prevede un minimo di 850 euro per personale non formato e di 1.050 euro per il personale qualificato contro le 777,73 del precedente contratto.

Tab. 5 - Retribuzioni minime contrattuali stabilite dalla Commissione paritetica prevista dal CCNL
ed in vigore dal 1° Marzo 2007.

TABELLA A - LAVORATORI CONVIVENTI (valori mensili)		
A	550,00	
A Super	650,00	
B	700,00	
B Super	750,00	
C	800,00	
C Super	850,00	
D	1.000,00	+ indennità 150,00
D Super	1.050,00	+ indennità 150,00
TABELLA B - LAVORATORI DI CUI ART. 15 - 2° CO. (valori mensili)		
B	500,00	
B Super	525,00	
C	580,00	
TABELLA C - LAVORATORI NON CONVIVENTI (valori orari)		
A	4,00	
A Super	4,70	
B	5,00	
B Super	5,30	
C	5,60	
C Super	5,90	
D	6,80	
D Super	7,10	
TABELLA D - ASSISTENZA NOTTURNA (valori mensili)		
	AUTOSUFF.	NON AUTOSUFF.
B Super	862,50	
C Super		977,50
D Super		1.207,50
TABELLA E - PRESENZA NOTTURNA (valori mensili)		
LIV. UNICO	577,50	
TABELLA F - INDENNITA' (valori giornalieri)		
pranzo e/o colazione		1,637
Cena		1,637
Alloggio		1,416
Totale		4,69

Fonte: Ministero del Lavoro, CCNL 1.03.2007 - 28.02.2011 (testo ufficiale)

Oltre alle indennità per il vitto e l'alloggio, è diritto del lavoratore anche la tredicesima mensilità, sulla base dei mesi lavorativi effettivamente svolti¹¹. E' importante ricordare che, sulla base del CCNL, la badante può lavorare per un massimo di 10 ore giornaliere non consecutive, per un totale di 54 ore settimanali, è previsto un riposo settimanale di 36 ore, delle quali 24 godute la domenica e 12 in altro giorno settimanale, per gli straordinari e per il lavoro notturno viene percepito un compenso maggiorato, mentre sono previsti 26 giorni di ferie (retribuite) per anno di lavoro. La badante dovrebbe essere tutelata anche per malattia, infortunio e gravidanza: durante il periodo di astensione dal lavoro, la lavoratrice ha diritto a mantenere il proprio posto e ad un'indennità sostitutiva alla retribuzione, condizioni queste che non sempre sono attuate con regolarità: il rispetto del contratto dipende dalla capacità di entrambe le parti di instaurare un rapporto di fiducia e di rispetto per le esigenze reciproche. Come già accennato, uno dei problemi più frequenti per la lavoratrice che convive con la persona anziana, è di riuscire a separare le ore di lavoro con quelle di "non lavoro" (Leonardi, 2005). Non è raro, inoltre, che i datori di lavoro, non rispettino in modo integrale la contrattazione, per sviare ad ulteriori oneri (ad esempio, non pagando per intero gli straordinari) e per la paura di perdere flessibilità nelle prestazioni assistenziali: un contratto di lavoro regolare obbliga il datore di lavoro (in questo caso la famiglia) a rispettare limiti di orario, ferie, riposi, permessi, ecc., oltre che ad adempiere gli obblighi burocratici e fiscali descritti nel par. 2.2 che in taluni casi possono far diventare il livello di spesa insostenibile da parte di una famiglia a reddito medio: il differenziale tra costo del lavoro regolare e irregolare, appare infatti rilevante (Gori, Da Roit, 2001) e lo diventa ancor più spostandosi dall'applicazione del contratto dei lavoratori domestici ad altre forme contrattuali.

Sulla base delle ancora poche ricerche effettuate fin ora sul fenomeno, emerge che una badante costa in media 8/10 euro l'ora, mentre una irregolare può richiedere fino al 30-40% in meno. I livelli retributivi oscillano così tra i 600 e gli 830 euro mensili. La spesa media mensile sostenuta dalle famiglie con anziani non autosufficienti per l'acquisto di assistenza privata è pari a 978 euro. Una badante ha un costo orario della metà rispetto ad un operatore di una cooperativa (Bordogna, 2004). Dalla considerazione di questi fattori appare evidente quanto forte sia il richiamo del mercato di lavoro irregolare.

Un ulteriore problema è connesso alle asimmetrie informative dovute alla carenza di informazioni e competenze necessarie da entrambe le parti: se da un lato, per la badante straniera, diventa difficile venire a conoscenza dei propri

¹¹ Sotto il profilo retributivo e del costo del lavoro, diverso è il caso del personale impiegato presso cooperative ed imprese di servizi, anziché assunto direttamente dalle famiglie. In tali situazioni, la retribuzione oraria ed il costo del lavoro variano sensibilmente in relazione al contratto applicato e sono superiori a quelli previsti per i lavoratori domestici (Gori, Da Roit, 2001).

diritti, dall'altro, la popolazione che ricorre a questo tipo di servizi, è spesso una popolazione fragile, priva delle conoscenze necessarie che le permettano di comprendere a pieno le proprie esigenze e le proprie necessità. E' questa un'utenza «debole» sia per mancanza di informazioni, sia per incapacità di scelta tra alternative diverse.

Infine, non c'è da dimenticare, che spesso l'elusione delle pratiche contrattuali o un loro parziale applicazione, possa far comodo anche alla collaboratrice familiare, specie se in assenza di un regolare permesso di soggiorno¹² o se ritiene proficuo che parte della remunerazione avvenga al di fuori dalla busta paga.

¹² La regolarizzazione del rapporto lavorativo avviene solo in presenza di un permesso di soggiorno, la mancanza del quale non permette alla badante di praticare regolarmente l'attività.

3. Alcune questioni aperte: il mercato sommerso di cura

Per lavoro non regolare si intende qualunque attività economica remunerativa che sia legale nei suoi contenuti ma svolta al di fuori delle norme vigenti ed effettuata nell'ambito dell'economia sommersa o nascosta (Costa, 2001). Si escludono, dunque, sia le attività illecite che i rapporti di collaborazione familiare non orientate al profitto. Il mercato sommerso è costituito da tutti quei lavori «nascosti» all'ente pubblico per una pluralità di ragioni: evasione dei contributi, non osservanza delle leggi, mancato rispetto di norme amministrative. Il settore dell'assistenza agli anziani in ambito familiare presenta un elevato tasso di lavoro non regolare, di gran lunga superiore a quello svolto in altri settori. Alcune stime (non recentissime) condotte nel nostro Paese disegnano un quadro pressoché allarmante nella definizione della realtà del fenomeno (Istat, 2001): in Italia i lavoratori occupati nei servizi domestici sono stimati in 1 milione e 50 mila, di cui 801 mila non regolari. In altre parole il 76,3% degli occupati, secondo le stime Istat. Le posizioni lavorative considerate non regolari ammontano ad 1.351.700, a fronte di 289.300 posti di lavoro registrati e riscontrabili.

Tab. 6 Occupati, posizioni lavorative e unità di lavoro nei "servizi domestici presso famiglie e convivenze" in Italia, anno 1999. Valori assoluti e percentuali.

	<i>Regolari (V.A.)</i>	<i>Non Regolari (V.A.)</i>	<i>Totale (V.A.)</i>	<i>Incidenza del lavoro non regolare sul totale (%)</i>
<i>Occupati</i>	249.000	801.000	1.050.000	76,3
<i>Posizioni lavorative</i>	289.300	1.351.700	1.641.000	82,4
<i>Unità di lavoro</i>	136.800	598.200	735.000	81,4

Fonte: Istat, Indagine Multiscopo, 2001

In base a valutazioni sindacali, per ogni colf regolarizzata ve ne sono altre tre in posizione irregolare. De Vincenti ha confrontato i dati Inps con quelli emersi dall'indagine multiscopo dell'Istat, stimando che il lavoro sommerso nell'ambito dell'assistenza agli anziani e del babysitteraggio copra una percentuale pari all'80% del mercato (De Vincenti, 1999).

Altro dato da tenere in necessaria considerazione in un'analisi sul lavoro irregolare, è l'elevata incidenza che la quota di lavoratori extracomunitari occupa in tale settore. In mancanza di dati in grado di dimostrare la rilevanza del fenomeno, possiamo considerare il numero certificabile dei lavoratori stranieri iscritti alle liste dell'Inps. Tra il 2000 ed il 2004 la quota di collaboratori domestici stranieri annoverata nelle liste della Previdenza sociale è più che raddoppiata, passando da 133.837 soggetti a 366.075, con un incremento del 173.52%. Se si considera che nel 1998, gli stranieri iscritti all'Inps erano 103.441 (a fronte di un numero di italiani pari a 112.431) è possibile affermare che tra il 1998 ed il 2000 si

sia verificato un “sorpasso” tra gli occupati immigrati su quelli italiani, che vede i primi prevalere nelle schiere dei lavoratori domestici regolarmente occupati.

Tab. 7 - Lavoratori domestici iscritti all'Inps italiani e stranieri, anni 2000-2004, valori assoluti e percentuali

	<i>Italiani</i>		<i>Stranieri</i>		<i>Totale</i>	
<i>1991</i>	181.096	83,50%	35.740	16,50%	216.836	100%
<i>1998</i>	112.431	52,10%	103.441	47,90%	215.872	100%
<i>2000</i>	126.134	48,52%	133.837	51,48%	259.971	100%
<i>2004</i>	172.442	32,02%	366.075	67,98%	538.517	100%
<i>Variazione</i>	46.308	36,71%	232.238	173,52%	278.546	107,14%

Fonte: *Inps*, 2006

Se usciamo dalla schiera dei «regolari» e ci addentriamo sul terreno del mercato sommerso, possiamo altresì ipotizzare che questo sorpasso sia da tempo avvenuto e che il mercato dei lavoratori stranieri, occupati in forma irregolare nell'ambito dei servizi di assistenza alla persona, sia in forte aumento. La domanda crescente di tali attività, legata all'accrescimento dell'immigrazione, a politiche di accoglienza sempre più restrittive e, non ultima, alla possibilità che viene spesso offerta – e ancor più richiesta – di coabitare con l'anziano assistito, rende l'attività di badante una delle più diffuse alternative per l'immigrato appena giunto nel nostro Paese.

Oltre alle situazioni di lavoro sommerso, così come appena descritte, nella dialettica regolarità-irregolarità, si è molto spesso alla presenza di situazioni formalmente inquadrabili in un regime di regolarità, perché sottoposte al requisito minimo di un versamento contributivo all'Inps, ma caratterizzate da alti tassi di evasione: “versamenti previdenziali per un numero di ore inferiori a quelle realmente lavorate, monetizzazione delle ferie (pagate con rinuncia al godimento delle stesse), restrizione dei permessi settimanali e dei giorni di riposo, evasione della tredicesima e del Tfr.” “E’ anche questa una forma di lavoro grigio, in quanto il contratto sottoscritto regola una condizione occupazionale diversa da quella in essere e non ha modificato, se non in maniera parziale, il regime di lavoro sommerso [...] che precedeva la regolarizzazione [...] paga, orari e altre condizioni contrattuali non sono mutate con l’ottenimento del permesso e l’iscrizione all’Inps” (Mingozzi, 2005).

Il mercato privato della cura appare dunque contraddistinto da quella formula di “nero parziale” che lo apparenta ad altri segmenti del mercato del lavoro a forte presenza di dipendenti immigrati. La maggioranza delle regolarizzazioni, specie di assistenti coresidenti, si assesta sulle 25 ore settimanali, ovvero il monte ore per lo scatto della fascia contributiva Inps meno onerosa per il datore di lavoro. Come

accennato in precedenza, le scelte di nero parziale sono spesso “concordate” con le lavoratrici o trovano un’ampia convergenza di interessi tra datori e lavoratrici, con molte differenziazioni, anche in questo caso, in riferimento ai diversi progetti migratori. Se per i datori di lavoro il costo della regolarizzazione sale al crescere delle ore di lavoro dichiarate in termini di contributi, tredicesima, accantonamenti (il costo della regolarizzazione completa di un’assistente convivente costituirebbe un aumento medio del 30% a carico dell’assistente familiare), per il lavoratore, la convenienza a dichiarare il minimo contrattuale risiede nella possibilità di mantenere e rinnovare il permesso di soggiorno (la retribuzione mensile non deve essere in questo caso inferiore al minimo previsto per l’assegno sociale, pari a 4.875 per il 2005), e incamerare nel contempo una parte del salario non decurtato degli oneri aggiuntivi. Di contro, le lavoratrici che hanno progetti migratori di stabilizzazione e ricongiungimento familiare, hanno maggiore interesse ad una dichiarazione integrale delle ore lavorate¹³.

3.1 Il ricorso al lavoro non regolare

Per precisare una più consapevole definizione del fenomeno del *grey market* è utile un’analisi su come si struttura la domanda di assistenza privata in rapporto all’offerta dei singoli lavoratori, e come le contribuzioni economiche pubbliche si inseriscono in questo delicato equilibrio.

Dal lato della domanda l’assistente privato garantisce un’ampia flessibilità nell’erogazione delle prestazioni, rappresentando spesso la soluzione meno costosa per far fronte ai bisogni di cura dell’anziano (Costa, 2001). Il dato che più di altri colpisce esaminando le caratteristiche della domanda è che il ricorso a servizi di collaborazione familiare è maggiormente richiesto da famiglie di ceto medio-basso.

In base ad una non recentissima rilevazione compiuta dall’Iref su un campione i 1000 collaboratori domestici (Iref, 1999), è emerso che il 48% degli intervistati lavora presso famiglie di operai, impiegati, insegnanti e pensionati (questi ultimi ricoprono il 30,5% delle opzioni espresse). Tali collaborazioni esulano per la maggior parte dalle tradizionali faccende domestiche per coprire una necessità più ampia di cura e accudimento: la stessa ricerca mostra come il 48% delle colf intervistate svolga a tutti gli effetti il ruolo di badante presso coppie di anziani o presso anziani soli. Questi dati mostrano con evidenza un’insufficienza del servizio pubblico a ricoprire la molteplicità di bisogni che l’assistenza ad un anziano, specie se non autosufficiente, richiede e una conseguente crescita dell’organizzazione «*self-making*», creata su misura, attiva ventiquattro ore al giorno

¹³ Le norme sul ricongiungimento familiare, ad esempio, prevedono che per poter ricongiungere 2 o 3 familiari sia necessario presentare una dichiarazione dei redditi corrispondente al doppio dell’assegno sociale. Si tenga conto che dal 1° gennaio 2006 sono stati aggiornati i minimi retributivi contrattuali, e i contributi Inps per i lavoratori domestici.

e con prezzi non equiparabili alle tariffe dell'assistenza regolare. Come accennato nel precedente paragrafo, il ricorso al lavoro nero diviene in queste condizioni l'alternativa più facile e più economica che la famiglia ha a disposizione.

Dal lato dell'offerta, il *care* privato presenta tratti piuttosto uniformi: viene fornito da persone che nella grande maggioranza dei casi operano in posizione irregolare, in assenza di qualsiasi accordo formale e prive di ogni diritto, condizione questa che rende i lavoratori assai vulnerabili nei confronti di chi li assume; chi fornisce l'assistenza privatamente e viene remunerato in nero, sovente percepisce salari assai bassi e comunque al di sotto del minimo contrattuale, senza che siano pagati i contributi previdenziali. In simili condizioni, svolgere tale tipo di attività può determinare problemi economici nel presente (a causa della bassa remunerazione) e nel futuro (a causa della mancanza di contributi). Queste persone solitamente non hanno ricevuto alcuna formazione specifica al *care* e non esistono, pertanto, garanzie in merito alla qualità dell'assistenza fornita (Gori, 2001). In alcune aree del paese, offrono assistenza privata a domicilio prevalentemente lavoratori provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea. Si tratta, dunque, di una realtà che sfugge ad ogni regolazione ed a qualsiasi controllo, che pone notevoli problemi riguardanti la tutela degli operatori e delle loro condizioni di lavoro e di fronte alla quale risultano difficili forme di collegamento tra domanda ed offerta.

L'introduzione dei programmi di erogazione economica diretta quali l'assegno di cura e l'indennità di accompagnamento, hanno in qualche caso contribuito ad accrescere il ricorso al mercato irregolare. Questo per due ragioni principali: da un lato l'effettivo aumento di capacità di spesa offerto alle famiglie e la libertà di scelta alla quale queste ultime sono soggette (se l'erogazione dell'assegno non è accompagnata da specifici vincoli di spesa), rende alquanto arduo un effettivo controllo dell'utilizzo delle somme erogate. In altre parole l'utente dispone di una quantità di danaro aggiuntiva, e gode spesso di un'ampia discrezionalità su come utilizzarla. In tali condizioni il ricorso a lavoratori non in regola, sottopagati e con un'ampia disponibilità di tempo da dedicare all'attività curante, è la via più veloce ed economica per il soddisfacimento delle necessità familiari. Questo fenomeno non si registra invece con l'erogazione dei *voucher*, buoni che risultano vincolati nell'utilizzo verso agenzie accreditate, costringendo la famiglia a schemi contrattuali regolati.

Dall'altro lato, quanto più i programmi incentivano la creazione di meccanismi concorrenziali nell'offerta (e dunque l'ingresso nel mercato di fornitori privati) tanto più aumenta il rischio che emergano forme di lavoro tendenti ad abbassare i prezzi, eludendo la normativa relativa ai regolari rapporti di lavoro (Ranci, 2001).

In uno scenario come quello descritto emerge chiaramente come anche l'erogazione degli assegni di cura debba essere inclusa in una dimensione più ampia, in grado di valutare i molteplici effetti che possono ricadere sul singolo e sul mercato del lavoro in genere. In tal senso risulta necessaria una riflessione

congiunta che consideri le politiche socio sanitarie, le politiche tese all'emersione del lavoro non regolare, le politiche per l'immigrazione e le politiche di sostegno al reddito. Solo attraverso una solida cooperazione tra questi differenti ambiti di indirizzo, la politica degli assegni di cura potrà essere in grado di dispiegare totalmente i suoi effetti, superando le criticità esposte.

4. L'integrazione delle assistenti familiari nella rete dei servizi territoriali

Il futuro delle politiche pubbliche in Europa, sembra strutturalmente correlato a quel processo che, sotto l'etichetta "territorializzazione", segna la centralità del livello locale per la realizzazione dell'integrazione tra politiche. Gli incentivi al coordinamento, sia esso di natura verticale (tra Stato, Regioni, Province e Comuni) od orizzontale (tra enti locali di natura omogenea), tendono dunque a definire effetti organizzativi la cui regia non può più calare dall'alto per via autoritativa, quanto piuttosto favorire le connettività di sistema, cogliere gli strumenti in grado di favorire l'integrazione di competenze, in grado di mobilitare e coordinare i diversi attori coinvolti, sostenere e vincolarne le interazioni a regole ed obiettivi condivisi, sviluppare i potenziali d'interazione cooperativa presenti o attivabili nei contesti di azione delle politiche, trattare materie e problemi ad alta interdipendenza secondo approcci multisettoriali, attivare e combinare risorse pubbliche e private: in termini sintetici, fare sistema (Bifulco, De Leonardis, 2006).

Come ha ben evidenziato Mara Tognetti Bordogna (Tognetti Bordogna, 2006) si evidenzia dunque come la presenza delle badanti sul mercato abbia in qualche modo contribuito a trasformare il welfare locale. In particolare la presenza delle badanti produce alcuni effetti specifici sul sistema dei servizi per gli anziani a livello territoriale. Tra le conseguenze più evidenti si annoverano:

- la riduzione delle prestazioni di assistenza domiciliare di tipo pubblico, ad eccezione di quei casi in cui lo stato di salute dell'anziano richieda anche prestazioni di natura infermieristica o sanitaria;
- la riduzione delle ammissioni nelle RSA per anziani;
- l'abbattimento delle liste di attesa nelle RSA;
- l'aumento dei ricoveri nelle case protette di anziani molto gravi;
- la modificazione della relazione con il sistema dei servizi.

La presenza delle badanti modifica anche la qualità della cura dell'anziano, cambia le dinamiche delle politiche socio assistenziali e il loro disegno strategico, rende dinamico il mercato della cura e riproduce una relazione esclusiva, spesso isolante dal contesto e dai servizi.

Rispetto allo scenario di trasformazione dei *welfare* municipali o metropolitani quindi, e delle competenze di ruolo che spetterebbero all'attore pubblico nell'orizzonte degli emergenti e crescenti bisogni delle aree sociali, si ripropone la questione di una quantificazione delle risorse economiche a disposizione per coniugare l'offerta di uguali garanzie a tutti i cittadini e la possibilità concreta di svolgere quel ruolo di regia multilaterale, produttivo di effetti regolativi di sistema, sia rispetto al mercato, sia rispetto alla rete complessa dei soggetti coinvolti.

Per quanto concerne l'oggetto del presente rapporto, il riconoscimento della componente assistenziale delle prestazioni di lavoro delle assistenti familiari immigrate, ingaggiate "in privato" dalle famiglie per fronteggiare gli oneri di cura

per i componenti non autosufficienti, rinvia alla necessità che il ruolo delle lavoratrici immigrate sia sottratto a quella regolazione privatistica e di mercato che sembra andare nella direzione del risparmio sui costi e della riduzione, se non alla rinuncia, di livelli di qualità di assistenza e di lavoro.

Gli eccessi di asimmetria in quelle prestazioni che dovrebbero rientrare nella sfera dei diritti sociali esigibili da parte dei cittadini e la dipendenza di quelle da livelli fluttuanti e non governati di erogazione, chiede che il ruolo delle assistenti familiari sia integrato nella rete dei servizi territoriali, con il sostegno dei Comuni e delle Asl. Da un lato, dunque, si rende urgente e necessario che a livello di decisori politici, la non autosufficienza venga compresa come vero e proprio rischio sociale e la definizione del diritto all'assistenza divenga un complemento irrinunciabile delle nuove cittadinanze sociali. Dall'altro, è necessario rimodulare le formule tradizionali d'indennità d'accompagnamento verso un set più diversificato e più ampio di elargizione di risorse, tenuto conto che l'80% della spesa per l'assistenza ai soggetti non autosufficienti oggi è a carico delle famiglie (Ranci, 2006). L'ipotesi di introduzione di un Fondo nazionale per la non autosufficienza, finanziato dalla fiscalità generale, rende ancora più urgente la disamina delle innovazioni di sistema che alcune *best practices* stanno introducendo.

Le sperimentazioni di integrazione delle prestazioni private d'assistenza e accudimento dei soggetti non autosufficienti nell'offerta di servizi di protezione territoriale, richiede uno schema tripartito di interventi, in considerazione di quella triangolazione di relazioni che strutturano il lavoro di cura:

- *tutela della qualità dell'assistenza per l'anziano* inserendo il modulo privato nella rete dei servizi regolati dal Distretto o dalla zona sociale;
- *sostegno ai familiari o ai responsabili della cura* con servizi di sollievo e semplificazione delle incombenze burocratiche e di spesa per i datori di lavoro;
- *tutela della salute e della professionalità della lavoratrice*, aprendo prospettive verso il lavoro professionale (Rossi, 2006).

4.1 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 evidenziate nei paragrafi precedenti.

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.

Nei prossimi paragrafi verranno 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* (inclusendo nella mappatura solo quei progetti che sono stati sviluppati a livello locale da Comuni, Asl e organizzazioni del Terzo Settore¹⁴).

La rilevazione ha preso avvio nel novembre del 2006 e si è conclusa nel febbraio 2007. La mappatura degli interventi è avvenuta attraverso una scheda di rilevazione che è stata inviata ai referenti di ciascun progetto, precedentemente individuati, contestualmente ad una lettera in grado di evidenziare l'orizzonte conoscitivo della ricerca. Il questionario (disponibile in allegato) 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;

¹⁴ Pur considerandone l'importanza strategica, la mappatura non intende considerare i programmi (ad esempio afferenti alle politiche migratorie e alle politiche del lavoro) sviluppati dalle Regioni o dal Governo centrale, privilegiando la portata localistica degli interventi.

- 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.).

Ne è emersa una scheda piuttosto complessa che ha inteso privilegiare il carattere di esaustività della raccolta e la completezza delle informazioni fornite. Nonostante questo si è registrata una rispondenza positiva da parte degli enti locali coinvolti, che hanno considerato la rilevazione in essere come un'opportunità ulteriore per valorizzare le attività svolte e far conoscere i progetti implementati a nuovi potenziali *stakeholder*.

Nelle prossime pagine 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". Dialogando con le famiglie e con tutti i soggetti coinvolti, questi servizi intendono fornire soprattutto orientamenti e strategie, si rendono flessibili, cercando di non sovrapporsi e di svolgere funzioni lasciate scoperte dal nucleo familiare e dalle reti sociali (Lazzarini, 2004).

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.

Per ciascuna delle politiche prese in esame, verranno illustrati i casi territoriali di implementazione, rimandando alle schede¹⁵ (anch'esse disponibili in allegato) per una descrizione più esaustiva degli interventi realizzati.

¹⁵ Pur presentando il medesimo format e riprendendo gli stessi moduli di compilazione, le esperienze censite presentano differenti livelli di approfondimento. Ciò è da ricondursi alla natura stessa dei progetti censiti (alcuni dei quali presentano complessità e articolazioni notevoli) alla fonte delle informazioni (alcune schede sono state compilate sulla base delle informazioni reperite in internet o nei documenti di programmazione dell'ente proponente) e alla modalità di somministrazione dello strumento di rilevazione (alcune schede sono state compilate direttamente dai responsabili del

4.2 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.

4.2.1 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).

Esiste un nesso, provato empiricamente, tra il ricorso al mercato privato e le condizioni economiche della famiglia dell'anziano, nella misura in cui il ricorso al mercato privato, aumenta al crescere della disponibilità economica della famiglia. Particolari condizioni di bisogno affievoliscono però questa relazione: con l'avanzare dell'età e con l'intensificarsi delle necessità assistenziali, ad esempio, il legame tra reddito ed acquisto di servizi privati si affievolisce (Ranci 2002). Detto altrimenti, in caso di un elevato livello di non autosufficienza, diventa molto difficile non attivare risorse di mercato, con buone probabilità che si determinino reali difficoltà soprattutto per le famiglie con minori disponibilità economiche.

L'entità degli effetti d'agevolazione in sede di dichiarazione dei redditi, deve chiaramente competere con il risparmio che l'utente ottiene dal ricorso al mercato

servizio, a seguito dell'invio della scheda, per altre sono state realizzate interviste eterodirette ai referenti dell'ente).

irregolare. Le riduzioni fiscali che risultano più efficaci e più eque rispetto alle situazioni reddituali dei contribuenti, risultano essere le agevolazioni che prevedono una detrazione d'imposta (come avviene nel contesto francese con il *chèque emploi-service*) rispetto alla deduzione dei costi dal reddito imponibile, che avvantaggerebbe significativamente i redditi più alti, sottoposti ad aliquote marginali superiori.

In Italia la legge 342/2000 consente di dedurre da reddito complessivo, i contributi previdenziali versati per gli "addetti ai servizi domestici" e per "assistenza personale o familiare", fino all'importo di 1.549,37 euro. Una delle critiche mosse da alcune associazioni sta nel preferire un meccanismo di deduzione fiscale (riduzione del reddito imponibile) e non nella detrazione fiscale (riduzione dell'imposta dovuta) perché non agevola in misura maggiore coloro che posseggono redditi più bassi. Un'altra più recente deduzione introdotta dalla finanziaria 2005 è la "deduzione per addetti all'assistenza personale di soggetti non autosufficienti" per un limite massimo di 1.820 euro. La deduzione riguarda tutte le famiglie che abbiano assunto una "badante" per l'assistenza di familiari non autosufficienti, in possesso di certificazione medica della persona da assistere.

Un altro tema all'ordine del giorno è inoltre rappresentato dalla riduzione degli oneri contributivi a carico del datore di lavoro, nell'applicazione del nuovo CCNL: il cuneo fiscale a carico della famiglia è costituito da una cifra che può raggiungere i 200 euro mensili e in una logica di "decontribuzione selettiva" è oggi urgente porsi l'obiettivo di ridurre il peso di questi oneri. Le misure di sgravio dovrebbero agire sul prezzo della prestazione lasciando invece inalterati gli aspetti organizzativi e gli oneri gestionali.

Tra gli strumenti di semplificazione degli oneri amministrativi, figurano anche i contributi economici erogati specificatamente per l'emersione del lavoro nero in forma di rimborsi parziali al versamento dei contributi Inps della lavoratrice. In questo caso, la scelta di fondo è quella di incentivare i cittadini ad assumere comportamenti corretti nel caso di assunzione di assistenti private.

4.2.2 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).

Strumenti volti alla semplificazione degli oneri amministrativi e gestionali di chi si rivolge al mercato regolare sono stati sperimentati in Europa soprattutto nel contesto francese tramite i *chèque emploi-service* (Ces), misure di semplificazione burocratica e di promozione del lavoro domestico che facilitano il sistema di pagamento del lavoratore e il calcolo dei contributi previdenziali oltre che assicurativi. I Ces sono di fatto degli assegni rilasciati da banche e uffici postali dedicati al pagamento delle assistenti familiari, che vengono poi incassati dal lavoratore stesso, recandosi presso il corrispondente istituto di credito: non occorre la stipula del contratto, ma la sola spedizione delle matrici dei *chèque* agli enti previdenziali che si preoccupano di calcolare i contributi dovuti al lavoratore ai fini previdenziali e assicurativi. Il Ces permette inoltre la detraibilità fino al 50% delle spese, consentendo un risparmio netto di oltre 3.000,00 euro sul tetto massimo di spesa previsto.

In Italia, le procedure per l'assunzione del personale domestico, si riducono ad una comunicazione di assunzione all'Inps che calcola gli oneri sociali dovuti dal lavoratore e dal datore. E' però possibile ipotizzare che non esistano adeguati sistemi di informazione e che manchi una consapevolezza sulle procedure, insomma che un'eccessiva asimmetria informativa porti a desistere dalla formalizzazione dei contratti sulla base della presupposizione di dover affrontare percorsi complessi. Si deve aggiungere che il cittadino in stato di bisogno versa spesso in condizioni di fragilità, fisica oltre che psicologica, e difficilmente si trova nelle condizioni di poter operare una scelta difficoltosa, inerente al benessere personale e ad ipotetiche misure di cura. In tali casi entra in gioco la famiglia, nella figura del principale *caregiver* fornendo delle risposte ed operando delle selezioni sulla base dell'arbitrio personale. Considerando le situazioni di stress nelle quali versano spesso i familiari dell'anziano, costretti ad una quotidianità stravolta dalle esigenze dell'assistenza e la continua pressione alla quale essi sono sottoposti, è possibile che le scelte della famiglia non siano congruenti con quelle che l'anziano, in condizioni di intendere e di volere e in possesso di libero arbitrio, opererebbe nella salvaguardia e nella cura della propria persona. In tal senso, svolgerebbero un ruolo importante la creazione di sportelli informativi o di servizi di *counselling* in grado di sostenere la famiglia acquirente di servizi nel pagamento degli stipendi, nel versamento dei contributi previdenziali e assicurativi e nella semplificazione dell'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**" (scheda n.11) 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 (scheda n. 7) 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.

4.2.3 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 conclusione¹⁶.

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

¹⁶ Secondo una rilevazione condotta nel 2001, in circa 4 comuni italiani su 10 venivano erogati assegni di cura (Gori e Torri, 2001).

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 *asseggni di cura* e alle altre erogazioni monetarie (indennità d'accompagnamento¹⁷) 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 *asseggni 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 (*asseggni* 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 (*scheda n. 10*). Uno dei servizi messi a disposizione nell'ambito di tale progetto, prevede l'erogazione di sostegni economici agli anziani a basso reddito e non autosufficienti per pagare i contributi Inps delle badanti. Il contributo massimo erogabile ammonta a 450 euro ed è fruibile da un numero massimo di 200 anziani che abbiano compiuto i 65 anni di età, che abbiano già stipulato un regolare contratto o che abbiano quantomeno avviato le pratiche per l'assunzione di un assistente familiare per almeno un anno. Questa forma di sostegno riesce a vincolare l'erogazione del contributo alla regolarità del contratto di assunzione della badante.

¹⁷ L'*Indennità di Accompagnamento*, introdotta con la legge 18/1980, viene finanziata dal governo centrale attraverso le entrate fiscali ed erogata localmente dalle ASL. Il suo scopo consiste nel contribuire ai costi supplementari dovuti ai bisogni assistenziali di chi la riceve. L'ammontare del contributo è lo stesso per tutti i beneficiari ed ha conosciuto negli anni recenti un forte aumento, passando dai 278 euro mensili del 1998 agli attuali 457,66 (2007). Ricevono l'indennità i cittadini italiani riconosciuti totalmente invalidi e con necessità di assistenza continuativa, indipendentemente dalla loro età e dalle loro condizioni economiche. Si tratta dell'unica prestazione monetaria di livello nazionale assegnata esclusivamente sulla base del bisogno del richiedente, senza considerare in alcun modo aspetti anagrafici ed economici. La ricevono circa 1,2 milioni di persone, di cui oltre il 45% sono anziani. L'indennità di accompagnamento costituisce un elemento centrale delle politiche pubbliche per gli anziani non autosufficienti: nel 2002 ne fruiva il 7,1% degli ultrasessantacinquenni, valore superiore a quello ottenibile sommando gli utenti di assistenza domiciliare pubblica e gli ospiti in strutture residenziali¹⁷.

Un medesimo obiettivo è stato perseguito, seppur attraverso procedure diverse, dal progetto **“Un euro all’ora”** (scheda n.16) sviluppato in Provincia di Siena. Il progetto, per cui sono stati stanziati 450.000 euro, riconosce un contributo di 1,30 euro per ogni ora di lavoro effettuata dall’assistente familiare regolarmente assunta e per la quale siano stati versati regolarmente i contributi previdenziali, fino ad un massimo di 54 ore settimanali. L’erogazione dell’incentivo è vincolata alla residenza del soggetto richiedente (sono ammessi tutti i Comuni della Provincia di Siena), alla sua età (minimo 65 anni), al suo stato di non-autosufficienza e alla documentazione comprovante l’effettiva assunzione di un assistente familiare. Le richieste vengono valutate da una commissione ed ordinate in base al punteggio conseguito; l’erogazione dei contributi è concessa sulla base delle ore di servizio dichiarate nella richiesta ed erogata fino ad esaurimento delle risorse disponibili. La specificità di questa forma di finanziamento risiede nel rimanere vincolata non solo alla regolarizzazione del contratto ma anche alle effettive ore retribuite nel rispetto degli orari lavorativi settimanali previsti dal CCNL. Il progetto **“Qualificare il lavoro privato di cura”** (scheda n.15) 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*. Questa azione del progetto, mirata all’emersione del mercato sommerso del lavoro di cura tramite l’erogazione di contributi vincolati all’accesso ad un servizio accreditato, si inserisce in un contesto di interventi coordinati tra loro orientati al sostegno della domanda, dell’offerta del lavoro di cura ed alla facilitazione del loro incontro. 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”** (scheda n. 13). 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. Dal 2002, quando il progetto è entrato a pieno regime, sono state iscritte nell’elenco delle assistenti familiari accreditate oltre 2000 persone, di cui 1770 sono state segnalate ed assunte da famiglie intenzionate ad avvalersene per il lavoro di cura di anziani non autosufficienti. Per accedere al contributo, l’utente deve avere sottoscritto un contratto di lavoro o di prestazione di servizio con un fornitore accreditato. Il cittadino può avere già un fornitore, oppure scegliere nelle liste delle imprese o dei lavoratori singoli accreditati. Possono accedere ai contributi gli anziani a rischio di non autosufficienza o, nei casi di impossibilità, familiari o persone (anche senza rapporti di parentela) che si prendono cura dell’anziano, assumendo il ruolo di *caregiver*. Si tratta del primo esperimento in Italia realizzato da un Comune che preveda l’accreditamento del lavoratore

singolo e finanziato da una Fondazione bancaria attraverso l'erogazione di un *voucher*.

4.3 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 Sedom di Modena.

Il ***Centro Risorse assistenti familiari*** nasce in Provincia di Parma nel 2004 (scheda n. 7), per soddisfare il bisogno di incontro diretto fra domanda e offerta, salvaguardando la regolarità del rapporto di lavoro e l'affidabilità del ruolo delicato di assistente familiare. Il servizio, inizialmente creato nell'ambito del Progetto Comunitario Equal-Intereg, fornisce un supporto alle badanti straniere nell'inserimento, nella regolarizzazione e nella qualificazione lavorativa nel tessuto socio-economico locale e alle famiglie che abbiano bisogno di assistenza ad anziani (accoglienza ed ascolto del proprio bisogno, ricerca e selezione di un'assistente familiare, prima informazione e consulenza sulle pratiche amministrative per l'attivazione del rapporto di lavoro e sulla disciplina contrattuale, supporto e consulenza in itinere). Nello specifico, è stato creato un database, dove da un lato vengono inserite le schede di badanti e altri prestatori di servizi autorizzati e dall'altro le schede con le richieste di servizi da parte delle famiglie e degli anziani. E' lo stesso principio del collocamento applicato ad un settore dove, il più le volte, il datore di lavoro, cioè la famiglia dell'assistito, ha necessità di provare più di una persona prima di trovare quella che si adatta e si integra caratterialmente con la persona bisognosa di assistenza.

Tra gli interventi orientati all'incontro tra domanda e offerta rientra l'esperienza del **"Progetto E.L.S.A."** (Scheda n. 2) attuato nella Provincia di Forlì-Cesena. In tale contesto è stata intrapresa una serie di progetti mirati all'inserimento lavorativo delle lavoratrici straniere addette alla cura. Scopo del progetto è

potenziare e migliorare il lavoro di cura facendo leva sulle donne straniere, permettendo loro un'adeguata formazione, il sostegno e l'inserimento nella famiglia, l'accompagnamento al lavoro di cura nelle fasi difficili e di conflitto, attraverso benefit e incentivi sia alla famiglia sia alla donna per una regolarizzazione piena ed effettiva del lavoro. La specificità del progetto risiede, oltre che nella formazione delle lavoratrici straniere e nella promozione dei loro diritti, integrazione, accoglienza ed orientamento, in una forma di supporto alle famiglie che incentivano la partecipazione delle lavoratrici straniere a percorsi formativi e di orientamento.

In Provincia di Trento, la Federazione delle Cooperative, in collaborazione con numerosi partner locali, ha attivato nel 2004 il progetto “**Promo Care**” (scheda n. 6) con il quale si propone di favorire l'integrazione di donne immigrate nel mercato del lavoro locale attraverso la creazione di una o più imprese sociali. Il progetto presenta una serie di attività, tra le quali offrire formazione professionale alle operatrici senza idonea preparazione, attivare processi di tutoring sociale, sperimentare forme innovative di assunzione (part-time verticale e orizzontale, job sharing, ...), nonché di regolarizzazione dei rapporti lavorativi di fatto esistenti, ecc.. Prodotto principale del progetto è stata la creazione di un'agenzia privata di collocamento per le badanti. La formula adottata è stata quella della Società cooperativa a mutualità prevalente (in pratica un consorzio per il 70% composto da Cooperative sociali e per il 30% da altri enti, tra i quali i partner del progetto Equal). Complementare, infine, è la nascita di “Agorà”, un'associazione di donne immigrate e trentine che si occupa di integrazione culturale e sociale, riconoscimento dei titoli di studio acquisiti all'estero, corsi di italiano e pronto intervento, supporto psicologico e mediazione familiare. Gli stranieri coinvolti sono stati nel 2004 (anno di attivazione dell'agenzia) in tutto 105.

Anche il **Progetto Serdom** (scheda n. 13), già considerato nel paragrafo precedente, include tra i suoi obiettivi quello di favorire l'incontro tra domanda e offerta, attraverso la strutturazione di uno sportello informativo e di orientamento (InformAnziani) in grado di facilitare la ricerca di un'assistente familiare: previo appuntamento è possibile sostenere colloqui conoscitivi tra la famiglia e le assistenti familiari, con la mediazione di personale qualificato. Il **Comune di Milano** ha intrapreso una strada simile attraverso l'istituzione di un “**Elenco Badanti**” (scheda n. 14) con cui intende favorire l'incontro domanda-offerta nell'ambito delle prestazioni di cura alla persona anziana. E' questo un servizio che il Comune di Milano offre ad anziani e famiglie che cercano persone con le quali stabilire un rapporto di lavoro per l'assistenza a domicilio. Famiglie ed anziani vengono messi in contatto con le persone più adeguate alle loro esigenze, fra le quali possono scegliere con chi stabilire un rapporto di lavoro. Il servizio fornisce anche indicazioni di Enti ai quali rivolgersi per un supporto tecnico alla definizione del contratto di lavoro. L'elenco intende inoltre facilitare e rendere più trasparente l'incontro tra domanda e offerta in un settore ancora troppo dominato dal sommerso.

4.4 *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. Abbiamo già fatto cenno delle precarie condizioni nelle quali versano i lavoratori irregolari (mancanza di contributi, orari di lavoro sovradimensionati a fronte di stipendi poco remunerativi, assenza di adeguata formazione, ecc.). 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.

E' proprio l'estrema frammentazione dell'offerta, costituita da lavoratori singoli che si affacciano isolatamente sul mercato, a dar vita a molti dei problemi descritti in precedenza: la diversa strutturazione del lavoro in forma di agenzia potrebbe migliorare l'operatività del singolo, garantendo formazione professionale qualificata, contratti regolari e riconosciuti, possibilità di ferie e permessi, possibilità di contrattazione del singolo, con evidenti benefici anche per la famiglia acquirente: l'organizzazione in agenzia, o la costituzione di agenzie o di *pool* di servizi, permetterebbe infatti di sollevare la famiglia dagli oneri e dai rischi insiti dalla contrattazione privatistica tra famiglia e lavoratore. Le famiglie avrebbero inoltre garantito un servizio continuativo anche in caso di malattia o assenza del *carer* e non avrebbe difficoltà nel trovare altre risorse, nel caso di un interruzione del servizio. Superare le difficoltà comportate dal rapporto diretto tra lavoratore e anziano attraverso un «*pooling*» di risorse potrebbe altresì migliorare la situazione economica e sociale dell'operatore, creando le condizioni per una maggiore attrattività del settore (Costa, 2001).

La creazione di agenzie cooperative è stata sperimentata, già a partire dalla prima metà degli anni Novanta, in alcune realtà europee: in Germania, ad esempio, tali agenzie hanno la funzione di agevolare i rapporti professionali fungendo da datori di lavoro per i collaboratori domestici e gli assistenti della cura, che risultano a tutti gli effetti assunti dall'agenzia, disponendo di coperture assicurative, ferie e malattie. Le agenzie, infine, sono in grado di preservare la continuità dell'assistenza, attivando un meccanismo di «rotazione» in caso di mancanza di qualche operatore. In Olanda, le agenzie che forniscono servizi domiciliari vengono sovvenzionate dal Governo per i primi due anni d'attività, a patto che assumano disoccupati di lungo periodo e mantengano tariffe concorrenziali rispetto al mercato nero. Anche in Danimarca le agenzie prestatrici di collaborazione domestica (di natura non infermieristica) ricevono finanziamenti pubblici che coprono fino al 50% dei costi, con l'obiettivo di mantenere basse le tariffe (Costa, 2001).

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.

4.5 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.

Paola Toniolo Piva propone una classificazione delle competenze proprie dell'assistente familiare, individuando tre livelli di capacità:

- *di base*: conoscere il proprio contratto di lavoro (e quindi i propri diritti e doveri, quelli della famiglia e della persona assistita), avere delle conoscenze sulle persone coinvolte nella cura dell'anziano e i servizi a cui ci si può rivolgere; conoscere la lingua italiana, ecc.;

- *tecnico-professionali*: disbrigo delle pratiche burocratiche, saper effettuare l'alzata e le tecniche per la mobilità dell'assistito, saper somministrare una dieta alimentare e i medicinali prescritti dal medico; sapersi occupare dell'igiene personale e degli ambienti, sapersi relazionare con il personale medico;

- *trasversali*: saper ascoltare, comunicare, mediare, adattarsi, saper instaurare rapporti di fiducia, saper gestire intimità e distanza, saper essere flessibili, supportare l'autonomia dell'anziano, saper essere propositivi, saper affrontare le emergenze, saper conciliare la propria vita privata e lavorativa, ecc.

Molte delle proposte formative promosse da Regioni, Province, Comuni e spesso da organizzazioni del terzo settore, tendono a fornire questo tipo di competenze, provvedendo una risposta immediata al fabbisogno formativo dell'assistente familiare. I corsi proposti condividono nella maggior parte dei casi alcune

caratteristiche di fondo: sono generalmente di breve durata e distribuiti in particolari momenti della giornata (ad esempio serali), per permettere alla badante di esercitare nel contempo la propria professione, mettono alla base la conoscenza della lingua e della cultura italiana, nonché i compiti di cura della persona e dell'ambiente domestico¹⁸.

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).

Non di rado, inoltre, le competenze acquisite in questi corsi possono essere spese come crediti nell'ambito di percorsi formativi più lunghi e articolati, finalizzati a ottenere le qualifiche necessarie per operare nei servizi pubblici, permettendo alla lavoratrice immigrata di inaugurare nuovi sbocchi professionali.

Tra le politiche considerate nel presente rapporto, la formazione erogata alle assistenti familiari risulta essere la misura che presenta maggiori casi di implementazione a livello territoriale. Questo avviene per molteplici motivi: proporre un percorso di accompagnamento formativo può non essere particolarmente costoso per l'ente pubblico, non necessita di complessi meccanismi di governo e gestione e, soprattutto, costituisce la base per la strutturazione di ulteriori servizi, quali la costituzione di albi e registri (la cui iscrizione è spesso subordinata alla partecipazione a corsi formativi) o le attività di *matching* tra domanda e offerta.

Tra i numerosi progetti implementati si citano, a titolo esemplificativo, quelli maturati nella realtà bolognese nell'ambito del progetto Madreperla, l'esperienza

¹⁸ Tra gli insegnamenti figurano materie quali l'italiano, la gestione della casa, l'alimentazione, la cucina, l'igiene, materie socio-sanitarie, nozioni di psicologia e gestione delle emozioni, ecc.

dell'agenzia Montedomini di Firenze, quella dell' Usl 2 nel Distretto del Perugino ed il progetto "Un sogno per tutti" sviluppato a Torino.

Il **progetto Madreperla** (scheda n. 4), attivo dal 2004, è finalizzato in prima istanza a garantire alle lavoratrici l'opportunità di acquisire abilità tecniche di assistenza diretta alla persona, capacità comunicative e di relazione con il contesto sociale, dando loro maggiore fiducia e sicurezza professionale, aiutandole ad uscire dall'isolamento in cui spesso si trovano, migliorandone così le opportunità lavorative in un'ottica di approccio globale a tutti i problemi che sono determinati dal vivere e lavorare in un contesto a loro non familiare. L'obiettivo è anche quello di sostenere le famiglie, consentendo alle assistenti familiari di intervenire efficacemente nell'aiuto alle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti.

Le suddette finalità sono perseguite mediante l'attivazione di corsi di formazione rivolti alle assistenti familiari che vanno dall'avvicinamento alla lingua italiana, all'alfabetizzazione informatica, al sostegno della qualificazione dell'assistenza familiare privata a domicilio attraverso l'acquisizione di competenze di base.

La vera specificità di questo progetto risiede nella sperimentazione della formazione in situazione, ovvero presso il domicilio dell'anziano, a cura di una *tutor* dell'assistenza familiare. Il percorso formativo è rivolto a donne immigrate, in possesso di regolare permesso di soggiorno, occupate o in cerca di occupazione, ma a beneficiarne sono anche le famiglie con anziani non autosufficienti che possono godere di una forza lavoro qualificata.

Altra esperienza è quella maturata dall'**Agenzia formativa Montedomini** (scheda n. 8) nel Comune di Firenze: in questo caso, il corso di formazione, gratuito, presenta una durata di 300 ore (di cui 180 d'aula e 120 di stage), al termine delle quali viene rilasciato il certificato di "Assistente familiare" (profilo professionale codificato dalla Regione Toscana). Il corso intende fornire all'assistente competenze di base (quali elementi di psicologia relazionale, nozioni di psicologia dell'anziano, tecniche di comunicazione, conoscenza della rete dei servizi territoriali, ecc.) competenze tecnico-professionali (quali igiene e gestione della casa e della persona, preparazione dei pasti e aiuto nell'assunzione dei cibi, nozioni di pronto soccorso, elementi di sicurezza e prevenzione degli incidenti domestici, ecc.) e competenze trasversali (organizzazione delle attività domestiche, gestione dei tempi domestici, prevenzione e mediazione delle tensioni interpersonali).

Un'esperienza che merita di essere citata è inoltre quella sviluppata dalla **Usl 2 del Distretto del Perugino** (scheda n. 9). Il progetto è stato implementato per la prima volta nel 2003 ed è uno dei pochi percorsi di formazione promosso da una istituzione sanitaria. Visto il successo di partecipazione e l'interesse suscitato nel primo anno di sperimentazione, il Distretto del Perugino ha inteso inserire tale attività nei suoi obiettivi delle successive programmazioni annuali: da allora, i corsi vengono organizzati (almeno tre all'anno) alternativamente in ogni Centro di Salute del Distretto del Perugino. Il progetto prevede 5 incontri tematici più un

incontro finale di valutazione dell'esperienza in cui vengono discussi i risultati di un questionario che è somministrato all'inizio di ogni singolo corso. I destinatari non sono solo i lavoratori domestici intenzionati a qualificarsi, ma anche i parenti dell'anziano che intendono occuparsi personalmente del suo accadimento. Allo scopo, la necessaria formazione può essere conseguita con una semplice preparazione di base dei destinatari, attraverso però un adeguato processo educativo sanitario, rivolto a chi assiste l'anziano. Negli incontri si tende a promuovere un approccio più consapevole e meno problematico alla malattia dell'assistito e di favorire l'acquisizione di concetti teorici e di manualità di base che metta i familiari o chi accudisce il malato in condizioni di saper gestire direttamente l'assistenza sanitaria più semplice ed elementare. L'obiettivo è quello di formare *caregiver* capaci di cooperare con il servizio infermieristico territoriale nell'assistenza diretta al malato non autosufficiente, in particolar modo nei casi più semplici che non richiedono una specifica competenza infermieristica.

Un'ultima esperienza formativa che si intende citare è quella nata nel contesto torinese, promossa dalla cooperativa sociale ***“Un sogno per tutti”*** (scheda n. 5) . L'obiettivo della formazione è quello di sostenere le immigrate e gli immigrati impegnati in attività di cura nei confronti di anziani non autosufficienti, favorendone l'occupazione lavorativa, qualificazione professionale, nonché l'integrazione in un quadro di legalità e coesione sociale. Questa formazione si fonda sulla pedagogia preventiva con finestre sulla metodologia della partecipazione.

La formazione proposta, garantisce inoltre ampio spazio alle esercitazioni pratiche, al sistema di *role-playing*, alle simulazioni, al report di casi e si basa quindi su di un insegnamento che fa ricorso alla concretezza delle esperienze proposte, pur partendo sempre da una base di nozioni teoriche. Oltre a mettere in campo risorse interne, la cooperativa ha affidato la docenza a persone esterne che hanno svolto in passato attività di volontariato sociale, maturando negli anni una competenza professionale spendibile in questa situazione.

4.6 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”* (scheda n. 3) 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.

Il registro è articolato in un data-base contenente i dati essenziali relativi agli iscritti e alla sussistenza dei requisiti di iscrizione. Inoltre potrà prevedere una raccolta informatizzata e su base cartacea dei curricula degli assistenti iscritti. Lo scopo di tale strumento è quello di facilitare le famiglie nella ricerca e individuazione di assistenti formati. Nella stessa direzione si muovono iniziative sviluppate dal *Comune di Desio* (scheda n. 1) e, nella Provincia di Pavia, dal *Progetto Sportello Donna* (scheda n. 12). Entrambi i progetti prevedono un momento formativo finalizzato alla qualificazione del personale addetto al lavoro di cura domiciliare mirato costituzione di un Albo badanti.

4.7 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...). “Le principali funzioni del servizio di affiancamento sono: raccogliere le richieste dell’assistente e dell’anziano, verificare le attività svolte dalla lavoratrice in relazione alle esigenze dell’anziano, aiutare la lavoratrice a rafforzare le competenze ove necessario; analizzare le condizioni abitative dell’anziano e verificare il bisogno di ausili, modifiche strutturali, ecc., verificare le condizioni igienico sanitarie ed abitative in cui viene alloggiata la lavoratrice, assistere la lavoratrice nell’organizzazione delle attività e nell’assolvimento dei compiti più delicati, sostenere la lavoratrice per prevenire il *burnt out* ed intervenire in caso di difficoltà relazionali” (Rossi, 2006). Si tratta quindi di un servizio di affiancamento e garanzia che dovrebbe divenire strutturalmente complementare e aggiuntivo alla 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 territoriale¹⁹ 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.

Anche gran parte dell’esperienza europea prevede che l’assegnazione dei *voucher* e degli assegni di cura sia seguita da una valutazione da parte di «*case manager*» qualificati in grado di offrire un giudizio complessivo delle condizioni dell’utenza (Pacolet et al, 2000): in Francia, per esempio, il Consiglio Generale dell’ente locale, incaricato di selezionare gli accessi alla *Prestation spécifique dépendance*²⁰, si occuperà anche della stesura di un piano di intervento concordato con l’utente e della valutazione dell’impatto sulle sue condizioni sociosanitarie. La PSD è

¹⁹ Composta da un medico geriatra, un assistente sociale, un assistente domiciliare o un infermiere.

²⁰ E’ una contribuzione economica introdotta nel 1997, rivolta a persone di almeno 60 anni di età, non autosufficienti e con un reddito inferiore ad una certa soglia. Con tale somma l’anziano può acquistare assistenza a pagamento o finanziare l’assistenza fornita da familiari non conviventi (Davies, Fernandez, Saunders, 1998, Martin, 2000, Weekers, Pijl, 1998, Rostgaard, Friddberg, 1998)

fondata sulla predisposizione di una complessa procedura negoziale attraverso cui vendono definiti i piani assistenziali individuali. Attraverso la stipulazione di questo piano, viene stimata la quantità e il modello di cura di cui l'anziano necessita. In Germania²¹, nonostante non esista un controllo sulle modalità con le quali viene utilizzato l'assegno, sono previste visite bi/trimestrali per verificare la qualità del care e offrire indicazioni necessarie alla famiglia nel caso i finanziamenti restino tra le mura domestiche. La capacità di scelta del cittadino viene esercitata attraverso la possibilità di costruire personalmente una «combinazione» del pacchetto di cura disponibile, lasciando all'utente la possibilità di concordare con l'ente pubblico quali servizi inserire nel pacchetto, all'interno di un ampio repertorio di alternative disponibili. Tuttavia, l'utente tedesco, ha di fronte margini di discrezionalità piuttosto ristretti, in quanto la scelta avviene tra alternative già date, all'interno di un rigido sistema di regole e incentivi. In Gran Bretagna l'introduzione del *case management* ha la funzione di procedere ad una valutazione concordata tra utente e *provider*, che consenta di adattare le prestazioni assistenziali ai bisogni dell'anziano fragile, orientando gli utenti nel vasto panorama di servizi (Pavolini, 2001). Anche l'esperienza del *Personal Budget* olandese si colloca nel filone di coloro che hanno accompagnato le contribuzioni economiche con esperienze di *case management*: in Olanda è l'Ente pubblico, attraverso un organismo regionale che gestisce finanziariamente il programma di assicurazione, l'organo predisposto alla valutazione del caso. Tale ente ha la finalità di pervenire ad una valutazione multidimensionale delle condizioni di ogni utente, giungendo a concordare con la famiglia un percorso personalizzato di cura, che tenga il più possibile conto delle esigenze degli utenti (Ranci, 2001).

Oltre alle esperienze nazionali e a quelle implementate a livello comunitario, connesse al governo dell'assegno di cura, numerosi sono gli interventi di studiosi ed esperti che concordano sulla necessità di mutuare una figura analoga al contesto del mercato privato dell'assistenza, creando una figura che sia in grado di accompagnare l'avvio del rapporto professionale dell'assistente familiare, con forme di pianificazione, sostegno e monitoraggio (Payne, 2000, Ungerson, 1995, Weekers S. e Pijl M., 1998). In particolar modo si sottolinea la necessità di una figura in grado di:

- definire un piano di intervento multidisciplinare e personalizzato che tenga in considerazione sia i bisogni sanitari e le necessità socio assistenziali che la presenza di una rete di sostegno all'attività curante;

²¹ In Germania il bonus assume la forma di un'Assicurazione Sociale contro il rischio di non autosufficienza che fornisce prestazioni esclusivamente in base al grado di disabilità. L'assicurazione riguarda sia l'assistenza residenziale che domiciliare e, in quest'ultimo caso, l'utente può decidere se finanziare assistenza domestica privata o ricevere il contributo monetario (AA.VV., 1997, Schunk, 1998, Evers, 1998°, Weekers, Pijl, 1998).

- garantire la continuità del progetto assistenziale in caso di sostituzione dell'assistente familiare, attivando verifiche periodiche sullo stato di salute degli utenti e sull'operato dei responsabili della cura;
- garantisca un filtro ai servizi della rete, evitando dispersioni di energie e un incontro tra domanda ed offerta più razionale ed efficiente;
- sia in grado di orientare l'utente e la sua famiglia nel loro incontro con l'offerta di servizi, facendosi garante delle scelte operate dai soggetti in fase di valutazione;
- assicuri il coordinamento e la razionale cooperazione dei servizi, creando una rete che condivida i singoli progetti individuali di assistenza;

La questione di fondo, dunque, risulta essere l'esigenza di una figura di riferimento in grado di offrire un giudizio complessivo delle condizioni dell'utente e di seguirlo in tutte le fasi del processo di cura, supportando nel contempo la famiglia nelle scelte e indirizzando l'attività svolta dalla badante, soprattutto nelle prime fasi del percorso assistenziale: in tal senso, la presenza di un'Unità valutativa, di un *case manager* o di un *service commissioner*²² (diversi nomi per la medesima figura) permetterebbe una visione d'insieme dell'intero processo assistenziale.

Tra le esperienze di *tutoring* censite nel contesto italiano è possibile annoverare l'esperienza del progetto **“Madreperla”** (scheda n. 4) già precedentemente menzionato in tema di formazione. Il progetto 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”** (scheda n. 11): 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.

²² Quella del *service commissioner* britannico, è una figura introdotta tra il 1990 e il 1993 che ha la funzione di stipulare i contratti tra fornitori privati e pubblici e di valutare i bisogni e le condizioni degli utenti, svolgendo compiti di *case management*

4.8 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 Integrato²³, 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. Questo genere di misure, dette di "ricostruzione" (Taccani, 2001) hanno il vantaggio di non scompaginare il delicato equilibrio anziano-familiare-caregiver e, contemporaneamente, di offrire a questi ultimi periodi di ricostituzione e sollievo. Dello stesso genere sono i cosiddetti interventi di *home relief service*, ovvero una pluralità di strumenti atti a sostituire l'assistente familiare nella dimora stessa dell'anziano. Tali interventi comprendono forme di compagnia offerta da volontari e limitate forme di controllo e aiuto della persona non autosufficiente. Altre misure sono quelle inerenti all'auto-mutuo aiuto (*self-help*): tali gruppi sono composti da piccole strutture a base volontaria, finalizzate al mutuo aiuto e al raggiungimento di scopi specifici. Nati per soddisfare l'esigenza di assistenza reciproca verso bisogni comuni²⁴ (alcolismo, affidamento familiare, malattie croniche, handicap, tossicodipendenza) si stanno sviluppando esperienze di aiuto mutualistico anche nell'area dell'assistenza alla non autosufficienza, con la costituzione di gruppi di *caregiver* e il formarsi di gruppi di familiari con anziani istituzionalizzati (Alter e Baltzan, 1993; Helphand et al., 1981).

²³ Il Centro Diurno Integrato è un servizio che opera in regime diurno in grado di fornire un reale supporto a situazioni precarie in alternativa al ricovero a tempo pieno, i cui utenti possono essere persone a vario livello di dipendenza, dal soggetto autosufficiente con problematiche di ordine prevalentemente sociale e psicologico alla persona del tutto dipendente il cui nucleo familiare necessita interventi di sollievo.

²⁴ Sono azioni di sostegno a favore di persone in difficoltà, che vengono fornite da soggetti (*helper*) che presentano gli stessi problemi e la stessa storia: l'*helper*, aiutando una persona (mutuo aiuto) rinforza se stesso (auto aiuto) in processo circolare e virtuoso. L'essenza del processo di auto-mutuo aiuto è la mutualità e la reciprocità (Silverman, 1989).

Tali gruppi hanno l'obiettivo di esprimere i problemi, spesso comuni, della permanenza a domicilio di anziani non autosufficienti, cercando, dove possibile, soluzioni collegiali a tali criticità, fornendo reciproca assistenza. Infine, altra tipologia di sostegno è quella di "educazione al *care*", particolarmente indicata nel primo periodo assistenziale, tale misura fornisce al futuro *caregiver* tutti gli strumenti utili nell'affrontare le problematiche legate all'assistenza, con particolare riferimento al sostegno psicologico e all'apprendimento di tecniche di soccorso atte ad affrontare le piccole emergenze quotidiane.

Un'esperienza italiana maturata in questo ambito è quella sperimentata dal progetto "**Vivo con te**" (scheda n. 11): la costituzione del gruppo di auto-mutuo aiuto, attualmente in una prima fase sperimentale, è nato dal desiderio espresso da lavoratrici straniere che avevano seguito il corso di formazione proposto dal progetto, di incontrarsi ancora dopo il conseguimento della qualifica. In accordo con il Comune di Mantova è stato messo a loro disposizione uno spazio dove incontrarsi due volte al mese per raccontare le loro storie, discutere delle diverse esperienze lavorative, dei problemi relativi alla convivenza con l'anziano e delle loro aspettative future. Il gruppo è condotto da due educatrici che mediano e guidano la discussione. Uno degli sviluppi futuri auspicato come più probabili fa riferimento all'auto-organizzazione dei gruppi: si cercherà infatti di rendere i gruppi di auto-mutuo aiuto autosufficienti tramite l'eliminazione della figura delle educatrici, lasciando così che le badanti si possano trovare e confrontare in maniera più spontanea.

4.9 Conclusioni: ragionare per reti

L'attività di cura all'anziano che l'assistente familiare svolge all'interno del nucleo familiare va ad inserirsi in una complessa rete di relazioni assistenziali preesistente, un mix di servizi pubblici, privati e familiari dal quale dipende il carattere stesso dell'assistenza.

Ragionare per reti significa considerare tutte le realtà che a vario titolo gravitano attorno alla persona non autosufficiente, a partire dalla possibile esistenza di un nucleo familiare alle spalle dell'anziano bisognoso di cure, sino a raggiungere il territorio con le sue reti informali di assistenza volontaristica, rionale o amicale, sino a spingersi, in ultima battuta, verso la platea dei servizi pubblici e privati disponibili: dall'assistenza sociale comunale e dai servizi messi in atto dall'ente locale e dalle strutture socio sanitarie e residenziali presenti sul territorio. E' questo un lavoro di *back service* che permette di mettere a sistema una varietà di aiuti che altrimenti rischiano di vanificarsi a vicenda o di sviluppare grande disordine attorno all'assistito (Piva, 1998).

Gli effetti del lavoro di coordinamento ricadono positivamente sulla persona assistita, facilitando notevolmente l'attività che l'assistente familiare si trova a svolgere ed il lavoro di coordinamento, sostegno e controllo ad opera del

contesto familiare nel quale l'anziano è inserito. Spesso però, l'esistenza di questo insieme di relazioni non è direttamente indagata dai decisori politici con l'inevitabile conseguenza che la rete familiare, amicale e sociale si dissolve di fronte agli occhi dell'osservatore nella percezione di un vuoto di legami significativi per la persona anziana e nella costruzione dello stereotipo comune dell'anziano solo. Questa miopia nei confronti della rete esterna alle mura domestiche può portare alla riduzione del concetto di domiciliarità al puro intervento di assistenza domiciliare, con il rischio di espellere, anche involontariamente, soggetti che sono una risorsa significativa per l'anziano che vive solo, ma che solo spesso non è (Taccani, 2001).

La necessità di coordinare l'operato dei diversi soggetti impegnati nell'assistenza si manifesta ad un duplice livello: da un alto in rapporto agli altri servizi esistenti, messi in atto dall'ente pubblico (Sad, Adi, contributi economici, altri servizi domiciliari), dall'altro in relazione alla rete informale di assistenza preesistente all'entrata in servizio dell'assistente familiare.

Sul primo versante, l'attività della badante è finalizzata a soddisfare un insieme di bisogni più ampio di quelli meramente sociali (medicazioni, assunzione di farmaci, prestazioni infermieristiche, ecc.) coprendo anche necessità di natura sanitaria. Con un ventaglio talmente ampio di prestazioni, l'attività dell'assistente familiare si sovrappone spesso con altri interventi presenti sul territorio ed erogati dall'ente pubblico quali l'ADI, il SAD, l'indennità di accompagnamento, i buoni erogati da alcune municipalità, ecc.

Ciò che trasforma questo vasto panorama in una qualità potenziale è l'integrazione della rete dei servizi che, citando Piva, devono funzionare «a filiera» (Piva, 2002). Con questo termine si intende un insieme di servizi realizzati da organizzazioni diverse che si comportano come fossero segmenti o comparti di un'unica impresa generale. La filiera è un obiettivo organizzativo che sviluppa l'idea della rete coordinata e flessibile. Per ottenere questo risultato risulta imprescindibile l'azione dell'Ente pubblico che deve essere in grado di organizzarsi e di svolgere un costante ruolo di programmazione e di monitoraggio sulle diverse maglie della rete, costruendo forme adeguate di cooperazione e integrazione tra Asl, Municipalità, Province e Regione, ai fini di un'erogazione razionale e flessibile dei servizi. Risulta così imprescindibile la sottoscrizione di accordi progettuali tra i soggetti decisori presenti sul territorio ai diversi livelli, volti alla creazione di chiare linee di indirizzo verso la costituzione di reti integrate di servizi sul territorio.

Sul secondo versante, l'attività di cura svolta dalla badante si inserisce in una rete relazionale preesistente (composta non solo dall'anziano e dalla famiglia, ma anche, spesso, dalla rete di vicinato, da quella amicale, dal volontariato, ecc.), dalla quale non è possibile prescindere.

La presenza continuativa di una badante, alla quale vengono integralmente attribuite le responsabilità della cura e dell'assistenza di una anziana fragile, può nel lungo periodo ridurre l'attenzione innovativa, creativa e forse ancor più

tradizionale, verso la soddisfazione dei bisogni che emergono all'interno del sistema familiare, riducendo la capacità di «auto-reperimento» di *care*. Un'indagine Istat mostra che il 24,3% degli anziani ultrasessantacinquenni che vivono soli hanno ricevuto aiuti da persone non conviventi, non necessariamente figli o parenti prossimi, mentre il 5% degli anziani con le stesse caratteristiche hanno fatto riferimento al sostegno comunale, di Cooperative o di altri enti (Istat, 2000).

Sarebbe dunque un errore sottovalutare questa capacità auto organizzativa dell'anziano e della sua famiglia: non considerare le residue capacità relazionali e auto-organizzative della rete di cura informale, può infatti comportare il rischio ulteriore di isolare la famiglia da contesto sociale di riferimento.

Risulta dunque opportuno che l'Ente pubblico promuova degli interventi globali che tengano conto delle diverse dimensioni della persona, superando il nodo dell'assistenzialismo e del custodialismo per privilegiare il territorio, non dimenticando il possibile desiderio di presenza nella dinamica sociale ancora presente nella persona non autosufficiente. Esperienze di assistenzialismo volontario da parte di parrocchie e associazioni ad esse legate, centri sociali comunali per anziani, gruppi di mutua assistenza geriatrica organizzati su base rionale, sono ancora presenti in molte realtà, spesso sostenuti da politiche e finanziamenti comunali.

Mettere in rete le possibilità offerte, partendo dalla realtà territoriale, dovrebbe essere compito dell'ente locale, chiamato a definire, nell'ambito del Piano Sociale di zona, la rete complessiva dei servizi e degli interventi rivolti ai cittadini: attraverso un maggior coordinamento tra le realtà territoriali, i Comuni e le Asl possono promuovere un insieme di regole e procedure orientate all'adeguatezza dei bisogni, all'efficacia dei metodi e degli investimenti, all'uso ottimale delle risorse impiegate e alla sinergia con le risorse – anche informali – presenti sul territorio, orientando l'intero processo verso un «sistema di qualità».

In questo frangente, fondamentale risulta essere la figura di un responsabile del caso (*case manager*) che in collaborazione con l'Assistenza Sociale, il Medico di base e le altre realtà assistenziali di zona, sia in grado di guardare al singolo caso nella sua totalità, considerando tutti gli attori coinvolti nel processo assistenziale, valutando l'esistenza di una rete alle spalle dell'anziano fragile, trasmettendo alla famiglia una mappa delle risorse esistenti, aiutandola dunque nella costruzione di un circuito di sostegno mirato, ad integrazione del lavoro di cura assicurato dall'assistente familiare.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosini M., Cominelli C. (a cura di), *Un'assistenza senza confini. Welfare "leggero", famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate. Rapporto 2004*, Fondazione ISMU, Osservatorio Regionale per l'integrazione e la multiethnicità, Milano, 2005,
- Alter M., Baltzan N., *L'organizzazione di gruppi di sostegno per chi si prende cura di persone anziane con menomazioni mentali*, Bergamo: I quaderni di Donna e Società, 1993
- Ambrosini M., *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna, 2005
- Bettio F., Simonazzi A., Villa P., *Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean*, in "Journal of European Social Policy", vol 16 (3, pp. 271-285), 2006.
- Bifulco L., De Leonardi O., *Integrazione tra le politiche come opportunità politica*, in Donolo Carlo, *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano, 2006
- Blackman T., "Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries", in International journal of Social Welfare, n.° 9, pp. 1-10, 2000
- Bonifazi C., *L'immigrazione straniera in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1998
- Campari R., *Il rinnovo contrattuale delle colf e badanti*, in *Immigrazione e sindacato. Stesse opportunità, stessi diritti*, IV Rapporto, Ediesse, Roma, 2006
- Caponio T., *Città italiane e immigrazione. Discorso pubblico e politiche a Milano*, Il Mulino, Bologna e Napoli, 2006
- Castegnaro A., *La regolarizzazione delle aiutanti domiciliari* in "Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone", n. 3, 2002
- Castegnaro A., *La rivoluzione occulta nella assistenza agli anziani. Le aiutanti domiciliari*, in "Studi Zancan. Politiche e servizi alle persone", n. 2, 2002
- Castegnaro C., Da Roit B. (a cura di), *Chi cura gli anziani non autosufficienti? Famiglia, assistenza privata e rete dei servizi per anziani in Emilia-Romagna*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- CENSIS (2002), *Le reti spontanee: familiari, amicali, del dono, dei servizi privati di supporto*.
- Ceschi S., Mazzonis M., *Le forme dello sfruttamento servile e paraschiavistico nel mondo del lavoro*, in Carchedi, Mottura, Pugliese, *Il lavoro servile e le nuove schiavitù*, pp.83-124, Franco Angeli, Milano, 2003
- Colombo A., *Razza, genere, classe. Le tre dimensioni del lavoro domestico in Italia*, in "Polis", n. 2, pp. 317-342, 2003
- Colombo A., Sciortino G., *Gli immigrati in Italia. Assimilati o esclusi: gli immigrati, gli italiani le politiche*, Il Mulino, Bologna, 2004

- Colombo G., *Dai bisogni ai diritti delle persone che curano*, in "Animazione Sociale", n. 2, 2002
- Colombo G., Mazzoli G. (a cura di), *Lavoro di cura domiciliare e donne straniere a Reggio Emilia: rappresentazione del fenomeno, specificità di genere, impatto sui welfare locali. Rapporto di ricerca*, Provincia di Reggio Emilia, Progetto Integrato Madreperla, 2004
- Colozzi I. – Donati P. (a cura di), *Famiglia e cure di comunità*, Il Mulino, Bologna 1995.
- Corradini M.G. et.al., *Anziani. Tra bisogni in evoluzione e risposte innovative*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Cossentino F., *La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in emilia-Romagna*, Dossier 106, 2005
- Costa G., "Il lavoro non regolare: quale ruolo nella costruzione di un mercato di servizi alla persona", in *I mercati sociali in Italia*, Ranci C. (a cura di), Carocci, Roma, 2001
- Costa, G., "Le politiche a favore degli anziani non autosufficienti in Francia: tra copertura dei bisogni e politiche attuative del lavoro", in «L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa», 2001
- Da Roit B., *Chi sono le assistenti familiari*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 17, 2004
- Da Roit B., Gori C., *Emersione e regolazione dell'assistenza privata a pagamento*, in C. Gori (a cura di) Gori C., *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Da Roit B., Pasquinelli S., *Anziani, badanti e politiche dei servizi*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 17, 2004
- Dal Lago A., *Non-persone. L'esclusione dei migranti in una società globale*, Feltrinelli, Milano, 1999
- De Vincenti C., Gabriele S., (a cura di), "I mercati di qualità sociale. Vecchi e nuovi modelli di consumo", VIII Rapporto Cer-Spi, Laterza, Roma-Bari, 1999
- De Vincenti C. (a cura di), *Gli anziani in Europa. Sistemi sociali e modelli di welfare a confronto*, (IX Rapporto CER–SPI), Laterza, Roma–Bari 2000.
- Decimo F., *Quando migrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Il Mulino, Bologna, 2005
- Ehrenreich B., Hochschild A.R., *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano
- Fazzi L., Messori E. (a cura di), "Modelli di Welfare Mix", Franco Angeli, Milano, 1999
- Feroli E., *L'assistenza ai non autosufficienti nel quadro di un neo-regionalismo ancora parzialmente inattuato*, in: «La Rivista delle Politiche Sociali», n.1/2007.

- Ferrera M., *Le trappole del welfare*, Il Mulino, Bologna 1998.
- Fondazione Finney – Commissione UE, *Quale tutela legale e sociale a favore degli anziani non autosufficienti?*, Atti dell'Incontro di Studio Europeo, Roma 1996.
- Galli C. - Pellegrino M., *Sad e cure informali a Pordenone*, in: «Prospettive sociali e sanitarie», n.7/2003.
- Gori C. (a cura di), *Finanziamento e spesa per il long-term care in Italia e in Europa*, il Mulino, Bologna, 2006.
- Gori C. (a cura di), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma, 2002
- Gori C. (a cura di), *Politiche sociali di centro-destra. La riforma del welfare lombardo*, Carocci, Roma, 2005
- Gori C., *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Carocci, Roma, 2001
- Gori C., *Le politiche per gli anziani non autosufficienti. Analisi e proposte*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Gori C. (a cura di), *I servizi sociali in Europa*, Carocci, Roma 2001a.
- Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma 2004.
- Gori C. (a cura di), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti*, Il Mulino, Bologna 2006.
- Guidicini P. – Landuzzi C. (a cura di), *I territori del welfare*, FrancoAngeli, Milano 2006.
- Helphand M., Porter C. M., "The family Group within Nursing Home". *Maintaing Family Ties of Long-term Care Resident*", in *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 4, pp.51-62, 1981
- I.N.R.C.A., *Progetto europeo "Eurofamcare". Servizi di supporto per care-givers familiari di anziani in Europa: caratteristiche, copertura e uso*, Ancona 2003.
- IreR, *Anziani: stato di salute e reti sociali*, Guerini e associati, Milano 2000.
- Istat, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei comuni*, anno 2004, Roma, 2007.
- Istat, "Annuario Statistico Regionale. Lombardia", Milano, 2001;
- Istat, "Le condizioni di salute della popolazione italiana", Milano, 2001;
- Istat, "L'occupazione non regolare nelle stime di contabilità nazionale secondo il Sec95", sul sito www.istat.it, 2001
- Istat, "Rapporto annuale. La situazione sociale del Paese nel 1999", Roma, 2000;

- Lazzarini G., *La famiglia chiusa nel welfare nascosto*, Studio per la Provincia di Cremona – Assessorato alle politiche sociali, 2004
- Lonardi Giulia, *Le “badanti”, donne immigrate nel lavoro sommerso di cura*, Tesi di laurea, Trento, 2005
- Mazzacurati C., *Dal blat alla vendita del lavoro. Come sono cambiate colf e badanti ucraine e moldave a Padova*, in Caponio T., Colombo A. (a cura di), *Migrazioni globali, Integrazioni locali*, pp. 145-175, Il Mulino, Bologna, 2005
- Melotti U., *Migrazioni internazionali*, Mondadori, Milano, 2004
- Mesini D., Pasquinelli S., Rusmini G., *Il lavoro privato di cura in Lombardia. Caratteristiche e tendenze in materia di qualificazione e regolarizzazione*, Rapporto di ricerca, Settembre, 2006
- Mesini D., *Qualificare il lavoro privato di cura in Lombardia*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, n. 14, 2006
- Micheli G. A., *Cambiamenti in corso nella famiglia forte*, in Micheli G. A. (a cura di), *Strategie di family formation. Cosa sta cambiando nella famiglia forte mediterranea*, Franco Angeli, Milano, 2006
- Micheli G. A., *La famiglia forte mediterranea alla prova dei grandi cambiamenti demografici e sociali*, in Irer, *Equilibri Fragili. Vulnerabilità e vita quotidiana delle famiglie lombarde*, Guerini e Associati, Milano, 2003
- Micheli G.A. (a cura di), *La questione anziana*, FrancoAngeli, Milano 2004.
- Mingozzi A., *Il lavoro domestico nel distretto faentino. Effetti della regolarizzazione sulle lavoratrici provenienti dall'ex unione sovietica*, in Caponio T., Colombo A. (a cura di), *Migrazioni globali, Integrazioni locali*, pp.117-143, Il Mulino, Bologna 2005
- Minoia C., Arosio G., *La Provincia di Milano e il lavoro di cura domiciliare per anziani*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie” - Anno 36, n.14, pp. 16-19, 2006
- Mirabile M.L. (a cura di), *Italie sociali*, Donzelli, Roma 2005.
- Mottura G. “Immigrazione”, in Istituto per il Lavoro, *Sviluppo, lavoro e competitività in Emilia Romagna: primo rapporto annuale dell'Istituto per il Lavoro*, Franco Angeli, Milano, 2000
- Mottura G., *L'offerta individuale di servizi di cure domiciliare: il fenomeno delle badanti in Emilia Romagna*, Dossier, 210, 2005
- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H., Versieck K., *"Social protection for dependency in old age"*, Ashgate, Hampshire, England, 2000
- Pasquinelli S. *Badanti: tre nodi da sciogliere*, in “Anziani, lavoro di cura e politiche dei servizi”, monografico di Prospettive Sociali e Sanitarie, n. 17-18, 2004
- Pasquinelli S., *Buoni e voucher sociali in Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2006.

- Pavolini E., *"I nuovi modelli regolativi nel campo degli interventi sociali"*, in *L'Assistenza Sociale*, n.°4 (ottobre-dicembre 2001), pp.85-104, Ediesse, 2001
- Pavolini E., *"La scelta degli utenti nei servizi per persone non autosufficienti; il caso del personal budget in Olanda"* in *"L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa"*, Ranci C.(a cura di), pp. 93-111, FrancoAngeli, Milano, 2001;
- Pavolini E., *"Le riforme dei servizi sociali in Gran Bretagna negli anni '90: fra crescita dei mercati e facoltà di scelta per gli utenti"*, in , Ranci C. (a cura di) *"L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa"*, pp. 169-192, FrancoAngeli, Milano, 2001
- Pavolini E., *"Oltre il contracting-out: nuovi modelli di produzione dei servizi socioassistenziali in Europa occidentale"*, in Ranci C. (a cura di), *"Il mercato sociale dei servizi alla persona"*), Carocci, Roma, 2001
- Pavolini E., *Politiche e caratteristiche del mercato privato dell'assistenza. il caso delle Marche*, in *"Prospettive Sociali e Sanitarie"*, n. 17-18, 2006
- Pavolini E., *Regioni e Politiche sociali per anziani, Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma, 2004
- Pavolini, E., *"L'assicurazione di cura in Germania"*, in Ranci C. (a cura di), *"L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa"*, pp. 57-92, FrancoAngeli, Milano, 2001.
- Payne M., *"Il case management nel servizio sociale: valutazione dell'esperienza britannica"*, in Donati P., Folgheraiter F. (a cura di), *"Gli operatori sociali nel Welfare Mix"*, pp. 169-200, Erickson, 2000
- Pellegrino M., *Le cinque Europe del care*, in: *«Oggi Domani Anziani»*, n. 2/1998.
- Pellegrino M., *Un modello tutto italiano per gli "asseggni di cura"?*, in: *«Rassegna di Servizio Sociale»*, n.1/2002.
- Pellegrino M. (a cura di), *Aiutare chi aiuta. Politiche di sostegno alle cure informali nell'Unione europea*, Edizioni Lavoro, Roma 2000.
- Pellegrino M. (a cura di), *Per una politica sociale non produttivista*, FrancoAngeli, Milano 2004.
- Piva P., *"Governare la produzione e l'acquisto di servizi sociali"*, in *"L'Assistenza Sociale"*, n.° 1 (gennaio-marzo), 1998;
- Piva Toniolo P., *Verso un mercato amministrato dei servizi di cura*, in *"Animazione Sociale"*, n. 4, 2002
- Piva Toniolo P., *Buone pratiche per la qualità sociale*, Ediesse, Roma 2002.
- Pugliese E., *Rapporto immigrazione. Lavoro, sindacato, società*, Ediesse, Roma, 2000.
- Ranci Ortigosa E., *Il rapporto tra servizi sociali e sanitari*, in Gori C. (a cura di) *La Riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma, 2004
- Ranci C., *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Il Mulino, Bologna, 2001

- Ranci C., *Il volontariato*, Il Mulino, Bologna, 2006
- Ranci C., *L'assistenza agli anziani in Italia e in Europa. Verso la costruzione di un mercato sociale dei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2001
- Rossi A., *Anziani e assistenti immigrate. Strumenti per il welfare locale*, Ediesse, Roma, 2004
- Rossi A., *Lavoro di cura*, in *Immigrazione e sindacato. Stesse opportunità, stessi diritti*, IV Rapporto, Ediesse, Roma, 2006
- Rossi G. – Bramanti D. (a cura di), *Anziani non autosufficienti e servizi family friendly*, FrancoAngeli, Milano 2006.
- Saraceno C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna 2003.
- Sassen S., *La città nell'economia globale*, Il Mulino, Bologna, 2004
- Sciortino G., Colombo A., *Sistemi migratori e lavoro domestico in Lombardia*, Ires Lombardia, Milano, 2005
- Scrinzi F., *Professioniste della tradizione. Le donne migranti nel mercato del lavoro domestico*, in "Polis", aprile 2004, pp.107-136
- Scrinzi F., *La "funzione specchio" delle lavoratrici domestiche migranti*, 2002
- Spano P., *Quale futuro per il welfare "low cost" delle badanti?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 17-18, 2006
- Taccani P., *"Dare credito a chi cura"*, in "Adulità", n.° 13, pp. 96-106, 2001;
- Taccani P., *"Esili indizi. Relazione di aiuto e valori etici"*, in Prospettive sociali e sanitarie, n.° 6, pp. 1-2, 2001;
- Taccani P., *Curare oggi, curare domani. Il care degli anziani*, in: «Prospettive sociali e sanitarie», n.3/1999.
- Tognetti Bordogna M. (a cura di), *Ricongiungere la famiglia altrove. Strategie, percorsi, modelli e forme dei ricongiungimenti familiari*, Franco Angeli, Milano, 2004
- Tognetti Bordogna M., *Dal lavoro di cura alle nuove politiche sociali: le badanti*, in M. Bernardotti, G.Mottura (a cura di) "Immigrazione e sindacato. Lavori, discriminazione e formazione", Ediesse, Roma, 2004
- Tognetti Bordogna M., *La realtà delle badanti: una nuova prospettiva nell'assistenza agli anziani*, in Camera del lavoro (a cura di) "Donne immigrate e lavoro di cura" , Bine Editore, Milano, 2006
- Toniolo Piva P., *Buone pratiche per la qualità sociale*, Ediesse, Roma, 2002.
- Ungerson C., 1995, "Gender, cash and informal care: European perspectives and dilemmas", in Journal of social policy, n.24, p.1;

Weekers S., Pijl M., 1998, "*Home care and care allowances in the European Union*", Utrecht, Nizw

Weekers S., Pijl M., "*La diffusione degli assegni di cura*", in "I servizi sociali in Europa", Gori C. (a cura di) Carocci, Roma, 2001

Zanetti Polzi P., *Lavoro straniero : Cgil e questione migratoria dal 1945 ad oggi*, 2006

Zucchetti E., *La regolarizzazione degli stranieri. Nuovi attori nel mercato del lavoro italiano*, Franco Angeli, Milano, 2004

Allegati

Parte II

- 1) Il Questionario
- 2) Appendice

Parte III

- 1) Schede progetti censiti

- QUESTIONARIO -

Comune _____ Distretto socio-sanitario _____

IL SISTEMA DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI

1) Come è articolato il sistema di servizi e interventi sociali per gli anziani non autosufficienti nel Comune e come si caratterizza per modalità di erogazione e risposta ai bisogni?

	gestiti dal Comune	gestiti dalla ASL	gestiti da altri enti (*)	n. utenti	n. richieste
☐ Servizi/interventi domiciliari					
☐ Assistenza domiciliare. anziani	☐	☐	☐		
☐ Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	☐	☐	☐		
☐ Ospedalizzazione a domicilio	☐	☐	☐		
☐ Telesoccorso/Telecontrollo	☐	☐	☐		
☐ Adattamento dell'alloggio	☐	☐	☐		
☐ Assistenza pasti e lavanderia a domicilio	☐	☐	☐		
☐ Altro (specificare_____)	☐	☐	☐		
☐ Servizi/interventi residenziali					
☐ Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	☐	☐	☐		
☐ Strutture residenziali anziani	☐	☐	☐		
☐ Case Protette	☐	☐	☐		
☐ Case albergo	☐	☐	☐		
☐ Altro (specificare_____)	☐	☐	☐		
☐ Servizi/interventi semi-residenziali					
☐ Centri Diurni	☐	☐	☐		
☐ Altro (specificare_____)	☐	☐	☐		
☐ Servizi/interventi socio-sanitari					
☐ Ass. Dom. Integrata sanitaria	☐	☐	☐		
☐ Centro riabil. Psicomotorio	☐	☐	☐		
☐ Consultorio familiare	☐	☐	☐		
☐ Sostegno psico- sociale	☐	☐	☐		
☐ Altro (specificare_____)	☐	☐	☐		
☐ Servizi/interventi di sostegno e azioni di sistema					
☐ Solievo alla famiglia	☐	☐	☐		
☐ Trasporti	☐	☐	☐		
☐ Segretariato sociale	☐	☐	☐		
☐ Sportelli informativi	☐	☐	☐		
☐ Altro (specificare_____)	☐	☐	☐		
☐ Servizi/interventi di tipo monetario					
☐ Contributi economici <i>una tantum</i>	☐	☐	☐		
☐ Sgravi fiscali	☐	☐	☐		
☐ Assistenza alloggiativa	☐	☐	☐		
☐ Indennità di accompagnamento	☐	☐	☐		
☐ Assegni di cura (o assegni servizi)	☐	☐	☐		
☐ Voucher	☐	☐	☐		
☐ Buoni servizio	☐	☐	☐		
☐ Assegni per sostenere la spesa badanti	☐	☐	☐		
☐ Altro (specificare_____)	☐	☐	☐		

(*) specificare quali (es. società della salute, azienda servizi sociali etc...)

2) Nel corso della nuova programmazione, il Comune riuscirà a garantire la continuità di tutti i servizi sopraindicati?

☐ Sì ☐ No

2a) Se no, perché?

- ☐ mancanza risorse economiche
- ☐ mancanza di personale
- ☐ necessità di innovare i servizi
- ☐ i servizi attualmente presenti non rispondono alle esigenze della domanda
- ☐ per migliorare i servizi anche a fronte dell'attuale domanda

2b) Se no, quale tipo di servizi/interventi non saranno o non dovrebbero essere riattivati?

- ☐ Servizi/interventi domiciliari
- ☐ Servizi/interventi residenziali
- ☐ Servizi/interventi semi-residenziali
- ☐ Servizi/interventi socio-sanitari
- ☐ Servizi/interventi di tipo monetario
- ☐ Servizi/interventi di sostegno/Azioni di sistema

3) In ogni caso, sono in programmazione nuovi progetti/servizi?

☐ Sì ☐ No

3a) Se sì, di che tipo?

- ☐ Servizi/interventi domiciliari
- ☐ Servizi/interventi residenziali
- ☐ Servizi/interventi semi-residenziali
- ☐ Servizi/interventi socio-sanitari
- ☐ Servizi/interventi di tipo monetario
- ☐ Servizi/interventi di sostegno/Azioni di sistema

ATTORI E MODALITA' DELLA GESTIONE

4) Quali sono gli attori socio-istituzionali con i quali il Comune ha maggiormente sviluppato forme di collaborazione per la gestione dei servizi per gli anziani non autosufficienti? (max 2 risposte)

- ☐ Regione
- ☐ Aziende sanitarie Locali
- ☐ Terzo settore
- ☐ Organizzazioni sindacali
- ☐ Famiglie/cittadinanza
- ☐ Altro (specificare_____)

5) A quale modalità il Comune ricorre maggiormente quando esternalizza un servizio per la non autosufficienza? (indicare una modalità per ciascuna categoria di servizi/interventi)

- | | | | | |
|---|--|---|---|----------------------------------|
| a) Servizi/interventi domiciliari | ☐ autorizzazione al funzionamento | ☐ accreditamento | ☐ convenzionamento | ☐ appalti |
| b) Servizi/interventi residenziali | ☐ autorizzazione al funzionamento | ☐ accreditamento | ☐ convenzionamento | ☐ appalti |
| c) Servizi/interventi semi-residenziali | ☐ autorizzazione al funzionamento | ☐ accreditamento | ☐ convenzionamento | ☐ appalti |
| d) Servizi/interventi socio-sanitari | ☐ autorizzazione al funzionamento | ☐ accreditamento | ☐ convenzionamento | ☐ appalti |
| e) Servizi/interventi di sostegno/azioni di sistema | ☐ autorizzazione al funzionamento | ☐ accreditamento | ☐ convenzionamento | ☐ appalti |

6) Quali sono i profili professionali coinvolti nell'erogazione del servizio?

- a) *Servizi/interventi domiciliari* ☐ Figure di coordinamento
 ☐ Figure socio-assistenziali
 ☐ Figure di sostegno socio-relazionale (es. psicologi)
 ☐ Operatori socio-sanitari
 ☐ Figure sanitarie
 ☐ Altro (specificare _____)
- b) *Servizi/interventi residenziali* ☐ Figure di coordinamento
 ☐ Figure socio-assistenziali
 ☐ Figure di sostegno socio-relazionale (es. psicologi)
 ☐ Operatori socio-sanitari
 ☐ Figure sanitarie
 ☐ Altro (specificare _____)
- c) *Servizi/interventi semi-residenziali* ☐ Figure di coordinamento
 ☐ Figure socio-assistenziali
 ☐ Figure di sostegno socio-relazionale (es. psicologi)
 ☐ Operatori socio-sanitari
 ☐ Figure sanitarie
 ☐ Altro (specificare _____)
- d) *Servizi/interventi socio-sanitari* ☐ Figure di coordinamento
 ☐ Figure socio-assistenziali
 ☐ Figure di sostegno socio-relazionale (es. psicologi)
 ☐ Operatori socio-sanitari
 ☐ Figure sanitarie
 ☐ Altro (specificare _____)
- e) *Servizi/interventi di sostegno/azioni di sistema* ☐ Figure di coordinamento
 ☐ Figure socio-assistenziali
 ☐ Figure di sostegno socio-relazionale (es. psicologi)
 ☐ Operatori socio-sanitari
 ☐ Figure sanitarie
 ☐ Altro (specificare _____)

7) Nell'ambito dell'offerta di servizi domiciliari socio-assistenziali, il comune favorisce il *care* privato, ovvero sostiene una soluzione sul mercato sociale dei servizi?

☐ Sì ☐ No

7a) Se sì, attraverso quali modalità il Comune regola l'offerta dei servizi?

- ☐ accreditamento di strutture ed enti
☐ istituzione di albi e/o registri professionali
☐ monitoraggio e valutazione della qualità del servizio
☐ altro (specificare _____)

IL SERVIZIO E L'UTENTE

8) Ci sono riferimenti normativi regionali/comunali per la definizione dello stato di non autosufficienza?

☐ Sì ☐ No

8a) Se sì, indicare quali _____

9) Quali sono i criteri di accesso?

- ☐ durata dello stato di non autosufficienza
☐ valutazione dei livelli di necessità (gravità dello stato di salute/non autosufficienza)
☐ valutazione del reddito

☐ valutazione della condizione sociale (inserimento del soggetto non autosufficiente in reti familiari/amicali/di buon vicinato ecc.)

10) Chi svolge la valutazione della non autosufficienza dell'anziano?

- ☐ Personale dei servizi sociali
- ☐ Personale della ASL
- ☐ Organizzazioni del Terzo Settore
- ☐ Unità/gruppi misti composti da personale di Enti diversi (ASL, Comune, Terzo Settore..)

11) Da chi viene richiesto prevalentemente il servizio? (max 2 risposte)

- ☐ dai familiari dell'anziano
- ☐ da persone che hanno con l'anziano un rapporto di buon vicinato
- ☐ da persone che hanno con l'anziano un rapporto amicale
- ☐ da volontari
- ☐ dalle parrocchie
- ☐ dall'anziano stesso
- ☐ altro

12) A favore della persona non autosufficiente viene predisposto un Progetto/ Piano Individualizzato di assistenza?

- ☐ Sì ☐ No

12a) Se sì, il progetto/piano comprende:

- ☐ prestazioni sanitarie
- ☐ prestazioni socio-sanitarie
- ☐ prestazioni assistenziali

12b) Se sì, il progetto/piano individualizzato viene elaborato:

- ☐ sempre, a prescindere dalla tipologia di servizio erogato
- ☐ solo per gli interventi domiciliari
- ☐ solo per gli interventi semiresidenziali
- ☐ solo per gli interventi residenziali
- ☐ solo per gli interventi socio-sanitari

LA SPESA

13) Nel bilancio del comune, la quota di spesa per gli anziani è unica oppure c'è una distinzione per la non autosufficienza? (fornire il dato in base all'ultimo bilancio disponibile)

- ☐ Sì, è unica
- ☐ No, costituisce una voce specifica del bilancio

13a) Se sì, la percentuale di spesa per gli anziani sul bilancio comunale a quanto ammonta? _____%

13b) Se no, la percentuale di spesa per la non autosufficienza sul bilancio comunale a quanto ammonta? _____%

14) Approssimativamente, considerando pari a 100 la spesa per i servizi sociali del Comune, come si suddivide percentualmente tra le diverse tipologie di servizi/interventi, nell'anno 2005?

- ☐ Servizi/interventi domiciliari _____%
- ☐ Servizi/interventi residenziali _____%
- ☐ Servizi/interventi semi-residenziali _____%
- ☐ Servizi/interventi socio-sanitari _____%
- ☐ Servizi/interventi di tipo monetario _____%
- ☐ Servizi/interventi di sostegno/Azioni di sistema _____%
- Totale spesa per i servizi sociali.....100 %

15) È prevista la compartecipazione degli utenti al costo dei servizi per la non autosufficienza?

- ☐ Sì ☐ No

15a) Se sì, per quali tipi di servizi/interventi gli utenti sono chiamati a contribuire in misura maggiore?

- ☐ Servizi/interventi domiciliari
☐ Servizi/interventi residenziali
☐ Servizi/interventi semi-residenziali
☐ Servizi/interventi socio-sanitari
☐ Servizi/interventi di sostegno/Azioni di sistema

16) Quali sono le fonti principali di finanziamento dei servizi per la non autosufficienza? (max 2 risposte)

- ☐ Stato
☐ Regione
☐ Comune
☐ Associazioni di comuni
☐ Aziende sanitarie locali ed Aziende ospedaliere
☐ Fondazioni, associazioni o altri organismi privati
☐ Altro

L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

17) Nel territorio, l'integrazione socio-sanitaria costituisce una pratica diffusa dei servizi?

- ☐ Sì ☐ No

17a) Se SI, quali sono gli attori (istituzionali e non) che hanno maggiormente sostenuto questa pratica?

- ☐ Enti locali
☐ ASL
☐ Organizzazioni di terzo settore
☐ Organizzazioni sindacali (specificare quali? _____)
☐ Famiglie
☐ Altro (specificare _____)

17b) Se SI, quali sono i principali atti/le modalità dell'integrazione socio-sanitaria? (max 2 risposte)

- ☐ Convenzioni
☐ Accordi di programma
☐ Protocolli d'intesa
☐ Tavoli tematici
☐ Modalità informali
☐ Altro (specificare _____)

17c) Se SI, quali sono i servizi più avanzati in questo tipo di esperienza?

- ☐ Servizi/interventi domiciliari
☐ Servizi/interventi residenziali
☐ Servizi/interventi semi-residenziali
☐ Servizi/interventi socio-sanitari
☐ Servizi/interventi di sostegno/Azioni di sistema

17d) Se NO, quali sono i servizi/interventi più penalizzati ?

- ☐ Servizi/interventi domiciliari
☐ Servizi/interventi residenziali
☐ Servizi/interventi semi-residenziali
☐ Servizi/interventi socio-sanitari
☐ Servizi/interventi di sostegno/Azioni di sistema

17e) Se NO, quali sono i principali elementi di criticità? (max 2 risposte)

- ☐ organizzativi (asimmetria tra ambito sociale e sanitario)
☐ culturali
☐ politici
☐ mancanza di risorse economiche
☐ mancanza risorse professionali

18) Nella gestione del sistema dei servizi, quale delle seguenti tipologie di relazione interistituzionale tra Comune e Azienda Sanitaria Locale prevale? (max 2 risposte)

- ☐ Cooperazione ed integrazione interistituzionale
- ☐ Delega parziale da parte del Comune alla Azienda Sanitaria Locale
- ☐ Delega totale da parte del Comune alla Azienda Sanitaria Locale
- ☐ Gestione totale da parte del Comune
- ☐ Altro (specificare _____)

Nominativo dell'intervistato _____

Telefono _____

Fax _____

e-mail _____

Data di compilazione _____

Appendice

Tab. n. Quote di spesa di bilancio dedicate agli anziani o alla non autosufficienza nei Comuni capoluogo di provincia (valori percentuali)

	<i>presenza di una quota di spesa specificata per la non autosufficienza</i>	<i>% di spesa per gli anziani sul bilancio comunale</i>	<i>% di spesa sul bilancio per la non autosufficienza</i>
Agrigento	no	1.36	
Alessandria	no	18	
Ancona	no	nr	
Aosta	no	10.06	
Ascoli Piceno	no	1.5	
Asti	no	25.34	
Avellino	sì		25
Belluno	no	nr	
Benevento	no	nr	
Bergamo	no	2.58	
Biella	no	33	
Brescia	no	9	
Caltanissetta	no	nr	
Catania	sì		1.58
Catanzaro	nr	nr	nr
Chieti	no	nr	
Cremona	no	26	
Enna	no	5	
Ferrara	no	24	
Foggia	no	nr	
Forlì	no	nr	
Frosinone	no	0.5	
Gorizia	no	nr	
Grosseto	no	nr	
Iglesias	no	nr	
Imperia	no	26	
Isernia	sì		35
La Spezia	no	6	non dovuta
L'Aquila	no	nr	non dovuta
Latina	sì		nr
Lecce	no	30	
Macerata	no	4	
Novara	no	4	
Olbia	sì		15
Oristano	no	1.5	
Padova	sì		0.2
Parma	no	37.7	
Pavia	no	3.56	
Pesaro	no	7	
Pescara	no	nr	

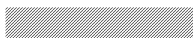
	<i>presenza di una quota di spesa specificata per la non autosufficienza</i>	<i>% di spesa per gli anziani sul bilancio comunale</i>	<i>% di spesa sul bilancio per la non autosufficienza</i>
Pisa	<i>nr</i>	<i>nr</i>	<i>nr</i>
Pistoia	<i>nr</i>	<i>nr</i>	<i>nr</i>
Pordenone	no	<i>nr</i>	
Potenza	no	30	
Ragusa	no	35	
Ravenna	no	3	
Reggio Calabria	no	7.93	
Reggio Emilia	no	6.86	
Rieti	sì		<i>nr</i>
Rovigo	no	2.2	
Salerno	no	3	
Sassari	no	4.4	
Savona	no	5.39	
Siena	no	40	
Sondrio	no	20	
Taranto	no	<i>nr</i>	
Teramo	no	18	
Trapani	no	2.5	
Trento	<i>nr</i>	<i>nr</i>	<i>nr</i>
Udine	no	23	
Varese	no	1.7	
Vercelli	no	55	
Vibo Valentia	no	0.03	
Vicenza	sì		1.21

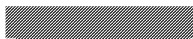
 risposta non dovuta

Tab. n. *Suddivisione percentuale della spesa sociale tra le diverse tipologie di servizi nei Comuni capoluogo di provincia*

percentuali di spesa sociale comunale per tipo di servizi						
Comuni	<i>domiciliari</i>	<i>residenziali</i>	<i>semi-residenziali</i>	<i>socio-sanitari</i>	<i>monetari</i>	<i>di sostegno/azioni di sistema</i>
Agrigento	0.15	1.05		0.16		
Alessandria	40	42			13	5
Ancona						
Aosta	43.93	29.35	10.94		13.21	2.57
Ascoli Piceno	20	25	5	10	15	25
Asti	11.4	4.2	21.1	5.5	38.8	19
Avellino	20	40	20	4	9	17
Belluno						
Benevento						
Bergamo	21.67	25.01			1.67	
Biella	13	32	0.7	0.2	20	26
Brescia	11	27	2		4	
Caltanissetta	20	50	10		20	
Catania	5.15	12.37	2.4	8.75		0.5
Catanzaro						
Chieti						
Cremona	10	22.5	25		18.5	24
Enna	40	60				
Ferrara	33	53	8.44		5	0.56
Foggia	46.34	45.48			0.46	7.72
Forlì	24.65	60.8	7.4		7.15	
Frosinone	20	5				
Gorizia	28.11	33.98			11	1.17
Grosseto						
Iglesias						
Imperia	34	26	2	5	27	6
Isernia						
La Spezia	19	42	5	1	15	18
L'Aquila						
Latina	30	10	10	20	20	10
Lecce	60	20		10	5	5
Macerata	25	45	10	5	5	10
Novara	70	20			5	5
Olbia	13	2			1	4
Oristano	85	4	1			10
Padova	8.5	11.9	0.2		2.3	
Parma	30.09	39.02	30.89			
Pavia	8.5	3.01	1.58			
Pesaro	4	37	1.5	1	2	3.5
Pescara	85	15				

Pisa						
Pistoia	11.3	13.8			4.9	3.5
Pordenone						
Potenza	18	16				4
Ragusa	45	28	18			9
Ravenna	30	26	7	7	15	15
Reggio Calabria	24.95	24.08		12.48	18.46	20.02
Reggio Emilia	6.56	16.95	35.85	24.74	10.6	5.3
Rieti						
Rovigo	8	12		20	3	53
Salerno	60	30			5	5
Sassari	8.02	9.32			0.42	
Savona	6.11	14.72			3.23	
Siena	25	25	25		20	5
Sondrio	56	4			15	25
Taranto						
Teramo	50		20			30
Trapani	15	21	7	3	15	37
Trento						
Udine	0.8	56.8	2.2	11.8	12	16.4
Varese	14	60	15		4	7
Vercelli	50	30	5		15	
Vibo Valentia						
Vicenza	5.99	11.19	5.9		1.6	

 no service

 nr

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_0_|_1_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

"DAL BADARE AL PRENDERSI CURA", Corso di formazione per badanti 2^A anno di sperimentazione- Comune di DESIO

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Al 24/10/06 n. popolazione. 38109 n. anziani da 60 anni sono 9030/da 65 anni sono 6983.

Ci sono molte persone/utenti che cercano lavoro al domicilio.

Vi è uno sportello stranieri in stretto rapporto e nella sede del comune e un centro di formazione nel comune

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Formare persone (straniere e non) che vorrebbero o già lavorano al domicilio per migliorare la qualità del servizio. Creare un elenco comunale per abbinare domanda delle famiglie/offerta delle persone che chiedono lavoro domiciliare

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

- iscrizioni al corso;
- corso (sia teorico che pratico) per un gruppo di badanti
- test finale
- certificato di frequenza
- domanda di iscrizioni all'elenco badanti del comune
- orari pomeridiani (considerando per chi già lavora, le due ore di riposo pomeriggio)
- ore di formazione teorico/pratica 60/80 ore nelle seguenti aree: area medica, area socio-culturale e psicologica, area igienico-sanitaria, area legale, area legislativa, area fisioterapia, con laboratori
- frequenza obbligatoria
- assenze max 10 % del totale di ore
- valutazione finale circa quanto acquisito
- consegna attestato di frequenza (per chi ha raggiunto il monte ore)
- valutazione finale con il gruppo circa miglioramenti/modifiche per nuovo programma

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

Gruppo di programmazione: Assistente Sociale del Comune, rappresentante dell'ufficio stranieri e coordinatore per il centro di formazione

N. 1 coord/responsabile del corso ed anche docente/docenti professionisti, quali: Ausiliario socio-assistenziale, infermiera professionale, fisioterapista, avvocato, Medico geriatra

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Volantini informativi, comunicati stampa, iscrizioni al corso presso ufficio stranieri e servizi sociali.
Alle badanti durante il corso vengono dati materiali relativi alle materie trattate.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Il corso si tiene presso il Consorzio Desio Brianza. Le iscrizioni si tengono presso i punti servizi territoriali noti ai cittadini

4. SPECIFICITA' INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Sperimentazione locale circa l'innovazione di un intervento formativo (teorico e pratico) e di scambio culturale

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Gli operatori hanno colto e raccolto esigenze/ricieste individuali già presenti, sistematizzandole in un progetto condiviso con diversi soggetti. Inoltre si è visionato il materiale già esistente relativo ad altre iniziative così come si è venuti a conoscenza di diverse esperienze.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

1° corso 2005/2006

2° corso 2006/2007

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Persone italiane e straniere che vogliono lavorare o già lavorano al domicilio per la cura (gruppo previsto max n°25 partecipanti)

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

-prerequisiti per iscriversi:

*permesso di soggiorno (per le persone straniere)

*conoscenza di lingua italiana (per le persone straniere)

*in subordine residenza o lavoro presso il nostro comune o comuni limitrofi, questi ultimi in caso di posti liberi.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Presentazione domanda e questionario. Colloquio di conoscenza

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) **Costi per l'ente pubblico** (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

€ 6.000,00/ € 8.000,00 per i docenti ed il materiale

b) **Costi / tariffe per l'utente** (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

Gratuito

c) **Enti finanziatori** (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

Solo fondo comunale

d) **Sostenibilità nel tempo** (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) **Identità dei soggetti** (chi sono i partner di progetto?)

Comune, Associazione del Terzo Settore(GSSD – Gruppo Solidarietà Stranieri Desio), Consorzio di formazione professionale (Consorzio-Desio Brianza)

b) **Ruoli e competenze** (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Consorzio=erogatore e valutatore; comune=ente finanziatore-ente programmatore con le due altre agenzie e valutatore di dell'esperienza complessiva

c) **Meccanismi di coordinamento** (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

-Momenti di monitoraggio/valutazione in itinere e finale

-Formazione da parte dell'Assistente Sociale con provincia di Milano su corsi/strumenti per gruppi badanti

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Sì potrebbe allargare il bacino d'utenza al distretto

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

In fase di valutazione una brochure informativa e di sintesi dell'esperienza

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 0 | 2 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

E.L.S.A.- Politiche di Empowerment delle lavoratrici straniere addette alla cura- Provincia di Forlì-Cesena

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Il Progetto fa riferimento al fenomeno emergente rappresentato dal cosiddetto "badantato": lavoratrici straniere, provenienti prevalentemente dall'Est Europeo, che prestano la loro opera di cura e assistenza a domicilio di anziani e famiglie con malati non autosufficienti a carico. Si tratta di un fenomeno nuovo, in cui i problemi di disuguaglianza prodotti dalla nuova economia globale si sommano alle difficoltà che le migranti incontrano nei paesi d'arrivo e alle conseguenze della loro lontananza sulla famiglia di origine, ma in cui emergono con prepotenza anche molti aspetti concreti e simbolici della vita quotidiana delle famiglie ed in particolare delle donne italiane. E' noto che nel settore del lavoro domestico si riscontrano in Italia elevatissimi tassi di irregolarità che riguardano sia i lavoratori stranieri che quelli italiani. Le donne immigrate rappresentano la quasi totalità delle lavoratrici impiegate a tempo pieno presso l'abitazione di anziani non autosufficienti e disabili.

Percentuale anziani nel Comune di Forlì:

Popolazione anziana	2002	2003	2004	Var
Totale popolazione 65 – 69 anni	5.331	5.454	5.652	20,29%
Totale popolazione 70 – 74 anni	6.092	6.114	6.150	0,59%
Totale popolazione 75 – 79 anni	5.570	5.485	5.475	-0,18%
Totale popolazione 80 – 84 anni	3.730	4.174	4.484	7,43%
Totale popolazione 85 – 89 anni	2.166	1.928	1.840	-4,56%
Totale popolazione > 89 anni	1.382	1.430	1.539	7,62%

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Trasformare l'incontro di due forti emergenze sociali come il bisogno di trovare una nuova sistemazione sociale, economica e di integrazione nel nostro paese e al ritorno nel proprio da parte delle lavoratrici straniere addette ai servizi di cura da un lato e le

necessità di lavoro di cura per anziani e disabili a domicilio da parte delle famiglie italiane dall'altro, in un'opportunità di crescita e apprendimento e risposta delle comunità locali, sul lavoro di cura e sull'integrazione multiculturale. Scopo del Progetto è potenziare, sostenere e migliorare il lavoro di cura facendo leva sulle donne straniere, permettendo loro un'adeguata formazione, il sostegno e l'inserimento nella famiglia, l'accompagnamento al lavoro di cura nelle fasi difficili e di conflitto, attraverso benefit e incentivi sia alla famiglia sia alla donna per la regolarizzazione piena ed effettiva del lavoro.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Articolazione del progetto

macrofase 1: formazione metodologica sui processi e gli strumenti.

è la fase che sostiene, promuove e presidia la ps e gli operatori impegnati sul territorio, e che è quindi trasversale a tutto il programma di lavoro.

macrofase 2: attivazione del tavolo di partecipazione a livello di distretto.

conduzione di tre percorsi di ricerca azione partecipata che confluiranno nell'attivazione di tre tavoli di partecipazione composti da beneficiari finali (donne straniere addette al lavoro di cura), beneficiari intermedi (famiglie e anziani), stakeholders, operatori dei servizi del territorio.

macrofase 3: sostegno e accompagnamento delle lavoratrici straniere impegnate nel lavoro di cura.

macrofase 4: attività di formazione e di potenziamento delle competenze di lavoratrici - donne straniere

macrofase 5: supporto alla regolarizzazione delle lavoratrici straniere

macrofase 6: forme di supporto alle famiglie che incentivano la partecipazione delle lavoratrici straniere a percorsi formativi e di aggiornamento.

macrofase 7: promozione dei diritti dei lavoratori stranieri, integrazione, accoglienza e orientamento.

Elsa si svolge sul territorio provinciale di Forlì-Cesena

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

- azioni di promozione e coinvolgimento delle assistenti sociali dei comuni partner e limitrofi, informandole del progetto ELSA in generale e dell'attività formativa in particolare, in modo che loro possano individuare chi tra i loro assistiti potrebbe essere interessato o avere necessità contemplate dal progetto (attività già svolta anche se il rapporto con le assistenti sociali continua), raccogliere indicazioni, spunti e suggerimenti in merito alla forma migliore di diffusione dell'iniziativa: sono avvenuti due incontri rispettivamente con le assistenti sociali di Savignano S/R e di Cesena, alle quali sono stati distribuiti una bozza di volantino, una scheda di iscrizione per eventuali utenti interessate e uno schema con ulteriori informazioni sul progetto. Le assistenti sociali hanno dato la loro disponibilità a contribuire alla raccolta delle iscrizioni.
- stampa di pieghevoli recanti informazioni sul corso e la loro distribuzione presso le stesse assistenti sociali coinvolte e presso le sedi degli enti partecipanti (è stata effettuata la stampa di brochure in 4 lingue): sono stati stampati pieghevoli redatti in 4 lingue ed è iniziata la distribuzione nel Comune di Savignano S/R

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

4. SPECIFICITA'/ INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

La centralità del contesto e del problema trovano rispondenza operativa nell'importanza assegnata al tema della partecipazione e alla preoccupazione per le possibilità di un suo sviluppo. I soggetti sociali identificati come portatori dei problemi (le donne straniere lavoratrici addette alla cura) presenti nel contesto vengono coinvolti non strumentalmente e non solo nella fase di realizzazione, ma

fin dall'inizio della fase progettuale.

Esse partecipano alla negoziazione che configura le linee generali del piano e del Progetto. Le variabili di contesto e le caratteristiche dei problemi individuati, messe a fuoco da specifiche attività di carattere conoscitivo, risultano determinanti ai fini della definizione delle modalità di progettazione da adottare. Ogni intervento sarà ad hoc, volendo sottolineare l'inevitabilità del fatto che ogni Progetto trovi proprie modalità per rispondere a problemi specifici in contesti determinati.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Il consolidarsi di un Mercato del Lavoro di cura ancora prevalentemente sommerso, irregolare, a basso costo, a forte segregazione femminile etnicamente marcata, poco tutelato sul versante dei diritti e non accompagnato da misure alternative di formazione permanente, supporto tecnico e forme personalizzate di tutoraggio, presenta rischi pesanti di esclusione e di emarginazione sociale e relazionale. Il problema è pertanto sintetizzabile in un generale bisogno di emersione del lavoro nero e di riqualificazione di un lavoro di importanza sociale e culturale fino ad ora trascurata; dall'altro, è necessario riconoscere i bisogni e diritti delle lavoratrici, a partire da misure innovative di formazione professionale, misure contro la discriminazione in cui è l'intera comunità locale a farsi carico del problema.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Periodo dell'iniziativa: 28 mesi.

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

-Donne immigrate occupate e disoccupate.

-Famiglie che incentivano la partecipazione delle lavoratrici straniere a percorsi formativi e di aggiornamento.

8. ACCESSO

a)Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

//

b)Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

//

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Costo totale: 49.300,00

Quota FSE: 24.650,00

Quota FNR: 17.255,00

Quota RER: 7.395,00

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

Arco s.a.s. di Milena Balzani & C.
Amministrazione Provinciale di Forlì-Cesena
Comune di Cesena
Comune di Forlì
Comune di Savignano sul Rubicone
Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
ENTE NAZIONALE GIUSEPPINI DEL MURIALDO

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Arco s.a.s. di Milena Balzani & C.	Organizzazione responsabile della gestione della PS Partenariato transnazionale Valutazione
Amministrazione Provinciale di Forlì-Cesena	Progettazione Raccolta, elaborazione dati richiesti
Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori	Coordinamento delle attività

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

11. PUNTI DI FORZA

PUNTI DI DEBOLEZZA

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

L'ente capofila del progetto, l'ARCO SAS, ha messo a disposizione on line un documento riguardante lo stato di avanzamento del progetto aggiornato all'Aprile 2006.

<http://www.arcopolis.it/lib/d.php?c=agmH6>

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

//

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

//

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 0 | 3 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Registro cittadino e corso di formazione per assistenti familiari ad Ancona

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Nella regione Marche ed in particolar modo nel Comune di Ancona, si sta assistendo ad un forte incremento della popolazione anziana, all'allungamento della speranza di vita, alla crescita del numero di anziani in situazione di parziale o totale non autosufficienza. La speranza di vita nella provincia di Ancona è di 77,8 anni per gli uomini e di 83,9 per le donne e nella città sono presenti oltre 1.200 novantenni. Molte famiglie utilizzano le assistenti familiari, spesso straniere e con una formazione non sempre adeguata, per assistere gli anziani non autosufficienti.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Il comune di Ancona intende intervenire col progetto al fine di:

- Collegare il lavoro di assistente familiare con la rete dei servizi pubblici per meglio garantire il cittadino
- Regularizzare il rapporto di lavoro tra famiglia e assistente familiare nonché contrastare il lavoro nero
- Qualificare il rapporto tra domanda e offerta
- Fornire strumenti per favorire la qualità del lavoro e del servizio, al contempo favorire la crescita professionale della lavoratrice e del lavoratore

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Il progetto "Registro cittadini 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 che si occupi delle politiche rivolte agli assistenti familiari.

Il registro è articolato in un data-base contenente i dati essenziali relativi agli iscritti e alla sussistenza dei requisiti di iscrizione. Inoltre potrà prevedere una raccolta informatizzata e su base cartacea dei curricula degli assistenti iscritti. Lo scopo di tale strumento è quello di facilitare alle famiglie la ricerca e l'individuazione di assistenti formati.

I corsi di formazione, attivati dal 1/7/2006, intendono garantire ai partecipanti il possesso dei requisiti necessari all'iscrizione al registro. La durata del corso è di almeno 100 ore di cui almeno 50 di attività didattica in aula.

Ogni modulo didattico prevede un massimo di 25 allievi. Laddove previste, le attività pratiche e di tirocinio dovranno essere svolte, per un numero di ore non inferiore a 36, presso strutture che accolgono persone anziane non autosufficienti o disabili; agli allievi dovrà essere garantita la supervisione di un tutor responsabile degli obiettivi di apprendimento.

Il corso prevede una verifica della conoscenza elementare della lingua italiana. Eventuali esigenze di fornire ai cittadini stranieri conoscenze linguistiche di base, potranno essere soddisfatte o con l'inclusione di un modulo specifico aggiunto all'interno del corso, o tramite attività formative esterne, propedeutiche alla frequenza del corso.

Al conclusione del corso viene rilasciato un attestato.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

Infermieri, dietista, assistente sociale, medico in igiene e sicurezza del lavoro, terapeuta della riabilitazione, sindacalisti, OS, professori di scuole medie superiori.

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Il servizio è stato prevalentemente pubblicizzato attraverso le reti che operano con gli immigrati (ad esempio organizzazioni sindacali, centri di solidarietà del privato sociale, ecc.).

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Comune di Ancona – Servizi sociali, educativi e sanità. Viale della Vittoria 37, 60100 Ancona.

4. SPECIFICITA'/ INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

- Tentativo di collegare il lavoro di assistente familiare con la rete dei servizi pubblici;
- Accordo (sotto forma di protocollo di intesa) tra Comune di Ancona e Sindacati (Cgil, Cisl e Uil);
- Comune di Ancona e sindacati si sono impegnati a chiedere alla Regione Marche l'attivazione di un progetto volto a sostenere la copertura degli oneri contributivi che la regolarizzazione del contratto di lavoro comporta alle famiglie.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Il progetto è stato proposto e sviluppato dal Comune di Ancona a seguito di un documento istruttorio redatto in data 20/4/2006 dal Servizio Servizi Sociali da cui è emersa l'esigenza di sostegno ai bisogni della popolazione anziana del territorio e della crescente offerta di lavoro nel campo della cura domiciliare.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

L'istituzione del registro è avvenuta mediante delibera N.269 del 9 Maggio 2006.

I corsi di formazione per assistenti domiciliari sono stati avviati il 1/7/2006.

La fase sperimentale del progetto è stata conclusa nel Dicembre 2006.

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari

regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il progetto tende a sostenere sia la domanda che l'offerta del lavoro di cura domiciliare.

I beneficiari appartenenti al settore della domanda sono gli anziani non autosufficienti o disabili residenti nel Comune di Ancona. Nel campo dell'offerta, i soggetti investiti dall'iniziativa, sono tutti coloro i quali, in possesso dei requisiti necessari all'iscrizione all'albo, desiderano intraprendere attività legate al lavoro di cura domiciliare.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

I requisiti necessari all'iscrizione al registro cittadino degli assistenti domiciliari sono i seguenti:

- 18 anni compiuti
- Obbligo scolastico assolto (per cittadini italiani)
- Conoscenza di base della lingua italiana (per stranieri)
- Assenza di sentenze di condanna passate in giudicato
- Possesso di una qualifica professionale/titolo di studio nell'area dei servizi socio-sanitari con riferimento all'attività di cura alla persona

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Le domande d'iscrizione al registro, per le quali opportuna la predisposizione di opportuna modulistica, devono pervenire ai Servizi sociali, educativi e sanità del Comune di Ancona responsabile della gestione del registro.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Il Comune di Ancona non ha sostenuto spese per l'implementazione del servizio.

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

Non sono previste tariffe per l'utente finale.

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

La parte attinente all'attività formativa è stato finanziato attraverso FSE.

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

Per il 2007 si prevede una partecipazione del Comune di Ancona per la pubblicizzazione dell'intervento.

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

Sono partner del progetto il Comune di Ancona, il Comitato locale per l'educazione degli adulti (E.D.A.), la Cooperativa sociale COOSS Marche e il C.T.P., i quali collaboreranno nella realizzazione di corsi per "assistenti familiari".

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Capofila del progetto nonché ente promotore è il Comune di Ancona.

I corsi per assistenti familiari sono organizzati dall'EDA, la Cooperativa sociale COSS Marche e il C.T.P.

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Sono stati siglati due Protocolli di intesa: uno tra Comune di Ancona, Comitato locale per l'E.D.A., Coop. Soc. Cooss Marche e C.T.P. per la realizzazione dei corsi di formazione ed uno tra Comune e Sindacati per la realizzazione del registro e dei corsi di formazione.

11.	PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
	- Coinvolgimento di un buon numero di persone in attività formative; - Riqualificazione sociale della professione di badante; - Creazione di network attraverso il coinvolgimento di diversi soggetti pubblici, sindacali e del privato sociale.	- Scarsa disponibilità delle assistenti familiari iscritte al registro a coprire turni di 24 ore;

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

E' istituita una commissione tecnica coi compiti di:

- Verificare la corrispondenza agli standard, previsti dal Comune per l'iscrizione al registro, dei corsi di formazione frequentati dai richiedenti l'iscrizione
- Valutare i titoli di studio conseguiti all'estero al solo fine di considerare l'assistente familiare come già formato
- Monitorare la sperimentazione del registro e formulare proposte sulla modalità di fruizione e gestione dello stesso, anche tenendo conto di eventuali segnalazioni dell'utenza

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Si ritiene che il format utilizzato possa essere riproposto in altri territori, a condizione che vi sia la volontà di collaborare da parte dei soggetti interessati.

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

Si ritiene che l'incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura domiciliare possa essere ulteriormente qualificato attraverso l'azione del Centro Provinciale per l'Impiego di Ancona, presso il quale si auspica la costituzione di sportelli dedicati.

Si auspica inoltre, per il futuro, la possibilità di mettere in atto delle sovvenzioni alle famiglie per alleviare gli oneri contributivi legati alla regolarizzazione del contratto di lavoro. A tale scopo, il Comune di Ancona e le organizzazioni sindacali si sono impegnate a richiedere alla Regione Marche la realizzazione di un progetto che vada in questa direzione.

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Registro cittadino delle badanti

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 0 | 4 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Progetto Madreperla- Regione Emilia Romagna- Provincia di Bologna

2. CONTESTO

La popolazione anziana, ha conosciuto una crescita progressiva e sempre più lenta, che l'ha portata negli ultimi anni a superare le 100.000 unità (il 27% della popolazione residente). Su questo andamento ha inciso positivamente il processo di allungamento della vita media, che ha toccato nella città di Bologna livelli straordinariamente elevati pari a 78,7 anni per gli uomini e 83,5 per le donne. Dall'esame dei dati più recenti appare infatti una tendenza alla diminuzione degli anziani in età da 65 a 79 anni e ad un continuo e sostenuto incremento dei "grandi anziani" (80 anni e più). Questi ultimi sfiorano ormai le 32.000 unità (con un peso relativo dell'8,5%) e sono costituiti per oltre i due terzi da donne.

L'attuale modello di assistenza domiciliare, nonostante gli elementi di innovazione non riesce da solo a rispondere ai nuovi bisogni: questo servizio, strutturato per erogare assistenza per prestazioni (igiene personale, alzata, mobilitazione, vestizione, etc.) con interventi limitati per quantità e durata, risulta inadeguato in caso di forti necessità assistenziali. Gli anziani non autosufficienti, bisognosi di cure continuative e le loro famiglie hanno individuato nuovi strumenti di care. Il ricorso al supporto garantito dalle assistenti familiari ha di fatto ridisegnato l'assistenza agli anziani (8.850 sono le persone assunte regolarmente come assistenti familiari o collaboratrici familiari a Bologna e provincia - escluso Imola).

Il servizio offerto dalle assistenti familiari sul territorio bolognese rappresenta una risorsa strategica fondamentale per il sistema di welfare municipale. Il riconoscimento di questo servizio, la sua messa in rete con i servizi territoriali, la sua piena integrazione nel sistema locale dei servizi e degli interventi sociali, è la sfida che sta affrontando l'Amministrazione comunale. Solo attraverso un approccio integrato è possibile riuscire a trovare soluzioni capaci di coniugare i bisogni degli anziani e delle famiglie con i bisogni delle lavoratrici, realizzando un contesto in grado di accompagnare tutti i soggetti coinvolti.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite:

- Garantire alle lavoratrici l'opportunità di acquisire abilità tecniche di assistenza diretta alla persona, ma anche capacità comunicative e di relazione con il contesto sociale, dando loro maggiore fiducia e sicurezza professionale (attraverso il confronto con docenti e allieve), aiutandole ad uscire dall'isolamento in cui spesso si trovano;
- Sostenere le famiglie consentendo alle assistenti familiari di intervenire efficacemente nell'aiuto alle persone parzialmente o totalmente non autosufficienti;
- Migliorare le opportunità lavorative delle donne straniere, in un'ottica di approccio globale a tutti i problemi che sono determinati dal vivere e lavorare in un contesto a loro non familiare.

b) Tipologia di intervento realizzato:

- Realizzazione di un corso di formazione di 50 ore per assistenti familiari, a completamento di un precedente percorso formativo

di 70 ore;

- Realizzazione di due corsi di formazione di 120 ore, a sostegno della qualificazione dell'assistenza familiare privata a domicilio attraverso l'acquisizione di competenze di base;
- Realizzazione di un corso di avvicinamento alla lingua italiana orientata al lavoro di cura;
- Realizzazione di due corsi di alfabetizzazione informatica;
- Realizzazione, in collaborazione con le cooperative sociali che gestiscono l'assistenza domiciliare per il Comune di Bologna, di un corso di formazione per tutor dell'assistenza familiare, quale punto di riferimento qualificato per la famiglia e la lavoratrice, in grado di fornire consulenza e sostegno e di costituire il collegamento con la rete dei servizi territoriali;
- Erogazione di un percorso di accompagnamento delle immigrate, attraverso un insieme strutturato di attività diverse, finalizzate all'accertamento delle competenze riconducibili al lavoro di cura a domicilio e a favorire la qualificazione professionale delle lavoratrici (redazione del port-folio delle competenze documentabili e certificabili e spendibile anche al fine di un possibile miglioramento delle prospettive di lavoro) e garantire standard di qualità alle famiglie che necessitano di questo sostegno assistenziale;
- Sperimentazione, attraverso la figura del tutor dell'assistenza familiare e fortemente collegata al sistema pubblico dei servizi (Servizi Assistenza Anziani dei Quartieri) di formazione in situazione ovvero presso il domicilio della persona anziana.

c) Professionalità impiegate:

- Psicologi
- Sociologi
- Insegnanti
- Dietisti
- Assistenti sociali
- Infermieri professionali
- Operatori Socio Sanitari
- Assistenti di Base

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte:

- Sito del Comune
- URP e Servizi Assistenza Anziani dei Quartieri
- Organizzazioni Sindacali
- Ufficio immigrazione del Comune
- Associazioni di cittadini non comunitari
- Associazioni/Organizzazioni che svolgono molteplici azioni a supporto della crescente domanda assistenziale da parte delle famiglie, organizzando servizi di regolarizzazione e di incrocio fra domanda ed offerta di lavoro
- Centri Territoriali Permanenti per la formazione degli adulti
- Centri di ascolto per immigrati

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città

L'attività in aula si è svolta presso la sede del Settore Servizi Sociali del Comune in zona semi centrale. Per l'attività di tirocinio presso le strutture o centri anziani dislocati nei vari quartieri cittadini la tutor d'aula ha svolto anche il ruolo di accompagnatrice.

Le famiglie che sono assistite nei compiti di cura alle persone anziane dalle assistenti familiari, per richiedere a titolo gratuito l'intervento di formazione in situazione, possono rivolgersi al Servizio Assistenza Anziani del Quartiere di residenza.

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

I primi corsi di formazione promossi dal Comune si sono svolti nel 2004, ma gli elementi di novità del progetto Madreperla sono costituiti da:

- formazione in situazione, ovvero presso il domicilio dell'anziano, a cura di una tutor dell'assistenza familiare (operatrici socio sanitarie che hanno frequentato un corso di formazione specifico);
- colloqui a piccoli gruppi per fornire alle immigrate, presso le sedi degli Sportelli per il lavoro del Comune, un servizio di:

primo orientamento e supporto individuale alle persone immigrate che trovandosi in particolari fasi della propria vita relativamente alle proprie scelte professionali o in momenti di difficoltà o di passaggio della vita lavorativa, intendono partecipare alle azioni formative;

analisi di conoscenze e competenze per porre le persone colloquate nella condizione di scegliere consapevolmente e criticamente le opportunità di lavoro e di formazione, operando scelte responsabili sul piano individuale e sociale.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Il progetto denominato “Madreperla1 – Sostegno e qualificazione del mercato di cura familiare” promosso dai Comuni di Modena, Forlì e dalla Provincia di Reggio Emilia e realizzato grazie al contributo della Regione Emilia Romagna nell'anno 2002, si è sviluppato su tre specifiche direttrici: sperimentazione di un modello formativo rivolto ad operatrici e tutor; realizzazione di un prototipo di piattaforma software come sistema informatico di supporto all'erogazione di servizi alla popolazione anziana; studio sugli aspetti giuridici e contrattuali del lavoro di cura ed assistenza domiciliare.

Dall'esperienza sono emerse precise indicazioni per la presentazione, sempre alla Regione Emilia Romagna, di un progetto di continuità, evolutivo ed innovativo. Il progetto Madreperla 2, che ha coinvolto in una logica di diffusione e scambio di buone pratiche, il Comune e la Provincia di Bologna, si pone quindi come obiettivo generale l'evoluzione di un percorso iniziato nell'anno 2002 con il progetto Madreperla 1, che ha comportato la realizzazione di efficaci strumenti per favorire l'incontro tra domanda e offerta.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

La durata del progetto Madreperla 2 è dal mese di maggio 2005 al 31 dicembre 2006.

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Il target potenziale del progetto erano le donne immigrate, in possesso di regolare permesso di soggiorno, occupate o in cerca di occupazione, le famiglie con anziani non autosufficienti, le Responsabili dell'Attività Assistenziale delle Cooperative che gestiscono per il Comune l'Assistenza Domiciliare.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso:

- Per la partecipazione all'attività formativa, il possesso del permesso di soggiorno o la qualifica di RAA per quanto concerne il corso per tutor dell'assistenza familiare;
- Per la formazione in situazione, l'assunzione regolare della badante da parte delle famiglie.

b) Procedure per l'accesso:

- Per l'attività formativa, presentazione della domanda presso il Settore Servizi Sociali del Comune;
- Per la formazione in situazione, presentazione della richiesta presso il Servizio Assistenza Anziani del Quartiere di residenza.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico

- Non è previsto alcun costo per il Comune di Bologna.

b) Costi / tariffe per l'utente

- Per l'utente finale le attività previste sono a titolo gratuito.

c) Enti finanziatori

Il progetto è interamente finanziato dalla Regione Emilia Romagna

d) Sostenibilità nel tempo

- In continuità con le precedenti esperienze è già stato approvato dalla Regione Emilia Romagna il progetto Madreperla 3 che prevede il consolidamento di strumenti e servizi.

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti

Comune di Bologna (Settore Servizi Sociali, Settore Affari Istituzionali e Quartieri, Quartieri, Settore Economia), Provincia di Bologna (Settore Servizi alla Persona e alla Comunità), Comune di Modena, Provincia di Modena, Comune di Reggio Emilia, Provincia di Reggio Emilia, Cooperative che gestiscono i servizi di assistenza domiciliare per i Servizi Assistenza Anziani dei Quartieri, Modena Formazione.

b) Ruoli e competenze

- Ente gestore e mandatario del progetto: Modena formazione srl;
- Soggetti promotori: Comuni di Bologna, Modena, Reggio Emilia. Province di Bologna, Modena, Reggio Emilia;
- Gruppo di pilotaggio: comprende gli attori istituzionali e tecnici di ciascun territorio. Ha specifiche funzioni di regia: determina gli indirizzi, le priorità e le strategie.

c) Meccanismi di coordinamento

- Coordinamento operativo: comprende un rappresentante per ogni soggetto promotore, un project leader per ogni realtà territoriale. Ha specifiche funzioni di coordinamento e messa in rete delle attività che caratterizzano ciascuna realtà locale in una logica di integrazione delle azioni, qualità degli interventi, definizione dei modelli-prodotti "eccellenti";
- Gruppo territoriale tematico: ha una specifica funzione operativa per la messa a punto delle attività.

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
- Valorizzazione di precedenti progetti; - Inclusione delle donne immigrate al mercato del lavoro di cura; - Miglioramento delle prospettive di vita lavorativa attraverso un approccio formativo personalizzato (bilancio di competenze) in grado di valutare le competenze e le conoscenze possedute e quindi capitalizzabili ai fini di un riconoscimento per l'accesso a percorsi formativi più strutturati; - Integrazione tra i soggetti pubblici e privati che si occupano di informazione, formazione e orientamento di donne immigrate.	- Forte indisponibilità dopo un anno dal primo corso di formazione a completare il percorso (alta percentuale di lavoratrici non più rintracciabili o che hanno cambiato tipologia di lavoro o che sono rientrate al paese di origine); - I corsi da 120 ore, previsti dalla delibera regionale 924/2003, richiedono una disponibilità nel tempo che hanno solo le persone non occupate e soprattutto hanno alte percentuali di abbandono; - Difficoltà rispetto alla formazione in situazione: molte famiglie percepiscono la figura della tutor come una sorta di "controllore" del buon andamento del rapporto anziano/badante. Le famiglie e le badanti devono sottoscrivere un modulo e questo esclude le badanti senza permesso di soggiorno.

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

La valutazione di efficacia dell'intero progetto ha avuto esiti positivi.

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto in altri contesti territoriali. E' quello che è accaduto con la riproposizione e lo sviluppo sul territorio di Bologna e provincia del progetto già sperimentato dai Comuni di Modena, Forlì e dalla Provincia di Reggio Emilia.

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Realizzazione presso gli Sportelli comunali per il lavoro di un servizio pubblico di incrocio domanda/offerta di lavoro di cura.

15. PRODOTTI

Materiali di supporto alla formazione a cura dei docenti, software per l'incrocio domanda/offerta di lavoro

Data compilazione: 13 dicembre 2006

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 0 | 5 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Corso di formazione per badanti: MESTIERI SOCIALI – corso per badanti- Comune di Torino

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Il progetto pone le proprie basi sui dati dell'ufficio statistica della Città di Torino che indica un aumento costante del numero di soggetti di età superiore ai 70 anni residenti sul territorio della V Circoscrizione, 17.114 nel 2001, 18.722 nel 2003, 19.169 nel 2005.

Il bisogno quindi, legato anche alla scarsa disponibilità di tempo da parte delle famiglie lavoratrici fa sì che sia sempre maggiore la domanda di persone disponibili a spendersi nel ruolo di assistenza.

Allo stesso tempo il progetto nasce dalla volontà di affrontare in modo preventivo i rischi di esclusione sociale e lavorativa di soggetti in condizione di svantaggio sociale, in una realtà come il territorio della V Circoscrizione della Città di Torino: un contesto periferico con scarse possibilità di occupazione dove il tema della diversità assume tonalità problematiche in quanto si sommano sullo stesso territorio problematiche diverse quali disagio, svantaggio, alta presenza di soggetti nomadi ed un flusso di immigrazione straniera superiore al 21%.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) **Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite** (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

A favore di persone anziane in stato di bisogno:

- Garantire alle persone anziane non autosufficienti la possibilità di accedere a servizi di cura domestici di qualità.
- Incentivare la permanenza nella propria casa delle persone non autosufficienti o parzialmente tali.
- Garantire un'assistenza idonea a domicili in attesa di un eventuale ricovero in struttura sanitaria o di un posto in un

presidio socio-assistenziale.

- Mantenere e/o recuperare il benessere psicofisico dell'utente.
- Evitare e ridurre i rischi di isolamento ed emarginazione.

A favore di donne straniere:

- Sostenere le immigrate e gli immigrati impegnati in attività di cura nei confronti di anziani non autosufficienti.
- Favorire l'occupazione lavorativa, qualificazione professionale, nonché l'integrazione anche dei cittadini extracomunitari in un quadro di legalità e coesione sociale.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Si fonda sulla pedagogia preventiva con finestre sulla metodologia della partecipazione.

La formazione proposta darà ampio spazio alle esercitazioni pratiche, al sistema di role-playing, alle simulazioni, al report di casi e si baserà quindi su di un insegnamento che farà ricorso alla concretezza delle esperienze proposte, pur partendo sempre da una base di nozioni teoriche.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

formatrice cooperativa – tutor cooperativa – infermiera professionale- avvocato – cuoco – esperto di tecnologie informatiche – esperto di reti.

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

- tramite i contatti diretti con le donne straniere frequentanti il Centro Territoriale Permanente Saba presso il quale la Cooperativa gestisce un servizio di assistenza ed animazione dei bimbi per le signore straniere iscritte
- tramite i contatti diretti con le numerose famiglie stranieri frequentanti il centro diurno aggregativo Mago Merlino gestito dalla Cooperativa in via Thourar 2, Torino
- tramite la collaborazione con l'Ufficio Lavoro della V Circoscrizione della Città di Torino
- tramite la collaborazione con Servizi Sociali della V Circoscrizione della Città di Torino

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Presso la sede della cooperativa – via Foligno 95 Torino

4. SPECIFICITA'/ INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

E' stato attivato sperimentalmente.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Un sogno per tutti è un soggetto molto radicato sull'esperienza del territorio; in particolare nella V Circoscrizione della Città di Torino intreccia i suoi percorsi con la Rete Territoriale, nel tentativo di dare il proprio contributo al cambiamento.

La scelta di proporre percorsi formativi o educativi nasce sempre da una domanda che è espressione del bisogno riscontrato. La risposta che si costruisce tiene conto in primo luogo delle persone, accogliendole così come sono e provando con loro a costruire

un pezzo di strada.

In questo caso la cooperativa ci tiene a precisare che oltre a mettere in campo risorse interne, affiderà la docenza a persone esterne che hanno svolto in passato attività di volontariato sociale, maturando poi negli anni una competenza professionale spendibile in questa situazione: siamo, infatti, convinti che la carica umana e la capacità di relazione siano competenze necessarie per lavorare con persone in situazione di svantaggio.

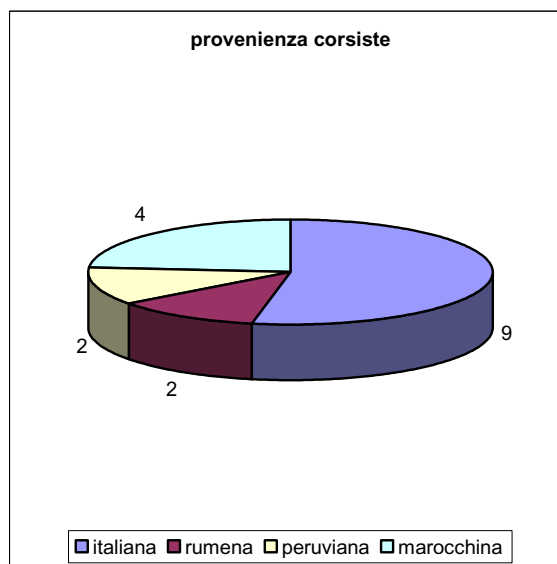
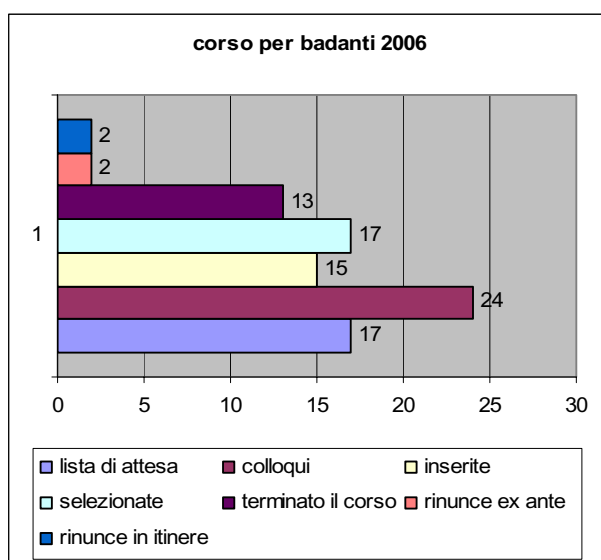
6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Febbraio – giugno 2006

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.



8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

- la maggiore età, l'obbligo scolastico assolto o in assolvimento entro l'anno in corso, la conoscenza di base della lingua italiana, il permesso di soggiorno valido

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

- valutazione dei pre-requisiti di base
- un colloquio individuale che verrà svolto congiuntamente da: la figura tutor del corso che potrà quindi fornire ulteriori

elementi di chiarezza sul corso stesso, un formatore con competenze specifiche che potrà dare un parere tecnico ed eventualmente la persona che segnalerà la corsista (Assistente sociale, insegnante del CTP, educatrice del centro diurno, operatrice Ufficio Lavoro) in qualità di mediatore in modo da mettere a proprio agio la aspirante.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

0

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

0

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)
fondazione CRT – bando Mestieri Sociali 2006

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

Sebbene per un corso di formazione, risulti spesso difficile garantire le risorse economiche per autosostenersi per il futuro, crediamo che un progetto formativo come questo possa rispondere a caratteristiche di mainstreaming orizzontale in quanto mira a costituirsi a modello e verticale in quanto ha la pretesa di riuscire nel tempo a codificare prassi ed acquisire valenza sistemica. In questo modo potrebbe risultare sostenibile anche per il futuro grazie ai rapporti di rete sui quali si è investito, in particolare quello con il Centro Territoriale Permanente e con la V Circoscrizione della Città.

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

CTP SABA – Ufficio lavoro V Circoscrizione per la promozione

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Fondazione CRT – Cooperativa – Interno

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

11. PUNTI DI FORZA

PUNTI DI DEBOLEZZA

La difficoltà maggiore riscontrata è stata sicuramente l'organizzazione del tirocinio, in quanto il tempo a disposizione da parte delle corsiste si è rivelato difficilmente incrociabile con la disponibilità avuta dalla Cooperativa il Portico che ha gentilmente messo a disposizione la propria équipe di lavoro che gestisce il servizio di domiciliare nel quartiere Madonna di Campagna e Borgo Vittoria. Si è scelto questa risorsa sia per l'alta professionalità del servizio offerto, che per la maggior vicinanza alla tipologia di lavoro futuro per le corsiste rispetto ad un tirocinio svolto presso una casa di riposo
E' stata sicuramente vincente la scelta di affiancare l'intero corso tramite la presenza di un tutor esperto che ha condiviso con le partecipanti tutte le tappe dello stesso

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Ex-ante: sarà costituita dal lavoro di studio sul bilancio delle competenze, sulla base del quale verranno adattati i contenuti dei vari moduli; verranno presentati i risultati in incontro di équipe con tutti i docenti coinvolti e con tutti loro verrà rimodulato il programma didattico

In Itinere: in primo luogo verrà svolto un monitoraggio costante delle presenze per fornire dati di tipo quantitativo; attraverso colloqui di gruppo o questionari presentati dal tutor sui contenuti di ogni singolo modulo si valuteranno le competenze dei corsisti

Ex post: verrà utilizzata una griglia che sulla base di parametri quantitativi e qualitativi potrà fornire gli elementi necessari per garantire una corretta valutazione esterna del percorso; attraverso il sistema del focus group si attuerà una verifica interna coinvolgendo le corsiste

Si è svolto con la stessa formatrice della cooperativa, che aveva già tenuto i primi incontri in fase di accoglienza, attraverso l'utilizzo di quattro tecniche che hanno offerto la possibilità di esprimersi, posizionando sé stessi in funzione del corso, dei docenti, dei colleghi e che hanno consentito quindi di avere un quadro d'insieme e contemporaneamente di avere chiare le posizioni di ciascuno.

1. tecnica dei petali

si tratta di una verifica dei risultati attesi da ciascuno ed è un richiamo ad una tecnica utilizzata in fase di accoglienza che prevedeva la costruzione di un fiore sui cui petali venivano indicate le competenze di cui ci si sentiva portatori e quelle che si sperava di incrementare tramite il corso di formazione;

- a. miglioramento competenze di tipo relazionale: raggiunto
- b. competenze comunicative: raggiunto
- c. competenze tecniche: raggiunto oltre le aspettative
- d. lingua italiana: parzialmente raggiunto dalle signore straniere

2. il bersaglio:

è stato chiesto alle corsiste di attaccare un post.it su di un cartellone su cui vi era disegnato un bersaglio ponendolo tanto più vicino al centro tanto maggiore fosse stata l'utilità; sul post.it si chiedeva inoltre di indicare un commento alla scelta effettuata

nel complesso vi è stata unanimità di posizionatura al centro per quanto riguarda gli interventi di cura e igiene della persona e circa le dinamiche positive instaurate nel gruppo di lavoro che pare abbiano risposto in pieno alle aspettative; si collocano in una fascia positiva, ma vi erano aspettative inferiori di partenza, le lezioni sugli aspetti legali e sui servizi; per quanto riguarda le lezioni di cucina ed alimentazione è stato apprezzato il metodo attivo, ma questo non è stato sufficiente a posizionare su fasce positive in quanto sono mancati alcuni aspetti sulla cucina adatta per le persone malate; le ore dedicate alla organizzazione associativa o cooperativa sono state posizionate fuori dal bersaglio in quanto non si sono ritenute utili per la preparazione professionale.

3. il consiglio

questa tecnica che puntava sul far emergere le relazioni tra le partecipanti consisteva nel posizionare su vari quadranti di un cartellone biglietti indirizzati ad una compagna di corso; ciò che è emerso è stata una ampia disponibilità a conoscere l'altro, ad accettarne le differenze, a valorizzarne il positivo. Il livello di coinvolgimento è stato molto alto fino ad avere alcuni momenti di forte commozione.

Per alleggerire l'esercizio è stato poi richiesto di raccontare un episodio allegro su ciascuna all'interno del percorso.

4. visioning a sei mesi

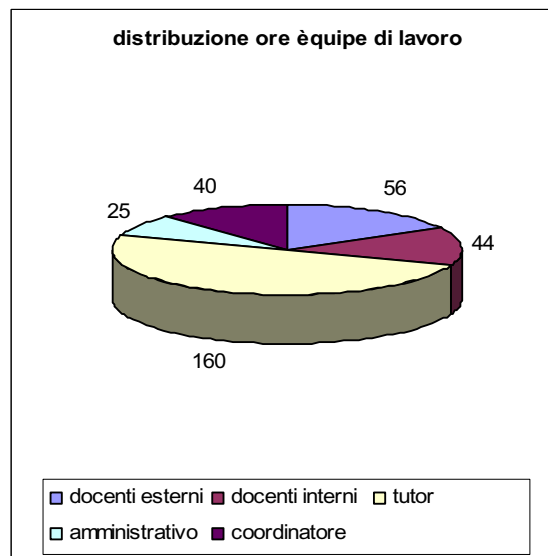
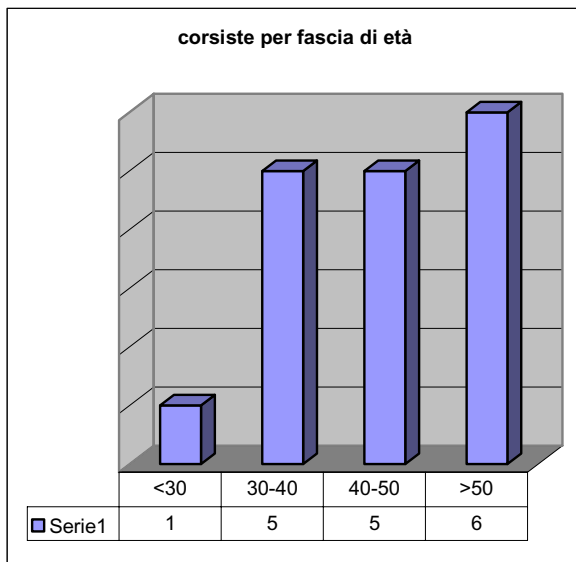
la tecnica consente di fare una riflessione personale, poi condivisa con il gruppo, sulla propria vita in un arco temporale futuro di 6 mesi all'interno di una area del proprio contesto di vita, in questo caso quella del lavoro e della famiglia, con la possibilità di posizionarsi nella fascia dei cambiamenti positivi, della situazione statica, e dei cambiamenti negativi.

Tutte si sono posizionate nella fascia del positivo, indicando il corso come un momento di incremento di sicurezza, di assunzione strumenti tecnici, di nuove relazioni.

Evidenziamo che tre di loro durante il mese di maggio hanno già trovato un posto di lavoro con regolare contratto: questo sicuramente dà speranza concreta del cambiamento possibile.

Concludiamo con il contenuto di un biglietto posto sul cartellone della visioning, perchè crediamo che possa esprimere il miglior risultato atteso per l'èquipe di formazione:

"Sono finalmente nel mondo del lavoro, ho la possibilità di stare a fianco ad una persona anziana, di curarla, di stare con una persona che abbia bisogno di me."



13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Può essere replicato nello stesso contesto o in altri contesti, stante il bisogno di risorse.

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

Sarebbe auspicabile una ripetizione almeno annuale del servizio ed un articolazione sul monitoraggio a distanza di tempo per verificare il proseguo professionale delle corsiste

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Data compilazione: 2 dicembre 2006

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 0 | 6 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

PROMO CARE - La Promozione delle donne immigrate nei servizi di cura –Comune di Trento

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Il settore dei servizi di cura domiciliare rappresenta un ambito nel quale il mercato delle esigenze, di cui sono portatrici le famiglie trentine, amplia continuamente le richieste, specie in relazione al progressivo invecchiamento della popolazione, rendendo insufficienti i processi di assistenza pubblica. Si giustifica così l'ampia richiesta di servizi di "badantato" (assistenza agli anziani, baby sitting, colf ecc.) a fronte della quale, stante l'inadeguatezza delle risposte date dagli strumenti esistenti, si è sviluppato un mercato di notevoli proporzioni.

Nel caso trentino, paradossalmente, il dato ufficiale di questa presenza è relativamente modesto, attestandosi, al 31/12/1998, intorno alle 360 unità. Se è vero, come hanno confermato le più recenti ricerche (Degasperì et al., 2000) che la domanda di manodopera per servizi di cura è in crescita costante anche in Provincia di Trento, si presume che, a fronte di un dato ufficiale così esiguo, il lavoro sommerso sia fortemente presente.

Sul lato dell'offerta, infatti, si registra in Provincia di Trento una presenza diffusa di lavoratrici immigrate, che operano spesso in condizioni di irregolarità. Questo tipo di offerta si integra, nel panorama attuale, prevalentemente con l'esigenza espressa dalle famiglie con a carico anziani non autosufficienti, che necessitano di una manodopera flessibile, senza vincoli di orario e con una disponibilità assoluta, offerta che non trova riscontro, in questi termini, nell'attuale gamma di servizi erogati da pubblico e privato sociale.

Detta richiesta viene in buona parte soddisfatta da donne residenti sul territorio che vivono in condizioni di disagio, ovvero da donne immigrate, provenienti soprattutto dai paesi dell'Est Europa, talvolta in situazioni di irregolarità o sprovviste di qualsiasi inquadramento lavorativo e copertura legale, previdenziale e assistenziale. Finalità dell'iniziativa è perciò di intervenire su detto mercato, tramite un coordinamento in rete delle attività di inserimento lavorativo destinate alle donne immigrate e di raccordo tra domanda e offerta di lavoro, in cui avrà particolare rilievo la costituzione di un'impresa sociale dedicata al collocamento delle "badanti" e al matching tra domanda e offerta.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Il progetto Equal Promocare si propone di **favorire l'integrazione di donne immigrate** nel mercato del lavoro locale, attraverso la

creazione di una o più imprese sociali. Il contesto nel quale si è sviluppato il progetto è caratterizzato, da un lato, dalla presenza, in Trentino, di una forte domanda di servizi di assistenza e cura a soggetti deboli, dall'altro dalla presenza massiccia, nel settore, di forza lavoro immigrata. L'obiettivo finale del progetto è di **coniugare le esigenze dal lato della domanda e dal lato dell'offerta** nel settore dei servizi di cura, offrendo allo stesso tempo alle donne immigrate l'opportunità di migliorare la loro posizione sociale e lavorativa, promuovendo nel contempo inserimento regolare e qualificato delle donne straniere nel mercato del lavoro.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Il progetto presenta una serie di attività, tra loro interconnesse, tra le quali individuare le dimensioni e le caratteristiche del "lavoro irregolare" femminile nei servizi di cura ad anziani, offrire formazione professionale alle operatrici senza idonea preparazione, attivare processi di tutoring sociale, sperimentare forme innovative di assunzione (parttime verticale e orizzontale, job sharing, ...), nonché di regolarizzazione dei rapporti lavorativi di fatto esistenti, ecc.).

Prodotto principale del progetto è stata la creazione di un'**agenzia privata di collocamento per le badanti**. La formula adottata è stata quella della Società cooperativa a mutualità prevalente (in pratica un consorzio per il 70% composto da Cooperative sociali e per il 30% da altri enti, tra i quali i partner del progetto Equal). Attività prevalente del consorzio è la **mediazione tra domanda e offerta di servizi di cura**, mentre tra le attività di supporto, si annovera la promozione di piccole imprese gestite direttamente dalle assistenti private. Complementare, infine, è la nascita di "**Agorà**", un'associazione di donne immigrate e trentine che si occupa di integrazione culturale e sociale, riconoscimento dei titoli di studio acquisiti all'estero, corsi di italiano e pronto intervento, supporto psicologico e mediazione familiare.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

Il progetto ha reso necessaria la collaborazione tra diverse professionalità a seconda delle azioni intraprese. Per quanto riguarda la formazione delle donne immigrate impegnate nei servizi di cura, sono stati chiamati, psicologi, nutrizionisti, medici geriatrici e assistenti sociali per dare una panoramica dei più comuni problemi che queste persone potevano incontrare. Inoltre sono stati fatti corsi di informatica per poter compilare dei database delle domande e richieste e per poter utilizzare gli strumenti di comunicazione, necessari per gestire una attività di mediazione. Per la gestione del consorzio, sono state scelte persone che avessero competenze economico-manageriali nel campo del terzo settore privato.

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

ACLI, ATAS, Caritas hanno offerto un servizio di informazione e consulenza ai datori di lavoro (le famiglie con anziani non autosufficienti) e alle lavoratrici immigrate e hanno preso parte alla divulgazione dei principi e dei risultati dell'iniziativa attraverso le loro sedi periferiche distribuite su tutto il territorio della Provincia di Trento.

Tra le attività di comunicazione e pubblicizzazione dell'iniziativa, inoltre, si annoverano la pubblicazione di un volume dal titolo "Equal Promocare: la promozione delle donne immigrate nei servizi di cura", l'organizzazione di seminari formativi rivolti alle donne immigrate, la predisposizione di un catalogo dell'offerta formativa per il settore di cura, nelle province di Trento, Bolzano, Verona e Vicenza e la predisposizione e pubblicazione del depliant dell'associazione Agorà.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Il servizio ha due sportelli principali, uno per la raccolta delle richieste di badantato e quindi dedicato alle famiglie e l'altro dedicato alle donne immigrate in cerca di lavoro nel settore della cura alle persone. Il consorzio può contare anche sugli sportelli territoriali degli enti soci (Atas Onlus, Caritas, ACLI servizi e Comune di Trento)

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Un primo elemento innovativo del progetto è rappresentato dalla proposta di far incontrare un bisogno sociale emergente (la crescente domanda insoddisfatta di manodopera qualificata per mansioni di assistenza domiciliare) con la situazione discriminatoria presente nel mercato del lavoro locale (l'inserimento lavorativo precario, ai confini della marginalità sociale, di molte collaboratrici domestiche, italiane ma soprattutto straniere) attraverso un lavoro di rete che coinvolge, in un partenariato rappresentativo, tutti i principali "stakeholder": al progetto partecipano enti locali (Comune di Trento), rappresentanti del mondo dell'economia sociale e del movimento cooperativo (Federazione Trentina delle Cooperative, Con.Solida, Formazione-Lavoro), istituti di ricerca di estrazione universitaria (ISSAN, Laboratorio di Ingegneria Informatica), nonché alcune tra le più importanti realtà

dell'associazionismo sociale radicato sul territorio trentino (ACLI, ATAS, Caritas).

L'intervento proposto appare innovativo sia per la valenza sociale che per la sinergia tra attori pubblici e privati, che il progetto è stato in grado di attivare in un mercato del lavoro, come quello dell'assistenza domiciliare, in cui il peso del sommerso è via via aumentato, tra le rigidità e i limiti dell'offerta pubblica e l'ampliamento e la diversificazione del fabbisogno delle famiglie.

Infine, l'elemento di maggiore innovazione è riscontrabile nella strategia di investire su un processo di integrazione dei soggetti immigrati che va ben al di là del puro dato dell'inserimento lavorativo, focalizzandone i più ampi risvolti in termini di "emancipazione sociale". Le donne immigrate, dunque, non saranno soltanto "beneficiarie" del progetto, e quindi "oggetto di intervento", ma anche protagoniste di un processo di autopromozione e autosostentamento che potrà favorirne l'integrazione nel tessuto sociale delle comunità locali, nonché la crescita verso ruoli professionali più qualificati, come quelli di quadri, dirigenti intermedi, esperti di mediazione culturale.

Si tratta, in ultima istanza, di una vera e propria "scuola di democrazia", che ha inteso avviare un processo di "cittadinizzazione" e protagonismo degli immigrati. In questa prospettiva, il piano dell'integrazione tra politiche del lavoro, politiche sociali, promozione dell'economia sociale e della partecipazione diretta, è pertanto quello su cui la sperimentazione di prassi innovative, nell'ambito del progetto, si è maggiormente focalizzata.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Il progetto di costituire un'agenzia privata di collocamento per le badanti, nasce a valle di un bando Equal "Promo Care, La promozione della donne immigrate nei servizi di cura".

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Il programma Equal, che ha dato vita al progetto ha avuto durata biennale (2003-2004). L'agenzia di collocamento per badanti ha preso il via nel febbraio del 2004.

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il target del progetto è rappresentato dalle lavoratrici straniere, da un lato, e dalle famiglie con anziani non autosufficienti a carico, dall'altro.

Il coinvolgimento del personale straniero è stato attuato su due livelli: il riconoscimento, nella più ampia misura possibile, dell'associazionismo straniero e la promozione, dall'interno del gruppo target, di figure che rivestano ruoli di leadership e mediazione interculturale. Un altro passo chiave per il coinvolgimento delle donne immigrate è stato quello, nell'ambito del percorso di formazione professionale, di individuare figure che, per il proprio bagaglio di competenze, qualifiche ed esperienze pregresse, si prestano ad un ruolo di leadership e di mediazione nei confronti degli altri beneficiari dell'intervento.

Gli stranieri coinvolti sono stati nel 2004, anno di attivazione dell'agenzia, in tutto 105.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Per quanto riguarda le donne, i requisiti sono: donne (o anche uomini) immigrati, in possesso di un regolare permesso di soggiorno o lavoro, che abbiano desiderio di lavorare nel servizio di cura alle persone e che siano disponibili a frequentare corsi di formazione.

Per le famiglie non ci sono requisiti di accesso al servizio.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Per accedere al servizio è necessario sostenere un colloquio in cui verranno identificate e inserite in un database le proprie competenze e necessità (per quanto riguarda la parte della richiesta di lavoro), la natura del bisogno, le esigenze e le opportunità per quanto riguarda la famiglia.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

nessun costo per l'ente pubblico

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

per ogni mediazione, il consorzio chiede una quota sia alla badante che alla famiglia, inoltre ha un tariffario per altri servizi (formazione, servizi di consulenza)

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

Il progetto è stato finanziato all'interno della linea Equal

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

Prima di procedere con la formalizzazione del consorzio, è stato redatto un business plan per la sostenibilità nel medio periodo. Il consorzio è nato nel 2004 ed è tutt'ora attivo, anche se con aggiustamenti sia organizzativi che di servizi

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

Hanno preso parte al progetto Promo Care la Federazione Trentina delle Cooperative, Con.Solida, Formazione-Lavoro, il Comune di Trento, Issan, l'Università degli Studi di Trento, Atas Onlus, Caritas e Acli Trentine.

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

La Federazione Trentina delle Cooperative è il soggetto referente del progetto. In qualità di responsabile istituzionale la FTC ha curato tutti gli aspetti di coordinamento generale delle attività, di rendicontazione e dei rapporti tra i vari partner e con enti e organizzazione esterni alla partnership. A tal proposito, l'assegnazione della responsabilità dei diversi gruppi di lavoro è stata così ripartita:

- Federazione Trentina delle Cooperative: coordinamento del progetto, rendicontazione, attività transnazionale, azione introduttiva, divulgazione dei risultati;
- Comune di Trento: autovalutazione;
- Con.Solida: creazione di impresa, creazione della `rete` di supporto alla creazione d'impresa;
- ISSAN: ricerca e studio della forma giuridica e organizzativa dell'impresa sociale;
- Laboratorio di Ingegneria informatica: gestione del sistema informativo;
- Formazione-Lavoro: selezione dei partecipanti e attività formative.
- ACLI, ATAS, Caritas: hanno collaborato con Con.Solida ed ISSAN alla creazione di impresa e della "rete" di supporto; hanno preso parte alla scelta degli operatori da formare; hanno offerto un servizio di informazione e consulenza agli utenti identificati dal presente progetto e ai datori di lavoro; hanno preso parte alla divulgazione dei principi e dei risultati dell'iniziativa in tutte le loro sedi periferiche distribuite su tutto il territorio della Provincia di Trento.

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

La comunicazione tra i vari partner nell'ambito del progetto Equal è avvenuta sia attraverso riunioni con cadenza mensile, sia con il supporto tecnologico fornito dal Laboratorio di Ingegneria Informatica e la messa in rete di tutta la documentazione di progetto. Nell'ambito della divisione dei compiti tra i vari partner che hanno preso parte al progetto, sono stati definiti dei gruppi di lavoro

specifici.

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
- nuovi servizi per il territorio - regolamentazione del settore del badantato	- difficoltà di relazionarsi con gli stakeholder - difficoltà del mercato della mediazione

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Il *monitoraggio* della attività progettuali si è sostanziato nella raccolta e sistematizzazione di una serie di informazioni qualitative e quantitative finalizzate alla costruzione di una "base informativa" da utilizzare nell'ambito delle analisi intermedie e finali. La *valutazione* ha assunto un ruolo peculiare in quanto strumento partecipato di giudizio di azioni socialmente rilevanti, accettandone necessariamente le conseguenze operative relative al rapporto fra decisori, operatori e beneficiari dell'azione. L'*autovalutazione* è stata condotta dagli organismi direttamente coinvolti nel progetto. Ogni partner responsabile di una fase progettuale ha raccolto i dati per la valutazione della propria area e ha potuto suggerire e mettere in atto misure correttive che riteneva necessarie per quella specifica area.

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Sono stati progettati degli interventi simili sia nella provincia di Bolzano, che nelle regioni Marche e Lombardia

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Tra i prodotti del progetto, oltre alla costituzione dell'agenzia di collocamento, dell'associazione Agorà e dall'implementazione dei piani di offerta formativa, si annoverano anche la pubblicazione di un volume dal titolo "Equal Promocare: la promozione delle donne immigrate nei servizi di cura", l'organizzazione di seminari rivolti alle donne immigrate, la predisposizione di un catalogo dell'offerta formativa per il settore di cura, nelle province di Trento, Bolzano, Verona e Vicenza e la predisposizione e pubblicazione del depliant dell'associazione Agorà.

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_0_|_7_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Centro Risorse assistenti familiari- Provincia di Parma

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Il fenomeno delle cosiddette badanti, come sappiamo in massima parte straniere, si è distinto in questi anni per una crescita continua ed ha acquisito un valore significativo all'interno della più vasta tematica migratoria e del tessuto sociale dei territori, con una particolare rilevanza nella nostra Provincia. Invecchiamento della popolazione, pluralizzazione dei nuclei familiari assieme a livelli elevati di occupazione femminile hanno determinato, in Italia e ancora di più in Emilia-Romagna, un vuoto sterminato nel campo del lavoro domestico e di cura. Questa carenza del nostro sistema di welfare, in particolare nell'assistenza agli anziani, è stata colmata da queste lavoratrici, permettendo allo Stato di risparmiare risorse, ma gravando per contro sulle spalle delle famiglie. Da queste brevi premesse, sono nate alcune riflessioni che hanno portato alla elaborazione di un progetto (il cd. Centro Risorse) condiviso dai diversi partner istituzionali che hanno costituito la cabina di regia del Programma Comunitario Equal Insereg Ugualmente.

Gli anziani residenti ultra settantacinquenni (cd. grandi anziani) sono circa 50.000 e rappresentano poco meno del 12% rispetto al totale della popolazione provinciale. L'indice di dipendenza dei soggetti non autosufficienti è stato calcolato, assieme ad una analisi della domanda, nell'ambito di una approfondita ricerca ('Immigrazione e lavoro di cura domiciliare nella provincia di Parma', 2003), che è alla base del progetto Centro Risorse e alla quale si rimanda per le ulteriori specificazioni necessarie.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Il progetto nasce per soddisfare il bisogno sempre più diffuso di incontro diretto fra domanda e offerta, salvaguardando la regolarità del rapporto di lavoro e l'affidabilità del ruolo delicato di assistente familiare.

Nello specifico, il servizio, inizialmente creato nell'ambito del Progetto Comunitario Equal-Intereg, intende fornire un supporto:

- alle badanti straniere (assistenti familiari) nell'inserimento, nella regolarizzazione e nella qualificazione lavorativa nel nostro tessuto socio-economico
- alle famiglie del nostro territorio che abbiano bisogno di assistenza ad anziani o a propri congiunti in difficoltà.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Il servizio eroga le seguenti prestazioni:

- **Alle assistenti familiari**

- informazione e orientamento sui servizi per il lavoro e la formazione attivi nel territorio provinciale;
- consulenza sulle modalità di accesso al lavoro per gli immigrati, sull'avvio del rapporto di lavoro con la famiglia ospitante;
- colloqui individuali di mediazione interculturale e di orientamento;
- analisi delle proprie competenze professionali;
- incontri di orientamento di gruppo.

- **Alle famiglie**

- accoglienza ed ascolto del proprio bisogno;
- ricerca e selezione di un'assistente familiare che abbia caratteristiche adeguate a rispondere alle loro esigenze;
- prima informazione e consulenza sulle pratiche amministrative per l'attivazione del rapporto di lavoro e sulla disciplina contrattuale;
- supporto e consulenza in itinere, a fronte di bisogni specifici.

Nello specifico, è stato creato un database, dove da un lato vengono inserite le schede di badanti e altri prestatori di servizi autorizzati e dall'altro le schede con le richieste di servizi da parte delle famiglie e degli anziani. E' lo stesso principio del collocamento applicato ad un settore dove, il più le volte, il datore di lavoro, cioè la famiglia dell'assistito, ha necessità di provare più di una persona prima di trovare quella che si adatta e si integra caratterialmente con la persona bisognosa di assistenza.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

I singoli Responsabili dei Centri Risorse presso i Centri per l'Impiego sono operatori che si occupano di preselezione; il referente interno si occupa di progetti di Politica Attiva del Lavoro.

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Il servizio è stato promosso inizialmente attraverso specifiche presentazioni alla stampa e ai diversi soggetti coinvolti (Comuni, Comunità Montane, Azienda USL, sindacati, associazionismo e volontariato). In seguito si è proceduto ad una serie di incontri più capillari presso i singoli Comuni della provincia, alla presenza dei referenti dei servizi per gli anziani.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Il servizio è dislocato presso i Centri per l'Impiego di Parma, Fidenza, Borgo Val di Taro e Langhirano.

4. SPECIFICITA' INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Il Progetto si pone l'obiettivo di sperimentare strumenti nuovi per favorire un inserimento regolare e il più possibile qualificato nel mondo del lavoro per le persone che rischiano di restarne ai margini. Per questo il progetto si occupa delle donne immigrate che operano come assistenti familiari, la cui presenza, fino a poco tempo fa, era quasi invisibile e non riconosciuta. Così come si occupa di quelle famiglie che sono diventate, per le assistenti familiari, anche datori di lavoro. Questi soggetti stanno manifestando il bisogno di supporti nell'avvio e nella continuazione di questo rapporto di lavoro, di punti di riferimento anche istituzionali, di garanzie.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Il servizio è stato progettato per essere inizialmente realizzato a Parma ed è stato esteso ai Centri per l'Impiego di Fidenza, Borgo Val di Taro e Langhirano, inizialmente grazie al contributo del Fondo Sociale Europeo-Obiettivo 3, a partire dalla fine del 2005 all'interno dei Servizi per l'Impiego della Provincia.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Il servizio – non più a carattere sperimentale – è stato ufficialmente inaugurato agli inizi del 2004 (Centri per l'Impiego di Parma e Fidenza) ed ampliato nel 2005 (Centro per l'Impiego di Langhirano) e 2006 (Centro per l'Impiego di Borgotaro).

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il servizio si rivolge a:

- donne (in massima parte straniere) interessate ad un'attività di assistenza domiciliare presso famiglie del territorio provinciale
- famiglie che hanno necessità di avere una assistenza personalizzata per propri congiunti in difficoltà.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Non vi sono requisiti specifici, se non il possesso di regolare documento di soggiorno per le persone immigrate che necessitano del servizio.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Sia le lavoratrici, che le famiglie, possono rivolgersi ai Centri per l'Impiego. Le lavoratrici devono rivolgersi ai servizi di accoglienza, per l'adempimento delle pratiche amministrative (primo colloquio ai sensi del D.Lgs. 297) e per il successivo colloquio individuale per l'inserimento in banca dati. Le famiglie possono rivolgersi direttamente al singolo Responsabile del Centro Risorse (per il CPI di riferimento) per accedere al servizio.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Il servizio impegna 4 operatori, 1 a tempo pieno, 3 a tempo parziale.

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

No

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

No

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

Il servizio, pur con personale specificamente dedicato, rientra ormai in maniera definitiva tra le attività svolte ordinariamente dai Centri per l'Impiego.

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

Il Centro Risorse è sorto inizialmente attraverso la collaborazione di diversi partners: la Provincia di Parma, i Comuni di Parma, Fidenza, Langhirano e Borgo Val di Taro, la Ausl, il Consorzio di Solidarietà Sociale, Forum Solidarietà, Cassa Edile, Ente Scuola Edile, QUASCO, FormaFuturo. Allo stato attuale è collocato all'interno dei servizi per l'impiego della Provincia, che tuttavia si sono posti in rete con le principali realtà del territorio nel settore degli anziani (Azienda USL, Comuni, Terzo Settore e sindacati) per ciò che concerne una migliore gestione del flusso di utenti e concordare alcune linee guida progettuali.

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Interni al servizio provinciale.

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Riunioni di coordinamento interne al servizio, incontri specifici con i diversi succitati *stakeholder*.

11. PUNTI DI FORZA

Governo pubblico di un fenomeno in forte espansione
Forte efficacia informativa
Copertura di un bisogno molto complesso da parte delle famiglie (ascolto + mediazione)
Occasioni di lavoro per i soggetti iscritti ai Centri per l'Impiego

PUNTI DI DEBOLEZZA

Informalità delle relazioni nel lavoro di cura
Famiglia come datore di lavoro atipico
Precarietà del progetto migratorio
Forte irregolarità dei rapporti di lavoro nel settore

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Il progetto viene continuamente monitorato per ciò che concerne il numero degli accessi delle lavoratrici e delle famiglie, il numero delle richieste di personale ed il loro esito finale.

Gli esiti si possono riassumere in un discreto incremento degli accessi e dei contatti; circa il 50% delle richieste di personale effettuate dalle famiglie trova soluzione proprio con la persona segnalata dal Centro Risorse, un dato in linea con le percentuali di efficacia della preselezione nei confronti delle imprese private da parte dei Centri per l'Impiego.

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Sono stati promossi e realizzati contatti con altre esperienze simili (Comune di Modena) e con altri soggetti che si sono occupati di prendere in considerazione linee guida e risultati (Istituto per la Ricerca Sociale – IRS; Osservatorio Veneto Lavoro).

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

Oltre al servizio di Parma, Fidenza e Langhirano il 1° dicembre 2005 è stato aperto, grazie alla collaborazione tra la Provincia e le amministrazioni comunali locali, il Centro Risorse anche presso il Centro per l'Impiego di Borgo Val di Taro.

I Centri risorse agiranno in rete con gli altri enti del territorio: oltre ai Comuni, l' AUSL, la Regione Emilia Romagna, organizzazioni non-profit, associazioni di volontariato, Questura, organizzazioni sindacali ed enti di formazione professionale, per offrire alle famiglie un servizio di ricerca e selezione di un'assistente familiare che abbia caratteristiche adeguate a rispondere alle loro esigenze, e per garantire alle cittadine immigrate l'opportunità di un lavoro regolare.

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Articoli pubblicati sulla stampa, locale e non.

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 0 | 8 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Corso per assistenti familiari nell'anno 2006 svolti nr.3 corsi denominati ASSFAMM (1,2,3) con finanziamento comunale ed nr.1 corso denominato FAMILY CARE con finanziamento europeo- Comune di Firenze

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

L'Agenzia di Formazione di Montedomini collabora con il Comune di Firenze al progetto "Anziani in casa", il quale prevede azioni di qualificazione e integrazione nella rete dei servizi degli Assistenti Familiari quale risorsa attiva al progetto per il mantenimento degli anziani e disabili presso il proprio domicilio il più a lungo possibile.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta?

Quali gli obiettivi?):

Obiettivi di competenze

- competenze di base

Elementi di psicologia relazionale

Nozioni di psicologia dell'anziano

Tecniche di comunicazione con persone anziane e loro familiari

Conoscenza della rete dei servizi territoriali e delle figure professionali coinvolte nella cura dell'anziano (medico di base, infermiere, addetto all'assistenza di base, ecc..)

Diritti e doveri della persona assistita e di suoi familiari

Diritti e doveri dell'assistente familiare

CCNL di collaborazione domestica

- competenze tecnico-professionali

Igiene e gestione della casa

Lavaggio e stiro della biancheria di casa e personale

Igiene della persona

Preparazione dei pasti e aiuto nell'assunzione dei cibi

Sostegno nella mobilità dentro e fuori casa

Pratiche burocratiche semplici (ritiro ricette mediche, posta, ecc..)
 Elementi di dietetica
 Elementi di sicurezza e prevenzione degli incidenti domestici
 Percezione della situazione di rischio
 Nozioni di pronto soccorso
 Nozioni di cura e tecniche di sollevamento e spostamento di persona totalmente o parzialmente priva di autonomia
 Conoscenza delle più frequenti patologie della persona anziana
 Conoscenza delle tradizioni alimentari locali

- competenze trasversali
 Organizzazione delle attività domestiche
 Gestione dei tempi domestici
 Prevenzione e mediazione delle tensioni interpersonali

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Corso di formazione gratuito, rivolto a cittadini immigrati, che al termine di un percorso formativo di 300 ore rilascerà il titolo di "Assistente familiare" (profilo professionale codificato dalla Regione Toscana). Il corso prevede 180 ore di lezione in aula e 120 ore di stage.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

Il coordinamento è affidato al responsabile didattico dell'agenzia che vanta esperienza di formatore ed è laureata in pedagogia. La docenza è scelta fra professionisti delle materie insegnate (es: medico geriatra; medico specialista delle patologie più ricorrenti come Alzheimer, parkinson ecc.); infermiere; igienista; responsabile sanificazione ambienti sanitari; cuoco.....

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Ogni corso viene pubblicizzato sul maggiore quotidiano cittadino, inviato ai centri per l'impiego, alle associazioni di categoria e centri culturali agli uffici comunali di informazione.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

L'Agenzia ha una sede con tre aule dedicate in Via Malcontenti,6 Firenze

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Il corso risponde alla formazione dettata dalla Regione Toscana per il profilo professionale dell'Assistente Familiare – qualifica riconosciuta -. L'obiettivo della regione è quello di far emergere un lavoro che ha un largo mercato solitamente "sommerso" e poco professionalizzato. L'innovazione è quindi incentrata su dare una corretta e completa formazione che dia al lavoratore gli strumenti per dare una assistenza adeguata che si avvicini agli standard presenti nelle strutture residenziali. Ciò sensibilizza fortemente anche gli utenti e le loro famiglie a fare una scelta ponderata fra domicilio e struttura e fra Assistente familiare formato e non.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

La risposta sta in quanto detto fino ad ora. Il movimento intorno alla figura dell'Assistente familiare è a livello europeo e nazionale, la Regione Toscana con il riconoscimento della qualifica e l'inserimento nel piano formativo dei corsi per Assistente Familiare è sicuramente in sintonia con le politiche sociali europee, il Comune di Firenze sta attivando una politica sociale di mantenimento dell'anziano al proprio domicilio con supporti operativi ed organizzativi e contributi economici che prevedono anche l'agevolazione alla formazione delle assistenti.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Dal 2005 con il primo corso, nr.4 corsi nel 2006 preventivati dieci nel 2007/2008

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il profilo regionale detta anche le modalità di accesso ai corsi, il limite generale per lavoratori immigrati è la regolarità del permesso di soggiorno, il 18 esimo anno di età compiuto e l'assolvimento della scuola dell'obbligo nel proprio paese di origine.

I nostri corsi si sono sempre rivolti a cittadini immigrati, occupati e non, in regola con il permesso di soggiorno. Detto target è sempre stato rispettato.

Dal 2007 i corsi saranno aperti anche a cittadini italiani (per la forte richiesta in tal senso)

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Il profilo regionale detta anche le modalità di accesso ai corsi, il limite generale per lavoratori immigrati è la regolarità del permesso di soggiorno, il 18 esimo anno di età compiuto e l'assolvimento della scuola dell'obbligo nel proprio paese di origine
Nessun requisito da parte dell'utenza.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Presentazione della domanda in risposta all'avviso pubblico dell'Agenzia, nei termini indicati.

Valutazione d'ingresso di una commissione formata da due membri che prendono in considerazione:

- Presenza dei requisiti di accesso
- Colloquio motivazionale al lavoro di cura
- Verifica della conoscenza di base della lingua italiana

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Il corso ha un costo medio di € 25.000,00 (trattando un'utenza particolare può rendersi necessario modulare le UFC in modo diverso ed utilizzare formatori diversi)

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

NO

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

TOTALE FINANZIAMENTO PUBBLICO

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

Al momento l'Agenzia lavora su una convenzione aperta con il Comune di Firenze per l'erogazione di nr.10 corsi per Assistente Familiare con finanziamento comunale. In futuro riteniamo sia possibile mettere il corso in parola sul mercato con un costo relativamente basso in quanto la struttura del progetto è ampiamente sperimentata ed ottimizzata.

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

I corsi per il Comune di Firenze sono svolti senza paternariato. Il corso Family Care aveva quale partner l'Agenzia SMILE Toscana

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Comune di Firenze FINANZIATORE

Agenzia Montedomini EROGATORE

Provincia di Firenze VALUTATORE attraverso Commissione d'esame e somministrazione

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Staff d'Agenzia: Direttore d'Agenzia; Responsabile Amministrativo e Marketing; Responsabile Didattico; Responsabile Contabilità

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
1. percorso formativo altamente professionalizzante per l'articolazione stessa del percorso formativo che alterna in modo mirato lezioni d'aula a ore di tirocinio sia per le scelte operate dall'Agenzia per lo svolgimento dei tirocini che prediligono moduli specialistici Alzheimer e per malati con problematiche motorie. 2. Presenza di aziende che stanno sviluppando la propria offerta nell'ambito dell'assistenza domiciliare interessate anche all'assunzione di personale attinto dal corso proposto abbinando la possibilità di conoscere direttamente le allieve durante il tirocinio. 3. Originalità del percorso formativo anche rispetto a quelli fino ad oggi proposti a livello provinciale, per la specificità affrontata delle due malattie più comuni nell'anziano (Alzheimer e Parkinson). 4. Il superamento positivo del corso porta automaticamente un credito formativo di 300 ore per l'acquisizione di qualifiche superiori quali AdB, OSA, OSS ecc. 5. Creazione di un glossario/guida dei termini maggiormente utilizzati nel linguaggio assistenziale e degli interventi possibili nelle situazioni di maggiore frequenza nell'attività domiciliare; a fine corso sarà redatto nella forma di vademecum di facile consultazione e sarà consegnato ad ogni allieva.	

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

La situazione lavorativa degli immigrati che svolgono attività di Assistente Familiare è molto precaria:

- a) per la caratteristica di non essere per la maggior parte in regola, lavorando quindi a nero;
- b) per il fattore di continuità del lavoro, poiché svolgendo assistenza familiare ad anziani, il loro lavoro gli impegna solo fino alla morte del loro "assistito"; così finito l'impegno lavorativo con le loro assistite essi si trovano senza lavoro, fino al momento che non troveranno un nuovo assistito e quindi un nuovo lavoro.

Molto spesso passa molto tempo prima che essi trovino un nuovo lavoro, trovandosi così in difficoltà economica, non per la mancanza di richieste di lavoro (che in questo campo esiste), ma per l'assenza di un loro impegno lavorativo.

Questo corso di formazione è stato impostato per trovare delle soluzioni alle due tematiche espresse e pertanto la Verifica Finale è stata finalizzata ad evidenziare l'evoluzione di queste due problematiche, impegnandosi in un miglioramento:

a) Lavoro nero:

la formazione di questo progetto si è sviluppata in parallelo ad un impegno economico che il Comune di Firenze e la Società della Salute hanno profuso, per sviluppare la cura dell'anziano a casa, sostenendo le famiglie che mantengono il loro familiare fra le mura domestiche con un contributo.

Il progetto del Comune di Firenze e della Società della Salute, concede un contributo economico alle famiglie che regolarizzano contrattualmente il lavoro dell' Assistente Familiare, richiedendo che il personale impiegato possieda la formazione e la qualifica professionale adeguata.

b) Continuità del lavoro:

per migliorare questa problematica l'Agenzia di Montedomini i, che è parte integrante di Montedomini - Azienda Pubblica di Servizi alla Persona; all'interno del corso sono state compilate delle schede con il curriculum personale di tutti gli allievi del corso di formazione.

Queste schede sono state messe in rete tra le varie strutture collegate a Montedomini, in modo di permettere alle famiglie che avevano bisogno per i loro cari ospitati momentaneamente, di potere essere messi in contatto con le allieve, e quindi di avere del personale qualificato, per assistere gli anziani che rientravano nelle loro famiglie.

Permettendo così a queste famiglie anche di poter accedere al contributo del Comune di Firenze.

Quindi l'attività svolta con la Verifica Finale è iniziata con la stesura di un data base di indirizzario con tutte le informazioni rilasciate con la domanda di ammissione al corso, seguito da delle schede personali (di cui allego copia di esempio) ed è continuata con la

costruzione della rete di relazioni con i vari responsabili delle strutture per la veicolazione dell'informazione (incontri di informazione ed istruzione), che ha permesso di mettere in contatto le famiglie con gli allievi del corso, già durante la formazione.

Questa attività si sta volgendo anche adesso e continuerà anche in futuro, consentendo a gli Assistenti Familiari, che eventualmente dovessero perdere il lavoro, per la "dipartita del loro assistito", di potere essere velocemente messi in contatto con quelle famiglie che richiederanno un Assistente Familiare.

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Il corso può essere adattato a qualsiasi realtà territoriale.

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

Attraverso una puntuale informazione e sensibilizzazione della utenza (sia lavoratori che fruitori dell'assistenza) è possibile assistere ad una crescita della richiesta di corsi di qualificazione.

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Report di fine corso
Glossario dei vocaboli tecnici propri dell'area socio assistenziale e ricettario della cucina toscana ad uso e consumo del corsista straniero

Data compilazione: 20 gennaio 2007.

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BADANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_0_|_9_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Incontri di formazione all'auto-assistenza per badanti, familiari e personale di assistenza a anziani e/o non autosufficienti – Distretto di Perugia

L'auto-assistenza, l'abbiamo intesa come **capacità delle rete assistenziale-parentale di auto-assistere il proprio congiunto/assistito**. Allo scopo, la necessaria formazione può essere conseguita con una semplice preparazione di base dei destinatari, attraverso però un adeguato processo educativo sanitario, rivolto a chi assiste l'anziano e/o il malato cronico non autosufficienti. Nei nostri incontri cerchiamo di promuovere nei familiari e/o nelle persone che assistono il malato/anziano non autosufficiente un approccio più consapevole e meno problematico alla malattia del proprio congiunto e/o assistito. Di favorire l'acquisizione di concetti teorici e di manualità di base che metta i familiari e/o chi accudisce il malato in condizioni di saper gestire direttamente l'assistenza sanitaria più semplice ed elementare. L'obiettivo è quello di formare **"care-giver"** capaci di cooperare con il servizio infermieristico territoriale nell'assistenza diretta al malato non autosufficiente, in particolar modo nei casi più semplici che non richiedono una specifica competenza infermieristica.

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Dalla composizione percentuale (censimento 2001 dati ISTAT) si nota che la popolazione umbra, così come quella dell'Azienda USL 2, è più anziana rispetto alla media nazionale italiana. Più precisamente le percentuali della popolazione anziana (soggetti > 65 anni) sono le seguenti:

UMBRIA 22,80% AZIENDA ASL N°2 21,73% ITALIA 18,68%.

L'andamento nel tempo (anni 1971-2001) dell'indice di vecchiaia (pop. anziana >64 /pop. giovane 0-14 anni * 100) conferma che: le percentuali umbre sono sempre superiori a quelle nazionali e gli indici di ASL sono di poco inferiori a quelli regionali. Vi è insomma un aumento progressivo dei valori in tutto il paese, ma con una velocità maggiore nel contesto regionale umbro. Conseguentemente l'indice di carico sociale (pop. in età non lavorativa – pop. 0-14 anni + pop. > 64 anni / resto della pop. età 15-64 * 100) in Umbria è più alto di quello nazionale medio. L'Azienda ASL 2 si colloca in posizione intermedia.

In conclusione, la pop. anziana in Umbria è maggiore della media nazionale. In questa popolazione anziana la disabilità si aggira in genere dal 5 al 10% della popolazione medesima (per inciso, in Italia il dato è di 2 milioni di anziani con problemi di disabilità) senza contare che anche in altre fasce di popolazione si riscontrano sovente soggetti non autosufficienti e disabili.

Il cambiamento avvenuto nella struttura familiare anche in Umbria, ha prodotto diverse conseguenze, tra le quali quella dell'aumentato fabbisogno di assistenza domiciliare. Questo si traduce spesso in un impegno cospicuo per le famiglie ed al loro interno, in particolar modo per la componente femminile, con un notevole sovraccarico delle donne adulte impegnate a volte anche sul piano lavorativo.

E' in questo contesto che in Umbria, come del resto in Italia, si è sviluppato negli ultimi anni, in maniera quasi esponenziale, il "fenomeno" delle badanti. I dati del fenomeno in Italia sono contrastanti e non definitivi e vanno dalle stime più prudenti fatte dall'INPS secondo cui il numero delle badanti in Italia è di circa 500 mila, a quelle dell'Università Bocconi che stima il dato tra 713 mila e 1.134.000 unità. Altre stime (IRS, Istituto per la ricerca sociale) indicano una situazione di mezzo di circa 619 mila badanti. Il dato Umbro si allinea in percentuale a questa situazione mediana. E' difficile una stima precisa, vista l'alta percentuale (non meno

del 40%) di badanti irregolari, comunque è ipotizzabile in Umbria il rapporto di 1 badante ogni 10 over 65.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

A breve e medio termine:

- A) Promuovere nei familiari e/o nelle persone che assistono il malato/anziano non autosufficiente un approccio più consapevole e meno problematico alla malattia del proprio congiunto e/o assistito, sviluppando nello stesso tempo l'adattamento alla malattia invalidante.
- B) Favorire l'acquisizione di concetti teorici e di manualità di base che metta i familiari e/o chi accudisce il malato in condizioni di saper gestire direttamente l'assistenza sanitaria più semplice ed elementare.
- C) Formare "care-giver" capaci di cooperare con il servizio infermieristico territoriale nell'assistenza diretta al malato non autosufficiente, in particolar modo nei casi più semplici che non richiedono una specifica competenza infermieristica.
- D) Qualificare al meglio un lavoro, quello delle cosiddette "badanti" e più in generale del personale di assistenza, a torto ritenuto di "serie inferiore" a causa della mancanza di una formazione specifica e di professionalità, mentre in realtà è un lavoro ad alta valenza sociale ed umana che merita indubbiamente una maggiore qualifica che a sua volta non può che derivare da una migliore capacità professionale e da appropriate competenze.

A lungo termine:

- E) Pervenire, là dove possibile, ad un nuovo "setting assistenziale" in cui i familiari e/o chi assiste l'ammalato abbiano un ruolo più diretto, innanzi tutto nella prevenzione delle molte patologie invalidanti che colpiscono i malati non autosufficienti e costretti a letto, ma anche nell'assistenza e cura dei soggetti dipendenti. Ciò sarebbe in linea anche con l'indirizzo del piano regionale (D.G.R. Umbria n. 1789 del 27.12.2001) che prevede di mantenere all'interno del nucleo familiare gli anziani gravemente non autosufficienti e bisognosi di assistenza continuativa, senza istituzionalizzarli.
- F) Alleviare il servizio d'assistenza infermieristica territoriale da soverchi, e non di rado impropri, compiti e richieste d'assistenza domiciliare. In questa maniera sarebbe possibile concentrare gradualmente il servizio infermieristico sui casi più complessi e gravi che sempre più numerosi vengono dimessi dagli ospedali e che necessitano della presenza di personale infermieristico specializzato. In questo senso, i corsi di formazione all'auto-assistenza sono senz'altro in sintonia con un altro importante obiettivo dell'Azienda, quello cioè di rendere sempre più efficace e qualificato il servizio di Assistenza Infermieristica Domiciliare.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Ogni corso prevede **cinque incontri tematici** più **un incontro finale di valutazione dell'esperienza** in cui sono discussi anche i risultati del **questionario** che è somministrato all'inizio del singolo corso. Gli incontri hanno una cadenza settimanale e ciascuno ha la durata di 1 ora e mezza, precisamente dalle 21.00 alle 22.30. In ogni incontro è prevista:

- a) *un'introduzione* di 5-10 minuti per spiegare (nel primo incontro) le finalità del corso, poi in ogni incontro successivo per introdurre brevemente il tema della serata e per dare comunicazioni utili ai partecipanti; b) *la relazione* sul tema della serata della durata di 20 minuti; c) *la discussione* con il pubblico, cui abbiamo riservato 1 ora. I temi degli incontri sono trattati da varie figure professionali ed elencati in un apposito calendario che è opportunamente distribuito all'inizio del corso.
- b) Le 5 lezioni trattano temi diversi, opportunamente individuati. Sono improntate ad un carattere molto pratico, adatto cioè ad affrontare tutti quei piccoli e grandi problemi (sia in tema di prevenzione che di cura) che generalmente hanno le persone che assistono un malato cronico non autosufficiente. Il tutto è illustrato attraverso esempi ed esperienze concrete, prove pratiche di simulazione, senza tralasciare però gli aspetti più propriamente teorici del corso. Durante le lezioni è utilizzato vario materiale didattico, in particolare: dispense, lucidi ma anche ausili protesici e materiale sanitario, questi ultimi servono per illustrare concretamente l'uso che se ne deve fare quando si assiste un ammalato non autosufficiente.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

Le figure* finora utilizzate nello svolgimento dei corsi sono le seguenti:

- Infermieri Professionali
- Medici di MMG
- Fisioterapisti
- Psicologo
- Esperto relazionale
- Amministrativo
- Esperto nutrizionista
- Coordinatore del corso

* Ogni corso viene svolto dagli operatori del Centro di Salute che organizza in quel momento il corso. Gli operatori sono già stati formati per poter assolvere il compito. Altri operatori sono invece più stabili e partecipano come docenti a scavalco nei vari corsi organizzati da CdS diversi. Comunque sia, le figure impegnate sono quelle su elencate.

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

La pubblicità al corso è realizzata attraverso coupon, locandine, manifesti, informazione diretta, mass-media (giornali e Tv locali).

La diffusione/informazione è fatta nei Centri di Salute, nelle Farmacie AFAS del territorio di Perugia, nelle Circoscrizioni del comune di Perugia, nei Punti informazione del Comune di Perugia, nei Centri Socio-Culturali per anziani del territorio di Perugia, nelle Parrocchie, nelle sedi dei Sindacati dei pensionati, negli ambulatori dei Medici di base, nei Poliambulatori dell'ASLn°2, nelle Case di Cura pubbliche, nell'Ospedale, nei Supermercati frequentati dagli immigrati, nelle sedi delle Cooperative sociali di Perugia, nelle sedi della Caritas Diocesana.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

I corsi vengono fatti nel territorio di competenza di ogni singolo Centro di Salute. Non esiste un Servizio permanente dedicato. Il monitoraggio, le modifiche e le innovazioni vengono prodotte dal Gruppo di Lavoro (GdL) costituito ad hoc e coordinato dal Responsabile del progetto. Il GdL lavora in stretta collaborazione con la Direzione del Distretto ed elabora i percorsi progettuali sulla base delle indicazioni che emergono da ogni singolo corso, ma anche sulla base delle analisi più generali autonomamente prodotte dal GdL.

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Il grado di innovazione è rilevante, dal momento che il progetto è totalmente ex novo e non si configura come aggiornamento o rimodulazione di un Servizio preesistente. Il progetto è stato implementato per la prima volta nel 2003. E' seguita poi una fase sperimentale durata tutto il 2004. Visto il successo di partecipazione e l'interesse suscitato, il Distretto del Perugino pensò di inserirlo nei suoi obiettivi nelle successive programmazioni annuali. Da allora, i corsi vengono fatti (almeno tre all'anno) alternativamente in ogni Centro di Salute del Distretto del Perugino.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

E' nato su iniziativa di singoli soggetti. Più precisamente su iniziativa dell'Equipe infermieristica del Centro di San Marco e del suo responsabile dott. Teti Marcello che è attualmente il responsabile del progetto.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Da 2 anni. Dopo la fase sperimentale espletata nel corso del 2003 e del 2004

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Gruppi target:

Collaboratori domestici immigrati. (Badanti) Quest'ultimi rappresentano potenzialmente il target più consistente dei destinatari della formazione, essendo ormai le figure più diffuse nella rete assistenziale dell'anziano e/o del malato non autosufficiente. In genere sono immigrate regolari e con permesso di soggiorno. Infatti a iscriversi ai corsi sono generalmente quelle badanti che hanno un rapporto stabile con la famiglia e l'anziano e/o il malato non autosufficiente ed intendono migliorare la propria formazione professionale e qualificare al meglio il proprio lavoro.

Familiari di malati, anziani, disabili non autosufficienti

Personale d'assistenza autoctono di malati e anziani non autosufficienti, disabili, che a giudicare dai corsi che si sono fatti e si stanno attualmente facendo nell'area del Perugino, sono sempre più numerosi e partecipano in maniera cospicua ai corsi.

Negli ultimi 2 anni si sono iscritti ed hanno frequentato i vari corsi circa **300 persone**. La presenza dei tre gruppi target nei corsi è

stata più o meno uguale nel corso degli anni, senza una predominanza netta di un gruppo sull'altro.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Nessun requisito in particolare, tranne l'obbligo di partecipare a tutti gli incontri (è ammesso solo il 20% delle assenze) per poter ottenere l'**attestato finale di partecipazione**.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Basta la semplice iscrizione che può essere fatta telefonando direttamente al Centro di Salute o al numero unico comunale

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Il costo è minimo dal momento che le risorse umane per l'attuazione dei corsi sono già disponibili fra le varie professionalità dell'Azienda, senza ulteriori aggravii di spesa, se non quello derivante dal pagamento agli operatori impegnati di un numero limitato di ore (circa 50 per ogni corso) in straordinario (ricordo che i corsi vengono fatti fuori dall'orario di servizio) la stampa delle locandine e dei coupon per la pubblicità. A tale proposito c'è da dire che le copie del materiale pubblicitario stampate sono veramente minime, in quanto il più efficace metodo di pubblicizzazione dei corsi si è rivelato essere l'informazione diretta. Sono infatti gli stessi gruppi interessati che si informano presso i nostri Centri di Salute quando e dove inizieranno nuovi corsi e sono poi loro stessi a "spargere la voce". Anche per quel che riguarda le risorse materiali, sono già a disposizione nelle strutture dell'Azienda e non c'è stato bisogno in questi anni di acquistare alcunché. In particolare per i corsi sono necessari:

- 1) 1 video-proiettore
- 2) 1 lavagna luminosa
- 3) 1 manichino per prove simulate
- 4) ausili protesici vari (carrozzina, sollevatore, deambulatore, ect)
- 5) presidi sanitari vari (garze, cotone, medicinali per piaghe da decubito, soluzione fisiologica, disinfettanti, guanti, siringhe)
- 6) materiale di cancelleria (penne, fogli, lucidi, cartelle)
- 7) aula con capienza per 40 partecipanti

In conclusione, si può ipotizzare per ogni corso la spesa di circa 700-800 euro che diviso per 40 partecipanti significa una spesa di circa 17,5-20 euro per ogni badante formata.

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

I corsi sono gratuiti

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

I costi, che sono comunque minimi, come abbiamo visto sono sostenuti solo dall'ASL n° 2

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

Sì. La sostenibilità economica nel medio periodo è stata valutata ed è stata giudicata positivamente, nel senso che è del tutto contenuta a fronte dei risultati raggiunti, ciò in vista anche del proseguimento dei corsi per il futuro.

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

All'inizio, nella fase sperimentale, con l'AFAS (Farmacie Comunali del territorio di Perugia)

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Per quel che riguarda l'Ente finanziatore ed erogatore coincidono con l'ASL n° 2 di Perugia, in particolare la Direzione del Distretto del Perugino. Altre ASL della nostra regione stanno comunque implementando i corsi. Per quel che riguarda invece la valutazione, vedi la successiva voce qui sotto.

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Nella fase sperimentale è stato fatto un attento monitoraggio e valutazione con la collaborazione di varie agenzie ed Enti interessati: Sindacati CGIL CISL UIL, Centri Socio-Culturali per anziani, FIMMG, Centri di Salute del Perugino, Centro di Formazione Asl n°2, Comune di Perugia, Centri di residenza e assistenza per anziani.

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
1) L'idea stessa di questi corsi che ha colmato una forte lacuna nell'offerta di servizi, a fronte di una potenziale domanda che come avevamo correttamente intuito era e resta notevole 2) Semplicità ed immediata eseguibilità del progetto che non è affatto farraginoso 3) Riproducibilità del servizio in altri contesti e territori 4) L'entusiasmo suscitato dalla novità che si è ben presto esteso anche ad altre ASL della nostra regione. 5) Forte crescita professionale degli operatori impegnati. 6) Elevata valenza sociale 7) Ritorno vantaggioso nell'economia generale, anche per nostro servizio di assistenza infermieristica domiciliare che alla fine del percorso potrà contare sulla presenza diffusa nel territorio di <i>care-giver</i> preparati ed efficienti.	1) Per motivi legali-burocratici nel corso di questi anni non è stato possibile far fare agli iscritti un tirocinio pratico post corso presso le strutture dell'ASL. Ciò rappresenta un chiaro punto di debolezza dei corsi, dal momento che i tirocini avrebbero permesso di consolidare il bagaglio di conoscenze teoriche e pratiche degli iscritti. 2) Assenza di supporti informativi (tipo DVD, videocassette) più efficaci come strumento didattici, dove trasferire le lezioni che vengono fatte agli iscritti nei vari incontri. Al momento questo avviene solo su supporto cartaceo, sotto forma di dispense che vengono distribuite in ogni incontro e che contengono il tema del giorno. 3) Il rischio che l'allestimento dei corsi, da quando sono divenuti un obiettivo costante dell'ASL, possa essere recepito come una sorta di obbligo da parte degli operatori dei CdS, specie quelli non fortemente motivati o a cui sfugge il ritorno vantaggioso che questi corsi avranno nel lungo periodo.

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Il progetto prevede un'attività di monitoraggio e di valutazione di efficacia, attraverso un questionario di valutazione anonimo che viene somministrato agli iscritti ai corsi e attraverso le periodiche riunioni del gruppo di lavoro. Gli esiti sono fino a questo momento molto soddisfacenti non solo riguardo l'opportunità dei corsi, ma anche per la loro efficacia. Esistono naturalmente delle criticità e dei punti negativi che si sono evidenziati nel corso degli anni e che abbiamo già indicato nei punti di debolezza qui sopra

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Per come è stato concepito, in maniera agile e fortemente semplificata, il servizio può essere riprodotto in territori e contesti diversi, (anche sul territorio nazionale) dove naturalmente esistono badanti e familiari disposti a iscriversi ai corsi. Per quel che ci riguarda, dopo la fase di sperimentazione fatta nel territorio di San Marco, i corsi vengono ormai fatti usualmente in molti altri territori dell'ASL n°2

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

Il Servizio è già stato messo a regime ed è entrato nella programmazione annuale dell'ASL n°2. L'utenza che usufruisce del servizio è ancora stabile e costante. Sarebbe invece augurabile una formazione più estesa di altri operatori, specie nelle altre ASL dell'Umbria.

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

E' stato elaborato un pò di tutto: Dossier, Piani alternativi, Report periodici, Sito web aziendale di cui una sezione è sempre dedicata all'informazione su questi corsi

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_1_|_0_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Progetto 'Insieme si può - Comune di Roma

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Risiedono nel Comune di Roma circa 2.700.000 abitanti, mentre le persone con più di 65 anni di età sono oltre 500.000. Quasi 50.000 gli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Il progetto intende rispondere a diverse esigenze legate al mondo del lavoro di cura.

La parte legata alla *formazione* delle assistenti domiciliari si propone di qualificare l'offerta di lavoro e allo stesso tempo favorire la regolarizzazione del mercato del lavoro sommerso.

I *finanziamenti economici* agli anziani si inseriscono invece nel campo del sostegno della domanda ed, ancora, dell'emersione del mercato sommerso.

Infine, il *registro cittadino degli assistenti domiciliari* qualificati va incontro al bisogno di agevolare l'incontro della domanda e dell'offerta in un mercato regolarizzato ed assistito.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

- *Corsi di formazione:*

Il percorso di qualificazione professionale prevede l'effettuazione di corsi di formazione teorico-pratici di 130 ore (90 in aula e 40 di formazione pratica a distanza) con rilascio di apposito certificato di frequenza e di superamento dell'esame finale.

Per l'ammissione all'esame finale gli allievi devono aver effettuato almeno il 90% delle ore previste dal corso ed essere valutati positivamente da una commissione esaminatrice.

Il percorso formativo parte con alcuni elementari fondamenti di psicologia delle relazioni umane e familiari e di sociologia dell'emarginazione e la rete dei servizi socio-sanitari a Roma e prosegue con delle nozioni di deontologia professionale che devono essere rispettate dal lavoratore; per approdare, in seguito, all'acquisizione delle indispensabili conoscenze di anatomia, fisiologia e

patologia, necessarie per poter fronteggiare eventuali situazioni di pericolo per l'anziano ed il portatore di handicap. Infine il percorso formativo affronterà le problematiche dell'alimentazione, con particolare riguardo alla dietetica, dell'igiene ambientale, della persona e dei rischi domestici. Infine il percorso, dopo aver fornito ai discenti alcune nozioni sull'ordinamento giuridico vigente nel nostro Paese, con particolare riguardo alla legislazione sociale, fornirà alcuni pratici consigli per l'esplicazione dell'attività lavorativa che vanno dalle modalità di eseguire le pulizie all'acquisto delle derrate alimentari, alla tecnica per la preparazione delle vivande a come effettuare piccole riparazioni. Verranno anche impartite nozioni di aritmetica e di amministrazione necessarie per l'esecuzione di piccole commissioni (pagamento delle utenze, del condominio, etc.).

- *Registro cittadino degli assistenti familiari qualificati:*

L'iscrizione al Registro Cittadino degli Assistenti Familiari sarà aperta a tutti gli assistenti familiari (stranieri o italiani) che lavorano nella nostra città ed in possesso di determinati requisiti (l'ultima regolarizzazione ha coinvolto a Roma oltre 58.000 assistenti familiari su un totale di 104 mila domande presentate).

- *Aiuto economico ad anziani a basso reddito e non autosufficienti:*

Fino a 450 euro al mese per pagare i contributi Inps della badante. Si prevede, per l'avvio del progetto, l'erogazione di contributi per il pagamento delle quote Inps per 200 anziani

- *Sostituzione gratuita dell'assistente che partecipa alle attività formative.*

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

//

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Giovani volontari svolgono attività di informazione, segretariato, di sostegno degli immigrati e delle assistenti familiari. Le informazioni sul servizio sono inoltre reperibili attraverso i volantini e il sito internet.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Per informazioni è attivo un Call Center telefonico. La sede del progetto Insieme si Può è in via Merulana, 19. I moduli di richiesta del servizio possono essere ritirati presso l'ufficio relazioni col pubblico del dipartimento V.

4. SPECIFICITA'/ INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Il disegno del progetto è ambizioso e reso particolarmente complesso dall'ampiezza del territorio e dall'estensione delle aree di intervento. La specificità dell'intervento, risiede nel fatto che l'attivazione del registro cittadino è stata realizzata in modo complementare ad altri progetti, quali l'attivazione di corsi di formazione e gli aiuti economici ad anziani a basso reddito.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Il servizio è nato con lo scopo di ampliare e qualificare l'offerta di servizi per anziani della città di Roma attraverso la realizzazione di specifici percorsi formativi per gli assistenti familiari.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Attivo dal 2004, tuttora in corso.

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il progetto si rivolge alle persone anziane residenti nel territorio cittadino che intendano utilizzare le possibilità offerte dal progetto: "Insieme si può" e che rispondano alle seguenti caratteristiche:

- stato di non autosufficienza totale o parziale;
- avere un contratto in corso con un'Assistente Familiare (badante) o avere attivato le procedure per la sua regolarizzazione

Nel 2006 sono stati 244 gli assistenti familiari che hanno seguito i corsi promossi dal Comune e di questi 200 hanno conseguito

l'attestato finale. L'88% sono donne. I paesi di provenienza soprattutto dal Sud America, e dall'Europa dell'Est. Per quanto riguarda le fasce d'età delle partecipanti ai corsi del 2006, il 34% ha da 41 a 50 anni, il 30% da 31 a 40, il 23% da 51 a 60 anni, il 3% oltre i 60 anni, il 10% da 18 a 30 anni

Gli assistenti che hanno aderito al progetto sono per la maggior parte stranieri (84%), e nel 16% dei casi italiani. Nel 42% provengono dall'America Latina, segue l'Europa dell'est con il 30%. Hanno un'età compresa tra i 30 e i 50 anni, l'87% sono donne e nel 73% dei casi lavorano tra le 25 e le 39 ore settimanali. Gli anziani invece hanno un'età compresa tra i 70 e 100 anni, un reddito inferiore a 12.000 euro l'anno e in 79 casi su 100 sono donne.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Al servizio possono accedere gli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti (che abbiano almeno 65 anni) che hanno assunto (o che stanno assumendo) assistenti familiari e che decidono di sottoscrivere con il Comune di Roma un accordo della durata di un anno per consentire al lavoratore di frequentare il percorso formativo personalizzato.

Un apposita Commissione del V Dipartimento selezionerà le domande di partecipazione al progetto sperimentale in base ai seguenti elementi:

- numero dei componenti del nucleo familiare;
- dichiarazione ISEE;
- eventuali relazioni dei Servizi Sociali Territoriali.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Per accedere al servizio è necessario compilare un modulo. Le richieste di accesso sono valutate da una Equipe interdisciplinare dipartimentale.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Comune di Roma: 973.000 euro, attinti dal fondo comunale per la non-autosufficienza ed integrati con finanziamenti della Fondazione Viti.

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

Il servizio è gratuito per l'utente e per le lavoratrici immigrate

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

Fondi donati dalla "Fondazione Viti"

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

//

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

Gli organismi coinvolti nel progetto sono l'Istituto Fernando Santi, l'A.T.I. Arciconfraternita del S.S. Sacramento e di S. Trifone, Alisei, Virus Pontemammolo Onlus, il Consorzio Solco Roma e l'Auser.

Il progetto, che concretizza quanto espresso con una specifica memoria di Giunta, è inoltre frutto degli accordi siglati con le organizzazioni sindacali, coinvolte in un tavolo di valutazione e di monitoraggio.

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

-Fondazione F. SANTI: Formazione e ricerca

-A.T.I. (Acisel, Arciconfraternita, Virtus Pontemammolo): gestione del Servizio in collaborazione con Auser

-Auser: Comunicazione e sostegno alla gestione del servizio

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Il coordinamento del progetto è effettuato dal V Dipartimento, anche con l'attivazione di un Ufficio Cittadino.

11. PUNTI DI FORZA

//

PUNTI DI DEBOLEZZA

//

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Per il monitoraggio dei percorsi di inserimento lavorativo all'interno delle famiglie è stata istituita la figura di un tutor. Sono inoltre previsti dei focus group composti dai parenti degli anziani e dalle lavoratrici di cura per la valutazione del follow up.

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

//

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

Nel corso di una prima riunione di intesa con le organizzazioni sindacali, è stata impostata una prima ipotesi di Albo con dei requisiti obbligatori preferenziali di accesso. Il varo dell'Albo è legato al proseguimento e superamento della prima fase del progetto "Insieme si può". In questo momento si stanno raccogliendo tutte le informazioni, rispetto ai tanti corsi di formazione realizzati finora per lavoratori di cura, per stabilire quali competenze richiedere per l'iscrizione al Registro, orientare in questo senso i percorsi che si stanno creando e recuperare le donne che già hanno alle spalle diverse ore di investimento in questo settore.

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

- sito internet;
- call center telefonico;
- è inoltre stato realizzato un manuale rivolto sia alle famiglie che alle assistenti che conterrà indicazioni pratiche, dalle procedure burocratiche agli elementi di pronto soccorso

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BADANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_1_|_1_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Progetto "Vivo con te" – Comune di Mantova

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

In continuità con i progetti "Tra...per...con" e "Didima" finanziati tramite il fondo 2002 I.40/98, il progetto "Vivo con te" propone la prosecuzione dell'attività di mediazione tra i bisogni delle famiglie con anziani e le necessità di inserimento sociale delle donne immigrate che cercano lavoro come badanti

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Obiettivo dell'intervento è quello di:

- Favorire, attraverso gli Sportelli, l'incontro tra i bisogni assistenziali delle famiglie e l'offerta di cura e assistenza da parte di donne 'badanti' creando una rete tra esigenze, persone e organizzazioni. Lo Sportello garantisce una mediazione complessa, che si concretizza nell'incontro tra domanda e offerta in un contesto legale e in azioni di orientamento alla persona immigrata
- Offrire azioni formative finalizzate ad accrescere le competenze assistenziali delle donne addette alle cure domiciliari. Sol.co. Mantova ha organizzato numerosi corsi di formazione per "Addetta alle cure domiciliari" in diversi comuni della provincia.
- Creazione di un gruppo di auto-mutuo-aiuto tra donne straniere addette alle cure domiciliari

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Le famiglie che hanno necessità di avere una assistenza personalizzata per i propri congiunti in difficoltà possono ricevere, attraverso il "Centro Servizi per la Cura familiare - Sportello Badanti", servizi professionali che favoriscono la permanenza dell'anziano nel proprio domicilio.

Servizi offerti:

- *accoglienza ed analisi dei bisogni di assistenza*
- *reperimento e segnalazione dell'assistente familiare più in linea con le esigenze espresse*
- *sostituzione del personale nel periodo di ferie, malattia o altro*

- *gestione amministrativa del contratto di lavoro con le badanti (stesura contratto, elaborazione busta paga, gestione ferie, malattie...)*
- *supporto e consulenza alla famiglia e all'assistente familiare nel corso del progetto di assistenza*

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

Gli operatori di sportello e i coordinatori dei servizi di mediazione e formazione hanno una laurea di tipo sociale (psicologia, scienze politiche, educatore professionale)

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

I servizi sono stati pubblicizzati attraverso la stampa e la tv locale. I corsi di formazione sono stati pubblicizzati attraverso volantini. Al termine del precedente progetto (2004/2005) è stato organizzato un convegno di restituzione. (

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Lo Sportello Badanti ha sede a Mantova in via Imre Nagy, 32. Sino a settembre dello scorso anno erano attivi anche due sportelli sul territorio.

4. SPECIFICITA'/ INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Il progetto intende dare continuità a processi di sostegno e tutela delle donne immigrate attraverso la formazione professionale, l'attività di facilitazione dell'incontro tra domanda e offerta di lavoro attraverso gli sportelli. L'elemento di innovazione è la creazione del gruppo di auto-mutuo-aiuto

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

E' nato da un'iniziativa del Consorzio Sol.Co Mantova in collaborazione con la ASL (ente di governo del finanziamento)

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Il servizio è attivo dal 2003

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

I destinatari del progetto sono le donne straniere interessate alla professione di assistente domiciliare e le famiglie.

IL progetto ha coinvolto e coinvolge solo le lavoratrici straniere regolarmente soggiornanti in Italia e solo famiglie disponibili alla regolarizzazione del rapporto di lavoro

Per quanto riguarda i dati numerici vedasi gli atti del Convegno Badanti. I dati del 2006 sono leggermente più alti (circa 300 donne (+ qualche uomo) incontrati allo sportello e circa 160 contatti da parte delle famiglie)

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata

soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc
Nessun requisito
b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)
Colloquio di accoglienza per la definizione del bisogno

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

- a) Costi per l'ente pubblico** (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)
//
- b) Costi / tariffe per l'utente** (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)
//
- c) Enti finanziatori** (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)
//
- d) Sostenibilità nel tempo** (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)
//

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

- a) Identità dei soggetti** (chi sono i partner di progetto?)
ASL, Caritas, Comuni del territorio, Cooperativa Sociale Mestieri
- b) Ruoli e competenze** (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)
Finanziato dall'Asl di Mantova attraverso la legge 40, per le politiche d'integrazione concernenti l'immigrazione.
Sol.Co mantova ente realizzatore
Caritas partner istituzionale del progetto del progetto, ha partecipato ad alcune fasi del progetto
Comuni del territorio: partner della fase di consolidamento degli sportelli e delle attività formative
- c) Meccanismi di coordinamento** (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)
Incontri periodici di verifica

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Efficacia formazione professionale Efficienza ed efficacia della mediazione tra badanti e famiglie	Spesso i costi elevati relativi all'assunzione di una persona in possesso di regolare permesso di soggiorno fanno optare la famiglia per la non regolarizzazione del lavoro delle badanti

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Le modalità di valutazione hanno utilizzato i seguenti strumenti:
Customer satisfaction allieve Formazione e Orientamento
Monitoraggio sulla soddisfazione delle famiglie e delle badanti

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Sicuramente sul territorio vi sono altre esperienze simili

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

L' interruzione del finanziamento a sostegno di questa attività ha reso difficile mantenere l'apertura degli sportelli sul territorio.
Continua invece l'attività dello sportello badanti di Mantova

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Atti del Convegno
Customer satisfaction
Report periodici

Data compilazione:09/02/07

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_1_|_2_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Corso per assistenti domiciliari e Albo "badanti"- Provincia di Pavia

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Il progetto si inserisce in una iniziativa comunitaria Equal in collaborazione con enti Locali finalizzata a creare servizi di supporto agli anziani dei territori coinvolti

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

2 obiettivi;

1. creare lavoro regolare per donne disoccupate,immigrate, senza titoli di studio specifici
2. fornire servizi di supporto agli anziani

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Attivazione di due percorsi formativi e di accompagnamento alle care-giver-badanti

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

I percorsi sono stati promossi e organizzati in collaborazione con i docenti dell'Università degli Studi di Pavia

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Attraverso i Comuni coinvolti nel progetto Equal

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

I corsi si sono realizzati in parte presso Sportello Donna che ha messo a disposizione la propria Custodia Bambini Ambarabà e in parte presso l'Università.

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

I percorsi attivati e il successivo Albo Provinciale delle Badanti è stata un'innovazione di processo

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

E' il risultato di un progetto europeo.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Dal 2005

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il target è ovviamente variegato

8. ACCESSO

a) **Requisiti per l'accesso** (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Requisiti richiesti:

- una minima conoscenza della lingua italiana o inglese
- un attestato di scuola media inferiore o equiparato
- il permesso di soggiorno

b) **Procedure per l'accesso** (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Procedure:

semplice domanda vagliata dal Comitato scientifico del progetto

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) **Costi per l'ente pubblico** (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

/

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?) /
c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.) Fondo Sociale
d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?) Attraverso il volontariato dei docenti e della nostra struttura

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?) Comuni, Università, Camere di Commercio
b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.) L'Università ha svolto il ruolo di soggetto formatore, Sportello Donna di coordinatore
c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Novità Formazione adeguata Togliere le donne dal lavoro nero e sommerso Dare regolarità al servizio L'iscrizione ad un albo dà riconoscibilità alle donne e offre servizi qualificati alle famiglie	Poca sistematicità e impegno nella frequenza da parte di donne particolarmente svantaggiate La regolarità del servizio obbliga il pagamento degli oneri fiscali e previdenziali e questo a volte è considerato un impedimento

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto? Esiti ottimi dal punto di vista dei contenuti svolti e dei risultati raggiunti. Il 95% delle donne che hanno ottenuto l'attestato lavorano
--

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione? Abbiamo suggerito ad altri soggetti in altre parti d'Italia l'articolazione dei percorsi formativi
--

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...) Crescita dell'utenza, stiamo programmando il percorso per il 2007

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Schede di customer satisfaction
L'albo provinciale delle badanti

Data compilazione: 8 febbraio 2007.

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_1_|_3_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Progetto SERDOM – Comune di Modena

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Otto anni fa il Comune di Modena fu coinvolto nella realizzazione di un progetto transnazionale finanziato dall'Unione Europea, promosso dalla Provincia di Barcellona (il terzo partecipante era una società francese, a prevalente capitale pubblico, che realizzava piattaforme telefoniche locali per l'incontro tra domanda ed offerta di servizi domiciliari di varia natura). L'obiettivo generale del progetto modenese era quello di affrontare la nuova realtà sociale determinatasi localmente nell'area del lavoro di cura a persone anziane non autonome per effetto di diversi fattori:

- crescente disponibilità di "forza lavoro" a basso costo proveniente da Paesi non comunitari, per lo più illegalmente;
- crescente "esternalizzazione" del lavoro di cura a persone anziane da parte delle famiglie per vari motivi (tendenze demografiche; occupazione femminile);

- impossibilità per i servizi pubblici e per l'area del volontariato a far fronte alla crescente domanda di servizi di assistenza domiciliare, sia sul piano organizzativo e della capacità di offerta che su quello dei costi e delle tariffe.

La fase progettuale si concluse alla fine del 2000 ed il progetto divenne operativo dall'aprile 2001 con l'avvio dello sportello informativo, per andare a regime nel novembre 2001 con la costituzione degli elenchi degli operatori, l'intermediazione e l'erogazione dei contributi, messi a disposizione dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Modena. Il progetto prese il nome di "Serdom".

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

La crescente sensibilità verso le problematiche inerenti la qualità dei servizi erogati nell'ambito dell'assistenza domiciliare hanno portato il comune di Modena a sviluppare il progetto SERDOM.

Tra gli obiettivi prioritari del progetto vi è quello del miglioramento della qualità dell'assistenza domiciliare, da perseguire attraverso la qualificazione dei soggetti erogatori e la costruzione di appositi *elenchi* di soggetti accreditati. Altro obiettivo è quello di incentivare l'occupazione nel settore dei servizi alla persona, e ampliare l'offerta e la domanda di assistenza domiciliare, al di là della classica utenza di indigenti e di non autosufficienti.

L'elenco dei soggetti accreditati è a disposizione di uno Sportello Informanziani, *punto di primo contatto ed orientamento dell'utente* che ha funzione di convogliare e orientare la domanda secondo criteri di trasparenza e obiettività sulla base dei bisogni individuati e dell'offerta resa disponibile dai soggetti accreditati.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Il progetto Serdom, presente da diversi anni nella realtà modenese, ha tra i suoi obiettivi quello di offrire servizi rivolti alla persona anziana:

1) nella **ricerca di un'assistente familiare** (badante) o di un'organizzazione di assistenza domiciliare, la ricerca si può effettuare attraverso l'elenco presente all'InformAnziani. Previo appuntamento c'è la possibilità di fare i colloqui conoscitivi tra la famiglia e le assistenti familiari presso l'Informanziani con la mediazione del personale dell'ufficio e, se sussiste la necessità, della presenza di mediatori linguistici/culturali.

2) nell'**aiuto economico per sostenere il costo dell'assistente o dell'organizzazione**. La famiglia, dopo aver stipulato il contratto di lavoro, può richiedere il contributo economico messo a disposizione dalla Fondazione Cassa di Risparmio ritirando e compilando la documentazione necessaria presente all'InformAnziani.

I **principali prodotti** scaturiti dal Progetto Serdom sono:

- La creazione di nuove modalità di formazione attraverso l'attuazione di appositi **corsi di formazione** ed attività obbligatorie per favorire la crescita professionale degli operatori e attività di riconoscimento (D.M. 31/05/01) di qualifiche specifiche da parte del Centro per l'Impiego;
- L'istituzione di uno **sportello informativo e di orientamento**;
- La stesura di un **catalogo dei prodotti** cioè di un elenco delle attività Socio-Assistenziali che possono essere prestate a domicilio;
- L'attivazione di concrete misure di **sostegno economico a favore delle famiglie** (voucher)
- La definizione di precise **modalità per l'accreditamento dei vari soggetti fornitori** di servizi.
- Lo **sportello InformAnziani**, attivo tramite un numero verde, realizza l'incontro tra domande di assistenza a domicilio e operatrici accreditate; riguarda ogni mese alcune decine di casi.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

■

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Sito, Newsletter dell'InformAnziani, volantini, organi di informazione locale.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Lo Sportello informativo si trova presso il S.A.A (Servizio Assistenza Anziani ex LR 5/94), Comune di Modena Via del Pozzo 79
Tel. 059 438041 - fax 059438758 41100 Modena
e-mail anziani.servizi.sociali@comune.modena.it

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

E' il primo esperimento realizzato da un Comune che prevede l'accreditamento del lavoratore singolo e che ottiene risorse finanziarie da una Fondazione bancaria

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

Il progetto transnazionale SERDOM è stato finanziato dall'Unione Europea (DGV ex art.6 Fondo Sociale Europeo) con la finalità principale di creare nuova occupazione nell'ambito dei servizi domiciliari per le persone anziane
Capo-progetto è stata la Deputacio (Provincia) di Barcellona; il terzo partner era la Sdes S.p.A., società francese a prevalente capitale pubblico per l'installazione nelle comunità locali di piattaforme telefoniche per l'incontro tra domanda ed offerta di servizi domiciliari.

Partners locali di Sedom, la cui fase progettuale si è conclusa il 31 dicembre 1999, sono stati l'A.U.S.L. di Modena, le Cooperative sociali ed altre imprese "profit" operanti nei servizi alla persona, le Associazioni delle Cooperative, Organizzazioni di volontariato, le Organizzazioni Sindacali dei lavoratori, il Centro Territoriale del Provveditorato agli Studi.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Il progetto Sedom ha preso avvio nel 1998 con un progetto FSE e si è sviluppato nel tempo, con la costruzione dei vari elementi organizzativi ed amministrativi di cui è composto. Il progetto è a pieno regime dal 2002.

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il progetto Sedom ha consentito di iscrivere nell'elenco delle assistenti familiari accreditate oltre duemila persone e di fornire i nominativi di assistenti familiari a 1770 famiglie, intenzionate ad avvalersene per il lavoro di cura dei propri anziani non autosufficienti. I fondi messi a disposizione dalla Fondazione Cassa di risparmio di Modena hanno permesso di erogare 5959 mensilità a sostegno della spesa affrontata dalle famiglie, mentre i corsi di formazione per assistenti familiari attivati a Modena hanno visto la partecipazione di oltre 250 persone negli ultimi due anni.

Il progetto Sedom interviene su un mercato valutabile in 2.000/2.500 famiglie.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

L'utente, per accedere al contributo, deve aver sottoscritto un contratto di lavoro o di prestazione di servizio con un fornitore accreditato. Il cittadino può avere già un fornitore, oppure scegliere nelle liste delle imprese accreditate e dei lavoratori singoli accreditati.

Possono accedere ai contributi gli anziani a rischio di non autosufficienza o, nei casi di impossibilità, familiari o persone, anche senza rapporti di parentela, che si prendono cura di un anziano non completamente autosufficiente, assumendo il ruolo di caregiver.

Per quanto riguarda il lato dell'offerta, beneficiano del servizio le Organizzazioni e i lavoratori singoli impiegati nelle attività domiciliari e di cura alla persona poiché l'adesione al progetto ne favorisce la crescita professionale, il riconoscimento sociale, la tutela normativa e contrattuale.

Non è richiesto nessun contributo economico al cittadino o al fornitore (salvo i costi che dovranno sostenere le imprese per sottoporsi al processo di Accreditamento).

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Le persone anziane o le famiglie che necessitano di un servizio di assistenza domiciliare possono recarsi allo Sportello InformAnziani per specificare le caratteristiche della prestazione richiesta: attività, frequenza, numero di ore, ecc. Qui ricevono indicazioni (nominativi, indirizzi, numeri telefonici, tariffe, disponibilità oraria) per mettersi in contatto con gli operatori singoli o con le organizzazioni accreditate che più soddisfano le esigenze espresse.

Per quanto riguarda il lato dell'offerta, il Comune di Modena, le Organizzazioni Sindacali Confederali dei pensionati e di categoria, la Lega Provinciale delle Cooperative e Confcooperative-Unione di Modena hanno sottoscritto un "Patto Modenese per l'assistenza domiciliare agli anziani", con l'obiettivo di mettere a punto un sistema di qualità in relazione al quale i singoli operatori interessati ad operare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane possono richiedere di essere accreditati e accedere così all'Elenco fornitori a disposizione dello Sportello InformAnziani.

I criteri minimi di ammissione sono:

- Possesso di uno tra i seguenti documenti che attestano il profilo professionale di appartenenza: Attestato di Qualifica Professionale (A.d.B., O.S.S., O.T.A.) rilasciato da un Ente Pubblico, oppure Certificato di iscrizione per la qualifica di "Operatore Sociale per Assistenza (di vario genere) a Domicilio" rilasciato dal Centro per l'Impiego di Modena.
- Assenza di condanne penali e di procedimenti penali in corso di qualsiasi tipo (ai sensi e per gli effetti della legge n. 15/68)
- Per i cittadini stranieri: possesso del regolare permesso di soggiorno per motivi di lavoro ed una conoscenza della lingua italiana adeguata all'espletamento delle responsabilità assegnate.

Gli operatori singoli richiedenti e in possesso dei requisiti necessari, sono accreditati dal Comune e debbono documentare le competenze professionali possedute attraverso attestati di qualifica professionale oppure specifico certificato di iscrizione rilasciato dal Centro per l'Impiego di Modena. Gli operatori debbono inoltre dichiarare i prezzi che propongono ai cittadini anziani e alle loro famiglie.

Le organizzazioni che possono accedere all'Accreditamento devono rientrare in una delle seguenti categorie:

- Imprese fornitrici di servizi domiciliari
- Imprese autorizzate dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale all'attività di mediazione tra domanda e offerta di lavoro
- Imprese di fornitura di lavoro temporaneo iscritte all'Elenco istituito presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale
- Istituti di Patronato autorizzati dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale all'avviamento al lavoro di personale addetto a servizi domestici.

Possono presentare la domanda per accedere al processo di Accreditamento tutti i soggetti organizzati interessati, purché non si trovino in nessuna delle condizioni di esclusione previste dall'art. 12 del D. Lgs 157/95 e successive modifiche, nonché dalla L. 68/99.

Le organizzazioni sono accreditate dal Comune sulla base di una valutazione tecnico professionale predisposta da una società di certificazione a cui dovranno documentare le proprie caratteristiche, i propri requisiti organizzativi e dichiarare i prezzi che proporranno ai cittadini.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

Inizialmente la sperimentazione si è avvalsa di un progetto transnazionale FSE, per la costruzione del modello, nonché di un finanziamento della Regione Emilia Romagna per un corso di formazione per l'accREDITamento dei lavoratori e delle imprese. Il sistema ha però richiesto investimenti notevoli da parte del Comune per tutti gli aspetti organizzativi, la concertazione, l'InformAnziani, ecc. Complessivamente il costo è stimato in circa 150 mila euro per la fase di progettazione; 65mila per l'allestimento dell'InformAnziani e di 75mila euro per il suo funzionamento.

E' stato inoltre costituito un fondo per l'erogazione di contributi economici alle famiglie di 516mila euro annui, finanziato da Comune e Fondazione Cassa di Risparmio di Modena

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

Non è richiesto nessun contributo economico né cittadino né al fornitore (salvo i costi che dovranno sostenere le imprese per sottoporsi al processo di AccREDITamento).

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

Il progetto transnazionale SERDOM è stato finanziato dall'Unione Europea (DGV ex art.6 Fondo Sociale Europeo); dal Comune di Modena, dalla Regione Emilia Romagna e dalla Fondazione Cassa di Risparmio.

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

Tra i soggetti coinvolti nel progetto Serdom, vi sono il Comune di Modena (capofila), i Sindacati confederali dei pensionati e di categoria, la Lega provinciale delle Cooperative e Confcooperative-Unione di Modena.

La realizzazione degli obiettivi di SERDOM richiede una forte concertazione con altri attori sociali, tra i quali la Fondazione Cassa di Risparmio di Modena, la Provincia di Modena, il CERMET.

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Patto locale: "Patto modenese per l'assistenza domiciliare agli anziani nell'ambito del progetto Serdom" sotto scritto dalle OOSS con federali e di categoria; dalle Associazioni imprenditoriali cooperative; Comune di Modena; AUSL.

Convenzione tra Comune e Provincia: autorizzazione ad "InformAnziani" per attività di intermediazione - requisiti per l'iscrizione al Centro per l'impiego ("certificato Serdom"), presupposto per l'accREDITamento dei singoli operatori.

Convenzione tra Comune e Fondazione Cassa di Risparmio di Modena: costituzione di un fondo per l'erogazione di contributi economici alle famiglie (516.000 € annui).

Convenzione tra Comune e Cermet: visite ispettive presso le Organizzazioni per l'accREDITamento.

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Accanto alle azioni svolte, la cui complessità non è possibile in questa sede approfondire ulteriormente, ed ai numeri, che evidenziano il successo del progetto, vale la pena citare: - il monitoraggio telefonico dell'esito delle intermediazioni presso tutte le famiglie che si sono rivolte ad Informanziani svolto ordinariamente qualche mese dopo la segnalazione degli operatori. - la gestione dei "reclami" relativi al rapporto tra famiglia ed assistente familiare che ci pervengono talvolta dal datore di lavoro e talvolta dal lavoratore. - Non abbiamo poteri coercitivi o sanzionatori: è pur tuttavia fondamentale (e spesso apprezzato) condurre un'istruttoria ed esprimere una propria valutazione degli eventi accaduti, cui talvolta ha fatto seguito una "diffida" all'operatore ed anche la sospensione dell'accreditamento.	In linea generale rileviamo tre criticità principali: - la consistente ripresa di un'offerta di lavoro irregolare, sia da parte di persone in condizioni di clandestinità, sia da parte di persone presenti in Italia con permessi di soggiorno per motivi diversi da quello del lavoro; - l'inutilizzabilità del meccanismo delle "quote" di ingresso, sia per la loro esiguità (dai Paesi non comunitari) sia, soprattutto, per l'impossibilità di stipulare un contratto di lavoro che si basa per sua natura su un preesistente rapporto di fiducia personale, e quindi sulla reciproca conoscenza diretta (e non su competenze professionali documentabili), con una persona sconosciuta; - la stipula di contratti di lavoro spesso imprecisi e con una quantificazione della prestazione e del compenso non corrispondenti agli effettivi accordi intervenuti, tanto da consentire, al loro termine, una crescente promozione di cause di lavoro da parte dell'assistente familiare, con esito generalmente positivo per questi. - Relativamente alle attività promosse da Serdom rileviamo alcune altre criticità che rappresentano, di converso, altrettante prospettive di sviluppo del progetto stesso. Una prima carenza, da colmare, è quella relativa all'"accompagnamento" alla stipula del contratto, oggi solo parzialmente soddisfatta dai Patronati, sia per quanto riguarda la trasparenza e la veridicità delle clausole contrattuali ed il loro rispetto, sia per quanto riguarda i delicati aspetti relazionali, connessi al lavoro di cura, tra le persone che interpretano il ruolo di assistito: caregiver-datore di lavoro, da un lato e di addetto alla cura-dipendente, dall'altro (spesso il "datore di lavoro" è egli stesso, o è stato, lavoratore dipendente che ha giustamente rivendicato quei diritti che ora tende a non riconoscere appieno al "suo" dipendente). Una seconda difficoltà riguarda un'offerta fatta da singoli lavoratori, prevalentemente orientata ad un'occupazione a tempo pieno (o convivenza) ed indeterminato, perciò inadeguata a soddisfare un segmento di domanda che chiede servizi per periodi brevi (ad es. le ferie del lavoratore o quelle della famiglia) o per momenti di sollievo (es. un week end). Questa carenza può essere colmata da un'offerta "organizzata", magari proposta dagli stessi assistenti familiari, il cui costo, certamente maggiore dell'offerta "singola", sia però considerato sostenibile dalle famiglie. Una terza criticità sta nello "stato di abbandono" delle famiglie e dei lavoratori, spesso entrambi in difficoltà durante l'attività di cura, affrontabile promuovendo da parte dell'Ente locale attività di tutoraggio degli assistenti domiciliari e di monitoraggio delle famiglie

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

Gli aspetti attinenti la valutazione della qualità sono demandati ad apposito comitato di valutazione composti da dirigenti comunali e sindacalisti. Per il futuro si sta discutendo della possibilità di introdurre dei comitati paritetici per la valutazione degli strumenti e del loro impatto, così da far partecipare direttamente l'utenza alla crescita del servizio.

Responsabile Comitato Pilotaggio Locale: Carlo Nicoli Dirigente Responsabile Servizio Assistenza Anziani Comune di Modena Via del Pozzo 79 Tel. 059 438041 - fax 059438758 41100 Modena e-mail anziani.servizi.sociali@comune.modena.it

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Il Serdom è molto vicino al meccanismo di integrazione tra stimoli della domanda (con i voucher) e quelli dell'offerta (accreditamento delle imprese) che sembra alla base delle recenti riforme, e che si lega all'istituzione di un *albo dei fornitori individuali*.

In questo contesto, un contesto cioè di forte strutturazione organica degli interventi sulla domiciliarità, si pone la funzione di sportello di intermediazione tra domanda e offerta di assistenza, che gioca dunque un ruolo ad alta integrazione con le altre parti di cui si compone il progetto.

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

//

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Catalogo dei prodotti; Albo fornitori (Organizzazioni e fornitori singoli); Sportello informativo all'interno del S.A.A (Servizio Assistenza Anziani ex LR 5/94).

Data compilazione: 13.12.2006

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_1_|_4_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Elenco Badanti, Sportello Assistenti Familiari e Corsi per Assistenti Familiari del Comune di Milano

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Dai dati dell'Anagrafe del Comune di Milano (riferiti al 2005), gli immigrati regolari residenti in città si stimano essere 143.125 (di cui 72.500 donne e 70.531 uomini). Le assistenti familiari, secondo le stime dell'ISMU, sarebbero in Lombardia tra le 26.500 e le 47.300, il 50% delle quali di nazionalità ucraina, filippina e rumena (dati ISMU). Seguono per numerosità i paesi latinoamericani (circa il 17% delle badanti proviene dal Perù e dall'Equador).

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

L'istituzione di un elenco Badanti intende favorire l'incontro domanda-offerta nell'ambito delle prestazioni di cura alla persona anziana. E' questo un servizio che il Comune di Milano offre ad anziani e famiglie che cercano persone con le quali stabilire un rapporto di lavoro per l'assistenza a domicilio. Famiglie ed anziani vengono messi in contatto con le persone più adeguate alle loro esigenze, fra le quali possono scegliere con chi stabilire un rapporto di lavoro. Il servizio fornisce anche indicazioni di Enti ai quali rivolgersi per un supporto tecnico alla definizione del contratto di lavoro. L'elenco intende inoltre facilitare e rendere più trasparente l'incontro tra domanda e offerta in un settore ancora troppo dominato dal sommerso.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Il Comune di Milano, a partire dal 2005, ha sviluppato un intervento plurimo, che prevede la costituzione di un "Elenco Badanti qualificate", di uno "Sportello Assistenti Familiari" e l'attivazione di "corsi di Assistente familiare".

L'**Elenco Badanti** intende soddisfare la domanda di assistenza a domicilio proveniente dagli anziani milanesi. L'iscrizione all'Elenco Badanti è subordinata alla presentazione di apposita domanda da parte dei soggetti interessati e in possesso dei requisiti di idoneità. L'iscrizione è subordinata alla valutazione di un'apposita Commissione Tecnica. L'Elenco ha validità biennale dalla data della prima pubblicazione; nel corso del biennio, si procederà alla cancellazione dall'Elenco qualora vengano meno i requisiti richiesti, ovvero intervenga istanza di cancellazione da parte dell'interessato. Per i cittadini stranieri, la durata dell'iscrizione non può superare il termine di validità del permesso di

soggiorno.

Oltre all'Elenco Badanti, dall'ottobre 2005 è attivo presso Direzione di Progetto Milano Lavoro, in piazza Cantore 10 lo "**Sportello Assistenti Familiari**". E' questo un servizio che il Comune di Milano offre ad anziani e famiglie che cercano persone con le quali stabilire un rapporto di lavoro per l'assistenza a domicilio. Famiglie ed anziani vengono messi in contatto con le persone più adeguate alle loro esigenze, fra le quali possono scegliere con chi stabilire un rapporto di lavoro. Il servizio fornisce anche indicazioni di Enti ai quali rivolgersi per un supporto tecnico alla definizione del contratto di lavoro.

Infine, per coloro i quali hanno presentato domanda di iscrizione all'Elenco Badanti, pur essendo privi dei titoli di studio richiesti o di esperienza lavorativa continuativa, il Comune di Milano promuove dei **Corsi per assistenti familiari**. I corsi programmati sono di due tipologie: Corso A (totale frequenza 130 h, di cui 100 di teoria e 30 di tirocinio), destinato a chi già lavora nella cura di anziani e soggetti fragili; Corso B (totale frequenza 160 h di cui 100 di Teoria e 60 di tirocinio), destinato ad aspiranti privi di precedente esperienza lavorativa nel campo o con occupazione saltuaria. I corsi, con frequenza obbligatoria, sono gratuiti; al termine dei corsi la Scuola rilascerà un attestato di frequenza che costituirà il titolo per l'iscrizione all'elenco dei/le badanti. Per gli stranieri, se necessario, è previsto un breve modulo di lingua italiana.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

//

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

//

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

Per iscriversi all'albo Badanti è necessario rivolgersi all'Ufficio Elenco Badanti, presso il Settore Anziani e Strutture Residenziali del Comune di Milano (sito in Via De Amicis 17)

I corsi per Assistenti familiari del Comune di Milano, si svolgono presso la Scuola per Operatori Sociali di V.le d'Annunzio, 17 20123 Milano.

4. SPECIFICITA'/ INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

La richiesta di assistenza privata è molto alta, e finora è sempre stata gestita in via informale. Con l'elenco Badanti e lo sportello Assistenti familiari, il Comune intende garantire alle famiglie una selezione "tarata", attraverso il bilancio delle competenze svolto sulle lavoratrici. ...

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

//

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

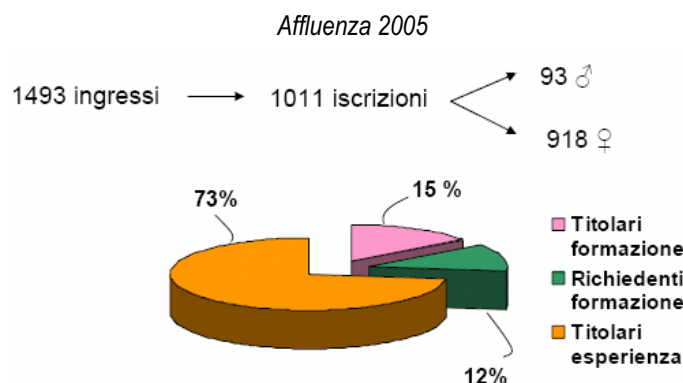
Da quanto tempo è attivo il servizio?

I progetti sono stati attivati nel corso del 2005. Nello specifico, l'Elenco Badanti ha aperto le iscrizioni per la prima volta il 6 giugno 2005; lo Sportello Assistenti Familiari è attivo dal 3 ottobre 2005, infine, il corso per assistenti familiari è stato attivato a metà ottobre (2005).

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Il target individuato dal progetto è rappresentato dalle assistenti familiari regolari. Altri soggetti beneficiari del servizio sono le famiglie con anziani non autosufficienti. A luglio 2005, sono arrivate all'ufficio comunale oltre mille domande di iscrizione all'Albo.



Fonte: Direzione Settore anziani e strutture residenziali

Elenco 2005

1° Elenco	sett. '05	242
2° Elenco	dic. '05	135
3° Elenco	feb. '06	53
		430

→ Totale elencati ad oggi

Fonte: Direzione Settore anziani e strutture residenziali

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Per ottenere l'iscrizione all'elenco badanti bisogna essere in possesso di regolare permesso di soggiorno (o cedolino di rinnovo), di un'esperienza di almeno sei mesi sul campo o la frequenza di un corso di formazione per assistente familiare, nonché dell'assenza di condanne o procedimenti penali in corso.

Nello specifico, i requisiti necessari per la presentazione della domanda, possono così essere sintetizzati:

1. la maggior età;
2. attestato di frequenza dei corsi per "Assistente Familiare" del Comune di Milano, o altro titolo professionale riconosciuto (A.S.A. - O.T.A. - O.S.S.);
3. in alternativa all'attestato di frequenza di cui al punto 2:
 - precedente esperienza lavorativa di almeno sei mesi nell'ambito dell'assistenza alle persone anziane,
 - il possesso di attestato di frequenza a corsi assimilabili a quello di Assistente Familiare del Comune di Milano
4. assenza di condanne penali e procedimenti penali in corso;
5. per gli stranieri:
 - Carta di Soggiorno o Permesso di soggiorno valido ai fini lavorativi rilasciati dalla Questura di Milano, e presenza regolare in Italia da almeno sei mesi;
 - conoscenza della lingua italiana adeguata allo svolgimento delle mansioni.

Nel corso del biennio, si procederà alla cancellazione dall'Elenco qualora vengano meno i requisiti richiesti, ovvero intervenga istanza di cancellazione da parte dell'interessato. Per i cittadini stranieri, la durata dell'iscrizione non può superare il termine di validità del permesso di soggiorno.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione

da parte di una commissione; ecc.)

Per accedere all'Elenco Badanti è necessario presentare domanda d'iscrizione al Comune (Servizio Centrale Anziani Ufficio Elenco Badanti)

L'iscrizione all'Elenco Badanti, su specifica domanda degli interessati in possesso dei requisiti sotto precisati, è subordinata alla valutazione di un'apposita Commissione Tecnica che valuterà le domande e convocherà i candidati per un colloquio. Chi ha qualche incertezza con l'italiano o non ha abbastanza esperienza come assistente familiare potrà frequentare un corso di formazione gratuito organizzato dal Comune, e successivamente iscriversi all' Elenco.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

Gratuito.

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Comune di Milano - Settore Anziani e Strutture Residenziali - Servizio Centrale Anziani
Ufficio Elenco Badanti

11. PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
- Iscrizioni a ciclo aperto; - Estensione a PS rilasciati da altre questure; - Elaborazione di moduli formativi leggeri; - Intersezioni anziani con badanti qualificate; - Ridefinizione percorso formativo / credito formativo per progressione professionale	

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Data compilazione:

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

|_1_|_5_|

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Qualificare il lavoro privato di cura- Comune di Sesto S. Giovanni e Comune di Brescia

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

Due Comuni (Brescia e Sesto San Giovanni) di dimensioni medio-grandi, strutturalmente diversi in termini di contesto socioeconomico, ma segnati da analoghe dinamiche demografiche e migratorie, dove è sensibilmente in aumento il fenomeno del lavoro di cura a domicilio svolto in larga parte al di fuori del mercato regolare. Queste due Amministrazioni comunali hanno peraltro mostrato sensibilità e attenzione al tema oggetto del presente progetto già attraverso iniziative di sviluppo e di investimento a favore della domiciliarità sociale e delle assistenti private domiciliari.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Scopo del progetto è produrre conoscenze puntuali e organiche intorno a questo fenomeno, nonché costruire un modello di qualificazione e sostegno dell'assistenza privata a domicilio, attraverso la sperimentazione di un sistema che faciliti l'incontro tra domanda e offerta di intervento, anche attraverso una migliore finalizzazione delle risorse pubbliche disponibili per sostenere il costo delle prestazioni. E' previsto inoltre un lavoro sui profili professionali e contrattuali, a partire dall'attuale articolazione del contratto di collaborazione familiare.

Le politiche attuate intervengono nei seguenti campi di azione:

- Sostegno all'offerta di lavoro nel campo dell' assistenza domiciliare, attraverso percorsi formativi mirati alla sua qualifica (accreditamento dell'assistente privata)
- Incontro domanda – offerta (sportello sociale)
- Emersione del mercato del lavoro sommerso (erogazione dei voucher-assegni di cura)

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Le specifiche azioni progettuali possono essere distinte in tre macrofasi, che ricalcano i tre obiettivi più sopra richiamati Tali macrofasi sono pensate come moduli che vengono realizzati parallelamente e che interagiranno tra loro, nel tentativo di creare un valore aggiunto ciascuna per gli altri. Sono dunque parti complementari di un progetto che vuole qualificare, sostenere e orientare

un tipo di attività che crescerà inevitabilmente nei prossimi anni. In relazione ai risultati attesi possiamo delineare come segue le tre macrofasi del progetto.

PRIMA MACROFASE: ricognizione delle buone prassi e ricerca sociale. Tale macrofase intende far progredire le nostre conoscenze circa il ricorso all'assistenza privata a domicilio da parte delle famiglie, e delle famiglie con anziani in modo particolare. Il mercato privato dell'assistenza è assai diffuso nel nostro paese. Manca tuttavia una quantificazione e una conoscenza delle caratteristiche per lo specifico contesto lombardo. A questa lacuna si intende rispondere sia indagando le famiglie potenzialmente beneficiarie, sia utilizzando informazioni relative al mercato del lavoro e ai flussi migratori, valutando ad esempio il numero di regolarizzazioni effettuate sulla base di un'attività di assistenza privata a domicilio. Le principali azioni specifiche di ricerca riguarderanno:

- Analisi dei servizi e delle politiche a favore degli anziani non autosufficienti nella Regione Lombardia;
- Indagine sulle figure di assistenti familiari, sulle modalità operative di lavoro, la qualità percepita del loro intervento, i processi migratori che ne accompagnano la presenza sul territorio lombardo;
- Ricognizione sulla disponibilità complessiva di risorse pubbliche per le politiche a sostegno delle persone anziane non autosufficienti e sull'uso di buoni e voucher erogati a livello di Piani di zona (ex l. 328/00) in Regione Lombardia e verifica della possibile costruzione di una funzione di Osservazione regionale sul lavoro privato di cura.

SECONDA MACROFASE: animazione tematica e sperimentazione validante. Costituisce il cuore del progetto. Lo sviluppo di strategie locali innovative per l'inserimento sociale e lavorativo di soggetti vulnerabili richiede, oltre alla costituzione di partenariati ampi e rappresentativi, anche un intenso sforzo di animazione, finalizzato a fidelizzare i diversi interlocutori rispetto ad obiettivi di lavoro e metodologie concertative condivise. A tal fine, si prevede la gestione di un intervento di 'animazione ed empowerment di comunità', gestito nei territori di sperimentazione, ma rivolto in determinate occasioni anche al territorio lombardo nel suo complesso, attraverso percorsi seminariali, all'inizio e in conclusione del progetto. Ulteriori azioni specifiche riguarderanno:

- Definizione di un coordinamento, allargato alla rete dei soggetti interessati da questo progetto, che presidi le attività sperimentali in ciascuno dei due territori oggetto di sperimentazione;
- Individuazione delle risorse pubbliche e private a disposizione per sostenere finanziariamente la regolazione dell'assistenza privata (prevalentemente da ricercarsi nei fondi dedicati nei Piani di zona a buoni e voucher) e definizione delle modalità organizzative di integrazione e gestione relative. Tale fase dovrà includere accordi 'triangolari' (Comune-Assistenti private-Anziani) per la finalizzazione degli strumenti a sostegno della domiciliarità e della regolamentazione dell'assistenza privata;
- Sperimentazione di uno 'sportello sociale' dedicato al lavoro privato di cura a domicilio, con funzioni di facilitazione dell'incontro tra domanda e offerta, screening dei bisogni e valutazione del potenziale delle assistenti private;
- Accreditamento delle assistenti private;
- Prefigurazione di due nuove figure: l'assistente privata accreditata (anche in relazione alla attuale figura di 'pattante') e la responsabile del caso (facente riferimento ai servizi domiciliari già presenti sul territorio);
- Azioni formative rivolte a queste figure;
- Azioni di integrazione dell'operato delle assistenti familiari accreditate e dei servizi domiciliari pubblici per garantire maggiore flessibilità e continuità del servizio di assistenza a favore sia delle lavoratrici sia degli utenti;
- Sperimentazione concertata per un periodo di circa sei mesi del nuovo modello;
- Valutazione della sperimentazione e formulazione di indicazioni per l'estensione del modello e la sua replicabilità.

TERZA MACROFASE: programmazione negoziata. Attraverso il lavoro dei tavoli di coordinamento del processo di costruzione di un 'mercato regolato', nei territori di sperimentazione si svilupperà una attività di concertazione al fine di agevolare le famiglie e le assistenti private nella transizione verso la regolarizzazione dei rapporti di lavoro. Alcuni passaggi prefigurabili possono essere sintetizzati come segue:

- Verifica dell'oggetto di regolazione su cui gli attori coinvolti possono effettivamente intervenire e incidere;
- Definizione di un accordo formalizzato, 'Patto' tra gli attori coinvolti per la regolarizzazione del lavoro di cura;
- Definizione del rapporto di lavoro attraverso l'applicazione del CC N L per le assistenti private. Alcuni passaggi saranno:
- Sperimentazione di tale accordo, nel quadro del percorso sperimentale seguito.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

In concomitanza con l'attivazione dell'iniziativa è stato creato un sito web che porta il nome del progetto stesso dedicato a informazione e approfondimento sul lavoro privato di cura.

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

Il carattere innovativo del progetto è determinato da diversi fattori. Ne elenchiamo i principali:

1. Un primo carattere del progetto che qui vale la pena di sottolineare riguarda il suo radicamento rispetto ad un fenomeno in espansione. Esiste infatti un ampio consenso in merito alle potenzialità di ulteriore diffusione del lavoro privato di cura così come agli ostacoli legati alla capacità di spesa delle famiglie. L'incidenza del lavoro irregolare è assai elevata: i dati riguardanti l'insieme dei servizi domestici presso famiglie dicono che si tratta di circa 3 lavoratori su 4. In questo contesto, manca un'offerta di servizi di orientamento e di formazione rivolti a chi fornisce assistenza. L'assenza di tali misure di accompagnamento è coerente con l'assai scarsa visibilità sociale e il ridotto sostegno di cui gode chi fornisce assistenza a pagamento.
2. Per la prima volta questo progetto elabora un approccio integrato in tema di assistenza privata, ossia non solo legato ad un percorso formativo, né solo legato ad un percorso di accreditamento professionale, né solo legato a un sistema di incentivi economici alle famiglie. Questo progetto intende creare dei legami tra queste diverse dimensioni. Mettendo a sistema questi diversi aspetti il progetto intende avviare percorsi virtuosi che possano, come insegnano alcune buone prassi presenti nel nostro paese, contenere e razionalizzare la spesa pubblica, migliorandone l'efficacia, e alleggerire i costi per le famiglie, aumentando la soddisfazione finale sia delle famiglie stesse che dei lavoratori.
3. Questo progetto, in conseguenza a quanto appena richiamato, si pone volutamente all'incrocio tra politiche sociali e del lavoro, creando legami tra i servizi sociali dei Comuni, i servizi per l'impiego e i luoghi della formazione professionale. La PS è convinta che solo con un simile approccio si possa ridurre l'esclusione della categoria delle assistenti private (quasi tutte straniere) dal mercato del lavoro regolare, al tempo stesso cercando di garantire un lavoro di cura qualificato.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessorato; è frutto di un progetto europeo, ...)

La prima fase del progetto è consistita in una ricognizione delle buone prassi e ricerca sociale. Tale fase ha inteso far progredire le nostre conoscenze circa il ricorso all'assistenza privata a domicilio da parte delle famiglie, e delle famiglie con anziani in modo particolare. Il mercato privato dell'assistenza è assai diffuso nel nostro paese. Manca tuttavia una quantificazione e una conoscenza delle caratteristiche per lo specifico contesto lombardo. A questa lacuna si intende rispondere sia indagando le famiglie potenzialmente beneficiarie, sia utilizzando informazioni relative al mercato del lavoro e ai flussi migratori, valutando ad esempio il numero di regolarizzazioni effettuate sulla base di un'attività di assistenza privata a domicilio. Le principali azioni specifiche di ricerca hanno riguardato:

- Analisi dei servizi e delle politiche a favore degli anziani non autosufficienti nella Regione Lombardia;
- Indagine sulle figure di assistenti familiari, sulle modalità operative di lavoro, la qualità percepita del loro intervento, i processi migratori che ne accompagnano la presenza sul territorio lombardo;
- Ricognizione sulla disponibilità complessiva di risorse pubbliche per le politiche a sostegno delle persone anziane non autosufficienti e sull'uso di buoni e voucher erogati a livello di Piani di zona (ex l. 328/00) in Regione Lombardia e verifica della possibile costruzione di una funzione di Osservazione regionale sul lavoro privato di cura.

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

24 mesi, dal 2005

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Anziani e famiglie; migranti e minoranze etniche.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

- Istituto per la ricerca sociale
- Comune di Brescia
- Comune di Sesto San Giovanni
- Confederazione Generale Italiana del Lavoro - Lombardia
- Fondazione Caritas Ambrosiana

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

Istituto per la Ricerca Sociale Organizzazione responsabile della gestione della PS

Partenariato transnazionale

Progettazione

Raccolta, elaborazione dati richiesti

Valutazione

Comune di Brescia

Comune di Sesto San Giovanni: Coordinamento delle attività

Confederazione Generale Italiana del Lavoro - Lombardia

Fondazione Caritas Ambrosiana

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Istituto per la Ricerca Sociale

11. PUNTI DI FORZA

PUNTI DI DEBOLEZZA

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

La valutazione del progetto sarà esplicita in momenti di monitoraggio in itinere e di verifica ex-post. A seguito dell'iniziativa è stata condotta, sulla base di una serie di interviste alle badanti straniere impiegate in Lombardia coinvolte nel progetto, un'indagine relativa alle loro caratteristiche socio-demografiche, il progetto migratorio, i principali contenuti del lavoro di cura prestato e la propensione a regolarizzarsi e qualificarsi. I risultati di questa indagine sono stati pubblicati nel rapporto di ricerca "Il lavoro privato di cura in Lombardia"

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,..)

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

A seguito delle iniziative intraprese sulla qualificazione del mercato e del lavoro di cura, è stata istituita dagli stessi enti promotori del progetto, "Qualificare", una newsletter sul lavoro privato di cura. Nell'ambito del progetto è stato altresì pubblicato un rapporto di ricerca sulla condizione delle badanti straniere in Lombardia.

Data compilazione:

TERRITORI E NON AUTOSUFFICIENZA - L'INTEGRAZIONE DELLE BANDANTI NELLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI

SCHEDA DI RILEVAZIONE DEI SERVIZI

N. Scheda

| 1 | 6 |

1. TITOLO/NOME DEL PROGETTO/SERVIZIO

Indicare il nome del progetto; se il progetto non presenta un nome specifico, indicare una dicitura idonea a contraddistinguere il progetto (es. Attivazione di corsi di formazione professionale per badanti. Comune di...)

Un'Assistenza in più - Un euro all'ora – Provincia di Siena

2. CONTESTO

Breve descrizione del contesto nel quale il progetto/servizio si inserisce (numero di anziani residenti sul totale della popolazione; quota di anziani non autosufficienti; livello di copertura dei servizi; disponibilità di badanti sul territorio; ecc.)

La popolazione anziana in Provincia di Siena ammonta a 64.816 soggetti (il 25,21% sul totale della popolazione residente). Si stima inoltre che l'incidenza della non autosufficienza sulla popolazione anziana raggiunga il 20%.

La popolazione anziana in Provincia di Siena è destinata complessivamente a crescere. La percentuale di persone con più di 65 anni di età con necessità di sostegno differenziato dipenderà da una serie di fattori che non sono esclusivamente demografici, quali il miglioramento/peggioramento delle condizioni di salute, l'espansione/concentrazione delle reti informali e familiari; l'aumento/diminuzione del benessere complessivo della comunità; i cambiamenti nelle politiche di welfare.

Dalla sanatoria del 2002, si registrano 1700 colf operanti sul territorio provinciale.

3. DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

a) Area di bisogno soddisfatta / finalità perseguite (a quale bisogno il servizio implementato intende fornire risposta? Quali gli obiettivi?):

Gli scopi del progetto sono:

- Regolamentare il mercato privato dei servizi domiciliari, favorendo l'emersione del lavoro "nero";
- Ampliare la fascia di cittadini che riceve sostegno per bisogni di carattere assistenziale;
- Qualificare i lavoratori singoli, fornendo loro supporti di formazione professionale;
- Qualificare il sistema di offerta di servizi introducendo la figura dell'Assistente Familiare;
- Sostenere economicamente la domanda di servizi;
- Costruire una rete fra le agenzie che a vario titolo si occupano di fornire risposte diversificate ai differenti bisogni socio assistenziali.

b) Tipologia di intervento realizzato (descrizione analitica del progetto/servizio):

Un Euro all'Ora è una linea di intervento del progetto "Un'Assistenza in più" per l'erogazione di contributi alle famiglie che hanno stipulato un contratto di lavoro regolare per il personale che si occupa dell'assistenza di persone non autosufficienti.

Possono avere accesso al contributo anziani ultra 65enni riconosciuti non autosufficienti e disabili con connotazione di gravità.

L'entità del contributo è pari a 1,30 euro per ogni ora di lavoro effettuata da un assistente familiare regolarmente assunto e per il quale sono stati regolarmente versati i contributi previdenziali, fino ad un massimo di 54 ore settimanali. Il contributo può coprire il periodo che va da un minimo di 1 mese ad un massimo di 12 mesi. Il contributo è erogato direttamente dalla Provincia in seguito alla presentazione della documentazione periodica relativa al versamento dei contributi INPS.

La Provincia di Siena ha inoltre promosso corsi di formazione professionale e voucher alla persona per le/gli assistenti familiari. Il corso di formazione professionale prevede un massimo di 60 ore divise in moduli della durata di 4 ore settimanali. Nell'ambito del progetto "Un Euro all'Ora" è stato riconosciuto alla famiglia un bonus di 30,00 Euro per ogni modulo di formazione a cui l'assistente familiare ha preso parte.

c) Professionalità impiegate (quali sono le professionalità che si sono rese necessarie per l'implementazione del servizio; es. il coordinamento è affidato ad uno psicologo; gli operatori di sportello sono assistenti sociali, ecc.):

//

d) Formule, supporti, strategie di comunicazione prescelte (come il progetto/servizio è stato pubblicizzato?):

Volantini, manifesti, sito internet

e) Dislocazione e raggiungibilità del servizio all'interno della città (dove è ubicato il servizio? Sono presenti sportelli periferici sul territorio? ecc.):

La domanda può essere inviata alla Provincia di Siena (Servizio Politiche Sociali - P.zza Duomo, 9) tramite i patronati Inca-Cgil, Inas-Cisl, Ital-Uil, Acli Siena, Enasco-Confindustria, Itaco-Confesercenti, Epasa -Cna, Epaca-Coldiretti, INAC-CIA, che provvederanno ad aiutare i cittadini nella compilazione della domanda ed alla consegna dei plichi in Provincia.

4. SPECIFICITA' / INNOVAZIONE

Qual è il grado di innovazione del servizio? Il servizio si configura come l'aggiornamento/rimodulazione di un servizio preesistente o è stato implementato per la prima volta? E' un'innovazione di processo o di prodotto?

L'innovazione è rappresentata dal fatto che l'ente attuatore del progetto è rappresentato dall'amministrazione provinciale.

5. FONTI E MODELLI DI GENESI

Come è stato generato il servizio? (es.: è stato mutuato da esperienze condotte in altri contesti; è nato dall'iniziativa di un assessore; è frutto di un progetto europeo, ...)

-

6. DURATA/PERIODO SPERIMENTALE

Da quanto tempo è attivo il servizio?

Dal 2004

7. TARGET POTENZIALE E TARGET REALMENTE RAGGIUNTO

Qual è il target individuato dal progetto? (es. Il progetto è prevalentemente diretto alle assistenti familiari; alle famiglie con anziani non autosufficienti, ecc.). Quale il target realmente raggiunto dal servizio (es. il progetto ha coinvolto solo le assistenti familiari regolari e non quelle irregolari). Se possibile esprimere una misura numerica in grado di quantificare l'ampiezza del target.

Sono ammessi alla presentazione delle domande cittadini ultra 65enni riconosciuti non

autosufficienti e disabili con connotazione di gravità.

Al primo bando hanno preso parte ben 256 famiglie, che hanno ricevuto in media un buono di 1.800 euro ciascuna per 30 ore (medie) di contratto di lavoro settimanale.

8. ACCESSO

a) Requisiti per l'accesso (quali sono i requisiti per l'accesso al servizio/progetto?; es. reddito sotto una determinata soglia; requisiti Isee; non autosufficienza totale; ecc.)

Possono avere accesso al contributo gli anziani ultra 65enni riconosciuti non autosufficienti e i disabili con connotazione di gravità.

Nello specifico, sono ammessi alla presentazione della domanda i cittadini che :

- hanno la residenza in uno dei Comuni della provincia di Siena;
- hanno il riconoscimento dello stato di non autosufficienza (Del. CRT 214/91) certificato dalla competente U.V.B. (Unità Valutativa di Base) della zona sociosanitaria dell'Azienda USL 7 oppure hanno il riconoscimento dello stato di handicap con connotazione di gravità (L.104/92) certificato dalla competente Commissione di accertamento dell'Azienda USL di appartenenza;
- usufruiscono, al momento della domanda, di un servizio reso tramite "assistente familiare" regolarmente assunto;
- Producono una certificazione ISEE, valida alla data di scadenza del bando, di massimo 45.000,00 euro. Oltre tale somma la domanda non è ammissibile.

Per usufruire del Fondo, fino a suo esaurimento, sarà formulata una graduatoria che tiene conto del bisogno socio-assistenziale e della dichiarazione Sostitutiva Unica dell'ISEE.

b) Procedure per l'accesso (quali sono le procedure per l'accesso al servizio/progetto?; es. presentazione domanda; valutazione da parte di una commissione; ecc.)

Il cittadino potrà recarsi presso i Patronati aderenti, che provvederanno gratuitamente alla compilazione della domanda su modulo (Allegato A/1), alla compilazione dell'ISEE, all'accompagnamento per la valutazione del grado di non autosufficienza.

E' necessario allegare alla domanda:

- Documentazione relativa alla comunicazione di assunzione all'INPS e all'INAIL;
- Copia del contratto - lettera di assunzione dell'assistente familiare.
- Sintesi dei dati della scheda di valutazione di non autosufficienza (allegato B) compilato dalla U.V.B della USL di appartenenza oppure copia della certificazione di riconoscimento dello stato di handicap con situazione di gravità;
- Dichiarazione ISEE valida al momento della presentazione della domanda. I patronati provvederanno, se richiesto, a consegnare direttamente la domanda alla Provincia.

La domanda potrà essere inviata per posta alla Provincia di Siena - Servizio Politiche Sociali - P.zza Duomo, 9 - 53100 Siena.

9. COSTI, FUND RAISING E SOSTENIBILITA' NEL TEMPO

a) Costi per l'ente pubblico (quanto costa il servizio all'ente pubblico?)

La risorsa destinata all'erogazione di contributi alle famiglie per l'assunzione di assistenti familiari per persone non autosufficienti è di € 450.000,00.

b) Costi / tariffe per l'utente (E' prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente finale?)

//

c) Enti finanziatori (Il progetto è finanziato da altri enti?; es. partecipazione a bandi; finanziamenti da enti superiori, ecc.)
Fondazione Monte dei Paschi di Siena

d) Sostenibilità nel tempo (la sostenibilità economica nel medio periodo è tenuta in considerazione? In che modo?)

10. RELAZIONI CON ALTRI SOGGETTI / PARTNERSHIP

a) Identità dei soggetti (chi sono i partner di progetto?)

CGIL – INCA, CISL – INAS, ITAL – UIL, Confcommercio – ENASCO, Confesercenti – ITACO, Coldiretti – EPACA, CIA – INAC, CNA – EPASA, ACLI, A.Usl 7 di Siena, Centri per l'Impiego.

b) Ruoli e competenze (es. XY è l'ente finanziatore; YZ è l'erogatore del servizio; XZ è il valutatore, ecc.)

I patronati sindacali e le agenzie di categoria rappresentano i soggetti ai quali le famiglie possono inoltrare la domanda di contributo ed essere supportati nella compilazione della modulistica.

Azienda USL 7 di Siena, effettua la valutazione socio-sanitaria dei soggetti che presentano domanda.

c) Meccanismi di coordinamento (es. cabina di regia; Tavolo territoriale anziani, ecc.)

Il Coordinamento del progetto è affidato all'Ufficio Politiche Sociali della Provincia di Siena.

11. PUNTI DI FORZA

Coordinamento tra i vari partner del progetto.
Sostegno e informazione alle famiglie che accedono per la prima volta al progetto.
Incontro tra patronati e famiglie ammesse al contributo.

PUNTI DI DEBOLEZZA

Difficoltà all'accesso presso le strutture sanitarie.
Gestione della coda amministrativa e burocratica degli utenti

12. VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Il progetto prevede attività di monitoraggio / di valutazione dell'efficacia? Se sì, quali esiti hanno avuto?

A coloro che riceveranno contributi dalla Provincia per il progetto "Un Euro all'Ora" verrà chiesta una verifica delle condizioni di vita in cui versano le proprie assistenti familiari.

L'impegno è di tipo etico e mira a suscitare una riflessione sulla qualità della vita delle assistenti familiari e sarà sottoscritto da una autocertificazione (Allegato A/2).

13. RIPRODUCIBILITA' DEL FORMAT

Il servizio può essere riproposto / trasferito in altri contesti territoriali? Sono state attivate esperienze che vanno in questa direzione?

Sì

14. POSSIBILI SVILUPPI E IMPLEMENTAZIONI

Quali sono gli sviluppi del servizio accreditati come più probabili per il prossimo futuro? (es. messa a regime, crescita dell'utenza,...)

Creazione di un albo provinciale, in collaborazione con i Centri per l'impiego, di assistenti domiciliari per incrociare la richiesta di domanda e offerta.

15. PRODOTTI

Eventuali prodotti realizzati (es. pubblicazioni, report periodici, software, schede di flusso, customer satisfaction, dossier, piani formativi, manuali, strumenti, siti web, ...)

Realizzazione di opuscoli a carattere in – formativo sul lavoro di cura e diritti e servizi per le assistenti familiari non professionali.

Data compilazione: 27/02/2007