



*Unione di Comuni
Città - Territorio Val Vibrata
64015 Nereto
Teramo*



PRO.SPER.A
(PROGETTO SPERIMENTALE ANZIANI)

**Analisi conoscitiva sul fenomeno del “*badantato*”
nel territorio dell’Unione di Comuni
“Città Territorio Val Vibrata”**

La presente ricerca è stata realizzata da **K_Shift** s.r.l.



Curatore e redattore della ricerca:
Emiliano VACCARI

Staff di ricerca:
Andrea BUONASPEME
Fabrizio COCCETTI
Maurizio D'AMARIO
Stefano DI MARCANTONIO

Si ringraziano per la preziosa collaborazione i dirigenti ed i funzionari dell'Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata".

Si ringraziano altresì coloro che hanno fornito un contributo di conoscenza in qualità di **Testimoni Privilegiati**:

- *Giuseppe Biancucci* – Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"
- *Vanna Luzi* – Assistente Sociale Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"
- *Sabrina Troli* – Ass.ne ON THE ROAD
- *Francesca Lupacchini* – Ass.ne ON THE ROAD
- *Lara Carosi* – Ass.ne ON THE ROAD
- *Raffaella Cannone* - Assistente Sociale Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"
- *Maria Grazia Cordoni* – Assistente Sociale Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"
- *Elda Najdeni* – ANOLF Onlus Teramo
- *Stefania Giudice* – Responsabile dell'Area IV Comune di Martinsicuro
- *Vittoria Amatucci* - Prefettura di Teramo
- *Gianni Neri* – Casa Di Riposo "F. Alessandrini" di Civitella del Tronto
- *Luigi Lupini* – Casa di Riposo "Rosina Rozzi" di Neretto
- *Domenico Di Antonio* - Casa di Riposo "C. Campanini" di Sant'Omero
- *Giandomenico Pinto* - ASL Teramo - Distr. San. Val Vibrata

In Italia, da alcuni anni, aumenta il fabbisogno da parte delle famiglie di servizi di cura, spesso di tipo domiciliare, a favore di persone non autosufficienti e spesso anziane. A questo ha fatto seguito una progressiva accettazione, da parte delle famiglie, di servizi così detti di “badantato” spesso forniti da persone provenienti da altri Paesi sia europei che extraeuropei. La massiccia crescita del numero delle badanti (assistenti familiari domiciliari), come rilevano alcune ricerche nazionali, conferma da un lato come le famiglie si rendono disponibili ad investire risorse finanziarie per acquistare servizi di cura e dall’altro la presenza di lavoratori disponibili a svolgere questa particolare attività di cura spesso in forme non sempre “regolari”. In questo scenario il welfare locale ha due strade:

- può o continuare a considerare il mercato delle prestazioni sociali private estraneo alla propria missione oppure;
- riconsiderare la propria missione occupandosi sul piano finanziario ed organizzativo sia dei cittadini che necessitano dei servizi di cura sia di coloro che si rendono disponibili a offrire servizi di assistenza professionalmente qualificati.

Il fenomeno è presente in modo significativo anche nel territorio dell’Unione di Comuni “Città Territorio Val Vibrata”, manifestandosi con caratteristiche più o meno simili a quanto si registra mediamente in altre regioni italiane dove lo stesso è stato ampiamente analizzato e rispetto al quale, già da qualche anno le istituzioni si sono assunte l’impegno di governarlo.

Con il progetto PRO.SPER.A (Progetto Sperimentale Anziani), finanziato dalla Regione Abruzzo attraverso le risorse del Fondo delle Politiche per la Famiglia, l’Unione di Comuni “Città Territorio Val Vibrata” ha inteso innanzi tutto acquisire una consapevolezza approfondita delle caratteristiche quali/quantitative del fenomeno del badantato per poter ideare ed implementare azioni positive nell’area della qualificazione del lavoro privato di cura e della emersione del lavoro irregolare delle assistenti familiari a garanzia dei cittadini fragili o delle famiglie impegnate in attività di cura. Obiettivo indiretto è quello di migliorare la qualità dell’offerta di assistenza familiare agli anziani nell’area territoriale di riferimento.

La presente ricerca mette in evidenza le caratteristiche della dinamica domanda/offerta di servizi, riportando dati relativi ai rapporti di lavoro ed esprimendo stime del *“sommerso”*, aspetto caratterizzante questa particolare nicchia del mercato del lavoro dei servizi di cura.

Oltre ai dati reperiti da fonti informative ufficiali, per la definizione delle caratteristiche del fenomeno nel nostro territorio di fondamentale importanza è stato il contributo fornito dai Testimoni Privilegiati ai quali vogliamo rivolgere un sentito ringraziamento.

Mi preme citare un elemento in particolare emerso nella ricerca ed attinente l'aspetto della regolarità dei rapporti di lavoro. Nel nostro territorio si riscontra un aspetto comune alle altre realtà nazionali relativo al fatto che l'irregolarità è alimentata da reciproche convenienze per le famiglie e per le donne lavoratrici. *“Le famiglie rinunciano alla qualità dell'assistenza, le badanti a un sistema di garanzie e di tutele, in cambio di rapporti liberi da vincoli nel primo caso, di una retribuzione più vantaggiosa nel secondo”*

Questo si riflette indubbiamente sulla qualità del servizio di cura e di assistenza ed a pagarne le conseguenze è certamente il soggetto più fragile cioè il *cittadino non autosufficiente*. Ma come emerge dall'analisi della dimensione qualitativa del fenomeno, riflessi negativi interessano da un lato le stesse badanti che si ritrovano a svolgere la loro attività in condizioni che ne minano l'equilibrio sia fisico che mentale e dall'altro le famiglie che spesso sono costrette a subire azioni negative come l'abbandono senza preavviso, vertenze sindacali alla conclusione del rapporto ed altri tipi di azioni negative.

L'elaborazione dei dati della ricerca ha fornito input importanti sulla base dei quali è stato possibile informare le altre azioni ed attività previste dal progetto quali:

- l'attivazione dello Sportello di informazione, supporto e consulenza attivo presso l'Unione e diffuso sul territorio attraverso i Comuni;
- l'istituzione del Registro Territoriale delle Assistenti Familiari gestito da una rete di attori locali che, sulla base di un accordo sottoscritto, hanno dato vita ad un primo modello di governo locale di questo specifico mercato del lavoro.

Riteniamo che solo attraverso uno studio puntuale dei fenomeni socio-economici che caratterizzano il nostro territorio sia possibile ideare ed implementare interventi efficaci nell'interesse unico del benessere dei cittadini che risiedono nella "Città Territorio" Val Vibrata.

Unione di Comuni "Città Territorio Val Vibrata"
Il Presidente - Rag. Alberto Pompizi

Indice

Indice.....	9
La ricerca.....	11
1. Invecchiamento della popolazione e non-autosufficienza.....	13
1.1 Dinamiche demografiche in Val Vibrata.....	14
2. Il sistema di assistenza agli anziani	19
2.1 Il sistema di assistenza alla non auto-sufficienza in Italia	19
2.1.1 I Servizi domiciliari.....	20
2.1.2 I Servizi residenziali.....	22
2.1.3 I trasferimenti monetari.....	24
2.2 I servizi a supporto del lavoro privato di cura	26
2.2.1 Assegni di cura	27
2.2.2 Agevolazioni fiscali	29
2.2.3 Sportelli per l'incontro domanda/offerta	30
2.2.3 Interventi formativi (rinvio).....	32
3. Il mercato del lavoro delle assistenti familiari.....	33
3.1 La dimensione quantitativa del fenomeno in Italia.....	34
3.2 La dimensione quantitativa del fenomeno in Val Vibrata	36
3.3 La dimensione qualitativa del fenomeno in Italia	38
3.4 La dimensione qualitativa del fenomeno in Val Vibrata.....	41
4. Formazione, fabbisogni e prospettive.....	47
4.1 Le esperienze formative regionali.....	48
4.2 Caratteristiche e peculiarità dei corsi di formazione	49
5. Famiglie e badanti in Val Vibrata. Uno sguardo d'insieme.....	53

La ricerca

Questa ricerca nasce con l'obiettivo di comprendere le dinamiche e le peculiarità del mercato del lavoro delle assistenti familiari sul territorio dei Comuni della "Città Territorio Val Vibrata", nonché delle problematiche ad esso connesse ed eventuali spunti di riflessione per la corretta definizione ed implementazione di servizi specialistici attivati nell'ambito del progetto PRO.SPER.A (Progetto Sperimentale Anziani).

La ricerca è stata realizzata integrando conoscenze prodotte da studi e ricerche sul tema del "badantato", con i contributi di un panel di Testimoni Privilegiati¹, attraverso i quali si è potuto delineare un quadro dettagliato del fenomeno, sia a livello nazionale, sia a livello locale². La ricerca è logicamente articolata in 5 capitoli.

Nel *primo capitolo*, "Invecchiamento della popolazione e non-autosufficienza", si riportano i dati e le considerazioni principali sulla popolazione residente, a livello nazionale e locale, su scenari futuri connessi all'invecchiamento della popolazione;

Nel *secondo capitolo*, "Il sistema di assistenza agli anziani", si espone un quadro complessivo degli interventi a titolarità pubblica, a beneficio delle persone non auto-sufficienti (il c.d. *long-term care*), con un'enfasi particolare per i servizi a supporto del lavoro privato di cura.

Nel *terzo capitolo*, "Il mercato del lavoro delle assistenti familiari", si forniscono dati e informazioni sul mercato del lavoro delle assistenti familiari, sia

¹ I Testimoni Privilegiati sono personalità, che per la loro attività e grazie alle loro expertise, sono in grado di fornire informazioni "calde" sul fenomeno oggetto di indagine, non rinvenibili in alcun documento ufficiale o ricerca.

² Le personalità coinvolte come Testimoni Privilegiati nella realizzazione di parte della presente ricerca sono: *Giuseppe Biancucci* - Unione dei Comuni Val Vibrata, *Vanna Luzi* - Assistente Sociale Unione dei Comuni, *Sabrina Troli* - Ass.ne ON THE ROAD, *Francesca Lupacchini* - Ass.ne ON THE ROAD, *Lara Carosi* - Ass.ne ON THE ROAD, *Maria Grazia Cordoni* - Assistente Sociale Unione dei Comuni, *Elda Najdeni* - ANOLF-CISL Onlus di Teramo, *Stefania Giudice* - Responsabile dell'Area IV - Sviluppo Socio-Culturale Comune di Martinsicuro, *Vittoria Amatucci* - Prefettura di Teramo, *Gianni Neri* - Casa Di Riposo "F. Alessandrini" di Civitella del Tronto, *Luigi Lupini* - Casa di Riposo "Rosina Rozzi" di Nereto, *Domenico Di Antonio* - Casa di Riposo "C. Campanini" di Sant'Omero.

dal punto di vista qualitativo, sia dal punto di vista quantitativo, mettendo a confronto le evidenze emerse in ambito nazionale con quanto emerso a livello locale in Val Vibrata.

Nel *quarto capitolo*, "Formazione, fabbisogni e prospettive", si espongono le principali evidenze emerse in tema di interventi formativi, peraltro ancora poco diffusi, sul territorio nazionale ed in alcune regioni italiane.

Infine, nel *quinto capitolo*, "Famiglie e badanti in Val Vibrata. Uno sguardo d'insieme", a naturale conclusione dell'intero percorso di ricerca, si espongono le principali riflessioni scaturite da una lettura attenta del fenomeno delle assistenti familiari in Val Vibrata.

1. Invecchiamento della popolazione e non-autosufficienza

L'Italia, assieme ai Paesi della penisola scandinava, possiede la più elevata aspettativa di vita: in media circa 80 anni, rispettivamente poco più di 83 anni per le donne e poco più di 77 per gli uomini. Non sorprende, quindi, che nel corso degli ultimi decenni, si è assistito ad un forte e costante invecchiamento della popolazione italiana. Difatti, la popolazione ultra-sessantacinquenne ha raggiunto, nel 2009, circa il 20% del totale, con oltre 20 milioni di individui. Rispetto a quanto si registrava quaranta anni fa, il numero complessivo degli "anziani" è praticamente raddoppiato: ai dati del censimento ISTAT del 1971, gli stessi erano circa 6 milioni e rappresentavano poco più dell'11% della popolazione. Più marcata l'evoluzione dei "grandi anziani", gli ultra-settantacinquenni, che sono addirittura triplicati in valore assoluto nel corso degli ultimi decenni: dai 2 milioni del 1971, si è passati ai quasi 6 milioni, così come l'incidenza degli stessi sul totale della popolazione, dal 4% a quasi il 10%. Le previsioni dell'ISTAT, inoltre, indicano come tale situazione si consoliderà nei prossimi 30 anni: nel 2040, infatti, si stima che la popolazione ultra-sessantacinquenne raggiungerà oltre il 30% della popolazione totale italiana, così come la popolazione ultra-settantacinquenne che arriverà a rappresentare quasi il 17% della popolazione.

Nonostante la condizione di "anziano" non si può considerare equivalente alla condizione di "disabilità", una indubbia associazione tra l'età anziana e la condizione di non autosufficienza esiste. Secondo l'ultima Indagine Multiscopo realizzata dall'ISTAT (2004) sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", si rileva come oltre il 18% della popolazione italiana ultra-sessantacinquenne (circa 2 milioni) vive una condizione di totale mancanza di autonomia per almeno una funzione essenziale della vita quotidiana. Rispetto all'analoga indagine del 2000, la percentuale dei disabili tende, seppur di poco, a calare, anche se, di contro, cresce il numero degli individui affetti da disabilità (2 milioni nel 1994, 2,14 nel 2005).

Migliorano le condizioni di salute degli italiani, ma aumenta sensibilmente il fabbisogno e la domanda di assistenza per gli anziani non autosufficienti.

1.1 Dinamiche demografiche in Val Vibrata

Analoghe considerazioni possono essere traslate sui Comuni della Città Territorio. Nel corso degli ultimi anni (2002-2009) la popolazione ha registrato una forte crescita, passando dai 63 mila del 2002, ai 73 mila del 2009, con un aumento percentuale complessivo del 16%, in gran parte dovuto alla componente straniera. L'aumento della popolazione, insieme alla già menzionata maggiore aspettativa di vita, ha portato ad un conseguente aumento della popolazione anziana, sia in valori assoluti, sia come incidenza sul totale della popolazione, andando a elevare sensibilmente il fabbisogno e la domanda di assistenza.

Nel periodo di riferimento la popolazione anziana complessiva (ultra-sessantacinquenni) è passata dalle quasi 12 mila unità del 2002, alle quasi 14 mila unità nel 2009, con un incremento complessivo intorno al 16%. Gran parte di questo incremento (circa i due terzi) è da attribuire alla componente ultra-settantacinquenne della popolazione, quella più "a rischio" non auto sufficienza, che ha registrato un aumento di circa 1.300 unità. Ciò ha comportato un incremento della "quota" degli anziani ultra settantacinquenni sul totale della popolazione, passata dall'8,5% del 2002 al 9,1% del 2009, mentre la popolazione compresa tra i 65 e i 74 anni ha ridotto la propria incidenza sul totale, passando dal 10,4% del 2002, al 9,9% del 2009.

Un ulteriore conferma dell'invecchiamento, seppur contenuto, della popolazione residente nel territorio della Val Vibrata, viene dalla popolazione dei giovani (0-14 anni), che, pur avendo fatto registrare un aumento in valori assoluti piuttosto consistente (+1.000 individui, pari ad un +11%), vedono la loro "quota" di incidenza sul totale della popolazione ridursi dal 14,7% al 14,1%.

Popolazione per classi di età e sesso Città Territorio. Anni 2002-2009

	2002				2009			
	Maschi	Femmine	Totale	%sul totale	Maschi	Femmine	Totale	%sul totale
Giovani (0-14 anni)	4.780	4.526	9.306	14,7%	5.399	4.943	10.342	14,1%
Adulti (15-64 anni)	20.755	21.193	41.948	66,4%	24.268	24.653	48.921	66,9%
Anziani (65-74 anni)	3.147	3.437	6.584	10,4%	3.444	3.799	7.243	9,9%
Grandi anziani (oltre 75 anni)	2.099	3.243	5.342	8,5%	2.646	3.979	6.625	9,1%
Città Territorio	30.781	32.399	63.180	100%	35.757	37.374	73.131	100%

Elaborazioni K_Shift su dati ISTAT

La composizione della popolazione rilevata per il territorio della Val Vibrata nel suo complesso, non si rispecchia in tutti i comuni in essa ricompresi. L'invecchiamento della popolazione appare più marcata in alcuni comuni, con valori sensibilmente superiori alla media dell'intera area, rispetto ad altri che invece contribuiscono a "alleggerire" il fenomeno dell'invecchiamento.

Vi sono comuni dove si registra una incidenza complessiva degli anziani (ultra sessantacinquenni) relativamente contenuta, ed è il caso di Martinsicuro, Sant'Egidio alla Vibrata e Tortoreto, dove quest'ultima non raggiunge il 20%. Nel comune di Martinsicuro il numero di anziani sul totale si attesta intorno ai 2.800 individui, pari al 16,7%: con una prevalenza minore degli ultra settantacinquenni, che contribuiscono per circa l'8%. Analoghe considerazioni per i comuni di Tortoreto e Sant'Egidio alla Vibrata, dove l'incidenza degli anziani sul totale si attesta, rispettivamente, al 17% e al 18%, sempre con una prevalenza dei soggetti di età compresa tra i 65 anni di età e i 74 anni.

Altri comuni invece, in prevalenza interni, mostrano un invecchiamento della popolazione decisamente più sostenuto. Molti sono i comuni che mostrano tali caratteristiche: Controguerra, Colonnella, Nereto, Sant'Omero e Torano Nuovo. In tali comuni emerge una forte incidenza degli ultra settantacinquenni sul totale della popolazione, con valori molto al di sopra della media; in particolare nel comune di Colonnella, dove solo gli ultra-settantacinquenni rappresentano oltre il 18% della popolazione, percentuale che sale al 27% se si considerano gli ultra-sessantacinquenni.

Popolazione per classi di età e Comune. Anno 2009

	0-14		15-64		65-74		+75	
	val.ass.	% su tot.	val.ass.	% su tot.	val.ass.	% su tot.	val.ass.	% su tot.
Alba Adriatica	1.682	13,8%	8.186	67,2%	1.251	10,3%	1.055	8,7%
Ancarano	245	12,8%	1.292	67,3%	199	10,4%	185	9,6%
Colonnella	455	11,6%	2.406	61,2%	347	8,8%	724	18,4%
Controguerra	291	11,7%	1.601	64,2%	297	11,9%	306	12,3%
Corropoli	626	13,9%	2.947	65,3%	487	10,8%	452	10%
Martinsicuro	2.542	15%	11.616	68,4%	1.498	8,8%	1.337	7,9%
Nereto	721	14,4%	3.187	63,8%	532	10,7%	553	11,1%
Sant'Egidio alla Vibrata	1.491	15,4%	6.454	66,7%	919	9,5%	811	8,4%
Sant'Omero	687	12,5%	3.561	64,8%	635	11,6%	614	11,2%
Torano Nuovo	197	11,7%	1.069	63,3%	187	11,1%	235	13,9%
Tortoreto	1.405	14,6%	6.602	68,5%	924	9,6%	700	7,3%

Elaborazioni K_Shift su dati ISTAT

Per comprendere meglio le dinamiche e le peculiarità di una popolazione, e per trarre indicazioni relative alle tendenze di sviluppo demografico di una popolazione possono essere calcolati ed analizzati alcuni indici specifici: l'indice di dipendenza strutturale³ e l'indice di vecchiaia⁴.

L'indice di dipendenza strutturale è un indicatore di rilevanza economica e sociale. Il numeratore è composto dalla popolazione che, a causa dell'età, si ritiene essere non autonoma, cioè dipendente, e il denominatore dalla fascia di popolazione che, essendo in attività, dovrebbe provvedere al suo sostentamento. In relazione a questo indice, i Comuni della Città Territorio si comportano in maniera molto disomogenea: alcuni comuni, principalmente della fascia costiera, presentano un indice relativamente basso, segno di una preminenza dei soggetti in età produttiva, rispetto ai soggetti non produttivi, con una forte presenza di giovani, mentre altri comuni, in prevalenza interni, presentano indici di dipendenza strutturale più elevati, influenzati in larga parte dalla forte presenza di anziani in tali territori.

³ Calcolato mediante il rapporto:

$$\frac{Pop_{\leq 14} + Pop_{\geq 65}}{15 \leq Pop \leq 64} * 100$$

⁴ Calcolato mediante il rapporto:

$$\frac{Pop_{\geq 65}}{Pop_{\leq 14}} * 100$$

L'indice di vecchiaia, invece, rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi; ciononostante, viene spesso considerato un indicatore di invecchiamento "grezzo", in quanto nell'invecchiamento di una popolazione si ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani cosicché il numeratore e il denominatore variano in senso opposto, esaltandone l'effetto. Nei comuni della Val Vibrata, in nessun caso si rilevano indici inferiori a 100, visto che in nessun comune il numero di giovani supera il numero degli anziani. Anche in questo caso però, vi sono comuni con un indicatore relativamente basso, come Martinsicuro, Tortoreto e Sant'Egidio alla Vibrata, che non si discostano di molto dal valore base 100. In altri comuni, invece, si è in presenza di un indice sensibilmente elevato, ad indicare una prospettiva di scarso ricambio generazionale: Colonnella, Controguerra, Torano e Sant'Omero sono i comuni con una situazione più critica rispetto a tale indice, dove la presenza di anziani è addirittura due volte maggiore dei giovani.

Indici demografici per Comune e macro-area. Anno 2009

	Indice di dipendenza strutturale	Indice di vecchiaia
Alba Adriatica	48,7	137,1
Ancarano	48,7	156,7
Colonnella	63,4	235,4
Controguerra	55,8	207,2
Corropoli	53,1	150
Martinsicuro	46,3	111,5
Nereto	56,7	150,5
Sant'Egidio alla Vibrata	49,9	116
Sant'Omero	54,4	181,8
Torano Nuovo	57,9	214,2
Tortoreto	45,9	115,6
Città Territorio	50,3	137,8

Elaborazioni K_Shift su dati ISTAT

2. Il sistema di assistenza agli anziani

Il sistema di assistenza, a titolarità pubblica, a beneficio delle persone non auto-sufficienti (il c.d. *long-term care*) in Italia è piuttosto variegato. Questo perché, da un lato, si intrecciano competenze ai vari livelli di governo del territorio (alcune prestazioni o servizi sono a carico dello Stato Centrale, altri a carico delle Regioni, altre ancora sono a carico dei Comuni); dall'altro, e di conseguenza, diverse sono le tipologie di interventi messi in atto dalle varie istituzioni competenti, con differenze spesso sostanziali tra un territorio ed un altro. Caratteristica netta e distintiva del nostro sistema è che, allo Stato, sono in larga parte assegnati gli interventi di natura socio-sanitaria e sanitaria, mentre alle famiglie, spesso supportate dalle assistenti familiari, è demandato il compito della cura della persona a domicilio.

In questo capitolo ci occuperemo di tracciare un quadro di insieme di quello che è il sistema di assistenza alle persone, spesso anziane, non auto-sufficienti, in Italia. Servizi che vanno dall'assistenza domiciliare, all'assistenza residenziale, ai trasferimenti monetari, fino ai servizi diretti al sostegno del lavoro privato di cura. A questi ultimi sarà dedicato un apposito paragrafo, data la propria centralità rispetto agli obiettivi della ricerca.

2.1 Il sistema di assistenza alla non auto-sufficienza in Italia

Come anticipato, diversi sono gli interventi pubblici, in tema di assistenza alle persone non auto-sufficienti in Italia, così come diverse sono le finalità e le modalità di erogazione di tali interventi. In letteratura si distinguono in:

- Servizi domiciliari (ADI e SAD);
- Servizi residenziali (e semi-residenziali);
- Trasferimenti monetari (indennità di accompagnamento e assegni di cura);
- Servizi a sostegno del lavoro privato di cura (formazione, agevolazioni fiscali, servizi a favore dell'incontro domanda/offerta, etc...)

2.1.1 I Servizi domiciliari

Finalità principale dei servizi di assistenza domiciliare è quella di, utilizzando la terminologia utilizzata dall'OECD nel 1994 "ageing in place", permettere alle persone anziane di poter invecchiare all'interno del proprio contesto abitativo. Si traducono in un insieme di interventi, di natura socio-sanitaria ed assistenziale, erogati presso l'abitazione dove i beneficiari risiedono, finalizzati al contrasto di patologie cliniche in atto, al supporto nelle attività di vita quotidiana e al miglioramento della qualità della vita dei soggetti presi in carico. I servizi di assistenza domiciliare presenti sul territorio nazionale sono diversi e comprendono:

- a) l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- b) l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP);
- c) l'Ospedalizzazione Domiciliare (OD)
- d) l'Assistenza Domiciliare Sociale (SAD).

L'*Assistenza domiciliare integrata* è un insieme di interventi, sia di natura sanitaria sia di natura sociale, da erogare in relazione ad un apposito Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Tali interventi sono di competenza delle ASL locali, anche se, per la parte relativa alle prestazioni di natura sociale entrano in gioco anche i Comuni. L'*Assistenza Domiciliare Programmata*, interamente di competenza delle ASL, è invece, un insieme di prestazioni erogate dal medico di medicina generale, rispettando un programma definito in accordo con il Servizio

Sanitario Nazionale. L'*Ospedalizzazione Domiciliare* consiste in un insieme di prestazioni, da parte di professionisti e tecnologie delle strutture ospedaliere, presso il domicilio della persona presa in cura, ed è di competenza sia delle ASL, sia delle strutture ospedaliere. Infine, il *Servizio di Assistenza Domiciliare*, interamente di competenza dei Comuni, ha la finalità di fornire agli anziani un supporto materiale nello svolgimento delle proprie attività di vita quotidiana e nelle attività di cura dello stesso. I servizi di Assistenza Domiciliare Integrata delle ASL e il Servizio di Assistenza Domiciliare offerti dai Comuni, sono i pilastri del sistema di assistenza domiciliare, ed assorbono gran parte delle risorse pubbliche e degli assistiti dei servizi domiciliari.

Ai dati più recenti, emerge come circa il 5% degli anziani riceva una forma di assistenza domiciliare. Due terzi di questi ricevono assistenza sanitaria (e in piccola parte anche sociale) attraverso l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), mentre la parte restante riceve assistenza sociale da parte dei Comuni tramite il Servizio di Assistenza Domiciliare. Queste cifre, di per sé non dicono molto, ma diverse ricerche e studi hanno dimostrato di essere in presenza di prestazioni al di sotto delle reali necessità del territorio nazionale. Emerge infatti, un fetta di popolazione che, pur avendone necessità non hanno le caratteristiche minime per accedere a tali servizi. Vi sono anziani non-autosufficienti che non possono permettersi una assistente familiare, ma non sono "sufficientemente" poveri da rientrare nel Servizio di Assistenza Domiciliare comunale; oppure casi in cui, pur in presenza di anziani con patologie cliniche che comportano la necessità di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata, non sono rispettati i requisiti minimi di accesso.

Quale è l'intensità degli interventi di assistenza domiciliare? Per quanto riguarda l'ADI, si è soliti quantificarla in termini di ore dedicate in media a ciascun soggetto preso in carico. In Italia risulta essere di 24 ore il tempo medio per ciascun assistito nell'arco di un anno, a testimonianza di un tasso di intensità non particolarmente alto, dove l'efficacia e l'intensità del servizio si valuta proprio in relazione a questo dato. A ciò si aggiunge che, complessivamente, il monte medio delle ore dedicato alla Assistenza Domiciliare Integrata è rimasto invariato negli ultimi dieci anni, a testimonianza di come, la crescita di tale forma di assistenza è

stata realizzata andando ad aumentare il numero degli assistiti, non prestando particolarmente attenzione all'intensità degli interventi sul territorio. Per quanto attiene al Servizio di Assistenza Domiciliare, l'indicatore più adatto a quantificarne l'intensità è l'ammontare della spesa media per ciascun utente. In Italia la spesa media in SAD ammonta a poco più di 1.700 euro.

Rispetto ai parametri di spesa emerge una sostanziale marginalità degli interventi a carattere domiciliare. In primo luogo, si rileva come solo il 23% del totale delle risorse pubbliche destinate all'assistenza continuativa (*long-term care*) viene destinato agli interventi domiciliari; circa la metà di tali risorse viene assorbita dai trasferimenti monetari, di cui si parlerà nel prosieguo. Analizzando il problema da un altro punto di vista, notiamo che, del totale della spesa pubblica destinata alla sanità, solo una piccola parte, corrispondente all'1%, è destinata agli interventi di Assistenza Domiciliare Integrata e, che negli ultimi anni è sensibilmente cresciuta, in seguito all'incremento complessivo della spesa sanitaria nazionale; sul totale, infatti, se nel 2000 rappresentava l'1,06%, negli ultimi anni è cresciuta, ma solo fino all'1,08%. Infine, ciò risulta anche da una sintetica analisi della spesa sul PIL. Poco più di un quarto del prodotto Interno italiano, viene destinato alla spesa per la protezione sociale mentre, solo l'uno per mille viene destinato alla spesa per assistenza domiciliare; ne consegue che, solo lo 0,4% della spesa per la protezione sociale si traduce in interventi e servizi di assistenza di natura domiciliare.

2.1.2 I Servizi residenziali

Spesso accade che, per varie ragioni, non è possibile o comunque poco adatto ricorrere ai servizi domiciliari. Nei casi in cui l'impegno in interventi domiciliari sia troppo oneroso, o quando l'anziano necessita di una assistenza o sorveglianza continua e, contestualmente, né la famiglia né il sistema di servizi presenti sul territorio siano in grado di assicurare una assistenza domiciliare

adeguata, spesso si ricorre ai servizi residenziali, trasferendo la persona non autosufficiente presso strutture specializzate che erogano il servizio sul territorio.

Nell'esperienza italiana, si registrano profonde modificazioni nel sistema dei servizi di assistenza residenziale. All'inizio degli anni settanta, le uniche strutture a fornire servizi di questo tipo erano le *Residenze Assistenziali* (RA), che ospitavano sia anziani autosufficienti, sia anziani non autosufficienti. Attualmente queste strutture possono ospitare solo anziani autosufficienti, all'interno delle quali ricevono assistenza, vengono seguiti in tutte le attività della propria vita quotidiana e vengono stimolati a partecipare a varie iniziative ricreative e culturali. Nel corso degli anni settanta hanno cominciato a vedere la luce le prime *Residenze Socio-Sanitarie* (oggi definite Residenze Protette), nel quale si offre un insieme di prestazioni integrate, sociali ed sanitarie, dotate di personale medico ed infermieristico specializzato, ed orientate al massimo recupero sia psichico sia motorio dell'anziano ricoverato. Negli anni novanta cominciano a svilupparsi le c.d. *Residenze Sanitarie Assistenziali* (RSA), destinate esclusivamente ad anziani non autosufficienti e persone disabili, che necessitano di un supporto assistenziale specifico e di prestazioni mediche, infermieristiche e riabilitative; l'assistenza prevede un mix di prestazioni di assistenza sanitaria e assistenza alberghiera, allo scopo di dare qualità all'assistenza agli anziani che necessitano di un maggior carico assistenziale e di liberare l'ospedale da quei casi che necessitano di una assistenza continua in regime di degenza.

Nel corso degli anni la percentuale di anziani ospitata presso strutture residenziali è rimasta sostanzialmente invariata, intorno al 3%. Ciononostante, il numero di anziani ricoverati in queste strutture è cresciuto enormemente negli ultimi anni, e la tendenza continua ad essere in aumento, controbilanciata da una contemporanea crescita della disponibilità di posti letto complessivi. Nel corso degli ultimi 30 anni, il numero di posti letto in percentuale sugli anziani è rimasto pressoché invariato.

Per coprire le spese di assistenza, le strutture residenziali prevedono il pagamento di una retta, che, spesso, viene differenziata in relazione alle condizioni sanitarie e/o economiche dell'assistito, rette che sono molto influenzate dal livello

di prestazioni sanitarie di cui il soggetto necessita. A livello nazionale, la spesa per l'assistenza residenziale ammonta a più di 6 miliardi di euro. In larga parte a carico degli assistiti (o delle famiglie), per il 47% del totale; in parte a carico del Servizio Sanitario Nazionale, che copre circa il 43%, nonostante la normativa nazionale preveda una copertura da parte dello stesso per almeno il 50% del totale; e una minima parte è a carico dei Comuni, per circa il 9%.

Nel dettaglio, il Servizio Sanitario Nazionale è più presente nelle Residenze Socio Assistenziali, dove arriva a coprire il 52% dei costi, e nelle Residenze Socio Sanitarie, dove copre poco più del 42% della spesa, mentre contribuisce con una intensità minore nelle Residenze Assistenziali, coprendo circa un quarto della spesa totale; allo stesso tempo, aumenta la spesa delle famiglie dove il Servizio Sanitario Nazionale è meno presente, mentre diminuisce dove esso contribuisce in misura maggiore; l'apporto dei comuni in termini di spesa percentuale sul totale risulta essere costante, e poco influenzato dalla tipologia di struttura residenziale. Nonostante il supporto economico garantito dallo Stato, oltre la metà (56%) degli anziani ospitati in strutture residenziali paga per intero la propria retta, spesso anche con l'aiuto della propria famiglia, che mediamente è superiore ai 1.000 euro mensili, mentre solo una parte marginale, pari all'8% degli anziani ricoverati, generalmente a carico dei Comuni, a causa di condizioni economiche precarie.

2.1.3 I trasferimenti monetari

Un ulteriore tassello che contribuisce a costruire il sistema a supporto delle persone non autosufficienti, e verso gli anziani nel nostro caso specifico, e ricomprese nell'ambito delle politiche di *long-term care*, è rappresentato dai trasferimenti monetari.

Questi trasferimenti monetari possono essere erogati:

- o a *livello nazionale*, sotto forma di indennità di accompagnamento, a beneficio degli invalidi civili;
- o a *livello locale*, attraverso l'erogazione di assegni di cura, erogati da Regioni e ASL..

L'*indennità di accompagnamento* è un aiuto di natura economica destinato esclusivamente agli invalidi civili. È stato istituito nel 1980 ed è materialmente erogato dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale a tutti i soggetti che, dopo un esame da parte di una apposita commissione, versino in determinate e specifiche condizioni: essere invalido al 100% e non abile a svolgere le normali attività di vita quotidiana o, comunque, di non poter prescindere da un accompagnamento continuo; inoltre, il soggetto non deve godere di una qualsivoglia forma di ricovero gratuito in istituti. L'attribuzione del diritto a godere di tale trattamento prescinde da qualsiasi valutazione delle condizioni economiche del richiedente, e può essere utilizzato senza alcun vincolo di destinazione; viene erogato mensilmente direttamente al beneficiario e, nel 2009, tale trasferimento è stato di circa 470 euro. In termini numerici, beneficiano dell'indennità di accompagnamento più di 1,1 milioni di cittadini oltre la soglia dei 65 anni di età, che rappresenta quasi il 10% del totale dei cittadini in questa fascia di età. È la misura di intervento prioritaria in termini sia economici, sia per il numero di beneficiari raggiunti, tant'è che nel 2008, dell'ammontare delle risorse economiche destinate ai non autosufficienti di circa 6,3 miliardi, questo tipo di interventi ne assorbono oltre la metà e, inoltre, il totale dei beneficiari dell'indennità supera di gran lunga le altre tipologie di intervento (assistenza domiciliare e residenziale).

Nonostante gli sforzi e le enormi risorse destinate all'indennità di accompagnamento, alcune stime recenti⁵ fanno emergere un enorme bacino di soggetti che, pur avendone necessità, a causa di condizioni, più o meno gravi, limitative della propria autonomia, restano comunque esclusi dal beneficiare di tale trattamento. A ciò va ad aggiungersi il modesto valore del trasferimento che,

⁵ GRUPPO PER LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA CONTINUATIVA, 2006 e RANCI C., DA ROIT B., PAVOLINI E. (2008), *Partire dall'esistente: le caratteristiche dell'indennità di accompagnamento e alcune proposte di riforma*, in C. Ranci (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Roma, Carocci.

ricordiamo è di circa 470 euro, data la gravità e continuità dei bisogni che contraddistinguono i fruitori del trattamento, e quindi della spesa necessaria a soddisfarli; molte ricerche sul tema hanno evidenziato, come sarebbe auspicabile rendere tale trattamento legato e regolato in relazione allo stato di necessità del beneficiario, rendendo tale servizio più aderente ai reali bisogni del territorio e della popolazione.

Anche gli *assegni di cura*, analogamente all'indennità di accompagnamento, sono contributi economici che, invece, sono erogati dagli Enti locali, a tutti i livelli di governo del territorio (Comuni, Province, Regioni), nonché dalle ASL. Il contributo viene accordato ai soggetti non autosufficienti o alla propria famiglia, allo scopo di aiutarli a sostenere le necessarie spese di cura ed assistenza e, analogamente all'indennità di accompagnamento, sono erogati senza alcun vincolo di destinazione. L'assegno di cura, inizialmente è stato istituito come un intervento a supporto e a favore dei familiari (spesso moglie o figlia dell'anziano beneficiario), ma nel corso degli anni, si è trasformato perlopiù in una risorsa principalmente destinata a remunerare, almeno in parte, le assistenti familiari.

2.2 I servizi a supporto del lavoro privato di cura

A fianco degli interventi a favore dei soggetti non autosufficienti, e in particolar modo degli anziani, si affianca tutta una serie di interventi, servizi e soluzioni, alcuni ancora in uno stadio sperimentale, finalizzate a sostenere e far emergere il lavoro privato di cura a pagamento: le badanti.

In letteratura si è soliti distinguere questi interventi in base agli obiettivi di policy che intendono perseguire:

- interventi a sostegno della domanda;
- interventi a sostegno dell'offerta;
- interventi misti, a sostegno sia della domanda, sia dell'offerta.

Gli interventi del primo gruppo, a sostegno della domanda, sono finalizzati e indirizzati alle famiglie che hanno bisogno di una assistente familiare, condividendone le responsabilità, sostenendo le diverse capacità di spesa, aiutandole a gestire gli oneri legati alla ricerca di una figura adeguata al bisogno⁶. Interventi di questo tipo sono: gli assegni di cura specifici, e altri sostegni economici, nonché le agevolazioni fiscali.

Appartengono invece al secondo gruppo tutti quegli interventi indirizzati a coloro che offrono servizi di assistenza familiare, le badanti, favorendone la regolarizzazione del proprio attività e a qualificarne la propria professionalità. Interventi di questo tipo sono: gli interventi di formazione professionale, l'accreditamento delle competenze, i servizi di orientamento e informazione.

Alcuni servizi di supporto intervengono su entrambi gli obiettivi di policy. Uno su tutti, l'istituzione di sportelli specifici, finalizzati al miglioramento dei servizi di incontro domanda/offerta di lavoro di assistenza.

Finalità	Interventi
Sostegno alla domanda:	<i>Assegni di cura specifici (per chi utilizza una badante)</i> <i>Agevolazioni fiscali</i>
Sostegno all'offerta:	<i>Corsi di formazione</i> <i>Albi delle assistenti accreditate</i>
Sostegno alla domanda e all'offerta:	<i>Sportelli per l'incontro domanda/offerta</i>

2.2.1 Assegni di cura

Alcune Regioni italiane, tra cui l'Abruzzo, hanno istituito, sebbene con forme e modalità differenti, uno specifico assegno di cura, diverso dall'analogo già visto nel paragrafo precedente, privo di qualsiasi vincolo di destinazione. Diversamente, questo assegno di cura è destinato esclusivamente a sostenere le famiglie

⁶ IRCCS-INRCA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009*.

nell'assunzione della badante e nel favorire l'emersione, almeno in parte, del lavoro nero (è il caso dell'Abruzzo, ma anche dell'Emilia-Romagna, del Friuli e del Veneto), e, in alcune Regioni, si aggiunge anche l'obiettivo di favorire la qualificazione del lavoro privato di cura (Sardegna e Valle d'Aosta). Il trasferimento economico, pertanto, è vincolato non solo alla stipula di un regolare contratto di lavoro, nel primo caso, ma anche alla iscrizione della badante in un registro o albo specifico, o di inserire l'assistente familiare all'interno di programmi formativi, nel secondo caso.

Obiettivi	Esperienze regionali
Sostenere e regolarizzare:	<i>Abruzzo</i> <i>Emilia-Romagna</i> <i>Friuli-Venezia Giulia</i> <i>Vebeto</i>
Sostenere, regolarizzare e qualificare:	<i>Sardegna</i> <i>Valle d'Aosta</i>

Pur non essendo disponibili studi specifici circa l'effettivo utilizzo dello strumento in questione, è possibile notare, analizzando il numero potenziale di anziani che potrebbero avere bisogno, di quelli effettivamente assistiti, del numero di regolarizzazioni effettuate, del completamento da parte delle badanti dei corsi di formazione, del numero di famiglie e/o badanti che utilizzano i servizi di agevolazione dell'incontro domanda/offerta di lavoro, è possibile individuare uno scarso livello di partecipazione. Si ritiene che ciò sia dovuto essenzialmente al fatto che, le famiglie, nonostante l'incentivo economico, preferiscono restare comunque nel mercato irregolare.

Le modalità di accesso e l'intensità del contributo erogato, trattandosi di interventi regolati a livello regionale, variano sensibilmente da Regione a Regione. L'entità dei contributi, comunque resta un nodo cruciale: nella maggior parte dei casi non è sufficiente a coprire gli oneri contributivi originati da una eventuale regolarizzazione dell'assistente. Ciò spiegherebbe, in parte, la scarsa partecipazione a questo tipo di interventi, e suggerisce la necessità di migliorarlo

se davvero si vuole tentare di portare alla luce una parte consistente di un mercato che sfugge quasi totalmente a qualsiasi forma di controllo e tutela.

2.2.2 Agevolazioni fiscali

Come vedremo più nel dettaglio nei capitoli successivi, il mercato del lavoro delle assistenti familiari ha una caratteristica predominante: il lavoro nero. Uno degli ostacoli che maggiormente favoriscono il perdurare di questa situazione può essere ravvisato negli oneri contributivi a carico delle famiglie quando si decide di regolarizzare la propria badante. Facilitare la regolarizzazione delle badanti è un obiettivo propedeutico alla qualificazione del loro lavoro e favorisce l'integrazione con gli altri interventi di natura sociale e sanitaria.

In base alla normativa vigente in tema fiscale, nelle situazioni migliori, le agevolazioni fiscali non superano il 15% del totale degli oneri contributivi. Con l'istituzione del contratto di Colf, entrato in vigore nel marzo del 2007, gli oneri sono aumentati del 30%, mentre le agevolazioni sono rimaste invariate; a ciò si aggiunge che gli oneri contributivi sono regolati in base a parametri legati al costo della vita, e tendono, naturalmente, a crescere di anno in anno. È agevole intuire come le agevolazioni fiscali, nella situazione attuale, non siano in grado di fronteggiare il massiccio ricorso al lavoro irregolare in questo mercato.

Ma non è l'unico ostacolo. Assumere una badante, comporta un aumento di uscite monetarie per le famiglie, quantificabile fino al 40%, in special modo quando si opera in regime di co-residenza; le stesse assistenti familiari, specialmente coloro che non hanno intenzione di svolgere il lavoro di badante per sempre, preferiscono lavorare in nero e nel frattempo ottenere maggiore liquidità. Spesso si preferisce sottoscrivere un contratto di lavoro per un numero di ore inferiore a quelle realmente prestate: un escamotage che conviene a tutti i soggetti coinvolti,

sia al datore di lavoro, che paga meno contributi, sia all'assistente che ottiene una retribuzione maggiore.

	Co-residenza	25 ore settimanali
Con contratto colf	1.350 €	850 €
Irregolare	850 € - 1.000 €	700 €

Tutto ciò, in aggiunta a quelle che, nella letteratura più autorevole sul tema, vengono definite “convenienze reciproche” (nel capitolo 5 della presente ricerca), che rendono il processo di regolarizzazione ancora più complesso, suggeriscono la necessità di abbinare alle agevolazioni fiscali, altri tipi di intervento. Molte proposte sono state avanzate che potrebbero favorire l'inversione di tendenza in questo mercato. Tutte le proposte sono indirizzate alla riduzione degli oneri contributivi, attraverso l'aumento dell'importo degli sconti fiscali, una fiscalizzazione degli oneri contributivi a carico delle famiglie, o l'offerta di un credito di imposta per le famiglie che si avvalgono di un'assistente familiare. Oltre all'emersione di una parte del lavoro nero, *tali interventi porterebbero ad affermare con i fatti il ruolo di uno Stato “family friendly”, che si prende cura degli oneri familiari*⁷.

2.2.3 Sportelli per l'incontro domanda/offerta

In questi ultimi anni, tra gli strumenti più riusciti, a sostegno del lavoro privato di cura, vi sono sicuramente gli sportelli di incontro domanda/offerta. Gli sportelli sono utili secondo due direzioni:

- o da un lato, alle famiglie per la ricerca, molto spesso urgente, di assistenza qualificata per un proprio familiare;

⁷ BALDINI M., GORI C., MAZZAFERRO C., MORCIANO M. (2008), *Costi e argomenti*, in C. GORI (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci.

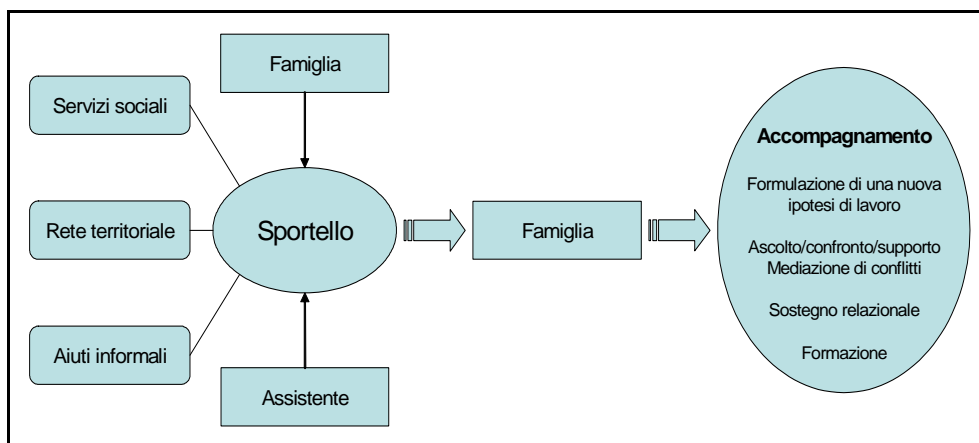
- dall'altro, alle assistenti familiari che vogliono uscire dal meccanismo classico di reclutamento, spesso appoggiato ad altre connazionali.

Gli sportelli dedicati offrono due livelli di servizio. Un luogo di informazione per badanti e famiglie, ad un primo livello, o un luogo dove, oltre al servizio di informazione, si erogano servizi di orientamento, accompagnamento, sostegno continuativo. Le esperienze finora realizzate mostrano come ci sia un'elevata risposta per ciò che riguarda la prima tipologia: sono molti i primi contatti che vengono intercettati dagli sportelli, sia badanti, o aspiranti tali, sia famiglie. Ma pochi di questi primi contatti si traducono in un *matching*, in un contratto regolarmente stipulato: le percentuali, ai vari livelli territoriali si aggira intorno al 10-20%.

Anche gli sportelli di incontro domanda/offerta da soli non bastano. A contrastare le motivazioni che spingono le badanti e le famiglie a preferire un rapporto di lavoro irregolare. In una situazione di questo tipo cercare di fare emergere il lavoro di cura solo attraverso l'azione di sportello rischia di essere utopico. Una chiara intermediazione di lavoro, se non viene collegata ad altri interventi disponibili, rischia di avere una efficacia ben al di sotto dei costi necessari.

Come evidenziato nella ricerca "*L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia - Rapporto 2009, IRCCS-INSIPA*", si può codificare la complessità delle variabili che intervengono nel processo di incontro tra il bisogno della famiglia e l'offerta di lavoro, per avanzare qualche ulteriore osservazione. Rispetto allo schema di seguito riportato, le esperienze territoriali si differenziano su due linee cruciali:

- l'approfondimento nella lettura del bisogno, familiare da un lato e delle competenze lavorative dall'altro; in particolare, la presenza o meno di un bilancio di competenze, che aiuta a rendere l'attività di *matching* più efficace;
- l'accompagnamento successivo all'abbinamento, per gestire le divergenze rispetto ad esempio alle aspettative, al livello di apprezzamento del lavoro, alla qualità della sistemazione abitativa, alla fruizione delle ore di riposo, al livello retributivo.



Fonte: *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, Rapporto 2009, a cura di N.N.A. (Network Non Autosufficienza)*

Strettamente collegati agli sportelli di incontro domanda/offerta sono gli albi o i registri di badanti, contenente un elenco di tutte quelle assistenti familiari che hanno seguito un percorso formativo o che comunque dispongono di competenze professionali certificate. Pur non essendo ancora molto diffusa l'implementazione di tale intervento sul territorio, è comunemente ritenuto un perno importante sul quale fondare le attività degli sportelli di incontro domanda/offerta, per far sì che questi ultimi diventino luoghi in cui, gli interventi a favore della domanda (contributi, orientamento), da un lato, e a favore dell'offerta (formazione, accreditamento, albi professionali), dall'altro, trovino un naturale punto di incontro.

2.2.3 Interventi formativi (rinvio)

Uno degli interventi maggiormente utilizzati per qualificare il lavoro delle assistenti familiari è la formazione. Data l'importanza di questo tema, e data la centralità che esso occupa rispetto ai fini della ricerca, tutta la tematica relativa alla formazione sarà trattata nel *sesto capitolo* della presente ricerca.

3. Il mercato del lavoro delle assistenti familiari

Quantificare in maniera puntuale il numero delle assistenti familiari in Italia, e di riflesso, ad un livello più locale (la Val Vibrata nel nostro caso), risulta essere un compito di difficile realizzazione.

Ciò ha luogo, principalmente, per due ordini di motivi. Da un lato, la forte presenza nel mercato del lavoro di una elevata componente di irregolarità, che sfugge alle statistiche ufficiali. Dall'altro, la mancanza di una forma contrattuale propria, fa sì che le stesse siano incluse, nelle banche dati ufficiali dell'INPS, nella più ampia categoria delle lavoratrici domestiche, rendendo pertanto impossibile la distinzione tra le due diverse figure presenti (colf e badanti).

Date queste premesse risulta evidente come, entrambi i motivi menzionati, ci costringono a poter solo tentare di stimare i numeri e le caratteristiche proprie di questo fenomeno, andando a analizzare congiuntamente i numerosi studi e le indagini realizzate nel corso degli ultimi anni, sul fenomeno del "badantato".

Sul versante "locale", da un lato si tenterà di stimare i numeri del fenomeno attraverso la proiezione di stime e informazioni a livello nazionale verso il locale, dall'altro, con il contributo dei Testimoni Privilegiati presenti sul territorio, si andranno a definire le caratteristiche specifiche del fenomeno in oggetto nella Val Vibrata.

3.1 La dimensione quantitativa del fenomeno in Italia

Secondo il dossier⁸ dell'Istituto per la Ricerca Sociale di Milano, che a sua volta riprende altre indagini e ricerche sul tema dell'assistenza familiare, il numero delle lavoratrici domestiche in Italia, incrociando i dati INPS con quelli in possesso del Ministero del Lavoro (dati di fine 2008), si attesta intorno alle 530 mila unità, in possesso di un regolare contratto di lavoro. Attraverso un procedimento di stima, con l'ausilio anche dei contributi provenienti da Testimoni Privilegiati, si è isolato il numero delle sole badanti dal totale delle lavoratrici domestiche. Secondo tali stime, il numero delle badanti risulterebbe attestarsi intorno a 254 mila unità, pari a circa il 45% del totale delle lavoratrici domestiche. Interessante notare come, e il dato sembrerebbe in crescita, una badante su dieci risulterebbe essere italiana (25 mila in totale).

Al totale delle assistenti familiari con regolare contratto di lavoro vanno aggiunti i numeri del mercato irregolare. In base alle varie ricerche ed indagini realizzate nel corso degli anni, si stima che, di tutte le assistenti familiari, regolari e non, presenti sul territorio nazionale, sol un terzo risulta essere regolarmente assunta. Pertanto, alle 254 mila badanti regolari, vanno ad aggiungersi circa 520 mila badanti irregolari.

Il numero di assistenti presenti sul territorio nazionale risulterebbe attestarsi intorno alle 774 mila unità, di cui 700 mila straniere e 74 mila italiane. In Italia, quindi, risulterebbe (trattandosi di stime il condizionale è d'obbligo), di una assistente straniera per ogni 17 anziani ultra sessantacinquenni, seppur con ampie differenze tra il Nord, dove la presenza è maggiore, e il Sud, dove il ruolo della famiglia nel mercato di assistenza agli anziani risulta più radicato, per via di legami familiari e di relazioni di vicinato più forti (Indagine Multiscopo dell'ISTAT, 2005). Tali informazioni, come vedremo in seguito, ci saranno di grande aiuto per

⁸ PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.info, area download.

fornire una stima verosimile della presenza delle assistenti familiari sul territorio della Val Vibrata.

Andando in profondità, in relazione alla situazione contrattuale, e con riferimento alle straniere, si possono delineare tre diverse tipologie di badanti. Una prima tipologia è rappresentata dalle badanti regolarmente presenti sul territorio nazionale, con un regolare contratto di lavoro; il numero di badanti che ricadono in questa categoria risulterebbero essere intorno alle 230 mila unità, pari a circa il 33% del totale delle badanti straniere. Un secondo gruppo è rappresentato dalle badanti che, pur vivendo regolarmente in Italia, operano in mancanza di un regolare contratto di lavoro; un quarto delle badanti, circa 170 mila, appartengono a questo gruppo. Infine vi sono le badanti “doppiamente irregolari”, che vivono irregolarmente in Italia, e di conseguenza, lavorano in assenza di regolare contratto di lavoro; queste ultime rappresentano oltre il 40% del totale (circa 300 mila).

La differente condizione di regolarità/irregolarità ha delle forti ripercussioni sugli aspetti sociali e sulle aspettative di vita delle badanti. Chi è irregolarmente residente in Italia, perché entrato clandestinamente o perché i documenti con cui è entrato sono scaduti, è invisibile tra gli invisibili, non avendo alcuna prospettiva di formazione, sviluppo professionale, connessione con i servizi pubblici. Quella irregolare è una presenza particolarmente sommersa, caratterizzata da frequenti tratti di segregazione lavorativa e sociale, derivanti dal fatto che questo gruppo è quello che più spesso co-risiede con l'anziano, che con lui ha un rapporto di dipendenza personale e che ha pertanto meno possibilità di costruire relazioni con il contesto. Il secondo gruppo - chi ha il permesso di soggiorno ma lavora in nero - a differenza del gruppo precedente ha delle possibilità di integrazione sociale e lavorativa, può accedere a corsi di formazione, albi, sportelli, anche se la sua condizione è spesso precaria, professionalmente aleatoria. Il terzo gruppo è naturalmente quello che ha più possibilità di integrarsi nel tessuto socio-lavorativo del nostro paese; la sua posizione è più tutelata e più collegabile con le risorse di welfare.

Assistenti familiari straniere in Italia. 2009

Condizione	Numero	% sul totale
Clandestine	300.000	43%
Con contratto	232.000	33%
Senza contratto	168.000	24%
Totale	700.000	100%

Fonte: Istituto Ricerca Sociale di Milano

3.2 La dimensione quantitativa del fenomeno in Val Vibrata

L'oggettiva difficoltà, per i motivi evidenziati in precedenza (irregolarità contrattuale e mancanza di banche dati specifiche sul fenomeno), di quantificare la presenza di assistenti familiari sul territorio nazionale, ci spinge a trovare strade alternative per stimare il numero di assistenti familiari a livello locale presenti sul territorio della Val Vibrata. Per ovviare a ciò, si è proceduto ad applicare alcune stime emerse in ricerche analoghe realizzate in ambito nazionale, ma anche locale, per poi procedere ad un confronto dei vari risultati emersi.

Un primo tentativo prevede l'applicazione di un rapporto di proporzione emerso in indagine analoghe: a livello nazionale, risulterebbe che circa il 6,6% degli anziani (ultra sessantacinquenni) sia assistito da una badante. Adattando questa percentuale al caso specifico della Val Vibrata, la stima totale delle badanti, comprensiva della quota delle irregolari, che ne risulta è di poco superiore alle 900 unità.

Un secondo tentativo di stima si può realizzare applicando la proporzione, emersa in altre ricerche in ambito nazionale, di una assistente familiare straniera per ogni 23 anziani residenti per quanto riguarda le regioni meridionali. In tal modo, una stima del numero di badanti straniere presenti sul territorio della Val Vibrata,

comprensiva sia della quota regolare sia della quota irregolare, si posizionerebbe intorno alle 600 unità; a questa stima va aggiunta anche la parte "italiana", che come evidenziato in precedenza si attesta in torno al 10% del totale. Complessivamente, quindi, seguendo questo percorso, la stima del numero di badanti presenti sul territorio dell'Unione di Comuni si attesterebbe intorno alle 650-700 unità.

Un ulteriore tentativo di stima può essere effettuato utilizzando la banca dati disponibile presso l'INPS di Teramo. Dalla suddetta banca dati risultano circa 314 lavoratrici domestiche operanti sul territorio dell'Unione di Comuni, e per circa la metà, secondo ricerche analoghe, si tratterebbe di assistenti familiari. Procedendo in questo senso, le badanti regolari sul territorio si attesterebbe intorno alle 150 unità e, considerando che le badanti regolari rappresentano un terzo del mercato complessivo, il numero delle assistenti familiari che opererebbero sul territorio della Val Vibrata è di quasi 500 unità.

Nel primo caso, la stima di 900 badanti, va comunque "pesata": è certamente un valore sovrastimato, visto che si è utilizzata una stima a livello nazionale, proiettandola a livello locale. La stima, in effetti, si discosta sensibilmente dalle altre due ma, è da tenere presente, che, mentre nel secondo e terzo tentativo si è proceduto alla creazione di una stima partendo da dati locali (le lavoratrici domestiche regolari della Val Vibrata in un caso, numero di anziani per ogni badante nelle regioni meridionali), e considerando che la struttura e le dinamiche familiari nelle regioni meridionali operino una attività di contrasto alla diffusione della figura della badante in misura maggiore rispetto alla media nazionale, come già visto in precedenza, si può affermare, anche senza una rigorosità scientifica che il numero delle badanti, regolari e non regolari, presenti sul territorio dei Comuni dell'Unione, si attesterebbe, verosimilmente, intorno alle 500-700 unità.

3.3 La dimensione qualitativa del fenomeno in Italia

Come abbiamo visto, forte è la presenza delle assistenti familiari sul territorio nazionale; il fenomeno è in continua crescita, anche se negli ultimi anni ha subito un rallentamento. Nel corso degli anni si sono avute diverse ondate di nuove badanti provenienti da Paesi esteri, che in parte hanno sostituito le badanti presenti sul territorio, in parte si sono andate ad aggiungere a quelle già esistenti.

Diverse sono le differenze, in termini socio-demografici e motivazionali, tra le badanti arrivate dieci anni fa, e quelle arrivate più di recente, e diverse sono le motivazioni hanno portato a queste differenze. Innanzitutto, il recente *allargamento* verso Est dell'Unione Europea, e in special modo verso Paesi da cui, storicamente, proviene una parte consistente di assistenti familiari. Non meno importante è la progressiva *accettazione*, da parte delle famiglie, del fenomeno, che ha portato ad una crescita consistente della domanda di tale forma di assistenza. A ciò va ad aggiungersi la tendenza negli ultimi anni, ad una migrazione finalizzata, in misura maggiore rispetto al passato, ad un *insediamento più stabile* nel nostro Paese (i ricongiungimenti familiari hanno giocato un ruolo di primo piano in tal senso).

La maggior parte delle assistenti familiari proviene dall'Est Europa, Ucraina, Romania e Moldavia in primis, che vanno a costituire il 57% del totale; forte anche la presenza delle sudamericane, in particolar modo dall'Ecuador e Perù, che invece rappresentano il 35% delle badanti presenti in Italia. Negli ultimi anni si è avuto un forte aumento di badanti est-europee, a discapito delle sudamericane, e ciò è dovuto principalmente al forte aumento delle prime, piuttosto che a una diminuzione delle seconde. In particolare, emerge come siano le rumene ad aver contribuito in misura maggiore all'aumento delle assistenti familiari sul territorio italiano: quasi una badante su due, tra le nuove arrivate, dopo l'allargamento ad Est dell'Europa, provengono dalla Romania.

Oltre al paese di origine, ricerche condotte sul tema, mostrano differenze anche rispetto all'*età*. Recentemente, infatti, si è avuto uno spostamento verso il basso dell'età media delle assistenti familiari rispetto a quanto avveniva in passato: l'età media delle "nuove" (arrivate dopo il 2005) si attesta intorno ai 37 anni,

mentre in precedenza era intorno ai 42 anni. Molte delle nuove badanti arrivate negli ultimi anni, ha un età inferiore ai trent'anni (circa il 33%) e poco più di una su due risulta essere coniugata e, in percentuale del tutto analoga, di avere figli; tra le badanti madri, più di sei su dieci, ha lasciato i propri figli nei paesi di origine.

Rispetto al proprio progetto migratorio, molte ricerche realizzate sul tema delle assistenti familiari concordano nell'affermare come siano relativamente poche coloro che hanno intenzione di stabilirsi in maniera definitiva nel nostro paese, anche se con alcuni distinguo tra le est-europee e le sudamericane. Le prime si caratterizzano per progetti migratori generalmente di breve periodo nel 75% dei casi, mentre per le seconde, tale percentuale scende al 60%. Anche in questo caso si registrano mutamenti: negli ultimi anni si rafforza la presenza di progetti migratori di lungo periodo. Quasi un terzo delle nuove badanti mostra l'intenzione di stabilirsi definitivamente in Italia, a cui va ad aggiungersi un buon 20% che comunque ha intenzione di rimanere nel nostro paese per almeno 10 anni. Ancora una volta sono le est-europee, ed in particolar modo le rumene, a contribuire maggiormente alle trasformazioni in atto, dato il forte intervento all'aumento delle stesse sul mercato delle assistenti familiari, e più in generale sui più recenti flussi di immigrazione: quasi una rumena su due (il 40%) ha intenzione di stabilirsi definitivamente nel nostro Paese. In generale, quindi, si registra un sostanziale indebolimento del modello "pendolare" molto frequente negli anni passati.

Poca la propensione a svolgere il lavoro di badante in maniera stabile e definitiva. Le straniere sono consapevoli di giungere in Italia per assistere persone anziane non-autosufficienti, ma il fenomeno è da inquadrare più in un discorso di necessità: spesso infatti è l'unico modo, o comunque il modo più semplice, per ottenere una sistemazione e un lavoro nel nostro Paese. A ciò si affianca, tuttavia, una scarsa propensione a svolgere tale attività in maniera stabile: in molti casi il lavoro di badante sembra essere più un punto di partenza che un punto di arrivo, ma risulta molto rilevante la non intenzione a svolgere tale attività nelle attuali modalità (meno ore, abbandono del regime di co-residenza, più "libertà").

Fin qui le aspirazioni e le motivazioni. La realtà, invece, vuole la co-residenza ancora molto diffusa; circa il 70% delle assistenti familiari risiede presso l'assistito e, questo fenomeno, risulta molto diffuso tra le badanti provenienti dall'Est Europa piuttosto che tra le sudamericane. La tendenza è comunque verso la diminuzione della diffusione della co-residenza, e, ancora, in misura maggiore tra le sudamericane a favore del lavoro "ad ore", che offre, da un lato un grado di libertà senz'altro maggiore, e dall'altro, garantisce livelli retributivi più elevati. Ciononostante, la soddisfazione circa i livelli retributivi, è maggiore tra le badanti in regime di co-residenza, piuttosto che tra le autonome: il costo dell'autonomia abitativa sembrerebbe vanificare gli, eventuali, più alti livelli retributivi.

Sul versante della regolarità, come è emerso nei paragrafi precedenti, la realtà non è incoraggiante, visto che 2 badanti su 3 sono irregolari e, per una parte consistente di loro, si aggiunge un ulteriore elemento di irregolarità: risiedono clandestinamente in Italia. Ancor più preoccupante se si considera che tale condizione è più diffusa tra le nuove badanti, rispetto alle badanti giunte nel nostro paese qualche anno fa (prima del 2005) e fortemente in contrasto con l'intenzione di stabilirsi definitivamente in Italia: l'irregolarità, infatti, non consente loro di chiedere un eventuale ricongiungimento familiare, nonché di intraprendere percorsi formativi ad hoc o di iscriversi ad albi e/o registri specifici per assistenti familiari. A queste vanno poi ad aggiungersi tutte coloro che, pur in presenza di un regolare contratto di lavoro, dichiarano un numero di ore inferiore a quelle ufficialmente realizzate. Il problema dei costi elevati sembra giocare un ruolo molto forte in tal senso, sia per le badanti, sia per il datore di lavoro, e ciò sia nel caso di irregolarità totale, sia nei casi di irregolarità parziale.

"L'irregolarità si alimenta di reciproche convenienze, per le famiglie e per le donne lavoratrici. Le famiglie rinunciano alla qualità dell'assistenza, le badanti a un sistema di garanzie e di tutele, in cambio di rapporti liberi da vincoli nel primo caso, di una paga più vantaggiosa nel secondo. Alla base di queste scelte sta il costo troppo elevato della regolarizzazione e la mancanza di un ritorno economico: <non

beneficerò mai dei contributi>, <non mi interessa perché rimarrò ancora poco in Italia>, <non mi consentirebbe di percepire i sussidi/ assegni familiari>”⁹.

3.4 La dimensione qualitativa del fenomeno in Val Vibrata

L’elaborazione dei dati e delle informazioni raccolte attraverso le interviste ai Testimoni privilegiati sembrerebbe confermare in larga parte quanto emerso a livello nazionale. Non vi sarebbero, quindi, sostanziali difformità tra quanto avviene in ambito nazionale a quanto avviene nel territorio della Val Vibrata. Si espongono di seguito, i risultati emersi, seguendo un ipotetico percorso che va, dalla nascita del bisogno di assistenza, il funzionamento del mercato del lavoro delle badanti attraverso le aspettative e i desideri delle famiglie e delle stesse badanti, le caratteristiche peculiari delle famiglie nonché delle badanti, le difficoltà e le criticità incontrate, etc...

Innanzitutto le motivazioni che spingono le famiglie a ricorrere a questa forma di assistenza. Le famiglie in questione sono molto diverse fra loro, ma alcune specificità sembrano essere comuni a tutte. La spinta maggiore alla diffusione del fenomeno del badantato sul territorio sembra da ricondursi ad una mera questione di mancanza di tempo. Spesso, infatti, i figli, che generalmente e storicamente si sono occupati degli anziani nelle situazioni in cui oggi si ricorre alla badante, sempre più spesso non hanno tempo per potersi occupare di loro; nella quasi totalità dei casi i figli vivono situazioni familiari in cui entrambi i coniugi lavorano, in molti casi anche geograficamente lontani dall’anziano, non avendo tempo materiale per poter assistere i genitori che non sono più auto-sufficienti, e di conseguenza non possono più vivere soli, spesso anche a causa di patologie sanitarie gravi. Di contro, ad una mancanza di tempo si associa, ma non sempre,

⁹ PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.info, area download.

una disponibilità economica adeguata per poter garantire all'anziano una assistenza continuata da parte di una badante. A favorire la diffusione del fenomeno del badantato, influisce molto anche l'idea che l'anziano non debba essere allontanato dal proprio ambiente naturale, spesso la casa dove vive da sempre, a discapito di strutture di assistenza organizzate (case di riposo). Si garantisce, quindi, all'anziano, una assistenza da parte di una persona che, pur non essendo parte della famiglia, venga percepita come familiare, all'interno della propria abitazione, con risvolti senz'altro positivi sugli aspetti psicologici dell'anziano.

Fin qui le motivazioni che spingono le famiglie verso la scelta di una badante; ma come vengono individuate e selezionate le badanti?

Varie sono le modalità di reperimento sul territorio della figura della badante, ma una su tutte predomina sulle altre: il passaparola. Sono le reti informali a gestire il grosso dei flussi di domanda e offerta di lavoro nel mercato delle badanti, anche se, seppur sporadiche nel complesso, non mancano situazioni in cui la famiglia si rivolge ai servizi sociali del proprio Comune o ad altre organizzazioni (la Chiesa, la Caritas, etc...). Nella stragrande maggioranza dei casi, vi sono soggetti che fungono da intermediari tra le famiglie e le badanti. Spesso infatti ci si rivolge a famiglie che hanno, o hanno avuto in passato, una badante, per avere informazioni su come trovare una assistente familiare per i propri cari, o direttamente ad altre badanti. Non mancano casi in cui alcuni soggetti, spesso ex-badanti, assumano sul territorio un ruolo del tutto simile ad una "agenzia di lavoro", facilitando l'incontro tra famiglie e assistenti.

Ma chi sono le badanti? Quali sono le caratteristiche tipiche delle assistenti familiari sul territorio della Val Vibrata? E, di riflesso, quali sono le preferenze delle famiglie in tal senso?

Rispetto alla *provenienza*, le famiglie della Val Vibrata sarebbero molto più orientate verso la scelta di badanti italiane, vuoi per una questione di maggior fiducia, vuoi per proprie le abitudini culturali. Detto ciò, a causa degli eccessivi costi per garantire una assistenza "italiana" ai propri cari, ci si orienta, nella stragrande maggioranza dei casi, verso le assistenti familiari oltre confine.

L'orientamento verso una particolare zona di provenienza delle badanti è influenzato da due ordini di motivi.

Da un lato, le famiglie sembrerebbero avere una naturale propensione a scegliere assistenti sudamericane ed est europee, e di riflesso, da queste zone geografiche provengono la maggior parte delle badanti impiegate. Principalmente per ragioni culturali, visto che, gli usi e i costumi delle persone provenienti da quei paesi, in linea di massima, sono compatibili con quelle della famiglia di destinazione e dell'assistito; negli ultimi anni si registra una certa diffidenza nei confronti delle badanti rumene, certamente influenzata dai fatti di cronaca, e all'attenzione rivolta agli stessi da parte dei mass media locali e non, registratisi negli ultimi tempi. D'altro canto, tale diffidenza viene bilanciata dalla forte presenza regolare sul territorio nazionale della comunità rumena, per via del recente ingresso della Romania dell'Unione Europea, che ha evidentemente esteso il bacino potenziale di badanti rumene disponibili "sul mercato" e, di conseguenza, rendendo più agevole il ricorso a queste ultime. Molto spesso discriminate risultano essere, invece, le donne di colore, spesso a causa di una mancata accettazione delle stesse da parte dell'anziano, frutto di un retaggio culturale ancora presente sul territorio nazionale, specie tra le fasce più anziane della popolazione. Questa discriminazione tende ad essere più incisiva nei Comuni interni del territorio della Val Vibrata, mentre tende ad affievolirsi nei Comuni costieri.

Dall'altro lato, sulla scelta della badante, ed in particolare sulla provenienza, non va sottovalutato l'effetto a catena che si può generare in un territorio quando si insediano gruppi, più o meno grandi, di badanti provenienti dal medesimo paese, che a loro volta favoriscono l'arrivo di proprie connazionali, quando in altre famiglie dello stesso territorio (parenti, vicini) sorge il bisogno di una assistenza familiare (passaparola e "caporalato").

Nel complesso, l'*età media* delle badanti presenti sul territorio della Val Vibrata parrebbe assestarsi intorno ai 40/50 anni, ma negli ultimi anni si registra una tendenza verso l'abbassamento dei livelli di età; le "nuove" badanti sono più giovani, anche se questa tendenza sembrerebbe riferirsi principalmente alle donne dell'Est. Basso il *livello di scolarizzazione*, nella maggioranza dei casi le badanti

hanno un titolo di studio base, o comunque non riconosciuto nel nostro Paese, ma non mancano anche le laureate, seppur in minima parte. La peculiarità che comunque le accomuna è il possesso di un titolo di studio, base o di livello che sia, che nulla ha a che vedere con il lavoro di assistenza ad anziani e/o disabili o assimilabili, a cui si associa anche una totale assenza di esperienze pregresse simili nel Paese di origine. Alle origini della *scelta del lavoro* di badante da parte delle stesse, vi è lo stato di necessità. Spesso, infatti, è il lavoro più facile da trovare e, nella maggioranza dei casi, viene visto più come un punto di partenza che un punto di arrivo; sono in poche quelle che desiderano o hanno l'aspirazione, di svolgere tale attività per sempre, che sarebbero disposte ad inserirsi in un eventuale iter formativo.

Per ampliare la definizione di quello che potremmo definire uno "status" di badante, è rilevante esaminare alcuni aspetti riferibili alla condizione economica/contrattuale della badante. Sul versante della *situazione abitativa*, sono rari i casi in cui le badanti dispongono di una propria abitazione; come è noto, difatti, è ampiamente diffuso il ricorso al regime di co-residenza, sia a causa della mancanza di un tetto dove stare (principalmente per le nuove arrivate) per quanto riguarda la badante, sia per la possibilità di avere un'assistenza continuativa nell'arco della giornata per quanto riguarda le famiglie e degli anziani. Il *trattamento economico* garantito alle badanti, che spesso lavorano 24 ore giornaliere, con alcune ore libere durante la giornata e, sempre più spesso, con un giorno libero a settimana, si aggira mediamente intorno ai 600/800 euro, destinati principalmente ad essere inviati alle proprie famiglie, spesso rimaste nei propri paesi di origine, con la speranza di garantire ai propri figli una vita senz'altro migliore e con meno difficoltà. Le differenze di trattamento economico sembrerebbero essere legate principalmente alle pregresse esperienze in lavori simili e non dalla condizione di regolarità o irregolarità contrattuale: in molti casi, infatti, anche in presenza di contratti di lavoro regolari, questi ultimi vengono stipulati per un numero di ore mensili sensibilmente inferiore a quelle realmente prestate.

Ma quali sono le *difficoltà, le richieste, le criticità nel rapporto*, non sempre facile, tra famiglia e badante?

Da un lato le richieste delle famiglie, dall'altro le esigenze delle badanti. Non sempre sono collimanti, spesso sono alla radice delle difficoltà che possono nascere nell'ambito di un rapporto di lavoro, per sua natura, simbiotico. Spesso, comunque, rappresentano situazioni temporanee, che si risolvono con la piena integrazione della badante straniera all'interno del nucleo familiare.

Spesso i contrasti si generano a causa di una mancata risposta ad una specifica richiesta o aspettativa, legittima o meno che sia, da parte della badante o della famiglia. Spesso le badanti non vedono soddisfatto, perché la famiglia non può o non vuole, il desiderio di avere spazi privati all'interno dell'abitazione dell'anziano (posto letto, servizi igienici, etc...) o un maggiore grado libertà per non abbandonare la propria vita sociale (i familiari, gli hobby, le proprie conoscenze, etc...), o anche per mitigare lo stress da "convivenza forzata" che spesso si genera questi rapporti di lavoro.

Non meno importanti i contrasti di natura culturale. La mancata conoscenza della lingua italiana, o comunque la scarsa capacità di comunicazione con le famiglie e/o l'anziano; i differenti usi e costumi a livello domestico, principalmente per quanto riguarda la cucina, che favoriscono la preferenza verso le donne dell'Est Europa, ritenute culturalmente più vicine al nostro Paese.

Spesso il motivo del contrasto nasce proprio dal comportamento dell'anziano: non sempre è disposto ad accettare un estraneo in casa, e non sempre risulta agevole comunicare con l'anziano, spesso a causa di patologie cliniche che ne riducono le capacità cognitive (demenza senile).

Alcuni elementi di contrasto fungono da inibitori; agiscono prima dell'inizio di un rapporto di lavoro e tendono a contrastarlo: il possibile rifiuto dell'anziano di avere un tale tipo di assistenza, l'aver subito furti o comunque atteggiamenti poco "professionali", la paura di un abbandono senza preavviso da parte della badante e, non meno importante, il mancato accordo sugli aspetti contrattuali del rapporto di lavoro (orario di lavoro, trattamento economico, giorno di riposo, mansioni da svolgere, etc...).

Ma quali sono le *mansioni* richieste alle badanti? Si limitano alla cura dell'anziano o vanno oltre?

Raramente le mansioni richieste alle badanti si limitano esclusivamente a tutte quelle riferibili direttamente alla cura della persona, e ciò sembrerebbe una prerogativa dei rapporti di lavoro cosiddetti "a ore", dove spesso non è previsto il regime di co-residenza. Rientrano in queste attività: la cura dell'igiene della persona assistita, l'attenzione negli aspetti legati all'alimentazione dell'anziano, l'assistenza nelle attività di vita quotidiana comuni che l'anziano non riesce più a svolgere in maniera indipendente (salire/scendere dal letto, muoversi, etc...), e in alcuni casi anche la cura di terapie mediche di base, come la somministrazione di medicinali. Spesso, però, a queste attività se ne aggiungono altre. Non sono rari i casi in cui alle badanti è demandato il compito di occuparsi dei lavori domestici nella casa dell'assistito, per lo svolgimento di commesse all'esterno dell'abitazione, o per svolgere un ruolo di semplice compagnia per l'anziano.

Queste sono le peculiarità del mercato del lavoro delle assistenti familiari, delle badanti e delle famiglie coinvolte, nel territorio della Val Vibrata. Come già anticipato, non vi sono particolari differenze con la situazione generale presente sul territorio nazionale.

4. Formazione, fabbisogni e prospettive

Come già anticipato nel capitolo dedicato ai servizi e agli strumenti a favore degli anziani non autosufficienti, la formazione è uno strumento che sempre più viene utilizzato, in varie Regioni italiane, per qualificare il lavoro delle assistenti familiari. Questa tendenza può essere spiegata da più fattori tra loro strettamente interrelati: in primis, dalla crescente consapevolezza, in seno agli Enti Pubblici ai vari livelli di governo del territorio, dei benefici che produce in termini di qualità e professionalizzazione dei servizi di cura privata; in secondo luogo dalla particolare predisposizione delle nuove badanti a svolgere in maniera continuativa tale attività, e la conseguente predisposizione delle stesse verso l'inserimento all'interno di specifici interventi formativi (quasi tre badanti su quattro, secondo stime recenti, dichiara di voler partecipare a percorsi formativi); non ultimo, il bisogno delle famiglie di poter disporre di servizi di assistenza con elevati, o comunque adeguati, standard qualitativi.

Spesso, nella realtà, il lavoro di cura è offerto a favore di persone che presentano una seria instabilità clinica e importanti bisogni di assistenza; non di rado, l'anziano assistito versa in condizioni di non autosufficienza totale, o comunque non in grado di svolgere le normali funzioni della vita quotidiana come mangiare, vestirsi o prendere medicine. A fronte di queste situazioni critiche, che tendono ad aggravarsi nel tempo data l'evoluzione della struttura della nostra popolazione, sono sempre più le badanti consapevoli delle proprie limitazioni, in special modo quando l'assistenza prevede lo svolgimento di attività tipicamente infermieristiche quali la somministrazione di medicine, fare iniezioni, movimentare l'ammalato con problemi motori anche gravi, o nella gestione di malattie tipiche della terza età che colpiscono la sfera comportamentale quali l'Alzheimer, la depressione, la demenza. La consapevolezza dei propri limiti, unita ad una maggiore inclinazione allo svolgimento dell'attività in maniera continuativa, giustifica, come sembrerebbe, una maggiore predisposizione a partecipare ad

interventi formativi. Allo stato attuale tuttavia, la situazione vede solo tre badanti su dieci in possesso di una qualsivoglia tipologia di formazione, comunque connessa al lavoro di cura; in parte conseguita nel proprio Paese di origine, per il 60% delle badanti formate, o in Italia attraverso corsi ASA, OSS o corsi infermieristici di base, per il restante 40%.

4.1 Le esperienze formative regionali

Diverse gli interventi a livello regionale che negli ultimi anni sono stati implementati su tutto il territorio nazionale nel campo della formazione professionale; esperienze ed interventi che possono perseguire uno o più obiettivi. In primis garantire un *livello di competenza di base*, attraverso la definizione di un percorso standard minimo, così da uniformare, almeno nei contenuti minimi, i numerosi interventi formativi implementati da Comuni, Distretti e Province, che spesso presentano differenze sostanziali tra loro, in termini di durata dei corsi, tematiche affrontate, requisiti di accesso agli albi. Alcuni interventi si prefiggono di uniformare la *validità territoriale* del titolo acquisito, consentendo ai possessori di tale titolo di poter operare anche al di fuori del Comune o della Provincia in cui tale titolo è stato conseguito. Altri interventi ancora, consentono, a chi intraprende un *percorso di crescita professionale* finalizzato alla qualificazione del proprio lavoro di assistente familiare, di collegare tale percorso a qualifiche di livello più alte, permettendo di intraprendere un percorso professionale di livello più elevato.

Al 2009, erano nove le Regioni che avevano definito nel dettaglio i termini e i contenuti dei percorsi formativi destinati alle assistenti familiari: la Toscana, la Campania, l'Emilia-Romagna, il Friuli-Venezia Giulia, la Liguria, Lazio, la Valle d'Aosta, la Lombardia e le Marche. Altre Regioni hanno comunque intrapreso un percorso normativo finalizzato alla definizione dei dettagli dei corsi: la Sardegna, il Veneto, l'Umbria ed il Piemonte.

4.2 Caratteristiche e peculiarità dei corsi di formazione

L'analisi degli atti normativi e dei risultati dei corsi di formazione già realizzati, peraltro ancora pochi, permette di individuare delle caratteristiche e delle peculiarità dei percorsi formativi per badanti. Le dimensioni di analisi considerate riguardano: accesso ai corsi e i criteri di selezione; durata dei corsi; crediti formativi in ingresso e in uscita; articolazione dei contenuti.

Rispetto ai *requisiti di ingresso* e ai *criteri di selezione*, si ravvisano alcune peculiarità tipiche, cioè identificabili nella quasi totalità dei corsi. Tra questi: l'aver raggiunto la maggiore età, il possesso di un regolare permesso di soggiorno e una adeguata conoscenza della lingua italiana. Sebbene l'insegnamento della lingua italiana non sia incluso tra i contenuti del corso, in alcuni casi (in alcune realtà settentrionali), si prevede un modulo o un pre-corso formativo finalizzato a fornire, ai soggetti stranieri che non dimostrano una adeguata padronanza, le conoscenze minime della nostra lingua.

Tra i criteri di selezione più diffusi, previsti nella metà dei corsi, una valutazione circa le attitudini e le motivazioni dei soggetti interessati.

La *durata dei corsi*, nonché la loro articolazione, presentano caratteristiche piuttosto variegata nelle varie esperienze regionali. Alcuni corsi hanno una durata di 120 ore, mentre in taluni casi si arriva anche a una durata di 300 ore, e tutti prevedono sia momenti di formazione in aula, sia attività di tirocinio. Una caratteristica comune a tutte le esperienze regionali, è quella di tentare di contenere, per quanto possibile, la durata dei corsi, a cui si affianca il tentativo di rendere "modulabili" i corsi. In effetti, la frequentazione dei corsi toglie tempo all'attività lavorativa, riducendo il compenso economico delle badanti da un lato, favorendo la nascita di attriti tra la famiglia dell'assistito e dell'assistente familiare, ponendosi quindi come un freno alla frequentazione ai percorsi formativi.

In alcuni casi, i corsi sono strutturati in modo da riconoscere: sia *crediti in ingresso*, quando consentono l'abbreviazione del percorso formativo sulla base di una valutazione di competenze pregresse acquisite in campo formativo e/o lavorativo, sia *crediti in uscita*, che consentono di ridurre la durata dei successivi

percorsi formativi (ad esempio per ASA e OSS). Nel primo caso, come avviene in Toscana, può essere riconosciuto, in luogo di uno stage formativo.

Si registra invece, una omogeneità più accentuata per quanto riguarda i *contenuti dei corsi*, diretta emanazione dei fabbisogni formativi di badanti, anziani e famiglie, evidenziando lievi differenze esclusivamente nella macro-area riferite alle competenze tecnico-operative. Nonostante le differenze in merito a terminologie e definizioni, è possibile individuare quattro macro-aree di intervento:

- Istituzionale: di cui fanno parte lo studio dei servizi sociosanitari, dei profili professionali in essa operanti e della normativa in tema di assistenza sociosanitaria;
- Contrattuale: comprende lo studio dei diritti e doveri del lavoratore, nonché dell'anziano assistito e dei familiari, il Contratto Collettivo Nazionale per Colf, fino ai diritti e ai doveri del cittadino straniero;
- Relazionale: include tutti quei contenuti riferibili alla psicologia dell'anziano, le diverse tecniche di comunicazione e relazionali, la gestione delle emozioni e la capacità di ascolto, la prevenzione e mediazione delle tensioni;
- Tecnico-operativa: relativa alle attività di igiene della persona e la sua mobilitazione, la preparazione e la somministrazione dei cibi in relazione allo stato sanitario dell'anziano, la geriatria, le nozioni di base di pronto soccorso, l'igiene domestica, la gestione della casa.

Fin qui l'analisi sulla struttura dei corsi di formazione. Ma quali sono le principali evidenze, le maggiori criticità che si riscontrano nei corsi già realizzati?

Innanzitutto si evidenzia una *elevato tasso di abbandono* dei percorsi formativi. I motivi sono già stati esposti in precedenza. Il tempo dedicato alla formazione è tempo sottratto alla attività lavorativa, con una conseguente perdita di reddito per le badanti, e inoltre, favorisce la nascita di attriti e scontri tra le parti visto che troppo spesso le famiglie non possono, o non vogliono, privarsi della badante anche solo per un tempo piuttosto limitato.

Agli abbandoni si aggiunge anche una *scarsa adesione* ai corsi di formazione. Vuoi perché gran parte delle badanti, operando nel sommerso, non possono

parteciparvi, vuoi perché l'interesse verso le attività formative riguarda esclusivamente coloro che hanno progetti migratori di lungo periodo, e hanno l'intenzione di svolgere tale attività nel futuro, o attività assimilabili (ad esempio presso le Case di riposo).

Da non sottovalutare il rischio che la formazione incentivi *un cambio del settore lavorativo* (ASA, OSS), togliendo dal mercato del lavoro le assistenti familiari maggiormente qualificate, a favore di strutture di ricovero, portando di nuovo ad un impoverimento, in termini professionalità, del mercato del lavoro di cura.

5. Famiglie e badanti in Val Vibrata. Uno sguardo d'insieme.

Le assistenti familiari sono, dopo la famiglia, la risorsa di aiuto di gran lunga più utilizzata dalla popolazione anziana in condizione di fragilità. Negli ultimi dieci anni il loro numero, in Italia, è cresciuto esponenzialmente fino ad arrivare, secondo le stime più recenti, ad oltre settecentomila, di cui in larga parte straniere. I motivi di questa crescita sono noti: una montante domanda di assistenza, risorse familiari sempre più ridotte e un intervento pubblico limitato nel rispondere alle sole situazioni di maggiore fragilità. Tutti questi elementi hanno prodotto una progressiva accettazione, nelle famiglie italiane, della “badante” come risposta ai problemi di cura di un membro in difficoltà.

Il fenomeno delle assistenti familiari in Val Vibrata non sembra sottrarsi alle logiche e alle dinamiche che lo governano a livello nazionale. Nei comuni dell'Unione, sebbene vi siano eccezioni, si registra un costante invecchiamento della popolazione, sia in termini assoluti, sia in rapporto alle altre fasce di età della popolazione, in primo luogo a discapito della fascia più giovane della popolazione. L'invecchiamento della popolazione è dovuto in larga parte al costante miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, e alla conseguente crescente speranza di vita degli individui. Ma aumento della popolazione anziana, ed in particolare dei “grandi anziani” (ultra settantacinquenni), significa anche una maggiore presenza di situazioni di disabilità e/o non autosufficienza, e di conseguenza una maggiore domanda di assistenza.

Le stime locali indicano una presenza, sul territorio dell'Unione di Comuni della Val Vibrata, di circa 500-700 assistenti familiari, in larga parte straniere, e solo una su tre è in possesso di un regolare contratto di lavoro. L'irregolarità del mercato sommerso prospera, in una fitta rete di reciproche convenienze. Quello irregolare è un mercato dequalificato, aleatorio, a rischio di sfruttamento, fatto di tante solitudini che si incontrano. Un mercato in cui raramente ciò di cui c'è

bisogno corrisponde a ciò che si offre: da qui infiniti problemi, perché la chiusura in uno spazio domestico tende ad amplificare rapidamente le difficoltà, che talvolta sfociano in vertenze legali. Alla larga quota di lavoro irregolare si associa l'assenza di tutele, indeterminatezza della durata dei rapporti di lavoro, precarietà, con conseguente scarsa motivazione all'investimento professionale. Ciò ha evidenti ripercussioni sulla qualità dell'assistenza, che soffre di discontinuità temporale, scarsa competenza tecnica, scarse possibilità di connessione con le altre risorse di cura. Gli aspetti critici di questo mercato nel territorio della Val Vibrata, che emergono dall'analisi complessiva, si possono sintetizzare nel modo seguente:

- difficoltà da parte delle famiglie e delle badanti di accedere al mercato dovuta alla prevalenza di rapporti informali, alla loro scarsa trasparenza e gestiti in prevalenza (due ogni tre) da soggetti che svolgono attività cosiddette di "caporalato";
- difficoltà di controllare un mercato con una quota preponderante di rapporti irregolari e una concomitante difficoltà nel far emergere la quota di lavoro nero presente;
- elevati costi per instaurare e mantenere rapporti di lavoro contrattualmente regolari;

A questo si aggiungono da un lato la necessità da parte delle famiglie di affidare la cura dei propri cari a persone professionalmente preparate e dall'altro la necessità da parte delle badanti di svolgere un lavoro rispettoso dei diritti fondamentali dei lavoratori costituzionalmente riconosciuti.

Gli strumenti e le metodologie che in varie parti del Paese si stanno mettendo in atto (corsi di formazione specifici, registro delle badanti, miglioramento dei servizi di incontro domanda/offerta provinciali), sembrano adatti ad affrontare gran parte delle problematiche sopra elencate. Un nodo cruciale, che resta comunque aperto, è l'eccessiva onerosità dei rapporti di lavoro regolari; comunemente ritenuta l'ostacolo maggiore da superare nel momento in cui si decide di instaurare rapporti di lavoro in regola. Un sistema di incentivi o trasferimenti economici adeguati potrebbe sostenere e supportare il processo di emersione.

Bibliografia

- ABATE G., BAVAZZANO A., DI IORIO A. (1995), *Assistenza domiciliare integrata (ADI). Indagine conoscitiva sulla situazione nazionale*, Roma, CNR: Progetto Finalizzato Invecchiamento. Alzheimer Europe (2008), *Dementia in Europe*, Yearbook.
- APRILE R., VESTRI A. (2005), *La spesa pubblica per Long Term Care in ambito EPC WGA: definizione dell'aggregato, profili di spesa e dinamiche demografiche*
- BALDINI M., BELTRAMETTI L. (2005), *Modelli di finanziamento di un fondo pubblico per la non autosufficienza*, CAPP, www.capp.unimo.it, aprile, BALDINI M., *et al.* (2008), "Costi ed argomenti", in Gori C. (a cura di), *op. cit.* Beltrametti L. (1998), "L'assistenza ai non autosufficienti: alcuni elementi per il dibattito", *Politica Economica*, vol. 14, n. 1, pp. 155-185
- BELTRAMETTI L. (2000), *Progetti alternativi di assistenza ai non autosufficienti: costi e meccanismi di finanziamento*, Ministero del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, Commissione tecnica per la Spesa Pubblica, n. 14
- CASTIGLIONI M. (2002), "Crisi dell'autosufficienza e forme familiari nella popolazione anziana", in *Osservatorio Nazionale sulle famiglie e le politiche di sostegno alle responsabilità familiari, Famiglie: mutamenti e politiche sociali*, vol. II, Il Mulino, Bologna
- COSTA G. (2007), *Politiche per la non autosufficienza in età anziana*, Roma, Carocci.
- COSTA G. (2008), *Regolazione del mercato privato di cura e forme di "cinismo istituzionale"*, in www.qualificare.info n. 12, febbraio.
- FACCHINI C. (a cura di) (2005), *Anziani e sistemi di welfare*, Franco Angeli, Milano
- FILIPPI F. (2008), *Dossier assistenti familiari, o "badanti"*, www.centromaderna.it
- GAYMU J. (2008), *Con chi vivranno, domani, gli anziani non autosufficienti?*, www.neodemos.it
- GORI C. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto*, Carocci, Roma
- GORI C. (a cura di) (2006), *La riforma dell'assistenza ai non autosufficienti. Ipotesi e proposte*, Fondazione Smith Kline, Il Mulino, Bologna
- GORI C. (a cura di) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma
- GORI C., PASQUINELLI S. (2008), "Gli assegni di cura", in Gori C. (a cura di), *op. cit.*

- GORI C., PASQUINELLI S. (2008), *Gli assegni di cura*, in Gori C. (a cura di), *Le riforme regionali per i non autosufficienti*, Roma, Carocci, pp. 157-182. Iref (2008), *Il welfare "fatto in casa"*, Roma, Iref.
- INPS (2004), *Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento*, Direzione Monitoraggio Flussi Migratori
- INPS (2008), *I diritti delle persone con disabilità*, www.inps.it
- IRPET (a cura di) (2008), *L'occupazione femminile. Rapporto 2007 con l'indagine sul campo "Lavori di cura e servizio domestico: straniere e italiane a confronto"*, Edizioni PLUS, Università di Pisa
- ISTAT (2005a), *Indagine sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*
- ISTAT (2005b), *Indagine sui presidi residenziali socio-assistenziali*
- ISTAT (2007), *La seconda indagine censuaria sugli interventi ed i servizi sociali dei comuni*
- ISTAT (2008), *I trattamenti pensionistici - Anno 2006*
- LASLETT P. (1992), *Una nuova mappa della vita: l'emergere della terza età*, Il Mulino, Bologna
- MELE S., TOSI F. (2009), "Servizi per la non autosufficienza e la salute", in Lattarulo P. (a cura di), *Buone pratiche nelle imprese, nei servizi pubblici, nella società. Casi di studio per la Toscana. Toscana 2030*, IRPET-Regione Toscana
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, (2010), *Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010*
- OECD (2005), *Long term care policies for older people*, Parigi, OECD.
- OECD (2005), *Long-term Care for older people*
- PASQUINELLI S. (2007), *Se la badante non conviene più*, www.lavoce.info
- PASQUINELLI S. (2008), *Badante e clandestina*, in www.lavoce.info, giugno.
- PASQUINELLI S. (2008), *Badante e clandestina*, www.lavoce.info
- PASQUINELLI S. (a cura di) (2007), *Nuovi strumenti di sostegno alle famiglie*, Roma, Carocci.
- PASQUINELLI S., RUSMINI G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.info, area download.
- PASQUINELLI S., Rusmini G. (2008), *Badanti: la nuova generazione*, Dossier di ricerca, in www.qualificare.info, area download.
- PESARESI F. (2007a), *Le cure domiciliari per anziani in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 17, pp. 1-6.

- PESARESI F. (2007b), *Il Sad per anziani in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 18, pp. 1-5.
- PESARESI F. (2007c), *L'assistenza residenziale in Europa* in "Pro Terza Età", n. 36, settembre.
- PESARESI F. (2008), *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 18, pp. 1-7.
- PESARESI F. (2008a), "L'assistenza residenziale in Italia", *Servizi Sociali Oggi* (in corso di pubblicazione)
- PESARESI F., BRIZIOLI E. (2009), "I servizi residenziali", in Network Non Autosufficienza (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Maggioli Editore
- PESARESI F., GORI C. (2003), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, in "Tendenze nuove" nn. 4-5, Bologna, Il Mulino, pp. 459-487.
- PESARESI F., GORI C. (2005), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Europa*, in Facchini C. (a cura di) *Anziani e sistemi di welfare*, Milano, Franco Angeli, 129-159.
- PESARESI F., SIMONCELLI M. (2006), *Le unità di valutazione multidimensionale*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 9, pp. 6-12.
- PESARESI G, GORI C. (2006), *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa*, <http://www.centromaderna.com/file/pesaresi.PDF>
- RUMINI G. (2008), *Assistenti familiari: clandestine indispensabili*, www.qualificare.info
- SPAN O P. (2006), *Le convenienze nascoste dell'assistenza agli anziani*, CERGAS Bocconi
- TOSI F., *Le famiglie e l'assistenza agli anziani non autosufficienti: il caso empolesse*, 2009, IRPET Toscana
- TRABUCCHI M., BRIZIOLI E., PESARESI F. (2002), *Residenze assistenziali per anziani*, Bologna, Il Mulino.



K_Shift srl



Via Carrese 1, Campli (TE) 64012
tel/fax 0861.569713 mail: info@kshift.it
URL www.kshift.it P.I. 01573520671