



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di laurea magistrale
in Lavoro,
Cittadinanza sociale,
interculturalità

**Il long term care e la non autosufficienza:
ruolo e profilo delle assistenti familiari in
Italia**

Relatrice: Prof. Francesca Campomori

Laureanda: Elena Pistorello

N°matricola 819176

Anno Accademico

2014/2015

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	17
Pratiche e politiche di Long term care in Italia	
Cambiano le famiglie e nascono i nuovi bisogni	17
Politiche e pratiche per gli anziani in Italia: una prospettiva diacronica	20
I diversi strumenti di policy attuati in Italia	28
La situazione nelle diverse regioni d'Italia	30
Uno sguardo di sintesi: i modelli di LTC in Italia	41
Il fenomeno delle assistenti familiari: se servisse a colmare un vuoto?	43
CAPITOLO 2	48
Politiche di protezione alla non autosufficienza nei principali paesi Europei	
L'attenzione dell'Europa verso la problematica della non autosufficienza	48
Non autosufficienza: il sistema tedesco per la cura degli anziani non autosufficienti	52
Il sistema di welfare per la non autosufficienza in Francia	60
La gestione degli anziani non autosufficienti nel Regno Unito	64
E in altri paesi... (Austria, Norvegia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia)	67

CAPITOLO 3	88
Le assistenti familiari. Quante sono? Chi sono? Cosa fanno?	
Assistente familiare o badante? L'uso dei termini	88
Quante sono?	90
Chi sono le assistenti familiari?	91
Cosa fanno?	94
Cenni storici del progetto migratorio	95
Il lavoro di cura: lavoro in regola, lavoro nero, fisso o a ore	104
CAPITOLO 4	113
Tra sogni infranti e diritti violati	
I legami familiari transnazionali	113
Quando la segregazione diventa sociale, psicologica, esistenziale	117
Il lavoro di cura tra coinvolgimento emotivo e conflitto	120
CONCLUSIONI	125
BIBLIOGRAFIA	133
SITOLOGIA	134

Introduzione

L'interesse per il tema della non autosufficienza e il ricorso alle assistenti familiari è sorto in me a seguito dello studio per la preparazione dell'esame di laboratorio di Analisi e programmazione delle politiche pubbliche statali e locali, dove nel programma il professor Mauro Ferrari, docente del corso, aveva indicato dei titoli a scelta, tra questi vi era Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche di Sergio Pasquinelli, libro che mi ha coinvolta moltissimo e che ho trovato davvero esaustivo e ampio nell'approfondimento generale dell'argomento, tanto mi ha appassionata che ho deciso di svolgere la tesi su questo. Nell'approfondire il tema delle assistenti familiari, le domande a cui inizialmente volevo dare risposta con la stesura della mia tesi riguardavano principalmente le assistenti familiari, Chi sono? Cosa fanno? Quante sono? Da dove vengono? Perché abbiamo fatto ricorso a questa figura? Subito però leggendo i primi testi reperiti per approfondire l'argomento, ho capito che per una migliore indagine bisognava interrogarsi prima su una questione fondamentale cioè il peso che l'invecchiamento ha determinato e determina di fatto nelle politiche del nostro welfare, la relativa contestualizzazione nella nostra società, con uno sguardo volto anche agli altri paesi dell'unione europea, e il conseguente bisogno di dare delle risposte per poter superare i limiti sorti. Solo in un secondo momento ho indagato sul profilo e il ruolo delle assistenti familiari, dal loro percorso migratorio, dalle motivazioni che le muovono verso il nostro paese, ai loro obiettivi ma anche alle difficoltà che incontrano quotidianamente nel dedicarsi al lavoro di cura e volgendo infine alle prospettive future.

Una popolazione che invecchia

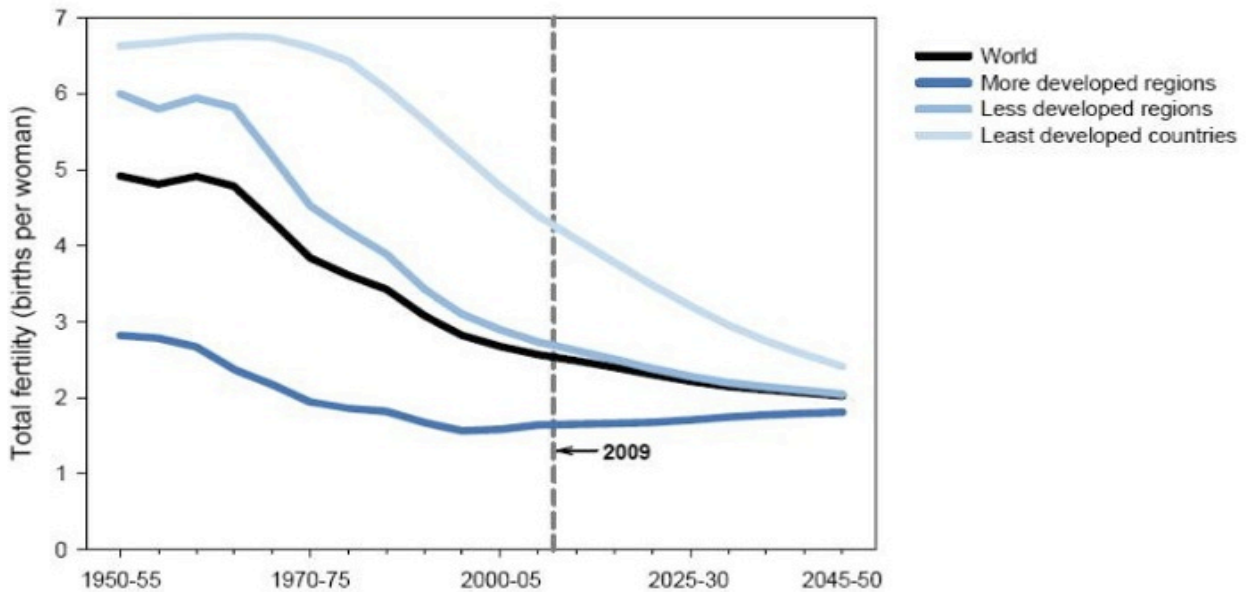
Se la grande crescita demografica ha caratterizzato il XX secolo, il XXI secolo è caratterizzato dal grande invecchiamento della popolazione, un fenomeno che ha conseguenze importanti e di ampia portata per tutti i settori della società.

L'invecchiamento della popolazione è un problema che riguarda tutte le regioni e tutti i paesi con vari livelli di crescita, anche se la sua progressione è più rapida nei paesi dell'occidente industrializzato e sviluppato.

L'invecchiamento è il grande successo della nostra società: le persone vivono più a lungo grazie a migliori norme igieniche-sanitarie, ai progressi nel campo della medicina, alle conquiste lavorative, alla riduzione di lavori logoranti dal punto di vista fisico, ai mutamenti alimentari che hanno influito positivamente sul ritardare la decadenza fisica dell'uomo, ad una più elevata istruzione e un maggior benessere economico.

L'invecchiamento della popolazione è dato dal calo verticale della mortalità infantile e dalla sostenuta crescita dei livelli di sopravvivenza; inoltre si assiste, soprattutto negli ultimi anni, ad un decremento della fertilità (come si può notare nella tabella sottostante), che produce come effetto complessivo un aumento della popolazione anziana rispetto ai giovani.

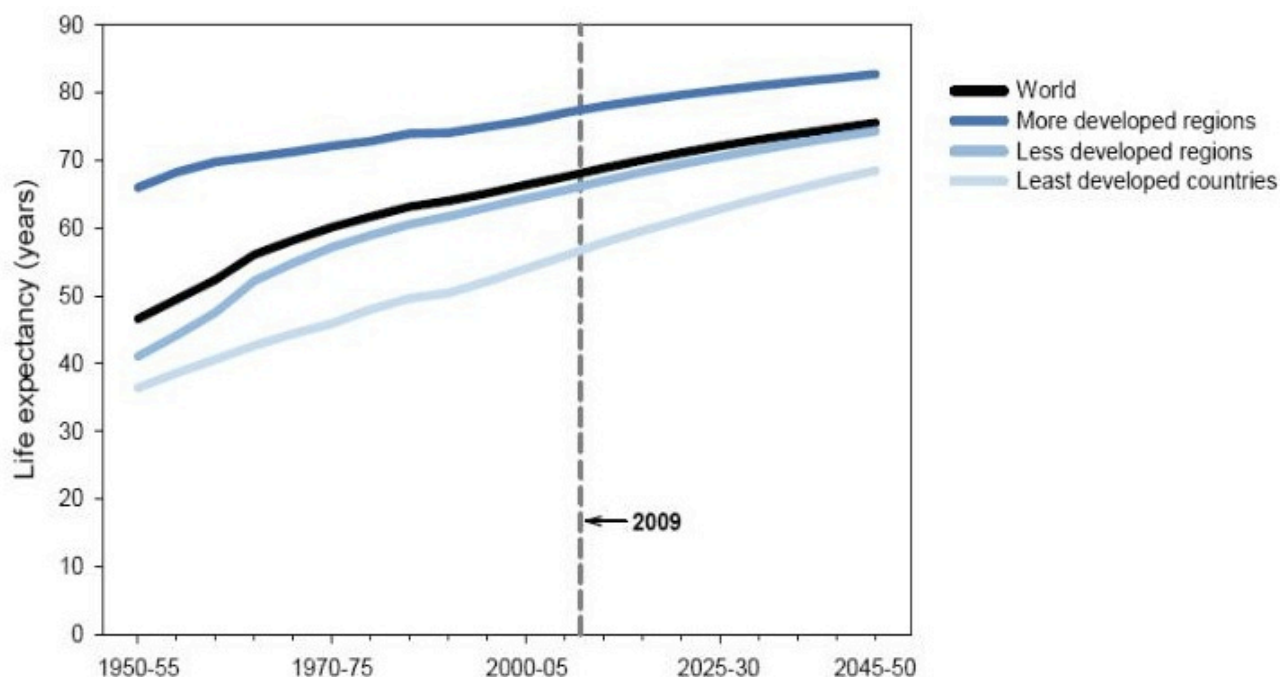
Tabella 1: Tasso di fertilità nel mondo in relazione allo sviluppo¹



Si considera che una popolazione stia invecchiando quando le persone anziane diventano una percentuale proporzionalmente maggiore della popolazione totale. L'aspettativa di vita alla nascita è aumentata in modo sostanziale in tutto il mondo, attualmente in oltre 33 paesi è di oltre 80 anni. Se osserviamo la tabella 2 notiamo come al giorno d'oggi l'aspettativa di vita è di 78 anni nei paesi sviluppati e di 68 nelle regioni in via di sviluppo, si stima che entro il 2045-2050 i neonati avranno un'aspettativa di vita di 83 anni nelle regioni sviluppate e di 74 in quelle in via di sviluppo.

¹ Dal sito internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2011/01/la-popolazione-mondiale-nel2050/>

Tabella 2: Speranza di vita alla nascita. Mondo e regioni in relazione allo sviluppo²



Nel 1950 nel mondo c'erano 205 milioni di sessantenni, nel 2012 il numero degli anziani è arrivato a quasi 810 milioni. Si prevede che arrivi al miliardo in meno di 10 anni e che raddoppi entro il 2050, arrivando a due miliardi.

Attualmente solo il Giappone ha una popolazione anziana superiore al 30% del totale; si ritiene che oltre il 2050, 64 paesi raggiungeranno il Giappone su queste percentuali.

Ci sono differenze sostanziali tra le diverse regioni del mondo, per es. nel 2012, la percentuale della popolazione africana di 60 anni o più era del 6% mentre era del 10% in America Latina e nei Caraibi, dell'11% in Asia, del 15% in Oceania, del 19% in America del Nord e 22% in Europa³.

Il caso italiano

Le analisi demografiche ci hanno mostrato come l'Italia, ormai da diverso tempo, è classificata come uno dei paesi a più elevato invecchiamento al mondo, a causa dei progressivi incrementi della speranza di vita e dei livelli di fecondità tra i più bassi in assoluto. Le previsioni demografiche forniteci dall'Istat ci consentono di ipotizzare come si modificherà la struttura per età della popolazione nei prossimi 30 anni (tabella 3). Dalla tabella è possibile osservare l'inasprirsi del processo di invecchiamento, soprattutto nel Mezzogiorno, dove dal 2011 al 2041 la proporzione di

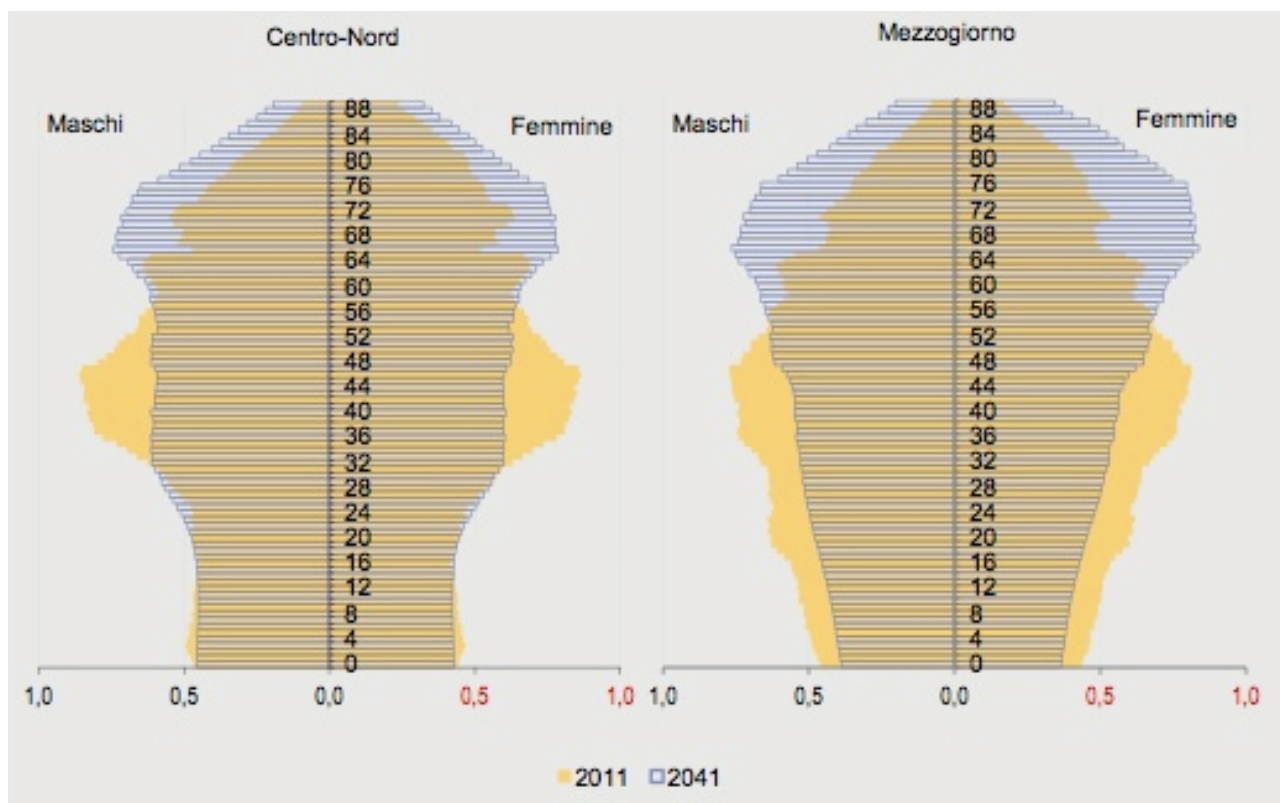
² Dal sito internet: <http://www.saluteinternazionale.info/2011/01/la-popolazione-mondiale-nel2050/>

³ Ricerca pubblicata dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione UNFPA, New York e HelpAge International, Londra

ultrasessantacinquenni per 100 giovani con meno di 15 anni risulterà più che raddoppiata passando da 123 a 278. Con il grafico a “piramide” hanno voluto evidenziare gli effetti delle dinamiche che alimentano e deturpano la popolazione, la base più ristretta rispetto alla parte centrale del poliedro è dovuta all’effetto della denatalità che erode la consistenza quantitativa delle nuove generazioni. La crescente longevità produce al contrario un’espansione del vertice. Il “rigonfiamento”, in corrispondenza della popolazione in età attiva e nel 2041 degli ultrasessantacinquenni, è, come noto, dovuto alle generazioni del “baby-boom”, o più in generale ai nati tra gli anni ’60 (circa un milione annuo) e la seconda metà degli anni ’70. Nello stesso periodo al Centro-Nord l’indice di vecchiaia aumenterà di oltre una volta e mezza, da 159 a 242. Da allora le nascite hanno registrato una continua diminuzione fino alle 526 mila unità del 1995, anno in cui si è raggiunto anche il livello più basso della fecondità: 1,19 figli per donna. Le nascite sono successivamente aumentate fino al massimo relativo di 576 mila e 700 nel 2008, mentre il massimo della fecondità si è osservato nel 2010 (1,46 figli per donna). Questa fase di aumento della fecondità è da attribuire largamente ai comportamenti riproduttivi dei cittadini stranieri ed è ravvisabile solo nelle regioni del Nord e del Centro del Paese, dove la loro presenza è più stabile e radicata. Al contrario nelle regioni del Mezzogiorno si osserva un processo di continua diminuzione del numero medio di figli per donna che le ha portate a raggiungere livelli più bassi delle regioni del Centro-Nord dal 2006⁴. L’azione combinata dell’elevato invecchiamento e dei bassi livelli di fecondità, ha avuto l’effetto di trasformare sensibilmente la struttura per età della popolazione italiana, determinando un forte incremento delle proporzioni di individui anziani e un calo della percentuale di giovani.

⁴ Dal sito internet: <http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf>

Tabella 3: Piramidi delle età a confronto. Centro-Nord e Mezzogiorno - Anni 2011 e 2041⁵



Innanzitutto la speranza di vita alla nascita è cresciuta e tenderà a crescere nei prossimi quarant'anni, come si può osservare anche nei dati riportati nella tabella. Si è calcolato infatti che le donne hanno oggi una vita media di 84 anni mentre gli uomini di 78,3 anni. Molto probabilmente nel 2050 l'età media delle donne salirà intorno a 88,8 anni mentre quella degli uomini raggiungerà gli 83,6 anni.⁶

Tabella 4: Indicatore demografico della popolazione residente⁷

Indicatore demografico della popolazione residente								
Anno	1961	1971	1981	1991	2001	2011	2021	2050
Speranza di vita alla nascita (maschi)	67,2	69,0	71,1	73,8	77,0	78,3	80,8	83,6
Speranza di vita alla nascita (femmine)	72,3	74,9	77,9	80,3	82,8	84,8	86,3	88,8

⁵ Dal sito internet: <http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap4.pdf>

⁶ Bertin Giovanni, *Invecchiamento e politiche della non autosufficienza*, Trento, Erickson, 2009, pag. 21

⁷ Dal sito internet: <http://www.istat.it/it/files/2011/03/Italia-in-cifre.pdf>

Se nel 1951 gli ultrasessantacinquenni erano circa 4 milioni, nel 2006 essi erano circa 12 milioni e molto probabilmente nel 2050 saranno circa 20 milioni. Ancora più interessante è il dato riguardante gli ultra ottantacinquenni che sono passati dall'essere 160000 nel 1951 a oltre 1 milione e 200.000 nel 2006 e probabilmente raggiungeranno quasi 4 milioni e mezzo nel 2050. Di contro, la società contemporanea italiana si presenta sempre meno giovane, sebbene sia una società giovanilizzata ovvero in cui si coltiva da anni il mito della giovinezza, valore da rincorrere e perseguire categoricamente e a costi molto elevati.

Il numero dei giovani di età compresa tra gli 0 e i 19 anni si è ridotto sensibilmente.

Se nel 1951 erano oltre 16 milioni, nel 2006 sono scesi a poco più di 11 milioni e nel 2050 scenderanno ancora leggermente fino a toccare i 9 milioni e mezzo di unità.

Da qui al 2050 la percentuale dei più giovani si manterrà sostanzialmente costante, quella degli adulti giovani diminuirà, ma, soprattutto, quella degli anziani sarà l'unica ad aumentare in maniera progressiva e decisamente significativa. Lo stesso indice di vecchiaia che consiste nel rapporto tra popolazione di 65 anni e più e la popolazione fino a 14 anni d'età, nel 1961 era 38,9, nel 2001 127,1 e nel 2006 139,9.⁸

Nel 2050 avremo una società vecchia ma di vecchi giovani di vecchi giovanilizzati, ovvero di persone che biologicamente sono anziane, dove però l'età anziana viene spesso vissuta bene, ovvero in buona salute; ma soprattutto avremo un'età anziana vissuta socialmente e psicologicamente in maniera attiva.

L'anziano somma del processo di vita

L'età anziana è il risultato della storia personale influenzata da diversi eventi della vita:

- storia sanitaria, composta dalla somma tra le patologie incontrate e gli stili di vita avuti;
- vita lavorativa, caratterizzata dall'influenza del lavoro svolto, dai ritmi, dai carichi, ma anche dallo stress, dalle frustrazioni, dalle gratificazioni;
- vita affettiva, nelle esperienze della vita quotidiana, nelle rielaborazioni degli eventi, del forte carico emozionale;
- nel sistema di relazioni, nella costruzione e nel consolidamento, ma anche nei processi inevitabili di riduzione del sistema relazionale.
- nella vita sociale, nella partecipazione alla vita della comunità, nella costruzione dell'identità del gruppo, al ruolo svolto nelle attività di volontariato sociale e/o politico.

Questi fattori intrecciandosi possono determinare storie personali differenti, favorendo lo sviluppo di una vita sana e gratificante o travagliata in balia di stress fisico ed emotivo.

⁸ Dal sito internet: <http://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

Il percorso di invecchiamento è caratterizzato da tutti questi eventi e determina delle storie personali fortemente differenziate, inoltre tali dinamiche rendono difficile la definizione del concetto di anziano (Bertin 2010). In altre parole è possibile affermare che l'età anziana oltre ad essere il prodotto di un processo biologico, è anche il risultato di:

-processi individuali prodotti dall'accumularsi di esperienze attivate dai cambiamenti esterni e dall'evoluzione delle storie personali.

-rielaborazioni delle esperienze alla luce della propria identità, delle proprie credenze, e delle proprie mappe cognitive.

-confronti con le attese di ruolo, i meccanismi d'identificazione sociale e gli stereotipi legati alle diverse età della vita.⁹

L'identificazione di anziano, non sembra più essere costituita esclusivamente con il ruolo svolto nel mercato del lavoro e l'uscita da questo, ma diventa un processo che accompagna l'invecchiamento e la rielaborazione delle esperienze che per la vita l'hanno coinvolto.

La possibile perdita di autonomia è solo il risultato caratterizzante e finale di una serie di scelte personali nel percorso di vita individuale, legate ad una storia sanitaria.

Il nuovo tempo, non solo sport e viaggi

Se è vero che l'Italia invecchia, va valutato il fatto che, non invecchia uniformemente. Non è possibile parlare di anzianità in modo omogeneo, perchè il modo in cui una persona invecchia è assolutamente eterogeneo e differenziato.

Bisogna imporsi una profonda revisione della rappresentazione sociale dell'anziano che valuti anche le condizioni economiche, le differenze di genere, le condizioni di salute, la presenza o meno di nipoti, la capacità e possibilità di prendersi cura di loro; ma influisce anche la percezione che l'anziano ha di se, di sentirsi un adulto anziano o un vecchio.

Il processo di invecchiamento è sicuramente legato all'età, ma dipende anche da un percorso individuale, dalla storia di vita di ciascuno, che influisce e determina il modo in cui ogni individuo percepisce e vive il proprio stato di anzianità. Gli anziani sono sempre più spesso individui capaci di riorganizzare la propria vita in modo interessante, sono soggetti attivi.

A fianco all'immagine dell'anziano solo, abbandonato, emarginato in precarie condizioni di salute, passivo consumatore di servizi, prende risalto l'antitetica immagine dell'anziano attivo. È doveroso che la società rifletta e rielabori l'esperienza dell'invecchiamento, bisogna superare stereotipi e

⁹ G. Bertin, *Invecchiamento e politiche...*, pag. 41

semplificazioni che da sempre accompagnano la figura dell'anziano, che lo vedono trascorrere le sue giornate a guardare la tv in casa, a giocare a bocce con gli amici al circolo o a carte nei bar, e per i più dinamici dedicarsi alla caccia e alla pesca; e per le signore invece interessarsi ai lavori a maglia, uncinetto o di piccola sartoria.

Indagini recenti ci riferiscono che le giornate degli anziani si strutturano in tutt'altro modo; liberati dall'impegno lavorativo, raggiunta l'età della pensione, si apre per loro la possibilità di una nuova riorganizzazione delle proprie giornate. Ancora forti e generalmente in buona salute, si apre per loro l'occasione di dedicarsi a nuove e vecchie attività e/o hobbies.

Il ventaglio delle possibilità che si aprono agli anziani, soprattutto per gli appartenenti alle classi medio alte, è ampio e questo allevia il momento di passaggio dall'attività lavorativa produttiva all'inattività legata al pensionamento. La scelta delle attività in cui impegnarsi dipende anche dal sesso, dal titolo di studio e dallo stato di salute. Se le donne preferiscono dedicarsi al lavoro di cura attraverso il volontariato, gli uomini si dedicano, invece, ad attività sindacali¹⁰, o ad altre socialmente utili come il controllo dei giardini¹¹, la vigilanza davanti alle scuole, l'accompagnamento nei musei, l'addetto della protezione civile o consigliere per le attività di quartiere¹².

Accanto alle attività socialmente utili, molti anziani in anni recenti hanno ridato priorità alla formazione, iscrivendosi a corsi organizzati dall'università della terza età, o divenendo attori protagonisti nella produzione di cultura, frequentando teatri, musei, associazioni culturali, partecipando a viaggi e gite organizzate.

Li troviamo, così, coinvolti nell'impegno sociale attivo nella famiglia, nella cura dei nipoti, nella reciproca assistenza, parte attiva nelle iniziative di volontariato solidale, dell'associazionismo autogestito di carattere sociale, culturale civile, coinvolti in esperienze di formazione, ma sono anche dei lettori assidui, appassionati di cinema, tv, teatro e navigatori nel web.

Si afferma così la figura di un "nuovo" anziano non più solo fruitore di servizi ma erogatore di sostegni.

L'esempio più esplicito è quello a cui assistiamo quotidianamente, arruolati nel mestiere di nonni, forniscono sostegno alla propria famiglia a quella dei propri figli, avendo tempo disponibile, lo impegnano per seguire i nipoti, così il loro aiuto consente alle figlie di proseguire nella propria attività lavorativa.

¹⁰ Dal sito internet: http://www.spazioimpresa.biz/marketing_comunicazione/anziani-di-ieri-e-di-oggi-588.php

¹¹ Dal sito internet http://www.terzaeta.com/news/marzo2001/12_03_2001.html

¹² G. Bertin, *Invecchiamento e politiche...*, pag.30

Pur avendo 65 anni continuano a dare progettualità alla propria vita, conducendo una vita attiva e non si sentono e non vogliono sentirsi parte della categoria anziani.

I mutamenti demografici vanno quindi accompagnati da progressi culturali, che favoriscano la possibilità di riconoscere e valorizzare tutte le sfaccettature che contraddistinguono la condizione anziana.

L'invecchiamento solo così potrà diventare esperienza ricca e positiva, una risorsa per la società e le generazioni a seguire.

Nasce la quarta età

La terza età è il momento caratterizzato dall'uscita del mercato del lavoro, dal "pensionamento", tappa importantissima nella vita di una persona, che si vede costretta a ripensarsi, a riflettere sulla propria identità.

Lasciare dopo molti anni l'attività lavorativa, che impegnava la maggior parte della giornata, che la scandiva di routine, può far vivere un momento di destabilizzazione sia sul piano sociale, che economico-produttivo, sia psicologico facendo percepire alla persona sentimenti d'impotenza e debolezza, per la diminuzione dei rapporti sociali, delle possibilità di confronto, facendo così reagire le singole persone in modo diverso, o chiudendosi tra le mura domestiche circondato da familiari e vivendo la quotidianità, come succedeva spesso in un tempo passato, o aprendosi alle relazioni, all'altro, a nuove possibilità di realizzazione personale e di sviluppo di esperienze positive. In genere sono le due diverse facce della stessa medaglia, l'invecchiamento; la prima fase riguarda l'ingresso nell'età anziana e la seconda non è che l'ultima fase della vita quando le forze vengono meno e l'insorgenza di significativi problemi prendono il sopravvento, togliendo nella maggior parte dei casi la capacità di vita autonoma.

Il mondo anglosassone ha formalizzato l'uso dei termini di terza e quarta età, dividendo l'invecchiamento in due fasi:

elderly, i caratteri che connotano le persone uscite dal mercato del lavoro e capaci di avere una vita autonoma;

old, sono invece le persone che oltre ad essere uscite dal mercato del lavoro, presentano significativi problemi di salute con la conseguente diminuzione della capacità di vivere in autonomia¹³.

E se la terza età, come abbiamo visto, è quell'età di passaggio e di ridefinizione della propria vita, la quarta età, che inizia al termine della vita anziana, è in genere caratterizzata da una salute scarsa, dalla richiesta di cure e servizi, di incapacità di gestirsi e di gestire la quotidianità.

¹³ G. Bertin, *Invecchiamento e politiche...*, pag.43

L'entrata nella quarta età è però diversa a seconda della storia personale, sociale e sanitaria della persona.

Dal XV° Censimento generale dell'Istat sulle popolazioni e le abitazioni ci viene fornito il dato che i "grandi anziani", della "quarta età", ovvero gli over 85, hanno incrementato il loro peso sul totale della popolazione residente, passando dal 2,2% del 2001 al 2,8% del 2011, e in particolare, si registra un aumento del 78,2% nella classe 95-99 anni e del 138,9% in quella degli ultracentenari. Le persone di 100 anni e più, infatti, erano 6.313 nel 2001 (1.080 maschi e 5.233 femmine), mentre nel 2011 ne sono state censite 15.080, con una percentuale di donne pari all'83,7% (12.620 unità). Il primato regionale, per quanto riguarda il numero di over 100, va alla Lombardia, dove risiedono 2.391 ultracentenari, pari al 15,9% del totale presente sul territorio italiano.¹⁴

Patologie tipiche dell'età anziana

Nelle società avanzate i progressi della scienza medica, la riduzione di lavori logoranti dal punto di vista fisico, le conquiste lavorative ed igienico sanitarie, i mutamenti alimentari, hanno ritardato la "decadenza fisica" dell'uomo, allontanando il concetto di vecchiaia legato al momento in cui si esce dal mondo del lavoro, ma non hanno però potuto eludere al problema, che a partire dagli anni '80 è divenuto sempre più rilevante, quello dell'insorgere di nuove patologie e della non o parziale non autosufficienza degli anziani.

Le patologie che più frequentemente colpiscono i nostri anziani sono:

-L'ictus cerebrale, che si ha quando il flusso di sangue non arriva in modo corretto al cervello e le cellule di quest'ultimo subiscono un danno dovuto alla mancanza di ossigeno. Quando il flusso si riduce o s'interrompe le cellule nervose perdono in parte o completamente le loro funzioni con conseguenze importanti come infermità che richiedono assistenza sia da parte della famiglia che di strutture specializzate. L'ictus può essere di due tipi:

-ischemico, quando si restringe o si chiude improvvisamente un'arteria che porta il sangue al cervello con conseguente sofferenza o morte di cellule cerebrali;

-emorragico, quando si rompe un'arteria cerebrale a causa dell'aumento della pressione sanguigna arteriosa o per una malformazione di una parete dell'arteria stessa.¹⁵

-La depressione senile, caratterizzata da un'alterazione del tono dell'umore che si manifesta con malinconia, tristezza, voglia di piangere senza motivi precisi, tendenza ad isolarsi dal resto del mondo, perdita di interesse per le cose abituali come leggere i giornali, guardare la televisione,

¹⁴ Dal sito internet: <http://cronacaeventualita.blogosfere.it/post/449398/censimento-2011-siamo-di-piu-ma-solo-grazie-agli-stranieri>

¹⁵ Dal sito internet: http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/ictus_cerebrale

frequentare gli amici, uscire di casa; colpisce il 15 per cento della popolazione anziana. I principali fattori sono: l'isolamento sociale, invalidità e dipendenza dall'aiuto di altre persone, diminuzione delle risorse economiche, perdita del proprio status sociale, perdita del lavoro, ripetute esperienze di lutto o di perdita, cattivo adattamento alle malattie.¹⁶

-Il morbo di Alzheimer, che è la più diffusa forma di demenza, specialmente tra gli anziani, interessa le cellule del sistema nervoso centrale, le quali muoiono progressivamente. È una patologia che colpisce la memoria e altre funzioni cognitive, come il parlare e il pensare, altera le normali attività della persona in seguito a uno stato di confusione, comporta cambiamenti di umore e disorientamento spaziale e temporale. Questa malattia ha un enorme impatto sociale, a causa delle risorse necessarie (emotive, organizzative ed economiche) che ricadono sui familiari dei malati.

L'incidenza di casi di Alzheimer aumenta con l'aumentare dell'età: del 7 per cento dopo i 65 anni del 30 per cento dopo gli 80.

-L'arteriosclerosi è l'alterazione patologica di arterie e vasi sanguigni, è una delle cause principali dell'insorgere di malattie cardiovascolari tra cui angina pectoris, ictus e infarto. L'arteriosclerosi si ha quando grassi (lipidi) e colesterolo si depositano sulle pareti interne dei vasi sanguigni e delle arterie facendole degenerare e restringendo il condotto dove passa il flusso del sangue pompato dal cuore.¹⁷

-Bronchite, enfisema e asma sono le difficoltà respiratorie croniche di cui soffre più del 20% della popolazione over 65.

La bronchite è un'inflammatione dei bronchi, la più frequente malattia delle vie respiratorie ed è caratterizzata da tosse, difficoltà di respirazione, febbre e dolore al torace.

L'enfisema polmonare è una malattia che colpisce gli alveoli dei polmoni, piccole cavità dalle pareti sottili che si trovano, a grappoli, all'estremità delle ramificazioni dei bronchi e sono circondate da vasi capillari. La funzione ridotta degli alveoli non assicura un giusto apporto di ossigeno all'organismo. Di solito l'enfisema colpisce più spesso i pazienti anziani e nei casi più gravi provoca una forte difficoltà di respirazione. Tra i sintomi dell'enfisema sono mancanza di respiro, tosse cronica e difficoltà di respirazione caratterizzata dalla tipica sensazione di "fame d'aria".

L'asma è una malattia infiammatoria delle vie respiratorie. L'attacco d'asma è caratterizzato dalla difficoltà di passaggio dell'aria nei bronchi, cioè da un'ostruzione bronchiale.¹⁸

-Il morbo di Parkinson, caratterizzato principalmente da disturbi del movimento muscolare. Dipende da una degenerazione delle cellule cerebrali che producono la dopamina, una sostanza utile

¹⁶ Dal sito internet: http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/depressione_senile

¹⁷ Dal sito internet: <http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/arteriosclerosi>

¹⁸ Dal sito internet:

http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/malattie_respiratorie_bronchite_asma_ed_enfisema

al controllo dei movimenti.

In chi è colpito dalla malattia, la mancanza di dopamina crea uno squilibrio all'interno dei centri nervosi che controllano i movimenti automatici. I sintomi tipici della malattia sono: il tremore che si riscontra quasi nel 70% dei pazienti, la lentezza dei movimenti, con difficoltà a camminare, la rigidità muscolare del tronco e degli arti, l'instabilità posturale, che porta ad un aumento del rischio di cadute.

Generalmente, la malattia interessa le persone over 50, con un picco fra i 59 e i 62 anni. Il morbo di Parkinson colpisce in eguale misura uomini e donne. In Italia il Parkinson colpisce circa 400 mila persone.¹⁹

Se nella fase di inizio dell'insorgenza di queste malattie, il carico assistenziale ricade soprattutto sui servizi sanitari interessando l'area della medicina generale, i servizi diagnostici, i consulti specialistici e l'uso di strutture sanitarie pubbliche, con la progressiva cronicizzazione vanno a coinvolgere progressivamente anche gli altri servizi socio-sanitari.

Se per molte di queste patologie non si conoscono misure preventive efficaci, per altre invece sappiamo che l'adozione di un sano stile di vita che include una regolare attività fisica, una sana alimentazione evitando il fumo, può influire positivamente. Inoltre l'importanza che negli ultimi anni viene data alle misure di prevenzione, con la promozione di indagini cliniche per la diagnosi precoce, come nel caso degli screening per il tumore al seno, della cervice uterina e del colon retto, del diabete possono favorire la diagnosi precoce e un mirato intervento terapeutico per la gestione della problematica.

La mia tesi di laurea è divisa in 4 capitoli che in blocco dovrebbero dare al lettore un'idea complessiva.

Capitolo 1: L'invecchiamento della popolazione, assieme ad un'attenzione più diffusa ai diritti e ai bisogni dei cittadini, ha portato negli anni ad una doverosa e maggiore sensibilizzazione nei confronti dei problemi degli anziani e dei bisogni di cui sono portatori; tali cambiamenti sono stati caratterizzati da un intenso attivismo sul territorio ma a livello regionale e locale, in opposizione all'immobilismo e all'inerzia del governo nazionale.

Per molti anni la casa di riposo è stata la risposta più frequente che le istituzioni hanno potuto offrire, ma a seguito emergeva l'idea che un buon servizio territoriale, che permettesse all'anziano di rimanere nella propria abitazione, offrendogli le cure di cui aveva bisogno, potesse dare migliori risposte.

Il crescente numero di persone richiedenti questi servizi, però, costrinse una modifica organizzativa dell'assistenza domiciliare offerta in precedenza; venivano trascurati servizi come la cura della

¹⁹ Dal sito internet: http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/morbo_di_parkinson

casa, l'aiuto in pratiche burocratiche, la compagnia, per dedicarsi invece ad un servizio interamente di tipo infermieristico. Inoltre l'aumentare continuo dei grandi anziani e le poche risorse per intervenire in risposta ai problemi di questi, hanno fatto ricorrere nuovamente all'istituzionalizzazione in case di riposo anche se dall'aspetto e dalla concezione architettonica e organizzativa diversa.

Solo con la 328/00 si riporta alla luce il tema dell'assistenza domiciliare e della sua importanza favorendo programmi come il telesoccorso, la teleassistenza, così da permettere la permanenza dell'anziano nella sua abitazione, in uno stato di sicurezza, per il più lungo tempo possibile.

Davanti a tanta confusione istituzionale e organizzativa, in attesa di un'idonea risposta da parte del governo, le famiglie dovendo comunque provvedere all'assistenza dei propri anziani hanno dovuto organizzarsi.

Capitolo 2: L'attenzione verso il problema della cura degli anziani non autosufficienti, cresciuta in Italia solo negli ultimi anni, risulta anomala rispetto a quanto avvenuto in molti altri stati dell'Europa occidentale.

Gran Bretagna, Francia, Germania, Paesi Bassi, Austria, hanno seguito una tempistica in parte simile, a partire dagli anni '80, periodo in cui si è discusso su come riformare i sistemi di protezione e di cura della non autosufficienza; nei primi anni '90, l'attenzione è stata posta su opzioni e scelte alternative di copertura e di intervento, mentre è dalla seconda metà degli anni '90 che sono partiti i nuovi programmi, più ampi e articolati.

Un numero sempre maggiore di governi, d'altronde, offre aiuti economici alle famiglie che si fanno carico di anziani con problemi di nonautosufficienza spesso in mancanza di controlli sull'impiego di questi. D'altronde misure così consegnate rappresentano un incentivo di assunzione informale di lavoratrici immigrate.

Capitolo 3: Le assistenti, definite con il termine poco appropriato di badanti, che per scelta nella stesura della mia tesi non utilizzerò, si occupano dell'assistenza dei nostri anziani e di persone non autosufficienti. Svolto quasi unicamente da donne di origine straniera, arrivate in Italia negli anni '90, dai paesi dell'Europa dell'Est e del Sud America, con un progetto migratorio ben definito, lavorare per ricavare sufficienti risorse per fronteggiare le difficoltà familiari, per far studiare i figli, per realizzare il progetto di un'attività autonoma, o per il desiderio di miglioramento, per aspettative verso il futuro, per la ricerca della mobilità sociale; per ritornare il prima possibile al proprio paese, anche se questa tendenza si è modificata nel corso della permanenza, sostituita dall'idea di insediarsi stabilmente.

Sono donne che hanno lasciato la loro famiglia per vivere al nostro fianco, che instaurano con i nostri anziani legami fortissimi, donne che per mesi interi accudiscono dal giorno alla notte i nostri padri, soprattutto nel primo periodo di permanenza in Italia.

Non è facile calcolarne il numero preciso, in quanto molte sono presenti irregolarmente nel nostro paese, quindi non possiedono neanche un regolare contratto di lavoro, altre sono assunte con il più generale contratto delle lavoratrici domestiche.

Capitolo 4: Donne che danno agli altri togliendo a se stesse. Donne che spesso arrivano in Italia come turiste e in pochi giorni diventano clandestine senza identità, che vivono nel sommerso, che subiscono una doppia discriminazione come donne e come immigrate, sommano lo svantaggio di essere donne e quello di essere straniere, con effetti sia sotto il profilo occupazionale, salariale, contrattuale. In molti casi è l'irregolarità ad accompagnare la segregazione lavorativa e sociale, in genere sono questi a corisiedere con l'anziano bisognoso di cure, dove si instaura un rapporto di dipendenza personale, con minori possibilità di integrarsi nel contesto.

Questa categoria di immigrate può andare incontro a patologie correlate al lavoro come quelle muscolo scheletriche, della pelle e/o respiratorie, ma anche a disturbi psicologici dovuti alla loro condizione di segregazione, che può andare dai sensi di colpa che questa può avere nei confronti di figli e mariti lontani, alla nostalgia del paese d'origine...

CAPITOLO 1

POLITICHE E PRATICHE PER LA LONG TERM CARE IN ITALIA

Cambiano le famiglie e nascono i nuovi bisogni

La rete familiare è, da sempre, il fondamentale sostegno della persona anziana, soprattutto in un paese come l'Italia dove le politiche sociali le affidano un ruolo cruciale per la cura dei soggetti più deboli, fragili e bisognosi, nello sviluppo e nella socializzazione dei bambini, e per la cura degli ammalati.

La rete primaria orizzontale composta dai coniugi, fratelli, sorelle, e quella verticale costituita dai figli e dai nipoti sono da sempre elemento indispensabile nell'accompagnamento e sostegno dell'anziano. Questa rete costituisce una sorta di capitale sociale, che fa percepire a tutti i membri l'unione e il supporto, in un clima di fiducia e reciprocità, di cui tutti noi possiamo aver bisogno in momenti particolari della nostra vita.

Molte famiglie, fondate su un credo solidaristico, confidano nei valori dell'accoglienza e del supporto e ritengono che il prendersi cura dell'anziano sia doveroso; l'accudire gli anziani genitori è quasi una forma di ringraziamento per le cure ricevute nell'infanzia, è il momento in cui il bisogno di supporto quasi si inverte.

Alcuni studiosi sostengono che la ricchezza e la solidarietà dei legami familiari italiani, rispetto ad altri paesi ad economia avanzata, tutelino l'anziano dalla scelta dell'istituzionalizzazione, che se avviene, arriva in un secondo momento, quando la situazione non è più gestibile a domicilio.

Secondo recenti studi, possiamo osservare come nel corso degli ultimi cinquant'anni la configurazione della famiglia italiana sia molto cambiata, sono cambiati i bisogni e le condizioni, e questo è un dato che non possiamo sottovalutare. Se fino alla fine degli anni cinquanta si presentava con forma allargata, composta da una rete di diversi nuclei, ognuno dei quali era costituito da un gran numero di elementi, possiamo ben immaginare come all'interno di questo panorama socio-culturale, l'assistenza all'anziano in difficoltà fosse un vero e proprio "fatto sociale", a cui partecipava l'intera comunità (coniugi, fratelli, cugini, figli, nipoti, ecc...). Questa abbondanza di risorse permetteva alla famiglia allargata di prendersi agevolmente cura di un anziano fino alla fine dei suoi giorni, anche se presentava dei gradi di invalidità molto severi, assistendolo nella sua casa

senza l'ausilio delle istituzioni.²⁰

In un contesto come quello appena descritto la decisione di inserire l'anziano in casa di riposo e quindi il non prendersene cura, era paragonabile all'abbandono del proprio caro.

Oggi le cose si presentano diversamente, l'idea di famiglia è molto cambiata, ci si sposa meno, più tardi, le unioni matrimoniali sono sempre più fragili, e i dati riguardanti il numero di separazioni e divorzi sono in costante aumento, sorgono di conseguenza coppie mononucleari, famiglie allargate e i nuclei familiari non sono più così interrelati come nel passato. Tutto ciò ha comportato il rarefarsi della rete familiare estesa e le conseguenti modificazioni in termini di rete sociale che gravita attorno all'anziano²¹.

Altro elemento da non tralasciare è l'ingresso della donna nel mondo del lavoro, che ha contribuito a rendere problematica l'assistenza dell'anziano in casa, ma tuttavia permane il desiderio di prendersene cura e di rinviare il più possibile l'ingresso nella casa di riposo.

Inoltre la crisi ha impoverito le famiglie, anche per effetto dei processi evidenti di iniqua redistribuzione del reddito, perché figli e nipoti se hanno la fortuna di lavorare sono sempre più spesso precari e sottopagati mentre le ricchezze si sono concentrate in poche mani²², (buona parte della ricchezza è concentrata nelle mani del 10% della popolazione).²³

Tutti questi fattori scaturiscono nell'anziano il desiderio di rimanere autonomo, di conservare la propria privacy quanto più possibile e di non pesare sui propri figli già oberati di impegni.

Sembra comunque che la famiglia italiana nonostante tutto riesca a compensare le mancanze dei servizi pubblici e a compensare la mancanza di possibilità di accesso ai servizi privati.

Il gestire l'accesso ai servizi da parte della famiglia dipende da un'insieme di variabili come quelle demografiche, economiche culturali ecc...ma con i cambi generazionali e il mutare delle strutture sanitarie ci troviamo di fronte al bisogno di progettare e realizzare una nuova politica sociale.

Il problema che ci troviamo a vivere oggi, davanti ad un così elevato numero di persone anziane, è una novità e se per altre questioni è possibile fare riferimento ad un modello per questa esperienza non c'è una guida da seguire.

Negli ultimi anni la situazione si è ulteriormente complicata, in quanto l'età in cui le persone diventano genitori è andata progressivamente aumentando e questo fa sì che l'assistenza dell'anziano genitore coincida con la cura e la crescita dei figli ancora piccoli o al massimo adolescenti. Non è poi così difficile immaginare il sovraccarico lavorativo ed emozionale

²⁰ Dal sito internet: http://www.provincia.novara.it/PoliticheSociali/documenti/WEL_FaticaAnziano.pdf

²¹ G. Bertin, *Invecchiamento e ...*, pag.61

²² F. Franzoni, M. Anconelli, *La rete dei servizi alla persona*. Dalla normativa all'organizzazione, Roma, Carrocci Faber, 2007, pag.102

²³ Gabriele Cavazza, Cristina Malvi, *La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene*, editore Maggioli, Santarcangelo di Romagna 2014, pag.123

nell'assistere l'anziano genitore in difficoltà e contemporaneamente prendersi cura dei propri figli quando sono ancora piccoli, e quanto potrebbe essere diverso se questi fossero già autonomi.

Gli studiosi parlano di “generazione sandwich”²⁴ per definire questo fenomeno che coinvolge i 40-50 anni costretti a prendersi cura contemporaneamente dei genitori e dei propri figli, se non addirittura dei propri nipoti.

Se le risorse della famiglia di fronte a questa sfida (affrontare il più serenamente possibile questa delicata fase del ciclo di vita) sono drasticamente mutate, le aspettative, che la società ripone nei suoi confronti non lo sembrano altrettanto; dalla famiglia nucleare ci si continua ad aspettare ciò che ci si attendeva dalla famiglia allargata e lo stress arriva a coinvolgere l'intera famiglia e non solo il caregiver di riferimento, perché il carico assistenziale va ben oltre, arrivando ad interessare l'intero tessuto sociale.

Chi espone l'esigenza di un sostegno nel proprio difficile compito, anziché essere compreso ed aiutato in molti casi viene accusato di ingratitudine e ciò va ad alimentare il grande rischio di isolamento che incorrono queste famiglie.

Complice di tutto questo risulta essere anche il nuovo modo con cui la nostra cultura si confronta con l'anzianità. Fino a pochi decenni fa, la vecchiaia era profondamente legata a significati quali: orgoglio, saggezza, esperienza e risorsa. L'anziano aveva un ruolo centrale all'interno della famiglia, era il “patriarca” che prendeva le decisioni e a cui tutti si rivolgevano per chiedere consiglio, in virtù del bagaglio esperienziale che aveva accumulato negli anni. I cambiamenti socio-culturali intervenuti negli ultimi decenni hanno totalmente stravolto questo modo di confrontarsi con la senilità. L'anzianità è passata dall'essere un valore al centro del tessuto sociale ad un disvalore ai suoi margini²⁵. In una società con il culto della giovinezza, della performance e del cambiamento, la vecchiaia non può che essere unicamente vista sotto la lente della perdita. La senilità si trasforma, quindi, da fase del ciclo di vita a malattia da combattere e debellare.²⁶

Nella cultura occidentale la vecchiaia è diventata, come la malattia, la morte e l'anzianità, legata a sinonimi quali marginalità, malattia, perdita delle normali funzioni, così sono molti i casi di quegli anziani che, non sentendosi considerati e in forza, preferiscono mettersi ai margini fino a diventare trasparenti, ma diventando però ancor più dipendenti dall'aiuto di familiari e vicini.

Emerge ancora una volta come la sfida della famiglia, di fronte alla fragilità legata alla condizione

²⁴ Dal sito internet:

<http://www.cgmagazine.eu/articoli%202014/giugno%202014/IDA%20ROSARIA%20NAPOLI/generazioni.htm>

²⁵ Dal sito internet: <http://www.sociologiadellasalute.it/trasformazioni-familiari-criticita-legate-allinvecchiamento/>

²⁶ Dal sito internet: <http://www.sociologiadellasalute.it/trasformazioni-familiari-criticita-legate-allinvecchiamento/>

anziana, sia ancor più un'impresa ardua e complessa, e come la mancanza di risposte da parte delle istituzioni, con ritardi nello sviluppo di pari opportunità, o dove il sistema di servizi non si è sviluppato adeguatamente, abbia portato i familiari a cercare delle risposte per colmare questo vuoto.

Si sono così visti costretti anche a causa del nostro sistema di welfare italiano, caratterizzato da scarsa diffusione di servizi domiciliari pubblici, con il prevalere di misure di supporto monetario, a esternalizzare le funzioni di cura che in passato venivano gestite in ambito familiare.

Politiche e pratiche per gli anziani in Italia: una prospettiva diacronica

La situazione dell'Italia, davanti alla crescente pressione posta in conseguenza dei cambiamenti demografici e familiari, sembra da subito caratterizzata da un intenso attivismo a livello regionale e locale, in opposizione all'immobilismo e all'inerzia del governo nazionale. Le scelte effettuate, nel campo degli anziani a livello regionale, si sono dovute a lungo confrontare con un'assenza di indicazioni fornite dallo stato centrale in questo settore, tanto che fino alla fine degli anni '80 non è possibile rilevare normative specifiche nel campo dei servizi²⁷.

Anni '70: A fronte di un'impostazione orientata al mantenimento delle strutture residenziali di stampo tradizionale, si discusse su come trasformare in maniera più ampia la modalità di approccio all'utenza, in particolare si cercava di passare da approcci discrezionali e selettivi ad approcci universalistici, con l'obiettivo di allargare dove possibile la platea di beneficiari degli interventi, cercando quindi di superare l'impostazione di tipo residuale tipica delle politiche dei decenni precedenti.²⁸

Si cominciò così a valutare l'idea che lasciare l'anziano nella sua casa, fornendogli il sostegno di un'assistente familiare per svolgere accompagnamento lavori domestici e di cura della persona, poteva avere una risposta più efficace che il fare ricorso al ricovero in strutture totalizzanti²⁹.

Non va tralasciato il fatto che gli anni settanta sono stati caratterizzati dalla chiusura di quei luoghi istituzionalizzanti come i manicomi, che non producevano che esclusione sociale e disagio, e dal diffondersi dell'idea che era possibile fare a meno di questi, e che il fornire cure e assistenza a livello territoriale poteva sicuramente aumentare la qualità della vita delle persone in difficoltà.

²⁷ Emmanuele Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*. La sfida per la non autosufficienza, Roma, Carrocci Faber, 2004, pag.93

²⁸ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.94.

²⁹ F.Franzoni, M.Anconelli, *La rete dei servizi...*, pag.101

Le prime esperienze di assistenza domiciliare a carattere sociale risalgono a quegli anni, erano destinate a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, venivano offerte prestazioni di sostegno psico-sociale, di cura della persona e del suo alloggio, permettendo alle persone di continuare a condurre la loro vita nel proprio contesto abitativo. Ma il numero crescente dei richiedenti il servizio e la scarsità di risorse disponibili indussero l'assistenza domiciliare a trasformare la tipologia dei servizi offerti, tralasciando la cura della casa, l'effettuazione della spesa, l'aiuto nel disbrigo di impegni burocratici, dedicandosi ad un'assistenza e cura della persona di tipo infermieristico (alzata dal letto, prevenzione delle piaghe da decubito, igiene personale), trascurando il più "banale" ma non meno importante bisogno di dialogo e compagnia dell'anziano.³⁰

Inoltre il bisogno di rispondere alle domande crescenti, come quelle di cura e assistenza di persone seriamente in difficoltà, dovute all'aumento del numero di persone anziane e all'aggravarsi del livello di non autosufficienza dei cosiddetti "grandi anziani" non poteva essere esaurito dai soli servizi territoriali, come si era auspicato.

Di conseguenza si resero necessarie strutture volte a rispondere a tali esigenze, non con dimensioni strutturali tipiche del passato, ma caratterizzate da dimensioni più ridotte (da un minimo di 20 posti ad un massimo di 80), al fine di rendere la permanenza in struttura più umanizzata e capace di offrire l'assistenza sanitaria necessaria. Non bisogna dimenticare che con l'aumento di specifiche patologie (la Demenza senile e l'Alzheimer) si è reso tra l'altro necessario un adeguamento delle stesse residenze sia in termini strutturali (recinzioni esterne e dispositivi di segnalazione del passaggio alle porte) che di formazione del personale.³¹

Negli anni si è reso evidente come la correttezza di una politica sociale per anziani dipendesse dall'equilibrio tra l'offerta dei servizi residenziali e l'offerta di prestazioni domiciliari (a volte integrate da servizi residenziali diurni).³²

Le regioni si trovavano, così, nel campo degli anziani a dover affrontare il dilemma se proseguire l'impostazione precedente, recependo alla lettera il mandato contenuto nell'art I DPR 9/1972, che indicava nel campo delle politiche per gli anziani un ruolo del settore pubblico abbastanza riduttivo, visto che venivano riportate tra i compiti delle regioni funzioni quali il mantenimento degli inabili al lavoro che si trovassero nelle condizioni di cui all'articolo 154 del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza[...]³³, le rette per l'ospitalità di anziani presso le case di riposo, e quindi mantenendo un approccio fondato sulle strutture residenziali con compiti di intervento di tipo

³⁰ F.Franzoni, M.Anconelli, *La rete dei servizi...*, pag.102

³¹ *Ibidem*, pag.102

³² *Ibidem*, pag.102

³³ E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.94

residuale, o provare invece a sviluppare una rete più ampia e soprattutto territoriale di servizi volta a mantenere sul territorio gli anziani, ampliando inoltre il bacino di utenza e le finalità di intervento pubblico.

La normativa di quel periodo mostra come si sia verificato un bivio negli approcci di riferimento, fra centro nord e sud Italia.

Nel sud alcune regioni neanche nominavano la tematica dei servizi territoriali, anzi in alcuni casi mancava completamente una legislazione di tipo ampio e generale sulla tematica degli anziani e la conseguente normativa, come in Puglia e Molise. Tali situazioni indicavano una scarsa propensione delle regioni meridionali per interventi regolativi a carattere generale, questo consentì alle regioni in questione di garantirsi ampi margini di discrezionalità, essendo l'intera gestione del servizio lasciata a livello esclusivamente amministrativo.

Al contrario le regioni del centro nord, con l'unica eccezione delle Marche, promuovevano modelli di intervento più ampi e diversificati, pensati in un'ottica di territorializzazione dell'offerta dei servizi, è all'interno di questo dibattito che a partire dagli anni '70 si sviluppano, in quest'area del paese direttive che verranno adottate negli anni successivi anche a livello nazionale.

L'elemento comune denominatore di tale normativa regionale fu appunto il favorire processi di deistituzionalizzazione innanzitutto attraverso lo strumento dell'assistenza domiciliare e dei centri semiresidenziali diurni (Pavolini 2004).

La legislazione del centro nord si focalizzò sul superamento degli interventi di tipo residenziale, rischiando così di non destinare una sufficiente attenzione alla tematica dell'ammodernamento delle case di riposo³⁴.

Per es. la L.R. Lombardia 16/1974 prevedeva che il ricovero in case di riposo per gli anziani avesse carattere eccezionale e potesse avvenire solo a seguito dell'impossibilità del ricorso alle altre forme di assistenza territoriale³⁵.

Ben presto fin dalla seconda metà degli anni settanta, in molti contesti, ci si rese conto della crescente complessità della domanda sociale, non in grado di essere coperta nella maggioranza dei casi di investimenti pubblici e tanto meno tramite quelli specifici nei servizi domiciliari. All'interno di questo programma il Veneto si distinse per un approccio più realistico e pragmatico, prevedendo un doppio binario di finanziamento e impegno regionale sia sul versante dei servizi sul territorio che

³⁴ Valeria Fargion, *Geografia della cittadinanza sociale in Italia: regioni e politiche assistenziali dagli anni settanta agli anni novanta*, Il Mulino, 1997, pag.140

³⁵ E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.95

di intervento nel campo non solo dell'ammodernamento ma anche dell'ampliamento delle strutture residenziali³⁶.

Altro elemento in parte trascurato, fu l'integrazione fra attività sociali e sanitarie. Durante gli anni '70, prima della riforma sanitaria numerose regioni del Centro Nord con l'aggiunta della Basilicata avanzarono all'individuazione di consorzi fra soggetti sanitari sociali, così come di zone per la gestione dei servizi.

I primi anni di autonomia regionale nel campo del welfare portano all'emersione di tre modelli di policy e di regolazione. Accanto a una prima fondamentale distinzione tra Sud e Centro-Nord è infatti possibile individuare una seconda all'interno di quest'ultima area del paese fra regioni che incentrarono i loro interventi sull'ente locale, e in particolare sul comune e regioni che invece tendevano a privilegiare un sistema pluralistico di assistenza sociale in cui venivano posti sullo stesso piano i comuni e gli attori privati (il non profit) o pubblico-privati Ipab (istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza).

Nel centro nord importanza principale venne data al colore politico e alla relativa subcultura di appartenenza delle maggioranze regionali a permettere di classificare i vari contesti all'interno dell'uno o dell'altro tipo di regolazione: le regioni rosse privilegiarono il modello di welfare locale incentrato sul comune, mentre quelle bianche furono orientate a promuovere modelli più di tipo pluralistico all'insegna di ciò che dopo alcuni anni venne chiamato welfare mix. Emilia Romagna e Toscana da un lato, Veneto e Lombardia dall'altro sono gli esempi più nitidi di tali due orientamenti³⁷.

Si cercò di passare da interventi rivolti alla sussistenza e ai bisogni vitali a interventi volti al benessere (o al contenimento del malessere psicofisico), con l'obiettivo di affrontare in maniera più globale i bisogni degli individui e delle relative famiglie.

Anni '80: Se gli anni settanta rappresentarono il periodo in cui le regioni iniziano ad acquisire dimestichezza con le nuove funzioni e compiti nel campo del welfare locale e in particolare degli anziani, è nel decennio successivo che maturò una maggiore e più ampia capacità di regolazione in questi settori d'intervento. Innanzitutto buona parte delle regioni si dotò di uno o più testi organici per l'organizzazione dei sistemi d'intervento a livello locale accompagnati spesso da strumenti di programmazione pluriennali quali i piani sociali.

³⁶ E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.96

³⁷ E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.97

Si mirava ad impostare un modello che fosse rappresentato da caratteri di sistematicità e coerenza sia all'interno delle singole aree d'intervento che fra queste³⁸.

Nello stesso periodo in una parte del paese continuò il processo di diffusione di nuove modalità di intervento di tipo domiciliare e territoriale.

All'interno di questo quadro si delineò, infine un interesse normativo sempre maggiore verso la regolazione da un lato della qualità, in particolare prestando attenzione alle strutture residenziali, dal lato di quel crescente mondo di organizzazioni private non a scopo di lucro che aveva ormai preso campo all'interno della gestione dei servizi.

Le leggi di riordino e di impostazione dei servizi sociali interessarono praticamente tutto il centro nord Italia e solo due realtà del sud (Calabria e Basilicata)³⁹.

In quest'ottica di effettiva creazione di sistemi di welfare regionali e locali assunse una particolare importanza la formulazione di piani sociali regionali, di quei strumenti di indirizzo e di programmazione pluriennale degli interventi nel campo del sociale.

I piani diventarono l'occasione per individuare priorità e progetti di sviluppo all'interno dell'area dell'assistenza e in particolare di quella degli anziani.

Furono praticamente le stesse regioni del Centro nord a formulare leggi di riordino, con l'eccezione di Marche ed Emilia Romagna e a introdurre nel corso degli anni '80 i piani⁴⁰.

La maggior attenzione all'integrazione pubblico privato, aumentò tanto da far assumere forme simili in regioni caratterizzate da orientamenti culturali differenti. In questi anni iniziò un rilevante e ancora oggi inarrestabile processo di crescente esternalizzazione nella gestione dei servizi sociali a organizzazioni del terzo settore, finanziate ed operative per conto degli enti pubblici.

Quindi, una parte delle regioni italiane erano orientate ad un riordino generale delle leggi, includendo quindi normative di settore sugli anziani; e l'altra parte delle regioni, quelle del sud Italia erano volte ad introdurre, con un ritardo di 5-10 anni, una prima legislazione sugli interventi territoriali a favore degli anziani.

Tutte le regioni meridionali si dotarono di normative inerenti alla promozione e all'introduzione di servizi sul territorio rivolti alla non autosufficienza a partire da quelli di assistenza domiciliare.

A tale nuova impostazione da parte delle regioni del sud non corrispose però un effettivo mutamento nel quadro delle modalità d'intervento.

Il quadro complessivo che emerge dagli anni '80 è quindi quello di una polarizzazione del paese nel campo delle politiche sociali regionali e locali fra sud e centro nord, con quest'ultima area molto

³⁸ E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.98

³⁹ *Ibidem*, pag.98

⁴⁰ *Ibidem*, pag.99

più ricompattata al suo interno e maggiormente in grado di promuovere una legislazione e una serie di strumenti di intervento più innovativi che nel meridione⁴¹.

Anni '90: Il periodo che va dall'inizio degli anni '90 fino agli anni più recenti rappresenta un'ulteriore passaggio nella formulazione e nell'impostazione delle politiche regionali nel campo della non autosufficienza degli anziani. Un insieme di istanze, già in parte emerse nei decenni precedenti, assunse un peso crescente, mentre altre iniziano ad affacciarsi. A livello generale emerse sempre più la necessità per le politiche regionali di affrontare la tematica dei bisogni sociosanitari degli anziani e quindi di spostare l'attenzione verso forme d'intervento integrate. Anche se già dagli anni '80 la tematica dei servizi a rilevanza sia sociale che sanitaria si era affermata in alcune legislazioni regionali, è soprattutto con gli anni '90 che questa assunse un peso crescente e pregnante.

La necessità di affrontare i bisogni dei non autosufficienti prese forme differenziate e coinvolse sia i servizi territoriali che quelli residenziali.

Risalgono a questo periodo le principali riforme operate nel campo della sanità e dei servizi sociali dell'ultimo quindicennio: le due normative in campo sanitario e quella inerente all'assistenza. Tale produzione legislativa in forme e sotto i profili in parte differenti, andò ad affrontare anche la tematica degli interventi rivolti agli anziani non autosufficienti, ponendo questa problematica all'interno di quadri organizzativi più ampi ma comunque pregnanti per l'organizzazione delle risposte a tale domanda sociale.

In sintesi quindi gli elementi che caratterizzarono la normativa o comunque la discussione in merito alla legislazione regionale a partire dagli anni '90 sono stati:

- la regolazione degli interventi di natura residenziale per persone non autosufficienti;
- la regolazione degli interventi domiciliari sociosanitari per persone non autosufficienti;
- la regolazione dei criteri per raggiungere buoni livelli di qualità dell'erogazione dei servizi;
- l'introduzione di criteri di affidamento degli interventi orientati a forme di concorrenza fra potenziali fornitori;
- l'introduzione di forme di sostegno alle strategie di cura dei familiari e all'autonomia degli utenti;
- la regolazione e l'implementazione dei più vasti sistemi di riforma nel campo della sanità e dell'assistenza sociale;
- la diversificazione dei modelli di intervento per tipo di disabilità con un'attenzione particolare accanto all'utenza con problemi cronico degenerativi ai bisogni delle persone affette da demenza;
- i meccanismi di finanziamento per assicurare una maggiore copertura degli interventi⁴².

⁴¹ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.100

Anni '00: Negli anni si è reso evidente come la correttezza di una politica sociale per anziani dipendesse dall'equilibrio tra l'offerta dei servizi residenziali e l'offerta di prestazioni domiciliari (a volte integrate da servizi residenziali diurni)⁴³.

Con la legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che ha segnato il passaggio dalla concezione di utente quale portatore di un bisogno specialistico a quella di persona nella sua totalità costituita anche dalle sue risorse e dal suo contesto familiare e territoriale; quindi il passaggio da una accezione tradizionale di assistenza, come luogo di realizzazione di interventi meramente riparativi del disagio, ad una di protezione sociale attiva, luogo di rimozione delle cause di disagio ma soprattutto luogo di prevenzione e promozione dell'inserimento della persona nella società attraverso la valorizzazione delle sue capacità.⁴⁴

La legge 328/00 ha nuovamente posto l'accento sull'assistenza domiciliare come uno dei servizi che deve essere presente in ogni ambito territoriale (art. 22); di essa si occupa in specifico l'art 15, "Il sostegno domiciliare per anziani non autosufficienti".⁴⁵

Il piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2001-2003 "Libertà responsabilità e solidarietà nell'Italia delle autonomie" ha sviluppato ulteriormente questo argomento sia riguardo all'obiettivo 1 "Valorizzare e sostenere le responsabilità familiari", che riguardo all'obiettivo 4, "Sostenere con servizi domiciliari le persone non autosufficienti (in particolare gli anziani e le disabilità gravi)", il quale si occupa delle "prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria".⁴⁶

Il Piano propone un nuovo concetto di domiciliarità inteso come fondamento del sistema integrato di interventi e servizi. Parlare di domiciliarità e istituirla richiede un'analisi complessa che conosca la vita dell'anziano nella sua casa, nel suo quartiere⁴⁷, le relazioni con familiari e con il vicinato, che possano essere punto di riferimento per l'anziano.

Tutto ciò deve essere inserito in un programma ampio e complesso che coinvolga l'edilizia residenziale, la mobilità, la possibilità di frequentare e raggiungere facilmente luoghi di incontro. Di qui l'esigenza di coniugare l'uso della tecnologia con programmi innovativi, come quello che è stato, ed è il telesoccorso (servizio che prevede il lancio di un allarme in caso di bisogno tramite la pressione di un comodo telecomando, l'allarme può essere indirizzato a strutture specializzate come

⁴² E. Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.102

⁴³ F.Franzoni, M.Anconelli, *La rete dei servizi ...*, pag.102

⁴⁴ Dal sito internet: http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-sistema-integrato-servizi-sociali.htm

⁴⁵ F. Franzoni, M. Anconelli, *La rete dei servizi ...*, pag.103

⁴⁶ *Ibidem*, pag.103

⁴⁷ *Ibidem*, pag.103

centrali di telesoccorso o direttamente ai familiari)⁴⁸; la tele-assistenza (servizio 24 ore su 24 che garantisce all'anziano, in caso di bisogno, la sicurezza di poter reperire in maniera rapida e semplice un medico o un altro tipo di aiuto, polizia, vigili del fuoco, soccorritori, amici, offrendo anche ascolto e sostegno emotivo)⁴⁹; la tele-medicina (insieme di tecniche mediche ed informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza)⁵⁰. Tutto ciò con il fine di permettere alla persona, che lo desidera e che ha ancora una sufficiente autonomia, di restare nella sua casa, con il sostegno di una rete integrata, che vede coinvolti molti soggetti per la sua buona realizzazione.

Oggi, in alcune zone del paese, si registra una minor domanda di posti in residenze protette, e ciò è dovuto alla maggiore consapevolezza da parte di specialisti e familiari, che è meglio mantenere l'anziano nella sua casa, insieme anche alle aumentate possibilità economiche delle famiglie che possono fruire di aiuti nel lavoro di cura così come nel lavoro domestico (garantiti anche dall'immigrazione extracomunitaria), a costi più contenuti rispetto alla rete dei servizi residenziali.⁵¹

Situazione attuale: Il nostro paese resta l'unico tra le grandi nazioni europee a non aver ancora realizzato una riforma complessiva dell'impianto della Long-term Care (LTC), continuando in larga misura a basarsi sull'assistenza informale da parte delle famiglie, nonostante questo problema continui a richiedere delle risposte da molti anni e non intendendo arrestarsi.

In Italia non è stata attivata una discussione e una formulazione di ampio raggio in termini di meccanismi di organizzazione e di finanziamento dell'assistenza in caso di non autosufficienza fino alle porte del 2000, a spiegare tale mancata mobilitazione, è stato in buona parte il risultato di altre priorità e spesso urgenze emergenze che hanno dominato il dibattito dello scorso decennio, come l'esigenza di assetti di protezione sociale, crisi di legittimità del sistema politico e partitico, emergenze nel campo sociale di varia natura, (l'esplosione del'HIV, la presenza di tassi di crescita rilevanti di immigrati stranieri), dibattiti sulla riforma del più generale sistema di welfare italiano (sanità, previdenza, assistenza, e mercato del lavoro), a loro volta collegati a vincoli crescenti imposti all'Italia dall'integrazione europea⁵².

⁴⁸ Dal sito internet: <https://it.wikipedia.org/wiki/Telesoccorso>

⁴⁹ Dal sito internet:

http://cittametropolitana.mi.it/export/sites/default/affari_sociali/che_area_ti_interessa/Anziani/teleassistenza/index.html

⁵⁰ Dal sito: <https://it.wikipedia.org/wiki/Telemedicina>

⁵¹ F.Franzoni, M.Anconelli, *La rete dei servizi ...*, pag.104

⁵² E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.93

Anche oggi, il governo è concentrato su altre aree di intervento e l'attenzione pubblica è principalmente rivolta alle politiche per la riduzione del debito pubblico, la crescita economica, la riforma delle pensioni, l'incremento dell'occupazione, e all'emergenza immigrazione; è pur vero però che il tema della non autosufficienza resta in Italia un vero e proprio "congegno da disinnescare"⁵³ come affermato anche nel libro scritto da Cristiano Gori, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*.

L'inattività del governo ha però fatto attivare le regioni, che in misura variabile hanno fatto avviare processi di riforma del sistema; è grazie a queste se le novità emerse negli ultimi anni nelle politiche per anziani, come le nuove linee di finanziamento ma anche l'implementazione di nuovi programmi finalizzati hanno reso più ampio e flessibile il repertorio delle risposte a disposizione della popolazione anziana⁵⁴.

La regionalizzazione, nonostante gli aspetti negativi che gli vengono attribuiti come la crescita di una sempre più forte disuguaglianza territoriale, costituisce un segno positivo di capacità di iniziativa e di adattamento alle mutevoli realtà territoriali.

I diversi strumenti di policy attivati in Italia

Le risposte offerte dai sistemi di welfare nazionale, regionale, locale negli ultimi anni sono derivate dal profondo mutamento istituzionale e politico. È difficile trovare altri paesi con un susseguirsi continuo di classi politiche e governative.

I modelli di protezione sociale sono stati principalmente costruiti attorno a due possibili tipi di intervento: trasferimento monetario e servizi offerti alla popolazione. Queste due modalità di protezione sono spesso state considerate in contrapposizione fra loro con una forte preminenza, nella maggior parte dei sistemi di welfare e soprattutto in quelli continentali e mediterranei, dei trasferimenti monetari piuttosto che sui servizi offerti.

Molte volte nel corso degli anni ci si è interrogati su chi dovessero essere i beneficiari, ma anche su come dovessero strutturarsi gli interventi pubblici, se era meglio perseguire la via dei trasferimenti monetari o modificare la composizione della spesa pubblica a vantaggio dei servizi.

Spesso in riferimento alla misura in cui i compiti e le responsabilità di cura delle famiglie sono state ridotte grazie all'intervento di altri attori come lo stato o il mercato, così i servizi sono stati

⁵³ N.N.A. Network non autosufficienza, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 2°Rapporto, Santarcangelo di Romagna, Maggioli editore, 2010, pag.6

⁵⁴ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.74

considerati veicoli in grado di facilitare processi di defamilizzazione e quindi di alleggerimento dei pesi familiari, nello specifico quelli femminili; all'opposto i trasferimenti monetari sono stati per lungo tempo una modalità tendente a produrre un modello familiare della cura, basato sulla divisione dei compiti in cui all'uomo spettava la ricerca e l'acquisizione di un reddito sul mercato del lavoro e alla donna le attività di assistenza all'interno del nucleo, in questo caso in parte sovvenzionate dallo stato. Questa netta contrapposizione sempre meno riesce a far fronte ad una situazione di decrescente capacità da parte delle famiglie di svolgere un ruolo di cura dei propri membri.

Inoltre negli ultimi anni si è discusso sul problema dell'individualizzazione, dell'empowerment e della libera scelta per i beneficiari in merito alle forme di assistenza loro destinate: queste ultime richiedono sempre più interventi che siano flessibili ed in grado di adattarsi alle specifiche esigenze individuali, perché una domanda sociale sempre più frammentata necessita interventi sempre più flessibili e personalizzati, non standardizzati, come invece tradizionalmente sono stati.

Inoltre è sorto il problema della dipendenza dai programmi di assistenza pubblica, tematica centrale nello spingere i mutamenti, inoltre vi è la necessità di offrire strumenti che possano essere impiegati anche in maniera flessibile al fine di fronteggiare situazioni di vulnerabilità e di precarietà, che richiedono un ruolo attivo e creativo dei beneficiari.

Fondamentale per un successo della risposta da parte del welfare, è quella che vede il beneficiario degli interventi coinvolto attivamente e responsabilmente visto che sarà l'attore.

In definitiva si cerca, attraverso la discussione sulle riforme da compiere, di rimettere in primo piano le modalità di fronteggiamento della non autosufficienza, la capacità di intervento della persona con necessità di cura e la sua famiglia, cercando però di evitare misure che siano troppo defamilizzanti o troppo gravanti sui nuclei. Il tentativo è comunque quello di creare politiche per le famiglie in materia di cura che offrendo un sostegno diretto, abbia anche come obiettivo quello di riconoscere, tutelare e regolamentare il sistema di cura informale.

La cronicità soprattutto quella che necessita di una serie di interventi sociosanitari spesso a bassa intensità sanitaria, richiede sempre più che una parte della responsabilità delle modalità di gestione della cura venga condivisa fra professione medica e beneficiari, e questi ultimi devono essere supportati in tale attività.

Ferrera la definisce strategia del taglia e cuci, cioè il ridurre il tipo di protezione accordato ad alcuni rischi per poter coprire meglio altri nuovi o nuove vulnerabilità, attraverso una rivisitazione del paniere di fenomeni oggetto di assicurazione⁵⁵.

⁵⁵ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.47

Le riforme di questi anni devono infatti confrontarsi con una composizione di tale paniere, sedimentatasi nel corso dello sviluppo fordista, oggi non più rispondente alle risposte primarie di vasti gruppi sociali.

Si cerca di coniugare quindi una crescente domanda sociale con una potenziale offerta, che non trova altri sbocchi professionali regolari, tramite meccanismi di incentivazione da parte degli enti pubblici sia diretti che indiretti: da un lato vengono concessi trasferimenti monetari più o meno vincolanti (voucher, assegni di cura) ai beneficiari che possono impiegare tali risorse in un mercato di servizi di cura in via di costituzione, dall'altro si cercano di creare altri incentivi indiretti, fondati su forme di detassazione o su crediti alle famiglie, che sono disposte a spendere proprie risorse per l'acquisizione di interventi di cura tramite il mercato regolare e non quello sommerso⁵⁶.

Tali politiche di attivazione così come quelle d'integrazione fra settori differenti, in un contesto di frammentazione e individualizzazione della domanda sociale, richiedono sempre più di essere realizzate a livello locale, sul territorio, ed è per questo che agli enti locali viene affidato il delicato compito, perché solo questi possono infatti rappresentare fra gli attori istituzionali quelli che meglio sanno leggere i bisogni locali e costruire di conseguenza una rete di interventi.

La situazione nelle diverse regioni d'Italia

L'invecchiamento della popolazione delle regioni italiane continuerà ancor a lungo e la situazione ad oggi osservata non sembra che quella di "metà percorso".⁵⁷

Una crescente delega di poteri e responsabilità degli stati centrali verso i governi regionali e locali, in tema di politiche di welfare, fra cui quelle sociosanitarie, si è immediatamente innescata, a seguito anche della necessità di offrire un sistema più flessibile e adatto alle singole esigenze territoriali.

Nel corso dell'ultimo quindicennio le strategie di intervento sono state ispirate innanzitutto alla filosofia del taglia e cuci basata sulla riduzione della protezione verso alcuni rischi di tipo più tradizionale e un investimento, non sempre però realizzato con la stessa intensità, per la copertura di nuove situazioni problematiche.

A livello italiano la legge 8 novembre 2000 numero 328 sul sistema integrato dei servizi sociali, al pari della riforma del titolo V della costituzione va proprio in questa direzione indicando l'ambito

⁵⁶ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.50

⁵⁷ Dal sito internet: <http://docplayer.it/2904242-L-assistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-in-italia.html>, pag.14

regionale e locale quale fonte primaria d'intervento in base ad una logica di sussidiarietà verticale e orizzontale.

Secondo i dati relativi la regione che per prima toccherà il livello massimo di popolazione anziana sembra essere la Liguria tra 40 anni, con una percentuale di over 75 pari circa al 22, 5%. L'anno successivo sarà la volta del Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Piemonte, mentre le regioni del sud Italia continueranno a sperimentare incrementi del gruppo di popolazione over 75 per lungo tempo, non raggiungendo il massimale neppure nel 2065, ultimo anno per cui attualmente sono a disposizione le proiezioni Istat. I massimali dei valori di invecchiamento: ad es. tra Sardegna e Lazio, esistono più di 6 punti percentuali di differenza nella proiezione di anziani ultrasessantacinquenni nel momento del loro picco, un fatto che inciderà non poco nella pianificazione dei servizi socio-sanitari regionali⁵⁸.

Il sistema di protezione italiano della non autosufficienza che si è retto fino ad oggi è caratterizzato da tre tipi di intervento:

- 1- forme di assistenza domiciliare sia di natura socio-sanitaria assistenza domiciliare integrata (ADI), che sociale servizio di assistenza domiciliare (SAD).
- 2- forme di assistenza residenziale, sia nella forma di presidi socio-sanitari per anziani che di assistenza in setting ospedaliero post acuto.
- 3- trasferimenti monetari, di natura assistenziale, erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile oppure sottoforma di assegni di cura, voucher o altri trasferimenti erogati dai comuni⁵⁹.

Questi tipi di intervento si contraddistinguono per l'essere percorsi integrati, che prevedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale, volte ad assicurare anche nel lungo periodo la continuità fra azioni di cura e di riabilitazione.

-Forme di assistenza domiciliare sia di natura socio-sanitaria assistenza domiciliare integrata (ADI), che sociale servizio di assistenza domiciliare (SAD).

Servizio in Italia ancora poco diffuso rispetto ad altri paesi dell'Europa settentrionale, che vuole promuovere la possibilità per i pazienti di vivere il più a lungo possibile nella propria abitazione.

L'offerta di assistenza a carattere socio-sanitario da parte delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), all'interno della quale rientra l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), risulta molto eterogenea: dai dati disponibili, sembrerebbe che non tutte le regioni italiane abbiano recepito l'importanza

⁵⁸ 4° rapporto sulla non autosufficienza pag.14

⁵⁹ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.63

strategica di investire nel settore della domiciliarità. Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'ISTAT (2013), il tasso di copertura medio della popolazione ultra sessantacinquenne è passato dal 2,9% del 2005 al 4,1% del 2010 con una media di 20 ore di assistenza l'anno per utente⁶⁰. I servizi di ADI per anziani nel periodo tra il 2005 e il 2011 sono cresciuti in Emilia-Romagna (+5,2%) con il maggior aumento percentuale, Umbria (+3,1%), Abruzzo (+2,9%), Provincia Autonoma di Trento (+2,8%) e Sardegna (+2,7%), quest'ultima assieme alla Puglia offrono un servizio tra le 43 e le 75 ore di media ma a meno beneficiari rispetto le altre regioni⁶¹. Nelle altre regioni d'Italia si sono registrati incrementi più lievi della copertura del servizio, mentre in Friuli-Venezia Giulia e Molise la copertura del servizio, in termini di quota di utenza servita, è diminuita sensibilmente (rispettivamente del -2,0 e -2,6%).

Il dato più recente ed interessante è la stabilizzazione del livello di copertura a livello nazionale tra il 2010-2011, contrariamente ai trend di continua crescita a cui abbiamo assistito negli scorsi anni. In ben 15 regioni italiane si sono registrate variazioni annuali praticamente irrilevanti tra il 0,5 e il +0,5%, mentre solo Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna hanno visto diminuire sostanzialmente il tasso di copertura dell'ADI per anziani: la prima come effetto di un trend pluriennale di progressiva limitazione del servizio, la seconda come probabile reazione alla percentuale troppo elevata di utenti raggiunta negli scorsi anni (ben 10,6% la regione più generosa in Italia).

Per le ore annuali di assistenza fornite, dove sono sommate le ore di prestazione di infermieri, terapisti della riabilitazione e altri operatori, solo alcune regioni rientrano in un range tra i 16 e le 26 ore annuali. Le 10 ore di offerte ad es. dal Veneto o le 4 del Friuli Venezia Giulia registrano un'intensità molto bassa⁶².

⁶⁰ Dal sito internet: http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf

⁶¹ Dal sito internet: <http://www.forumterzosettore.it/2014/01/09/rapporto-non-autosufficienza-2013/>

⁶² Dal sito internet: <http://www.forumterzosettore.it/2014/01/09/rapporto-non-autosufficienza-2013/>

Tabella 5: Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata in Italia

Copertura dei servizi di assistenza domiciliare integrata in Italia (% sulla popolazione anziana e intensità)							
ANNO	2005	2008	2010	2011	2005-2011	2010-2011	ORE ANNUO ADI PER UTENTE ANZIANO (2010)
REGIONE							
Piemonte	1,8	1,9	2,2	2,0	+0,2	-0,2	14
Valle d'Aosta	0,1	0,4	0,4	0,4	+0,3	=	61
Lombardia	3,2	4,0	4,3	4,1	+0,9	-0,2	19
Trentino Alto Adige	0,6	0,5	2,1	2,1	+1,5	=	n.d
P.A Bolzano	0,3	n.d.	0,4	0,4	+0,1	=	n.d
P.A Trentino	0,8	1,0	3,6	3,6	+2,8	=	12
Veneto	5,0	6,0	5,5	5,4	+0,4	-0,1	10
Friuli Venezia Giulia	8,0	7,3	6,8	6,0	-2,0	-0,8	4
Liguria	3,2	3,2	3,5	3,8	+0,6	+0,3	26
Emilia Romagna	5,4	6,1	11,6	10,6	+5,2	-1,0	20
Toscana	2,1	2,0	2,3	2,4	+0,3	+0,1	22
Umbria	4,1	5,1	7,7	7,2	+3,1	-0,5	13
Marche	3,3	4,1	3,5	3,4	0,1	-0,1	29
Lazio	3,3	3,5	4,7	5,0	1,7	+0,3	16
Abruzzo	1,8	4,2	4,9	4,7	2,9	-0,2	32
Molise	6,1	2,2	3,3	3,5	-2,6	+0,2	75
Campania	1,4	1,7	2,1	2,4	-1,0	+0,3	36
Puglia	2,0	1,8	1,8	2,0	=	+0,2	43
Basilicata	3,9	4,0	5,0	5,9	+2,0	+0,9	54
Calabria	1,6	2,6	2,8	2,9	+1,3	+0,1	22
Sicilia	0,8	0,9	1,5	2,1	+1,3	+0,6	28
Sardegna	1,1	2,0	2,5	3,8	+2,7	+1,3	52
Italia	2,9	3,3	4,1	4,1	+1,2	=	20

Dati ISTAT 2013 e Ministero della salute 2013

Tabella 6: mette in risalto e a confronto i dati sui servizi di assistenza domiciliare integrata nei vari

comuni italiani in tre diversi periodi il 2003, il 2008 e il 2012.

Comuni che offrono servizio di assistenza domiciliare integrata									
TIPO DI INDICATORE	Percentuale di comuni che offrono il servizio di assistenza domiciliare			Indice di copertura territoriale per il servizio di assistenza domiciliare			Indice di presa in carico degli utenti per il servizio di assistenza domiciliare		
ANNO	2003	2008	2012	2003	2008	2012	2003	2008	2012
Italia	29,6	42,1	41,0	40,7	48,0	47,2	0,4	0,8	0,6
Nord ovest	32,5	41,8	43,4	33,6	37,0	36,7	0,2	0,8	0,4
Piemonte	54,3	71,6	89,0	41,1	72,0	89,3	0,2	0,9	0,8
Valle d'Aosta	0,0	29,7	28,4	0,0	21,9	21,4	0,0	0,5	0,5
Liguria	31,1	18,7	13,2	63,1	56,8	50,7	0,1	0,1	0,1
Lombardia	17,2	22,6	13,1	23,0	14,6	7,4	0,2	0,9	0,2
Nord est	51,3	75,2	58,4	63,4	73,4	58,3	0,9	2,2	1,8
Trentino Alto Adige	0,0	82,5	40,1	0,0	84,4	32,3	0,0	0,2	0,1
Veneto	79,3	97,6	83,1	85,2	98,1	90,0	1,5	4,7	3,9
Friuli Venezia Giulia	39,7	47,0	30,3	21,1	59,4	45,3	0,2	0,8	0,2
Emilia-Romagna	44,6	50,4	31,9	61,1	52,0	32,8	0,6	0,5	0,5
Centro	35,9	46,1	45,3	61,8	63,4	63,4	0,3	0,4	0,5
Toscana	77,7	73,9	73,9	74,7	65,7	70,7	0,5	0,5	0,9
Umbria	18,5	39,1	42,4	35,7	53,7	57,2	0,6	0,9	0,6
Marche	6,1	5,7	6,7	22,6	20,6	21,2	0,1	0,1	0,1
Lazio	27,8	52,9	48,7	69,7	77,2	72,0	0,2	0,4	0,3
Sud	13,9	28,0	37,4	21,4	38,5	52,3	0,4	0,3	0,2
Abruzzo	42,6	56,4	64,9	49,9	64,1	68,2	0,2	0,4	0,3
Molise	3,7	2,2	0,0	4,6	1,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Campania	10,3	34,8	47,2	18,3	41,8	61,0	0,8	0,2	0,2
Puglia	17,4	40,3	51,2	27,4	47,2	61,2	0,2	0,3	0,2
Basilicata	1,5	9,9	3,8	1,2	14,1	4,2	0,0	0,0	0,1
Calabria	2,2	4,4	18,1	5,6	9,1	24,8	0,1	0,4	0,2
Isole	8,2	11,7	10,3	13,9	18,0	13,0	0,1	0,1	0,1
Sicilia	7,9	8,2	6,9	17,2	13,9	14,2	0,1	0,1	0,1
Sardegna	8,5	15,4	13,8	3,6	30,0	9,6	0,1	0,1	0,1

Da un'indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati: L'indagine aveva come obiettivo quello di rilevare gli utenti dei servizi sociali e la corrispondente spesa sostenuta dai comuni singoli e dalle loro varie forme associative. I dati sono stati raccolti per ogni tipo di servizio e per fascia di utenza, a partire dall'anno di riferimento 2003. La rilevazione dei dati ha avuto cadenza annuale ed è stata condotta in collaborazione con diversi soggetti istituzionali: il Ministero dell'Economia e delle finanze, il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, diverse Regioni e le Province Autonome di Bolzano e Trento. Le Regioni che hanno partecipato al progetto avevano raccolto autonomamente i dati sul proprio territorio, mentre in tutte le altre regioni i dati sono stati acquisiti dall'Istat per via telematica, attraverso un questionario elettronico accessibile via internet da tutti i comuni e gli enti associativi⁶³.

-I servizi di assistenza residenziale, sia nella forma di presidi sociosanitari per anziani che di assistenza in setting ospedaliero post acuto.

Il quadro dell'offerta di assistenza residenziale in Italia non appare mutato rispetto agli anni precedenti. Le regioni del nord si distinguono per la maggiore dotazione di posti letto per abitanti, tutte tra il 3% della Liguria e il 4% del Piemonte (con Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige anche oltre), mentre nel sud Italia l'offerta di residenzialità resta abbondantemente al di sotto della media italiana del 2,5%.

Per quanto riguarda l'accesso a presidi assistenziali e sociosanitari da parte di anziani non autosufficienti, sempre secondo la serie storica dei dati Istat che comprende un periodo dal 2004 2010 2012, negli ultimi anni il tasso degli utenti ultrasessantacinquenni di queste strutture sulla popolazione anziana, è salito in modo significativo, mentre l'accesso a residenze dedicate ad anziani autosufficienti ha visto una lieve diminuzione⁶⁴.

-I trasferimenti monetari di natura assistenziale, erogati sotto forma di indennità di accompagnamento per invalidità civile oppure sottoforma di assegni di cura, voucher o altri trasferimenti erogati dai comuni.

L'indennità d accompagnamento, si presenta tutt'oggi come uno dei principali pilastri su cui si reggono gli interventi in materia di non autosufficienza, è stata istituita dalla legge 11 Febbraio del 1980 n°18. In realtà tale strumento e la sua definizione risalgono al periodo a cavallo tra la fine degli anni '60 e i primi anni '70. La legge 28 Marzo 1968 n°406 titolata norme per la concessione di una indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti assistiti dall'opera nazionale ciechi civili, introduce appunto per questa categoria specifica di invalidi una integrazione mensile della spesa

⁶³Dal sito internet: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ASSIDOM

⁶⁴ Dal sito internet: http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf

stessa, definita indennità di accompagnamento.

Alla legge 406/1968 fa seguito all'inizio degli anni settanta la normativa (legge 30 Marzo 1971 n°118) che definisce il concetto di invalidità civile.

La legge 18/1980 riprende alcuni cardini della legge 406/1968 e 118/1971, prevedendo un'indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili, in particolare riservata a quella categoria di invalidi che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita e che pertanto abbisognano di un'assistenza continuativa⁶⁵.

In particolare tale normativa stabilisce una provvidenza economica mensile (definita indennità di accompagnamento) riconosciuta dallo stato, ed è dovuta per il solo titolo della minorazione, indipendentemente dal reddito del beneficiario o del nucleo familiare. Riservata ai mutilati e invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche sulla base delle definizioni della legge 118/1971 che definisce il concetto di invalidità civile, difatti non rientrano in tale definizione di invalidità civile, gli invalidi per cause di guerra, di lavoro, di servizio, nonché ciechi e sordomuti per i quali provvedono altre leggi.

È stata quindi pensata come un contributo forfettario per il rimborso delle spese conseguenti alla situazione di invalidità ed è assicurata sulla sola base del bisogno a prescindere da altre condizioni socioeconomiche del beneficiario.

La legge 18/1980 è in un certo senso il risultato di una stagione in cui i gruppi e le organizzazioni legati all'handicap sollevano una forte pressione per promuovere normative relative a determinati problemi, tale normativa quindi si viene a collocare all'interno della legislazione sull'handicap elaborata nei decenni precedenti la legge quadro 5 Febbraio 1992 n°104, caratterizzata da frammentarietà e approccio settoriale, vista la presenza di leggi eterogenee⁶⁶.

Lo strumento dell'indennità è stato pensato, chiaramente non solo, ma innanzitutto per disabili minori, giovani, adulti. Le persone anziane non autosufficienti rientrano solo parzialmente nell'impostazione, anche perché l'atmosfera socioculturale in cui matura questa legge è caratterizzata da una limitata centralità della questione dell'invecchiamento e della non autosufficienza fra gli anziani.

Nel corso del tempo, quindi, l'interesse è volto prevalentemente verso gli anziani non autosufficienti, più che verso i disabili sotto i 65 anni. La legge istitutiva del 1980 prevedeva una copertura e una spesa per l'indennità allora pari a 15 miliardi di lire.

⁶⁵ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.66

⁶⁶ *Ibidem*, pag.67

Già nel 1991 tale cifra era salita a 400 miliardi di lire e nei primi anni duemila si è arrestata a 780 miliardi di lire.

Se quindi la legge istitutiva è stata innanzitutto pensata per i disabili, un suo effetto non previsto è stato il trasformare questo intervento in un strumento di policy che essenzialmente ha come target un numero crescente, in termini assoluti e relativi, di anziani non autosufficienti.

Nel 1996 i beneficiari di tale programma erano 869.541 di cui il 70% over sessanta.

Nel 2001 i beneficiari dell'indennità di accompagnamento erano invece relativamente vicini al milione e per oltre due terzi si trattava di ultrasessantacinquenni; la concentrazione relativa maggiore era fra i grandi anziani, visto che il 43% dei beneficiari aveva almeno 80 anni⁶⁷.

Tabella 7: Andamento della spesa pubblica per long term care per anziani non autosufficienti secondo le diverse componenti di spesa (% su PIL) (Anni 2005-2011).

Spesa pubblica per LTC per anziani non autosufficienti					
ANNO	2005	2008	2010	2011	2005-2011
a) Competenza sanitaria per LTC	0,46	0,49	0,51	0,51	+0,05
b) Indennità di accompagnamento	0,49	0,56	0,62	0,61	+0,12
c) Spesa sociale dei comuni	0,11	0,13	0,15	0,17	+0,06
TOTALE	1,07	1,18	1,28	1,28	+0,21

L'indennità di accompagnamento ha progressivamente mutato il proprio target, sia in termini qualitativi che quantitativi, comportando alcune conseguenze sotto il profilo istituzionale nel funzionamento del programma, che si pongono come possibili elementi di fruizione per un suo ripensamento o superamento per il futuro, come la libertà di utilizzo dello strumento, in quanto si tratta di un trasferimento monetario senza vincolo di rendicontazione in merito all'uso, la correttezza dell'uso è sempre stata affidata ai beneficiari e ai familiari di questi; al consolidamento di un gruppo relativamente numeroso di beneficiari abituati a ricevere un trasferimento monetario di tipo universalistico e in nessun modo selettivo; inoltre il fatto che si tratti di un'indennità per l'accompagnamento, e cioè solo di un supporto, spiega anche la scelta di non aver introdotto una scala di differenziazione in merito alla necessità e allo stato di bisogno individuale (trasferimento monetario ha un importo praticamente unitario).

Queste caratteristiche dell'indennità, che la rendono lo strumento più diffuso e il principale oggi nell'area degli anziani, secondo alcuni studiosi, rappresentano però anche alcuni potenziali ostacoli

⁶⁷ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.68

per lo sviluppo di politiche alternative nel campo della non autosufficienza proprio per la presenza di un ampio insieme di utenti attenti a non perdere benefici fino ad oggi raggiunti⁶⁸.

Modelli di erogazione di interventi alternativi ai trasferimenti, potrebbero scontrarsi con l'abitudine e la preferenza degli attuali beneficiari verso forme di provvidenze economiche senza vincoli di destinazione e di spesa, questo in un contesto in cui però le reti familiari sono sempre meno in grado di integrare internamente le risorse economiche pubbliche con altri tipi d'intervento, visto l'abbassamento del livello di intervento erogabile informalmente da tali reti⁶⁹.

La presenza di un solo livello relativamente uguale per tutti di erogazione, rende complesso un'eventuale modello più scaglionato, in quanto a meno che si ipotizzi che l'attuale importo dell'indennità mensile rappresenterà la base minima o che tutti coloro che sono attualmente nel programma riceveranno almeno tale cifra, vi saranno alcuni attuali beneficiari che potrebbero ricevere di meno e altri di più, con tutte le conseguenze che ciò comporterebbe.

Attualmente infatti a differenza di quanto accade nei paesi europei non sono previste prestazioni differenziate a seconda del livello di bisogno.

Il sistema di LTC italiano ha compensato tradizionalmente le carenze dell'offerta di servizi diretti con meccanismi di trasferimento monetario. Il costo di questi trasferimenti, in particolare quello per l'indennità di accompagnamento, è quindi cresciuto velocemente nel corso degli anni, in parte riflettendo l'effettiva evoluzione del bisogno della popolazione, in parte riflettendo diversi fattori culturali ed organizzativi. Tra questi ultimi si possono menzionare, ad es. la maggior consapevolezza dell'utenza circa i propri diritti, ma anche i difetti del sistema di gestione delle indennità.

Questi difetti, tra l'altro, hanno generato iniquità e disuguaglianze tra i cittadini in stato di bisogno: basti pensare che per lungo tempo l'ente responsabile per la certificazione del bisogno e la concessione dell'indennità (la regione tramite le Aziende del servizio sanitario regionale) è stato diverso dall'ente responsabile del finanziamento della misura (lo Stato centrale, tramite l'Inps).

Considerato questo, non è sorprendente che, la crescita costante della diffusione delle indennità sia stata disomogenea tra le regioni e, come notato in precedenza, non sempre si è potuta osservare una relazione tra tassi di disabilità e di tassi di fruizione di questa misura di sostegno, nonostante i recenti tentativi di riformare l'indennità.

Osservando i dati pubblicati dall'Inps è possibile osservare che per la prima volta, a distanza di otto anni si è verificata una sostanziale frenata della spesa per l'indennità. La causa va probabilmente

⁶⁸ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per anziani*, pag.69

⁶⁹ *Ibidem*, pag.69-70

attribuita alle modifiche di procedimento di concessione dell'indennità introdotte nel 2009 e agli effetti indotti dai piani straordinari di verifica dell'invalidità civile. Questi controlli si sono andati a sommare alle attività ordinarie di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari (nonché reddituali, nel caso delle pensioni di invalidità) degli utenti, ne è risultato un aumento della severità nell'ammissione di nuovi beneficiari.

Per quanto riguarda la copertura della prestazione nelle regioni, secondo i dati Istat su i beneficiari delle prestazioni pensionistiche, l'utenza complessiva dell'indennità nel 2010 ammontava a più di 1,5 milioni di anziani. Tra gli over 65 il tasso di fruizione dell'indennità era pari al 12,5%, con un minimo di 8,4% in Trentino Alto Adige ed un picco di 19,5% in Umbria.

In linea generale, le regioni del Nord presentano una copertura più bassa (ben quattro regioni al di sotto del 10%), mentre quelle del sud, alle prese con i servizi formali sul territorio meno sviluppato e accessibile, hanno tassi di fruizione sensibilmente più elevati della media nazionale (tra cui spiccano Calabria e Campania, rispettivamente con il 17,6 % e il 17,2% di anziani beneficiari).

Il tasso di fruizione dell'indennità di accompagnamento è aumentato indistintamente in tutte le regioni italiane, nessuna esclusa. In molte regioni del nord l'incremento è stato inferiore all'1%, mentre nel Centro Sud i tassi di fruizione sono aumentati in maniera più consistente, fino al 3,8% del Molise e al 4,1% della Puglia⁷⁰.

⁷⁰Dal sito internet: http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf

Tabella 8: Complesso delle indennità di accompagnamento per Regione

Complesso delle indennità di accompagnamento per Regione anni 2008 – 2011				
	ANNO			
REGIONE	2008	2009	2010	2011
Piemonte	108.546	112.763	116.639	120.903
Lombardia	223.709	283.705	247.635	248.808
Liguria	53.913	55.985	57.031	57.639
Veneto	116.478	122.969	125.270	127.264
Friuli Venezia Giulia	37.927	39.329	39.807	39.966
Emilia Romagna	121.741	127.173	129.929	130.484
Toscana	111.335	115.328	117.538	117.648
Umbria	41.643	45.156	47.440	47.989
Marche	51.802	55.811	58.375	58.890
Lazio	153.851	170.599	188.598	195.920
Abruzzo	46.717	49.672	52.590	53.093
Molise	9.208	9.962	11.116	11.229
Campania	189.925	203.765	215.213	216.695
Puglia	117.676	132.009	143.727	150.247
Basilicata	17.521	18.557	20.067	20.602
Calabria	79.350	84.534	87.530	89.319
Sicilia	149.297	155.264	166.809	176.010
Sardegna	63.522	67.247	69.554	71.198
TOTALE	1.694.161	1.804.828	1.894.868	1.933.904

Tabella tratta dal secondo rapporto sulla non autosufficienza, fonte di rielaborazione dell'inps, tratta dal sito internet http://www.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/SecondoRapporto_11_1

Una riforma dell'indennità di accompagnamento andrebbe attuata e in questo campo dovrebbe guardare:

-ad un aumento selettivo delle prestazioni, per esempio, si potrebbe aumentare di 200 euro mensili l'indennità per i casi gravi fissando criteri di accesso alla prestazione maggiorata in modo tale che essi siano soddisfatti dal 10% circa degli attuali beneficiari dell'indennità di accompagnamento: quelli nelle condizioni più gravi.

-all'introduzione di incentivi perché le regioni ricorrano a trasferimenti basati sulla nozione di costi standard. L'esigenza di una maggiore equità territoriale nell'accesso alle prestazioni potrebbe essere perseguita con gradualità assegnando maggiori risorse alle Regioni non in base al numero storico di beneficiari dell'indennità ma in base al criterio del costo standard, dando così maggior peso a

indicatori di bisogno appositamente costruiti. Tale costo standard potrebbe essere determinato ad es. sulla base della percentuale di popolazione con più di 65 anni, dei tassi di morbilità o degli indicatori dell'offerta di servizi. In altri termini, si assegnerebbero alle Regioni risorse aggiuntive non in proporzione allo stock di indennità in essere ma in ragione di adeguati indicatori di bisogno e di efficienza nell'uso di risorse per la non autosufficienza. Le regioni avrebbero poi il compito di assegnare ai cittadini e/o comuni le maggiori risorse ricevute dallo stato.

-Voucher sociali, l'indennità di accompagnamento è spesso utilizzata per acquistare lavoro irregolare di cura e prestazioni a bassa qualifica. Si potrebbe pensare di offrire ai beneficiari dell'indennità di accompagnamento nell'importo maggiorato la possibilità di scambiare la maggiorazione di 200 euro mensili in contanti, con una maggiorazione di 400 euro erogata però sotto forma di voucher sociali. Questa opzione potrebbe essere finanziata dallo stato oppure dalle singole regioni con risorse proprie. Il costo di tale operazione non è valutabile ex ante, dal momento che dipende dal numero degli aventi diritto che decidono di aderire alla proposta.

-a prevedere la possibilità che le prestazioni consistano non solo in rendite ma anche in trasferimenti una tantum.

Da recenti discussioni emerge l'idea che avvalersi di soluzioni tecnologiche nell'ambito dell'assistenza alle persone non autosufficienti, possa essere utile per prolungare la permanenza presso la propria abitazione e che queste possano rendere meno costoso l'accudimento di queste. Potrebbe essere una proposta interessante quella che prevede che le persone ricevano voucher sociali spendibili per l'adeguamento dell'abitazione alle nuove esigenze e per l'acquisto di tecnologia assistenziale⁷¹.

Uno sguardo di sintesi: i modelli di LTC in Italia

Il sistema di LTC italiano ha compensato tradizionalmente le carenze dell'offerta di servizi diretti con meccanismi di trasferimento monetario. Il costo di questi trasferimenti, in particolare quello per l'indennità di accompagnamento, è quindi cresciuto velocemente nel corso degli anni, in parte riflettendo l'effettiva evoluzione del bisogno della popolazione, in parte riflettendo diversi fattori culturali ed organizzativi. Tra questi ultimi si possono menzionare, ad es. la maggior consapevolezza dell'utenza circa i propri diritti, ma anche i difetti del sistema di gestione delle

⁷¹ S.Pasquinelli, G.Rumini, *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*, Roma, Ediesse, 2013, pag.196-197

indennità.

Una lettura complessiva dei dati disponibili nell'area dell'assistenza continuativa per anziani non autosufficienti in Italia sembra suggerire, innanzitutto che lo sviluppo del settore si sia ulteriormente rallentato, sembrerebbe inoltre essersi arrestata la pur lieve espansione dei servizi nel Paese osservata negli anni precedenti, fenomeno questo che riflette con ogni probabilità i primi segnali della crisi economica in atto, così come rilevati dai dati che coprono un arco temporale successivo al 2008.

Si può notare come tutti i servizi per anziani non autosufficienti abbiano limitato negli ultimi anni la loro copertura, mantenendo invariato il tasso di utenti sulla popolazione anziana o addirittura diminuendolo.

Emerge l'assenza di un coerente modello di sostegno alla non autosufficienza a livello nazionale e di importanti svantaggi a carico dei cittadini residenti in alcune aree.

I cinque modelli identificati:

-il modello della residenzialità avanzata, in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta, caratterizzato dallo sviluppo delle soluzioni assistenziali di tipo residenziale e nell'offerta comunale dei servizi di sostegno socio assistenziale;

-il modello con elevata intensità assistenziale (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Veneto) tipico delle regioni con la maggiore proporzione di anziani beneficiari di servizi di assistenza continuativa;

-il modello del cash for care (Abruzzo, Calabria, Campania, Sardegna, Umbria) dove il tasso relativo di beneficiari dell'indennità di accompagnamento è il più elevato in Italia mentre la rete residenziale è scarsamente sviluppata;

-il modello a media intensità assistenziale dove la diffusione di ADI e SAD è di poco inferiore alla media nazionale caratterizzata per:

a) un maggiore orientamento cash for care,

b) un maggiore orientamento alla residenzialità in Liguria, Lombardia e Piemonte

-il modello a bassa intensità assistenziale, caratteristico di Molise e Sicilia.

A distanza di anni lo studio è stato ripetuto per vedere se vi fossero state introdotte modifiche, i risultati che emergono si rivelano stabili nel tempo: Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta riconfermando il focus regionale verso l'assistenza domestica domiciliare di tipo sociale e per le soluzioni residenziali.

Qui l'ADI raggiunge in media l'1,3% degli over 65, un valore di molto inferiore a quanto rilevato nelle altre regioni italiane: i comuni, di contro, offrono una elevata copertura in termini di assistenza domiciliare SAD. Il focus delle politiche pubbliche può essere orientato al sostegno delle persone

anziane a casa per il più lungo tempo possibile tramite interventi di tipo socioassistenziale, pur prevedendo un adeguato sistema di offerta residenziale nel momento in cui gli anziani manifestano più elevati bisogni di natura sanitaria. In questo, il cluster somiglierebbe più ai paesi nord europei che al resto del contesto italiano. In Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia, circa il 9,5 % degli anziani riceve il servizio ADI, 1,4% quello del SAD, il 2,1% è ospite nelle residenze ed il 13,9% con indennità di accompagnamento.

La maggior parte delle regioni del Sud appartiene invece al modello del cash-for-care, dove, a fronte di una forte diffusione dell'indennità di accompagnamento (16,1% in media, la più elevata tra i cluster), i servizi in-kind sono poco sviluppati. Per questo cluster di regioni, la stretta verificatasi sul versante delle indennità avrà un notevole impatto sulle risorse destinate al settore, rappresentando quest'ultime l'unico reale sostegno per le persone non autosufficienti e le loro famiglie oggi.

Le regioni nei cluster caratterizzate dai valori c.d. "mediani" possono a loro volta distinguersi sulla base di un orientamento maggiore verso i trasferimenti monetari o verso l'offerta residenziale. A tal riguardo, si può osservare come soprattutto le regioni del Nord (Piemonte, Lombardia e Veneto) e del versante tirrenico settentrionale (Liguria e Toscana) siano orientate verso la residenzialità, mentre quelle dell'Italia Centro-Meridionale (Marche, Lazio, Abruzzo, Basilicata e Molise) verso il cash-for-care.

L'Umbria, si distingue come outlier nel contesto italiano; questo è soprattutto dovuto all'elevata diffusione delle indennità di accompagnamento che in questa regione sono concesse a quasi un over 65 su cinque (ben il 19,5%). A questo si aggiunge inoltre l'incremento repentino del numero di utenti in ADI, passati nel corso di due anni da 5,1% al 7,7% degli over 65, che si contrappone ad una scarsa offerta di servizi residenziali e di SAD (che rispettivamente raggiungono lo 0,6 e lo 0,3% degli anziani)⁷².

Il fenomeno delle assistenti familiari: se servisse a colmare un vuoto?

Davanti a tanta confusione sia istituzionale che organizzativa, aspettando una reale ed efficiente azione governativa, le famiglie hanno dovuto e devono comunque provvedere all'assistenza dei propri anziani non autosufficienti, interrogandosi sul da farsi, dovendo trovare delle risposte efficaci per gestire l'emergenza.

⁷² Dal sito internet: http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf

Così c'è chi si trova costretto a lasciare il posto di lavoro per accudire l'anziano genitore, non sapendo dell'immediata vulnerabilità della sua situazione economica, che provocherà effetti anche sulla copertura previdenziale futura; chi invece avendo perso il lavoro, decide di assumersi il pesante ruolo del caregiver. C'è chi sceglie di inserire il proprio familiare in una casa di riposo, più o meno grande, confortevole ed attrezzata anche per le attività ricreative con una presenza costante di personale assistenziale o sceglie per l'anziano non autosufficiente l'inserimento presso una RSA (Residenza sanitaria assistenziale), struttura non ospedaliera, ma comunque a impronta sanitaria, in grado di ospitare per un periodo variabile da poche settimane al tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di una articolata assistenza sanitaria, mentre altre famiglie utilizzano, dove possibile e nelle misure offerte, l'assistenza domiciliare offerta.

Altra possibilità è il far ricorso alle assistenti familiari straniere, che ha assunto negli ultimi anni un rilievo sempre maggiore, fenomeno che in Italia ha avuto una grande diffusione in un breve periodo temporale, diffondendosi al Nord, come al Centro e al Sud. Evento che rispetto ad altri paesi ha avuto una tale diffusione da diventare oggetto di attenzione da parte di studiosi delle scienze sociali, proprio perché come affermato nel corso di questo capitolo le motivazioni risalgono alla forma e organizzazione stessa del nostro sistema di welfare, quindi da un retroterra caratterizzato da scarsa istituzionalizzazione, da scarsa diffusione dei servizi domiciliari pubblici, dal farsi carico in primis per ragioni culturali ma anche per la mancata offerta di servizi della famiglia, dai cambiamenti che hanno attraversato nel corso degli anni la struttura familiare stessa (abbassamento dei tassi di natalità, nuclearizzazione, assottigliamento delle reti di sostegno informale, il numero consistente di donne entrate nel mondo del lavoro e la conseguente ridefinizione dei compiti familiari). Quindi gran parte dei compiti svolti un tempo da una rete solidaristica è stata sostituita dall'immigrazione femminile, permettendo così di raggiungere due obiettivi importanti, che l'anziano continua a vivere e ad essere accudito nella propria casa, e che la famiglia si sente sollevata da scelte dolorose che non le appartengono per cultura e tradizione.

È vero che questo fenomeno si è diffuso in un periodo caratterizzato da invecchiamento della popolazione, dall'aumentato numero dei grandi anziani, dal ricorso all'esternalizzazione del lavoro di cura retribuito, dall'immigrazione femminile legata al lavoro, ma se tutto ciò fosse avvenuto per colmare una mancanza da parte delle politiche

socio-sanitarie italiane rispetto ad una richiesta di cura e assistenza a domicilio?

Questa opinione è sostenuta da molti studiosi che affermano che il nostro welfare è basato maggiormente sul cash for care (trasferimenti monetari per l'acquisto di cure), piuttosto che su servizi adeguati a rispondere alla specifica domanda di assistenza emersa nel corso degli anni.

Secondo questi uno scenario della cura si è andato così configurandosi a partire dagli anni '90 secondo un fai da te inizialmente ignorato dalle istituzioni, ma portato alla luce dalla grande regolarizzazione di cittadini extracomunitari del 2002, che ha dimostrato il rapporto tra organizzazione informale dell'assistenza a domicilio e immigrazione femminile.⁷³

Abbiamo visto come il problema della non autosufficienza, pur avendo trovato ampio spazio nel dibattito politico dei primi anni del nuovo secolo, con l'avvento della XVI legislatura non gli è stata poi dedicata abbastanza attenzione, scomparendo, di fatto dall'agenda nazionale.

L'attenzione del governo nel periodo dal 2008-2011 si era concentrata esclusivamente su prestazioni monetarie, attuando interventi volti ad affrontare principalmente l'insostenibilità finanziaria per le casse dell'Inps causata dall'esplosione del numero degli aventi diritto all'indennità di accompagnamento.

Sono stati attuati piani di verifica, modifiche procedurali nelle concessioni, che hanno contribuito a frenare la continua diffusione, senza andare ad incidere sugli aspetti strutturali di tale misura e le sue interazioni con gli altri programmi di welfare.

L'intenzione era quella di ridimensionare le risorse pubbliche per il welfare, facendo scomparire i fondi statali di sostegno ai servizi territoriali e tentando altre azioni per comprimere la spesa per l'assistenza, allo stesso tempo ampia fiducia è stata riposta nella possibilità di rispondere ai bisogni di LTC attraverso i fondi integrativi (assicurazioni individuali e collettive).⁷⁴

È davanti a questi fatti che è stato necessario innescare delle manovre per il risanamento, e tali sono state imposte agli enti locali e in minor misura alla sanità.

Nel 2011 con il governo Monti è stata perseguita una politica di estremo rigore, al fine di ripristinare un equilibrio dei conti pubblici, apportando tagli alla sanità e ai servizi degli enti

⁷³ S.Pasquinelli, G.Rusmini, *Badare non basta...*, pag.143

⁷⁴ AA.VV, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Santarcangelo di Romagna (RN), Maggioli Editore, 2011, pag.133

locali, pensando che questi fossero nella condizione di erogare ugualmente servizi con un budget economico ridotto.

Nell'ultimo biennio è stata riposta attenzione ai temi della non autosufficienza con un parziale rifinanziamento e con l'idea mai andata in porto di riformare l'assistenza degli anziani. Con il decreto Bortoluzzi vi era l'idea di tracciare una politica nazionale che stabilisse nuove regole per la valutazione della non autosufficienza degli anziani, per la definizione dei percorsi individuali di intervento, revisione di alcune parti per la stesura dei profili dell'indennità di accompagnamento, potenziamento e integrazione della spesa sempre più necessaria a fronte dell'aumentata complessità, e la possibilità di aumento dell'integrazione di spesa.

Ma questo non ha mai realmente preso forma, anche a causa dell'ostilità da parte delle autonomie locali.

Nell'ultimo governo, gli sforzi si sono orientati alla revisione e ottimizzazione degli strumenti utilizzati, con lo scopo di fissare dei livelli ben definiti per l'accesso a prestazioni economiche e sociali, come l'Isee.

In previsione dal 2013 c'è il rifinanziamento dei fondi dove si spera in una riqualificazione della spesa e nella capacità da parte dei governi locali nei confronti di questo bisogno, dove hanno l'autonomia anche se estremamente ridotta di programmare gli interventi, bisognerà regolare i rapporti tra sanità e sociale, costruire un sistema nazionale di modulazione delle risposte in base alla complessità

assistenziale, la definizione di sistemi completi di monitoraggio sull'assistenza erogata dalle regioni⁷⁵, il tutto con l'obiettivo di migliorare l'uso delle risorse pubbliche.

Volendo riassumere, il quinquennio di politiche per la non autosufficienza lo possiamo dividere in un primo triennio, dove si è svolta una lotta ai falsi invalidi, definanziamento dei fondi settoriali e a manovre restrittive per sanità e finanza locale; il secondo biennio è caratterizzato da un'azione politica volta al risanamento di conti pubblici e a continui sforzi per affinamenti tecnici.

È una strada irta e piena di ostacoli, quella che deve affrontare il nostro welfare per poter colmare le carenze presenti; davanti a tali, alcune famiglie si vedono costrette a far fronte per proprio conto, ma a patto di sostenere costi assistenziali molto alti, oppure al prezzo di

⁷⁵ AA.VV., L'assistenza agli anziani..., pag. 134

enormi sacrifici personali, fino anche ad arrivare a licenziarsi per rispondere alla necessità di assistere il proprio caro notte e giorno.

Altre volte, però, la famiglia non può fare nulla per supplire alle carenze del sistema. Per non parlare di quando il paziente non ha nessun familiare su cui poter contare. Eppure, è proprio sull'assistenza agli anziani e ai malati cronici che il nostro Paese dovrebbe rivolgere la più alta attenzione. Perché questa condizione coinvolge una quota enorme di cittadini ed è in costante aumento. Come sottolinea l'XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità "Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare", realizzato dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva; ancora una volta viene affermato che il carico sociale ed economico grava sulle famiglie, che rimangono il pilastro portante dell'attuale sistema di welfare, senza la quale una persona anziana con multi patologie è nell'impossibilità di invecchiare nel miglior modo possibile, e di accedere a tutti i servizi di cui ha bisogno. La famiglia colma i bisogni assistenziali non solo provvedendo all'assistenza diretta alla persona, ma anche mettendo fortemente mano al proprio portafoglio; si stima che il costo medio per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali sia di ben 13.946 euro, in media, l'anno.

CAPITOLO 2

POLITICHE DI PROTEZIONE ALLA NON AUTOSUFFICIENZA NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI

L'attenzione dell'Europa verso la problematica della non autosufficienza

Dall'inizio degli anni '90, numerosi paesi hanno realizzato riforme significative nel campo dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, che hanno inciso fortemente sulla revisione del sistema dei servizi, incrementando in modo cospicuo le risorse disponibili.

Lo sforzo riformatore si è principalmente concentrato nell'Europa centrale, dove sono state realizzate riforme in Austria nel 1993, in Germania nel 1995, in Francia nel 1997 e nel 2002, in Belgio nel 1999, ma anche al di fuori dell'Europa, emblematico è il caso del Giappone, che ha potenziato le politiche per gli anziani non autosufficienti nel 2000. Le riforme non hanno toccato i paesi dove i servizi risultavano fortemente sviluppati, come i paesi scandinavi, e quelli dove le politiche per i non autosufficienti non sono tradizionalmente un argomento di interesse pubblico, come nel nostro paese.

Anche in questi ultimi, tuttavia, l'atteggiamento è cambiato, tanto che la spinta all'innovazione ha raggiunto anche l'Europa meridionale: in Spagna nel 2007 è stata approvata una riforma delle politiche per i non autosufficienti, la ley de dependencia⁷⁶.

L'attenzione verso il problema della cura degli anziani non autosufficienti, è cresciuta in Italia solo negli ultimi anni, e tale situazione risulta anomala rispetto a quanto avvenuto in molti altri stati dell'Europa occidentale. L'anomalia non consiste tanto nell'assenza di un qualche tipo di programma verso la questione della non autosufficienza, quanto da un lato nel ritardo temporale, rispetto ad altri paesi europei e nella discussione su una riforma degli schemi attuali, dall'altro nella limitata copertura assicurata dagli stessi⁷⁷.

Gran Bretagna, Francia, Germania, Paesi Bassi, Austria, hanno seguito una tempistica in parte simile, a partire dagli anni '80, periodo in cui si è discusso su come riformare i sistemi di protezione e di cura della non autosufficienza; nei primi anni '90, l'attenzione è stata posta su opzioni e scelte

⁷⁶ Cristiano Gori, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ottobre 2010, pag.129

⁷⁷ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.55

alternative di copertura e di intervento, mentre è dalla seconda metà degli anni '90 che sono partiti i nuovi programmi più ampi e articolati.

L'Italia come abbiamo visto nel capitolo precedente, si è caratterizzata per un forte ritardo e per un compattamento temporale delle fasi; ripercorrendo la letteratura a riguardo si può ben notare come il tema della non autosufficienza non sia entrato a livello di discussione nazionale, fino alla seconda parte degli anni '90, quando alcuni provvedimenti sono stati prodotti dal governo dell'Ulivo (1996-2001) dove sono stati fatti chiari e precisi riferimenti alla tematica della protezione nei casi di non autosufficienza, ma non abbastanza da assumere un ruolo di primo piano all'interno degli atti e delle normative di quel periodo⁷⁸.

Solo a partire dal 2008, la comunità politica e sociale ha preso coscienza in misura crescente del fenomeno, suscitando anche un forte interesse pubblico; ma mancando una direttiva nazionale molte regioni si sono mosse in autonomia per creare meccanismi di protezione alla non autosufficienza.

Confrontando lo sviluppo a livello temporale tra l'Italia e gli stati sopra nominati, si nota come il nostro paese sia in ritardo di circa un decennio. Quello che ad es. veniva discusso nei primi anni '90 in Francia e Germania, trova una corrispondenza in Italia circa dieci anni dopo.

Durante gli anni '90 vi è stata innanzitutto una spinta a rafforzare i servizi di cura domiciliare (il livello medio di copertura in Europa è passato dal 7 all' 8%)⁷⁹; la Svezia e i Paesi Bassi avevano un alto grado di copertura totale per gli anziani over-65, 21% il primo e il 17% il secondo, la Svezia con un accento più forte posto sull' assistenza domiciliare, e i Paesi Bassi per i grandi investimenti in strutture residenziali. Il Regno Unito ha avuto un grado medio di copertura (14%) sulla base soprattutto di assistenza domiciliare, seguita da Francia (12%) e la Germania (7%), mentre l'Italia ha avuto un basso livello, pari a solo il 3% della popolazione anziana⁸⁰.

Oltre alla fornitura di servizi, i paesi europei hanno sviluppato programmi per sostenere le famiglie e gli individui in difficoltà, la Svezia ha fatto poco uso di tali strumenti, grazie soprattutto ai servizi a disposizione; mentre il Regno Unito e la Germania, soprattutto a partire dagli anni '80, con i loro programmi hanno riguardato un numero maggiore di persone con trasferimenti di denaro, in quanto è intervenuto con il beneficio, dell'indennità di accompagnamento e un assegno più limitato per gli assistenti familiari. Nel 1968 i Paesi Bassi avevano già introdotto un programma specifico, denominato AWBZ, per la cura personale e la presenza di persone dipendenti che entravano in case

⁷⁸ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.55

⁷⁹ *Ibidem*, pag.57

⁸⁰ Emmanuele Pavolini and Costanzo Ranci, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries*, Journal of European Social Policy, 18 2008, pag.246

di cura. All'inizio del 1990 la AWBZ è stata estesa a anche alle persone che vivevano a casa o in altre strutture residenziali, con alto grado di dipendenza.

Francia e Italia hanno occupato le posizioni intermedie, introducendo programmi pubblici per sostenere le spese per la cura delle persone bisognose.

Solo la Gran Bretagna e la Svezia, fra i paesi considerati, sono gli unici ad aver ridotto la numerosità relativa dei beneficiari, a cui però ha corrisposto un aumento sensibile nel numero medio di ore di assistenza erogate per singolo caso, ed anche in altri paesi la crescita è stata forte (la Germania è passata dal 3% al 10%, la Danimarca ha raggiunto i livelli più alti in Europa con un 25% di anziani assistiti)⁸¹.

Se la Scandinavia rimane l'area europea dove complessivamente, da sempre, è maggiore il livello d'intervento verso la non autosufficienza degli anziani, in particolare per le cure domiciliari, l'Europa continentale e la Gran Bretagna hanno cominciato a sviluppare, solo nel corso dell'ultimo quindicennio, un livello medio di intervento che copre il 5-7% degli anziani con strutture residenziali e il 7-8% con interventi domiciliari⁸².

La collocazione dell'Europa mediterranea, di cui l'Italia è parte, in termini di provvedimenti nei confronti della non autosufficienza degli anziani, appare molto chiara: questo gruppo di paesi presenta i minori tassi di sviluppo e di copertura nel panorama dell'Europa occidentale sia nei servizi residenziali sia in quelli domiciliari; la situazione italiana non si discosta significativamente da quella dei restanti paesi dell'area mediterranea, se non per una leggera maggior diffusione dell'assistenza domiciliare, e la capacità di crescita nel livello di copertura registrata durante l'ultimo ventennio che risulta più limitata che altrove.

I cambiamenti che si sono verificati durante gli anni '90 sono stati la conseguenza di una nuova domanda sociale di cura da parte della popolazione anziana, legata ai trend sociodemografici, con cui i paesi occidentali hanno dovuto confrontarsi.

Il principale problema, che le politiche dedicate alla non autosufficienza hanno cercato di affrontare, durante l'ultimo quindicennio, è stato quello di ampliare l'offerta di servizi e di migliorarne l'efficienza e la qualità, senza però andare ad incidere ulteriormente sulla spesa pubblica.

Le innovazioni più profonde negli anni '90 hanno riguardato i paesi dell'Europa continentale. Da un lato Germania, Austria e Lussemburgo che hanno introdotto programmi pubblici di tipo assicurativo volti a garantire su base universalistica l'assistenza ai soggetti non autosufficienti. Dall'altro la

⁸¹ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.57

⁸² *Ibidem*, pag.57

Francia che ha promosso un nuovo programma di assistenza ai soggetti non autosufficienti finanziato attraverso una serie di fonti diversificate in parte provenienti dal sistema assicurativo e in parte dalla fiscalità in generale.

I rimanenti paesi del sud e del nord Europa hanno mantenuto invece, a livello nazionale, un approccio più statico e incrementale, non proponendo rilevanti novità ma cercando di rafforzare il modello creato a partire dagli anni settanta, con l'eccezione della Gran Bretagna in cui sono state realizzate riforme radicali del sistema di erogazione dell'assistenza.

Le innovazioni formulate nell'Europa continentale e in Gran Bretagna, pur con alcune rilevanti diversità, condividono i seguenti aspetti:

- l'ampliamento del grado di copertura degli interventi pubblici, garantendo un sensibile innalzamento del numero dei beneficiari (Europa Continentale) o favorendo un incremento dell'ammontare complessivo di risorse dedicate alle persone con maggiori difficoltà (Gran Bretagna);

- l'introduzione di meccanismi competitivi e di forme di regolazione contrattuale nei rapporti tra finanziatori, acquirenti e fornitori dei servizi di care;

- il conferimento di una maggiore capacità di scelta ai cittadini;

- l'introduzione di misure di sostegno economico finalizzate e favorite da un lato l'allargamento e la pluralizzazione dell'offerta di servizi disponibile, dall'altro la regolarizzazione dei prestatori d'opera individuali;

- il tentativo di combinare interventi di trasferimento monetario alle famiglie con servizi erogati agli utenti allo scopo di supportare il lavoro familiare e informale di cura.⁸³

⁸³ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.59-60

Tabella 9: Riassuntiva sulle principali riforme nazionali in materia di non autosufficienza in alcuni paesi europei⁸⁴.

Paese	Anno di realizzazione della riforma
Austria	1993
Germania	1995
Lussemburgo	1998
Belgio	1999
Giappone	2000
Francia	1997, 2002
Scozia	2002
Spagna	2007

Non autosufficienza: il sistema tedesco per la cura degli anziani non autosufficienti

A partire dal Maggio del 1994, la Germania ha notevolmente rafforzato il suo modello di assistenza continuativa alle persone non autosufficienti introducendo un nuovo schema assicurativo, entrato gradualmente a regime nel periodo compreso fra il Gennaio 1995 e il Luglio 1996⁸⁵.

Il sistema tedesco rispetto al sistema di welfare per la non autosufficienza ripropone l'articolazione su due pilastri: quello assicurativo che vede l'esistenza di uno schema sociale obbligatorio dedicato in modo esclusivo e specifico alla non autosufficienza (Pflegegeld); e quello assistenziale che include diverse misure afferenti, pronte ad attivarsi nel momento del bisogno di cura, soprattutto quando a questo si unisce un bisogno di sostegno dovuto alla fragilità sociale ed economica. All'istituzione dell'assicurazione per la Long Term Care, si attribuiscono alcuni benefici, come un'unica fonte di finanziamento, la predisposizione di un quadro regolatorio chiaro su tutto il territorio nazionale, la definizione di standard di qualità minimi uniformi su tutto il territorio e la definizione di un panel di servizi disponibili per tutti gli utenti del sistema.

Costituita e ideata sin dall'inizio come una sorta di ampliamento dell'assicurazione, già esistente da tempo, in ambito sanitario, l'assicurazione sociale per la Long Term Care, è definita sulla base di tre tipologie di servizi, che vengono destinati in base al livello di gravità della condizione di non autosufficienza accertato, che automaticamente definisce il valore della prestazione a cui avranno

⁸⁴ C.Gori, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti...*, pag.130

⁸⁵ E.Pavolini, *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, pag.60

diritto gli utenti, questi sono chiamati a scegliere se riceverla come assegno cash, sotto forma di servizi di diversi tipi o di un mix dei due⁸⁶.

L'assicurazione si basa su uno schema pay as you go ed è cofinanziata al 50% da lavoratori e datori di lavoro. Diminuzioni o aumenti di aliquota sono previste in base alla caratteristica dei nuclei familiari, dove chi non ha figli ed è solo è chiamato a contribuire di più (considerando diverse variazioni annue, il valore si assesta oggi, in media, all' 1,95% a carico dei lavoratori)⁸⁷.

L'aliquota di contribuzione, così come il valore delle prestazioni erogate, sono uguali per tutti i fondi assicurativi e definiti da politiche nazionali. La logica assicurativa utilizzata è tale per cui le prestazioni non dipendono dal totale dei contributi versati da un individuo nella sua vita, ma, piuttosto, dall'attestazione di un bisogno di cura legato alla non autosufficienza. Le prestazioni sono erogate, quindi, indipendentemente dall'età, dal reddito e dai contributi versati dal singolo, ma solamente in funzione dei suoi bisogni di cura (nel 2010, l'83% dei beneficiari era over 65, mentre solo il 17% aveva meno di 65 anni)⁸⁸.

I servizi offerti sono:

- l'assistenza domiciliare, ovvero tutte le prestazioni di cura erogate al domicilio della persona non autosufficiente. In questo caso, l'anziano riceverà un voucher per l'acquisto di servizi, il cui valore varierà a seconda dell'intensità dell'assistenza necessaria, esso potrà essere speso per l'acquisto di ore di assistenza da erogatori professionisti, ma anche per remunerare eventuali caregivers familiari che si occupano della cura dell'anziano.

Parallelamente, esistono alcuni servizi definiti "di co-servizi residenziali" che prevedono forme condivise di assistenza molto leggera tra più anziani, per esempio, residenti nella stessa zona o quartiere;

- servizi diurni, simili a centri diurni che, in alcuni casi, possono essere anche case protette o appartamenti protetti;

- servizi residenziali, come case di riposo, comunità per anziani e altre tipologie. Nella maggior parte dei casi, hanno un altissimo livello di specializzazione rispetto alle caratteristiche degli anziani che accolgono. In questo caso, l'assicurazione per la non autosufficienza copre tutti i costi della retta legati alle prestazioni di cura e assistenza, a carico dell'acquirente rimane però la componente alberghiera.

Accanto ai tradizionali servizi disponibili per gli anziani non autosufficienti, esistono altri servizi collaterali o di supporto, che rientrano tra quelli erogati sulla base dell'assicurazione sociale di

⁸⁶ Giovanni Fosti, Eisabetta Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*. Modello istituzionali e percorsi degli utenti, Egea, Milano 2014, pag.73

⁸⁷ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.73

⁸⁸ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.74

LTC, essi sono:

- interventi di sollievo, sia domiciliari che residenziali, che si attivano in momenti particolari della vita dell'anziano o della sua famiglia;
- fornitura di dispositivi medici, farmaci o altro materiale sanitario;
- servizi di sostegno al raggiungimento di autonomia nella vita quotidiana;
- servizi di counselling per i singoli individui e per i familiari.

Oltre ai servizi disponibili tramite il sistema assicurativo sociale, sono previste alcune prestazioni assistenziali per quei casi in cui gli anziani non presentino solamente un bisogno di cura, ma anche la necessità di ricevere un sostegno economico in funzione del loro reddito. Rientrano tra queste le prestazioni monetarie, gestite a livello locale ed erogate dai comuni o dai distretti sociali intercomunali o provinciali appartenenti al programma Sozialhilfe, che integrano le prestazioni di cura⁸⁹.

Una condizione di dipendenza può verificarsi anche prima dell'arrivo della vecchiaia, può derivare da invalidità, disabilità acquisita o congenita. L'assicurazione per la non autosufficienza è rivolta a tutte le persone riconosciute come tali, a prescindere dall'età, questo vale anche per le prestazioni Sozialhilfe, a cui devono aggiungersi assegni di invalidità erogati dalle assicurazioni per infortuni sul lavoro e disoccupazione per compensare la perdita di remunerazione da lavoro determinata dalla non autosufficienza.

I principali attori istituzionali che intervengono per offrire decisioni, finanziamenti e sostegni economici sono: il governo centrale Bund, i governi federali Länder, i fondi assicurativi sociali, il fondo assicurativo sociale per la non autosufficienza, gli enti locali competenti e gli enti gestori ed erogatori dei servizi.

Politiche generali e priorità vengono definite a livello nazionale, dove si stabilisce anche la regolamentazione delle assicurazioni sociali, il livello dei benefit da garantire, i criteri di accesso e il quadro regolatore complessivo.

Le politiche vengono poi tradotte in piani attuativi da parte dei singoli Länder e, quindi, a livello degli enti locali (soprattutto per quello che riguarda il pilastro assistenziale). Il finanziamento è molteplice: alcuni trasferimenti derivano dal livello centrale (soprattutto per investimenti nel settore e per meccanismi di perequazione tra territori); i fondi assicurativi pensioni e per la disoccupazione finanziano diversi interventi legati all'invalidità, mentre i fondi sanitari finanziano le spese mediche e farmaceutiche; i fondi assicurativi sociali per la non autosufficienza sono la fonte principale e preferenziale degli interventi per la LTC. Gli interventi assistenziali sono finanziati, invece, dal

⁸⁹ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.75

livello regionale e dal livello locale con budget proprio⁹⁰.

La pianificazione di servizi ed interventi viene fatta dalle assicurazioni sociali per la non autosufficienza, dai Länder e dagli enti locali; i processi di integrazione dei programmi avvengono in maniera contingente, anno per anno, nei singoli cluster territoriali, valutando l'entità degli interventi. Anche la valutazione dei livelli di bisogno, da erogare al singolo utente viene fatta sia dall'assicurazione sociale per la non autosufficienza che dagli enti locali di competenza, laddove ci sia la richiesta di un intervento anche assistenziale. Gli esiti dei due processi di valutazione sono tra di loro indipendenti e formalmente non correlati, e benefit e servizi vengono poi erogati da produttori in maggioranza privati.

La spesa annuale per la non autosufficienza, derivante da prestazioni erogate sulla base dello schema assicurativo, non viene fissata annualmente, ma proviene dal rapporto tra il numero di beneficiari per quell'anno e il costo standard delle singole prestazioni erogate. Questa spesa non viene coperta da stanziamenti preventivi e consuntivi, ma dal prelievo contributivo, che, a sua volta, è funzione del numero degli iscritti e del livello di contribuzione fissato.

La decisione rispetto al livello di contribuzione spetta al governo centrale, che, regolamentando tutta la materia assicurativa, determina anche gli standard delle prestazioni da garantire, queste ultime determinano a loro volta la spesa, creando, quindi, equilibrio tra entrate e uscite per le assicurazioni sociali⁹¹.

Rispetto alla componente assistenziale, la decisione sulla spesa spetta al livello dei Länder, perché è il livello regionale che meglio conosce e può garantire sul proprio territorio. La situazione registra notevoli differenze tra i sedici Länder: alcuni di questi finanziano direttamente gli interventi, altri, al contrario, erogano finanziamenti in conto capitale ai gestori dei servizi. Allo stesso tempo, i fondi assicurativi sociali hanno la responsabilità della programmazione dei volumi di produzione e di verificare che questa sia coerente con i servizi esistenti. Solo negli ultimi anni è sorta l'esigenza di costituire dei tavoli di discussione e di analisi a cui partecipano gli enti locali con il fine di programmare al meglio gli interventi.

I criteri d'accesso al sistema vengono, sia per la parte assicurativa che per quella assistenziale, definiti a livello nazionale nella regolazione generale del sistema. Le prestazioni assistenziali, basandosi su una logica di integrazione del reddito, vengono erogate sulla base di specifici criteri di reddito e patrimonio, fissati dalla normativa nazionale ma applicati a livello locale dai funzionari comunali (o di altri enti, quali i distretti, a seconda dell'ordinamento), che con una logica di compliance, si limitano a verificare la presenza dei requisiti.

⁹⁰ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.76

⁹¹ *Ibidem*, pag.78

Anche per le prestazioni assicurative, sono stati definiti dall'ordinamento nazionale dei criteri che stabiliscono l'esistenza della condizione di non autosufficienza e il conseguente livello di gravità, la valutazione viene fatta da una commissione socio-sanitaria, che procede alla valutazione unendo elementi basati su scale di misurazione e sulle proprie competenze professionali.

Guardando alla spesa totale pubblica per la non autosufficienza (includendo, quindi, tutti i tipi di prestazioni assicurative e assistenziali per invalidi anziani e adulti, non autosufficienti anziani e disabili), nel 2010 essa è stata pari a 74.636 milioni di euro, corrispondenti a 912 euro pro capite. Di questi, il 69% deriva dalla spesa dei fondi assicurativi (per la non autosufficienza per tutti gli interventi specifici più la spesa di fondi sanitari, pensioni e disoccupazione per gli interventi connessi a malattie e altre tipologie di intervento sanitario e all'invalidità da lavoro), il 2% dipende da interventi dello stato centrale e il 29% da interventi assistenziali gestiti al livello locale. Distinguendo ulteriormente e riportando la questione in termini di spesa procapite, essa corrisponde a una spesa di circa 277 euro procapite gestita dal livello locale per interventi assistenziali di integrazione al reddito, a 619 euro pro capite di spesa derivante dalle assicurazioni sociali per non autosufficienza, aggiungendo anche le prestazioni per invalidità, e a soli 19 euro procapite provenienti dalle assicurazioni sanitarie. Questo ultimo dato è frutto dell'esistenza di uno schema di assicurazione per la non autosufficienza separato dagli altri e che è parallelo a quello dell'assicurazione sanitaria⁹².

Tra i più importanti interventi assistenziali per la non autosufficienza, risalta il programma della Sozialhilfe, che è caratterizzato da un'insieme di interventi assistenziali che hanno come obiettivo ultimo quello di andare a sostenere situazioni di fragilità che derivano, oltre che da una particolare condizione sanitaria o sociale, anche dal livello di reddito. La spesa per Sozialhilfe, che nel 2010 è stata di 25 miliardi di euro circa, è totalmente gestita dal livello locale ed è rivolta per la maggior parte (57%) a interventi per i disabili, a interventi di sostegno al reddito per adulti in difficoltà (19%) e per la restante parte a interventi per la non autosufficienza e la cura di particolari condizioni di dipendenza (24%). Nel 2010, i beneficiari di questi programmi sono stati circa 320.000, di cui 71.000 circa over 65⁹³.

Per avere un quadro completo della spesa, è necessario considerare, oltre alla spesa pubblica, anche la spesa privata cioè quella sostenuta dalle famiglie. Dai dati esaminati per conoscere la spesa totale, è stato calcolato che il 73% di questa è coperta dalle prestazioni assicurative, mentre il 27% rimane a carico delle famiglie. Riportando queste percentuali, equivale ad una spesa annua procapite per abitante, pari a 81 euro da aggiungere alla spesa pubblica, per un totale di 993 euro

⁹² G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.80

⁹³ *Ibidem*, pag.80

pro capite⁹⁴.

I beneficiari di prestazioni per la non autosufficienza ricevono un benefit in funzione dei propri bisogni di cura definiti dal livello di dipendenza. Una volta accertata la titolarità alla prestazione ed effettuata la valutazione dei bisogni, la persona non autosufficiente, con i suoi familiari, predispone il proprio piano di cura insieme ad alcuni professionisti del fondo assicurativo sociale; la scelta è guidata da un counseling di professionisti, ma dipende anche dalla volontà dell'assistito e della sua famiglia.

Il sistema dei benefit è costruito in modo tale da incentivare le famiglie e gli individui verso la scelta di servizi reali. Infatti, l'ammontare delle prestazioni varia, oltre che per livelli di gravità della non autosufficienza, anche per tipologia di prestazione ed è più basso nel caso della scelta del cash piuttosto che del servizio.

Diverse scelte definiscono le caratteristiche del piano, fissato il livello di gravità:

- la prima scelta che l'assistito è chiamato a fare riguarda la possibilità di ricevere servizi oppure un ammontare equivalente di denaro sotto forma di assegno di cura, oppure una combinazione delle due possibilità;
- La seconda scelta riguarda la tipologia di servizio tra cure domiciliari, servizi diurni o servizi residenziali;
- La terza scelta riguarda il produttore del servizio tra un panel di gestori convenzionati con il fondo assicurativo⁹⁵.

La possibilità di ricevere le prestazioni della assicurazione per LTC dipende dal riconoscimento della condizione di dipendenza. Questo avviene, a prescindere da valutazioni sul reddito e sullo stato sociale, sulla base di una valutazione sanitaria assistenziale, che è calcolato sulla base della rilevanza del bisogno di assistenza durante la giornata:

- si riconosce dipendenza al livello I (il più lieve) se è richiesta assistenza per almeno due ADL essenziali (nutrirsi, lavarsi, ecc...) per almeno 1,5 ore al giorno, oltre che per una attività strumentale (vestirsi, ecc...) per 75 minuti alla settimana;
- si riconosce dipendenza al livello II se è richiesta assistenza almeno tre volte al giorno per le attività quotidiane, per almeno tre ore al giorno e due volte alla settimana per la attività strumentali, per due ore totali;
- si riconosce dipendenza al livello III (il più grave) se è necessaria assistenza continuativa nell'arco della giornata con almeno 5 ore di cura per il sostegno nelle attività della vita quotidiana e per 4 ore settimanali per le attività strumentali.

⁹⁴ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.80

⁹⁵ *Ibidem*, pag 81

Una recente riforma del sistema ha aggiunto altri due livelli:

- un livello base (o livello zero) per la non autosufficienza molto lieve che dà diritto a prestazioni minime;
- un riconoscimento specifico per i malati di Alzheimer o di demenza⁹⁶.

Con tale provvedimento si mira ad incentivare l'assistito a preferire, sempre considerando il proprio grado di difficoltà, prima gli interventi che gli permettano di raggiungere un buon livello di indipendenza nella quotidianità, poi i servizi di cura e assistenza al proprio domicilio, quindi periodi brevi di sollievo presso strutture residenziali, e solo in ultima istanza il ricovero permanente presso strutture residenziali.

Per questo, attraverso un servizio di consulenza offerto alle famiglie le assicurazioni mirano ad indirizzarle nella scelta più adeguata all'attuale stato di emergenza.

Guardando alla distribuzione della spesa dei fondi assicurativi per la LTC per il 2011 (circa 22 miliardi di euro per un totale di 2.460.000 beneficiari tra anziani non autosufficienti e disabili), si scopre che la maggior parte dei beneficiari preferisce ricevere assegni di cura piuttosto che servizi reali (il 53% dei beneficiari ha ricevuto un assegno, mentre il 47% servizi). Questo, considerando il fatto che gli assegni hanno un valore economico inferiore dei servizi, ha fatto sì che il 31% della spesa dei fondi sia stata per il pagamento di assegni, mentre il 69% per l'erogazione di servizi. Questo indica che, in media, all'aumentare della gravità del caso, si tende a privilegiare servizi reali invece che trasferimenti monetari, e viceversa. Questa preferenza dei cittadini tedeschi è stabile nel tempo, con un lieve spostamento di beneficiari dagli assegni di cura ai servizi dal 1999 a oggi⁹⁷.

Tra Länder esistono ampie differenze, in genere i Länder più ricchi osservano una preferenza di servizi reali e quelli più poveri, con il più alto tasso di disoccupazione e il più basso tasso di occupazione femminile, preferiscono l'assegno, considerandolo come una forma di integrazione del reddito familiare.

L'erogazione dei servizi prevede comunque una compartecipazione ai costi del servizio da parte dell'utente, per i servizi residenziali, per esempio, non sono inclusi nell'ammontare pagato dall'assicurazione i costi alberghieri e di alcune prestazioni di assistenza; questo fa sì che gli utenti debbano pagare una cifra mensile media di circa 900 euro per il livello I (benefit di 1.023 euro e retta mensile media di 1.915 euro), 1.000 euro per il livello II (benefit di 1.279 euro e retta mensile media di 2.300 euro circa) e di 1.334 euro per il livello III (1.400 euro circa di benefit e 2.700 euro circa di retta mensile)⁹⁸.

⁹⁶ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.82

⁹⁷ *Ibidem*, pag.82

⁹⁸ *Ibidem*, pag.84

Anche nel caso di erogazione di assegni di cura e, quindi, di un trasferimento cash che non è sottoposto a vincolo nel suo utilizzo, l'anziano insieme con la sua famiglia, ugualmente con l'ausilio dei professionisti del fondo assicurativo sociale, redige un piano di cura in cui dovrà definire l'organizzazione della sua assistenza e le modalità di utilizzo delle risorse che ha ricevuto. Il piano verrà poi utilizzato per effettuare controlli periodici, per verificare che l'anziano riceva effettivamente l'assistenza e la cura di cui abbisogna, a prescindere dalla modalità che è stata scelta. Gli utenti, definito il tipo di servizio più appropriato per loro, hanno piena libertà nel scegliere il produttore che preferiscono; e se i servizi di consulenza sono offerti per la scelta tra il cash e i servizi, e tra le varie tipologie di servizi, per i fondi assicurativi vige un divieto esplicito di indirizzo nelle scelte per gli assistiti.

Il numero dei caregivers informali (familiari, amici...) coinvolti nella cura di persone non autosufficienti segnala come questo stia diventando sempre più un fenomeno sociale rilevante. Le ultime rilevazioni statistiche disponibili mostrano che, già nel 2002, 7 milioni di tedeschi (8% della popolazione) svolgeva in modo sistematico attività quotidiane di cura verso propri familiari. I caregivers familiari sono, nel 28% dei casi coniugi, per il 32% figlie o nuore e nel 10% dei casi figli o generi, ed il 25% ha più di 55 anni⁹⁹.

Gli schemi assicurativi per la LTC prevedono che possa esserci una forma di riconoscimento per i caregivers familiari e di compensazione per le prestazioni di cura che questi offrono. Questo prevede il pagamento dei contributi previdenziali e la possibilità di richiedere periodi di interventi di sollievo: nel 2009, 421.000 caregivers familiari hanno ricevuto dai fondi assicurativi il pagamento dei contributi previdenziali, in virtù del loro lavoro di cura, per un totale di 1 miliardo di euro. Il contributo mensile versato varia a seconda del livello di gravità dell'assistito e delle ore di cura settimanali prestate, che possono andare da un massimo di 28 ore a un minimo di 14 ore settimanali¹⁰⁰. L'intenzione alla base di queste misure è quello di impedire alle donne di essere intrappolate in un lavoro che non è né socialmente né economicamente riconosciuto (Pavolini e Ranci 2008).

Le nuove forme di prestazioni in denaro sono un modo a basso costo per pagare i servizi di assistenza forniti dai membri della famiglia, ma costituiscono anche un forte riconoscimento istituzionale del lavoro di cura svolto dalle donne, precedentemente considerati come un implicito dovere 'naturale'¹⁰¹.

Accanto al sistema dei caregivers familiari si apre quello delle assistenti familiari, il fenomeno

⁹⁹ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.86

¹⁰⁰ *Ibidem*, pag.86

¹⁰¹ E.Pavolini, C.Ranci, *Restructuring the welfare state: reforms in long-term care...*, pag.257

nasce già negli anni '90 parallelamente all'istituzione del sistema assicurativo, questo spiega in parte, la preferenza delle famiglie per assegni di cura cash piuttosto che per i servizi. Di fronte a un evidente "care gap" determinato da una moltitudine di fattori, come, per esempio, il cambiamento del contesto sociale, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle malattie croniche, ecc., le famiglie si sono organizzate sia per supplire al vuoto lasciato dal mercato formale, sia per provvedere alla cura dei propri familiari in quei casi in cui il servizio pubblico non si è dimostrato sufficiente. Si è formato, in questo modo, un mercato nero o grigio di assistenti familiari composto da donne di mezza età provenienti prevalentemente da Ungheria, Polonia, Romania e Repubblica Ceca. Nel 2010, circa il 30% degli anziani non autosufficienti che vivevano presso il loro domicilio ricevevano cure da un'assistente familiare del tutto o in parte irregolare, stimando un numero di 115.000 badanti¹⁰².

Il sistema di Welfare per la non autosufficienza in Francia

Il sistema di welfare per la non autosufficienza, in Francia, è dato da un mix di diversi interventi che prevedono benefici monetari e in servizi, per anziani non autosufficienti e per giovani disabili., con riferimento, in particolare, all'assistenza agli anziani non autosufficienti, è possibile distinguere tra due macro tipologie di benefici pubblici disponibili:

- i trasferimenti monetari (per lo più assegni e agevolazioni fiscali), gestiti a livello centrale dallo stato e dalle casse assicuratrici;
- i benefici definiti e amministrati a livello locale (servizi di diverso tipo, ma anche alcuni trasferimenti monetari), in parte dal sistema delle Agenzie Regionali di Salute, in parte dagli enti locali con competenze in ambito di politiche sociali, a seconda della finalità dell'intervento¹⁰³.

Gli interventi per gli anziani non autosufficienti previsti dal sistema francese sono molteplici e molto differenziati tra loro con vari programmi, finalità e caratteristiche, tanto che difficilmente si può parlare di un sistema univoco di benefici.

Tra i trasferimenti cash, tre sono i più diffusi e rilevanti per finalità, importo erogato e diffusione:

- la Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA),
- l'Aide Personnalisée au Logement (APL),
- l'Aide Sociale pour les personnes âgées (AS).

¹⁰² G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.42

¹⁰³ *Ibidem*, pag.43

Il primo, l'APA, è stato attuato nel 2002 per i cittadini di età superiore ai 60 anni¹⁰⁴, che rispondono a determinati requisiti di non autosufficienza, con l'obiettivo di sostenere e compensare le spese per l'acquisto di prestazioni di cura e assistenza, sia a domicilio che in struttura. L'APA è gestita dal dipartimento, e il suo importo varia tra un valore di 540 euro mensili¹⁰⁵ fino ad un valore massimo di 1.106.77 euro al mese¹⁰⁶, a seconda del livello di non autosufficienza riconosciuta al beneficiario e del suo livello di reddito.

Gli altri due trasferimenti intervengono a sostegno dell'abitare (APL) e del reddito (AS).

I servizi sono gestiti a livello locale e possono essere raggruppati nelle seguenti categorie:

- i servizi di cura domiciliare per l'assistenza sociale e il sostegno nelle attività della vita quotidiana;
- i servizi di cura domiciliare per le cure sanitarie di tipo medico o infermieristico;
- i servizi residenziali definiti "leggeri", come i centri diurni o forme di residenzialità innovative, come, per esempio, i Foyers Logement o le Résidences avec services, simili a gruppi di appartamenti o piccole comunità per soggetti lievemente non autosufficienti, provvisti di servizi di assistenza per i residenti;
- i servizi residenziali con una connotazione marcatamente sanitaria¹⁰⁷.

Il sistema dei servizi prevede una varietà di offerta che va dai servizi poco formalizzati erogati nell'ambito della domiciliarità, dai familiari o da altri caregiver informali, fino ai servizi molto formalizzati in strutture residenziali, sempre facendo riferimento anche ai diversi livelli di gravità della non autosufficienza, quindi dalle situazioni più lievi, che richiedono assistenza per l'espletamento di poche attività della vita quotidiana, fino a quelle più complesse, che richiedono assistenza continuativa con una forte componente sanitaria. Si prevede quindi, che alle situazioni meno gravi corrispondano interventi poco formalizzati per i quali la capacità di autorganizzazione dell'utente e delle famiglie è alta, mentre all'opposto servizi molto formalizzati in strutture residenziali sono previsti per le situazioni più gravi.

Il livello di gravità è misurato a partire da una griglia di valutazione, definita inizialmente con riferimento all'APA, ma oggi utilizzata anche per la valutazione del bisogno relativamente all'accesso ad altri servizi o trasferimenti e, dove comunque non viene presa in considerazione la situazione economica reddituale della persona o della sua famiglia.

La perdita di autonomia fisica nello svolgimento delle principali attività della vita quotidiana, viene fissato in base a sei livelli di riferimento, il primo è considerato il più grave (persone anziane in stati

¹⁰⁴ E.Pavolini, C.Ranci, *Restructuring the welfare state...*, pag.251

¹⁰⁵ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.44

¹⁰⁶ E.Pavolini, C.Ranci, *Restructuring the welfare state...*, pag.251

¹⁰⁷ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.44

vegetativi o confinate a letto), mentre il sesto, all'opposto, individua persone lievemente non autosufficienti per le quali non è prevista l'APA. I soggetti lievemente non autosufficienti, anche se non eleggibili per l'erogazione di APA, se iscritti a una cassa assicurativa (malattia), possono chiedere a quest'ultima sussidi per accedere a servizi di assistenza e prestazioni sanitarie.

Gli standard di assistenza e i criteri di accesso ai servizi e alle principali prestazioni monetarie (tra cui l'APA) sono diversi tra loro.

I criteri di eleggibilità per assegni e altri trasferimenti, siano essi APA o altri, sono definiti a livello nazionale e, pertanto, omogenei su tutto il territorio. Nel caso dell'APA, un primo criterio di accesso è basato sull'età (oltre i 60 anni), a cui segue una valutazione della persona e delle sue risorse per definire il livello di beneficio da concedere. Nel caso degli altri assegni (per esempio, l'Aide Personnalisée au Logement), la prima soglia è basata su requisiti di reddito, a cui segue una valutazione complessiva sul bisogno (diversa a seconda della finalità e delle caratteristiche della prestazione monetaria in questione)¹⁰⁸, gestita da commissioni multidisciplinari delle casse assicuratrici competenti. La valutazione multidisciplinare per l'accesso all'APA, viene svolta da una commissione mista composta da medici e da professionisti del settore sociale nominati dai dipartimenti.

Gli attori pubblici principali che intervengono nella gestione della spesa per la non autosufficienza (per anziani e disabili adulti) sono, quindi: il governo centrale, la CNSA, con un ruolo di coordinamento e di monitoraggio, oltre che di erogazione, le casse assicuratrici, il livello locale con i comuni, ma soprattutto i dipartimenti.

Nel 2011, la spesa pubblica complessiva per la non autosufficienza è stata di circa 55 miliardi di euro, ovvero 841 euro pro capite. Di questa, la spesa per non autosufficienti anziani è stata di circa 20 miliardi, mentre quella per disabilità degli adulti di circa 35 miliardi di euro.

Nel suo complesso, il 26% è gestito e finanziato dai Dipartimenti, il 55% dalle casse assicuratrici, il 14% da fondi della CNSA e il 5% dal governo centrale.

Guardando alla tipologia di prestazioni erogate, il 38% è stato speso per prestazioni cash (tra cui l'APA), il 44% circa per servizi e prestazioni di tipo sanitario e il 18% per servizi e prestazioni sociali e sociosanitari dal livello locale dei Dipartimenti.

Come già detto, l'APA è la prestazione cash per il sostegno alla non autosufficienza più diffusa in Francia: nel 2011, i beneficiari sono stati 1,2 milioni, ovvero l'8% dei cittadini francesi ultra sessantenni. L'ammontare erogato varia in funzione dei livelli di non autosufficienza riconosciuti tramite la valutazione AGGIR: il 7,6% dei beneficiari rientrano nel livello 1 (il più grave), il 27,5% nel livello 2, il 19,6% nel livello 3 e il 45% circa nel livello 4 (il meno grave). L'ammontare erogato

¹⁰⁸G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.49

tramite APA deve essere utilizzato dalle famiglie per l'acquisto di prestazioni di cura o per compensare la cura prestata da familiari a domicilio (fatta eccezione per il coniuge, che per legge non può essere assunto come caregiver): nel 2011, il 60% dei beneficiari di APA l'ha utilizzata per assistenza a domicilio, mentre il 40% per servizi in strutture residenziali e semiresidenziali. La spesa, di circa 5 miliardi di euro, nel 2011 è stata finanziata per meno di 2 miliardi da CNSA e per 3,5 miliardi dai Dipartimenti¹⁰⁹.

Il livello di compartecipazione per il costo dei servizi, che è definito in sede di assegnazione dell'APA, è calcolato in base alla capacità reddituale dell'utente ed è definito e uniforme a livello nazionale. Dopo aver valutato il livello di non autosufficienza dell'anziano e aver definito, in base a questo, la tipologia e l'ammontare di prestazioni di cui è titolare l'anziano, viene calcolato il livello di compartecipazione dovuta e, per differenza, il finanziamento pubblico. La spesa privata può raggiungere livelli molto alti nel caso dei servizi residenziali.

La componente di compartecipazione e di spesa out of pocket privata pura, delle famiglie francesi, è di circa 841 euro pro capite, alla quale si aggiungono circa i 356 euro pro capite di spesa privata delle famiglie, pari a circa il 30% della spesa complessiva di 78 miliardi di euro¹¹⁰.

I cittadini hanno libertà di scegliere i produttori o gestori dei servizi che preferiscono. I produttori pubblici sono oggi la minoranza (il 30%) per i servizi domiciliari, dove il 66% circa dei servizi sono gestiti da enti no profit, ma la maggioranza (il 54% circa) per quelli residenziali dove il no profit gestisce il 28% circa dei servizi e i privati for profit il 18% circa¹¹¹.

La dotazione di servizi è rimasta pressoché invariata dal 2003 al 2011 con un numero di posti letto in strutture residenziali molto alto, pari a 135 posti ogni 1.000 anziani ultra settantacinquenni (Fosti, Notarnicola 2015). Se, nel complesso, prevale la presenza di posti in strutture residenziali, il sistema di offerta di alcuni dipartimenti, all'opposto, si caratterizza per una prevalenza dei servizi di assistenza domiciliare piuttosto che residenziale, andando a confermare ancora una volta l'esistenza di una certa eterogeneità nelle scelte di programmazione degli interventi a livello locale.

Nonostante la grande disponibilità di strutture e servizi residenziali, nel sistema francese il 90% degli anziani ultrasessantenni vive a casa, dove riceve assistenza e cura; di questi, il 50% riceve assistenza solamente da un caregiver informale, un familiare o un amico. Il sistema di cura informale si compone di circa 3.5 milioni di caregivers, di cui almeno 300.000 prestano assistenza a tempo pieno a persone gravemente non autosufficienti. Di questi, l'85% sono familiari e il 66% donne (figlie o mogli) e hanno in media 70 anni (se coniuge) o 51 anni (se figlia o figlio). Alcune

¹⁰⁹ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.50-51

¹¹⁰ *Ibidem*, pag.52

¹¹¹ *Ibidem*, pag.52

stime mostrano come in media, il bisogno di assistenza dell'anziano in termini di aiuto nello svolgimento di attività quotidiane, solo il 20% di questo bisogno riceve risposta tramite il sistema formale dell'assistenza, il 30% circa tramite il sistema informale, il 10% tramite un mix del sistema formale e informale, e poco meno del 40% non riceve alcuna risposta¹¹².

Nel tempo, si sta consolidando, accanto al sistema pubblico, anche un sistema di copertura assicurativa integrativa per il rischio di non autosufficienza. La copertura include, per lo più, un'integrazione alla pensione di vecchiaia, un'integrazione alla copertura sanitaria e il pagamento di una rendita simile a quelle erogate nel caso delle assicurazioni sulla vita.

La gestione degli anziani non autosufficienti nel Regno Unito

Con il termine Long Term Care, si intende la gestione degli anziani non autosufficienti e dei disabili prevista dal sistema di welfare britannico, tale termine viene però utilizzato, in modo generale, per indicare una varietà di servizi che aiutano a soddisfare sia le esigenze mediche e non mediche di persone con una malattia cronica o disabilità che non possono provvedere a se stessi per lunghi periodi di tempo. Tenendo in considerazione sia la non autosufficienza che la disabilità, vi sono principalmente due tipologie di interventi: in kind benefits (ossia servizi reali) e cash benefits (ossia prestazioni monetarie). Queste due categorie rappresentano, comunque, delle macrocategorie di riferimento, al cui interno si articolano una serie di diversi interventi che si differenziano sia per i soggetti responsabili della loro programmazione ed erogazione, sia per il loro finanziamento.

Si analizzano due tipologie di interventi per la non autosufficienza:

- in kind benefits (ossia servizi reali) e servizi in struttura (Nursing home),
- strutture di carattere residenziale.

-I servizi reali, a loro volta, includono diverse tipologie di possibili interventi, sia in struttura residenziale che a domicilio del paziente. I principali possono essere così suddivisi:

Servizi di empowerment della persona:

- servizi di training rivolti alla conservazione della autosufficienza nelle attività domestiche o giornaliere (per esempio, corsi di cucina per anziani soli che non sanno cucinare);
- counselling psicologico;
- counselling pratico rivolto alla risoluzione di problemi quotidiani (per esempio, pagamento bollette, ritiro prescrizioni mediche);

¹¹²G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.53

-counselling sociale con l'obiettivo di creare opportunità di incontro per anziani soli;

- servizi sportivi/fisioterapici rivolti al mantenimento della autosufficienza (per esempio, nuoto, pilates, ginnastica)¹¹³.

-Le strutture a carattere residenziale, offrono cure per periodi limitati di tempo, con maggior attenzione alla componente riabilitativa. Tali strutture sono rivolte prevalentemente ad anziani con bisogni provvisori di residenzialità e ad anziani in fase di ricovero di alleggerimento, fase che in genere precede quella della valutazione, per capire a quali servizi debbano poi essere indirizzati; queste si dividono in:

- strutture di carattere residenziale con servizi light per periodi limitati di tempo (spesso, unità specifiche che coprono l'ultimo tratto temporale dei ricoveri di alleggerimento, in attesa di un ricovero a tempo indeterminato);

- strutture di carattere residenziale con servizi light per lungo-degenze (spesso, unità specifiche dedicate ad anziani con livelli lievi di non-autosufficienza);

- servizi di carattere residenziale, con una connotazione marcatamente sanitaria (dedicate ad anziani non-autosufficienti che abbandonano la propria residenza per stabilirsi nella struttura di ricovero);

Infine i servizi a domicilio, che si dividono in:

- servizi preventivi al domicilio del paziente (preventive services, che includono la visita di personale dedicato al domicilio del paziente, l'alleggerimento in attività quotidiane, supporto psicologico per anziani soli o che assistono un parente, ecc...);

- servizi riabilitativi al domicilio del paziente.

Tali servizi, dal carattere temporaneo, offrono:

- assistenza sanitaria, medica e socio-sanitaria a domicilio del paziente (se in seguito alla valutazione, può includere una molteplicità di attori pubblici e privati con un case manager sociale coordinato dall'autorità locale e può essere finanziata attraverso meccanismi di personal budget gestiti direttamente dall'anziano o dalla famiglia);

- assistenza medica e sanitaria di ospedalizzazione al domicilio.

Le Long Term Care allowances, sono erogate previa valutazione all'anziano giudicato non-autosufficiente e bisognoso di assistenza. In Inghilterra attualmente ricevono tali allowances 1,3 milioni di anziani, per un valore medio mensile pari a circa 300 pounds. Il numero complessivo di anziani con bisogni di LTC, in Inghilterra, è stimato in circa 2,3 milioni di persone¹¹⁴.

Sebbene prestazioni monetarie e servizi in kind rappresentino, storicamente, le due tipologie

¹¹³ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.131

¹¹⁴ *Ibidem*, pag.132

predominanti di intervento per la gestione della LTC, si stanno diffondendo nuove sperimentazioni volte ad offrire nuovi servizi e modalità di assistenza.

Uno di questi è quello del personal budget, che consiste nella quantificazione di un pacchetto di prestazioni riconosciute all'anziano non-autosufficiente, previo accertamento, che l'anziano può consumare attraverso la ricezione o l'acquisto diretto di servizi. Il valore medio dei servizi ricompresi nell'home care budget è di circa 600-700 pounds al mese (150-180 pounds a settimana), che l'anziano può scegliere se gestire autonomamente tramite acquisto di prestazioni a mercato, oppure consumando prestazioni coordinate da un case manager. In questa seconda opzione, l'anziano riceve tipicamente una quantità più consistente di servizi (circa 9 ore a settimana di home care versus 6-7 ore in caso di acquisto di servizi privati), dal momento che il costo a ora-prestazione viene abbattuto di un 20-30 per cento¹¹⁵.

Il finanziamento del sistema di interventi per la LTC britannica coinvolge diversi attori, principalmente il governo centrale (tramite il NHS per la componente sanitaria), il livello locale di governo (per la spesa sociale) e la National Insurance (per le allowances). Il livello di spesa pubblica complessiva per la LTC è di 60.380 milioni di euro, pari a 963 euro per cittadino britannico. Si tratta di un dato in costante aumento, complici anche la crescita dei bisogni della popolazione non-autosufficiente e la difficoltà di raccogliere le diverse risorse e i relativi problemi di sostenibilità finanziaria del sistema¹¹⁶.

La spesa sostenuta dalle famiglie è stata stimata del valore di 13.041 milioni di euro annui (pari a 208 euro pro capite), ovvero il 18% del totale della spesa per la LTC¹¹⁷.

La spesa delle autorità locali consiste, prevalentemente, nella componente sociale della spesa, per un valore complessivo di 23.010 milioni di euro (367 euro pro capite), ovvero il 31% del totale.

La spesa del governo centrale è, invece, leggermente superiore, pari a 23.199 milioni di euro (370 euro), ossia il 32% del totale, e consiste prevalentemente nella componente sanitaria della spesa.

La spesa per la sicurezza sociale si scompone in benefici per invalidità, programmi di assicurazione per la LTC, assegni per disabilità e invalidità. Tale spesa ammonta a 14.170 milioni di euro, pari a 226 euro pro capite, ovvero il 19% della spesa totale¹¹⁸.

Il settore della LTC include una molteplicità di produttori pubblici e privati, per quanto riguarda il mercato dei servizi residenziali, il 65% è in mano ai fornitori privati, mentre solo il 35% è gestito da produttori pubblici, mentre per quanto riguarda i servizi domiciliari il 60% del mercato è gestito da

¹¹⁵,G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.132-133

¹¹⁶ *Ibidem* pag.134

¹¹⁷ *Ibidem*, pag.135

¹¹⁸ *Ibidem*, pag.135

produttori privati, mentre il 40% da produttori pubblici¹¹⁹.

Molta attenzione va dedicata, anche in questo paese, alla cura informale, si stima che in Gran Bretagna il numero delle assistenti familiari sia di quasi un milione di caregiver, di cui molti familiari o congiunti degli anziani non auto-sufficienti.

Il sistema Britannico offre una copertura soltanto a una parte degli anziani non autosufficienti, con un gap tra domanda e offerta destinato ad aumentare nel tempo con i conseguenti problemi, come l'universalismo nell'accesso ai servizi, l'equità dei servizi prestati...

Il livello però dei servizi prestati risulta in linea con quello dei principali paesi europei (Fosti, Notarnicola 2015).

Cenni ad altri paesi europei... (Austria, Norvegia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia)

Austria: Il sistema di welfare sociale in Austria è diviso in tre settori:

- Assicurazione sociale, che si occupa di fornire assistenza in caso di malattie, per la pensione e l'assicurazione contro gli infortuni in cambio di contributi obbligatori;
- Protezione sociale, fornita come copertura per gruppi speciali per il quale lo Stato deve assumersi la responsabilità diretta, ad esempio le vittime di guerra, e tali benefici sono forniti grazie alla tassazione generale;
- Assistenza sociale, che fornisce una rete di sicurezza in base ai bisogni per i singoli casi ed è fornita solo se altri benefici non sono disponibili o se insufficienti, ed è finanziata dalle province di tassazione.

In generale, il sistema di assistenza a lungo termine austriaca è una combinazione di prestazioni in contanti e in servizi. La parte principale di questa è costituita da un programma che prevede un assegno di assistenza a lungo termine a livello federale e provinciale, infatti in questo paese le prestazioni monetarie hanno maggior rilevanza rispetto agli altri paesi.

Le prestazioni in denaro possono essere utilizzate per acquistare cura formale, servizi da fornitori pubblici o privati o per pagare prestazioni di assistenza informale. Solo nel caso in cui il reddito del beneficiario (compreso l'assegno di assistenza) non sia sufficiente per coprire le spese, queste vengono coperte dal sistema di assistenza sociale.

L'assegno per la Long Term Care:

- E' un beneficio destinato esclusivamente a spese aggiuntive sostenute per le esigenze di cura; i

¹¹⁹ G.Fosti, E.Notarnicola, *Il Welfare e la Long Term Care in Europa...*, pag.135

destinatari sono liberi di scegliere come spendere l'indennità, che non è imponibile;

- il livello di riferimento è determinato in base alla necessità di cure, dalla quantità specifica di personale e a seconda del servizio e dell'assistenza necessarie;
- E' concesso indipendentemente dalla causa di esigenze di cura e dall'età della persona interessata;
- E' elargito a prescindere dal reddito e dal patrimonio e sulla base di un diritto legale;
- Per l'utilizzo secondo criteri uniformi è governato da una legge federale e nove corrispondenti leggi provinciali;
- E' finanziato dal bilancio federale generale e dai nove bilanci provinciali, ma organizzato e gestito da enti previdenziali¹²⁰.

Un'altra parte fondamentale del sistema di assistenza a lungo termine austriaco è il cosiddetto articolo 15 bis B-VG (Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen), la cosiddetta riforma del '93, che ha introdotto un programma universale di supporti alle persone non autosufficienti. Il finanziamento proviene dalla fiscalità generale, l'individuazione dei beneficiari è basata esclusivamente sul grado di disabilità e il reddito ed il patrimonio sono considerati per determinare la compartecipazione al costo solo nel caso di cure intensive. Il sussidio è universale e viene erogato a tutti i non autosufficienti in relazione al grado di disabilità.

L'intenzione di questa legge, era quella di consentire, ai bisognosi di cure, di scegliere tra diverse impostazioni di cura. La maggior parte delle persone bisognose di cure ha preferito ricevere assistenza a casa facendosi aiutare dai familiari oltre che da terzi (cura formale); è stimato che circa l'80% delle persone in stato di bisogno abbia ricevuto cure informali¹²¹.

La valutazione delle necessità di assistenza a lungo termine è basata sull'analisi individuale, tale è necessaria al fine di qualificarsi per l'assegno di assistenza a lungo termine, è basata sul parere di medici esperti e da rappresentanti di altri settori (ad esempio, quello infermieristico) e il parere degli esperti di solito è stilato al termine di un esame effettuato a domicilio.

La decisione di ammissibilità è realizzata per mezzo di una notifica ufficiale con la possibilità di fare ricorso in caso di responso negativo. La visita medica, la classificazione e il pagamento delle cure a lungo termine sono effettuate da enti previdenziali, in particolare dall'assicurazione pensionistica e dall'assicurazione per gli incidenti.

Le disposizioni specifiche riguardanti la valutazione della necessità di cure sono stabilite nell'Ordinanza sulla cura Allowance Livelli (Einstufungsverordnung) in questa ordinanza vengono

¹²⁰ Monika Riedel, Markus Kraus, *The Austrian Long-Care System*, Centre for European Policy Studies (CEPS), Brussels, Belgium, Research Report NO.69, Maggio 2010, pag.11

¹²¹ Monika Riedel, Markus Kraus, *The Austrian Long-Care System*, Centre for European Policy Studies (CEPS), Brussels, Belgium, Research Report NO.69, Maggio 2010, pag.12

definite le cure, il tipo di assistenza e il tempo a disposizione per le singole attività, ad esempio, vestirsi e svestirsi, la cura del corpo, la preparazione del cibo, il modo di alimentarsi, nonché il bisogno di assistenza nella mobilità. In aggiunta a ciò, la Federazione austriaca di assicurazioni sociali (Hauptverband der Sozialversicherungsträger, HV) ha definito delle linee guida nazionali per meglio valutare le necessità di cura, e al fine di assicurare l'interpretazione uniforme delle rispettive leggi sono stati, più volte emessi ed aggiornati tali orientamenti.

La legge definisce sette livelli di bisogno di cura, nel primo livello si stima che per l'assistenza tra le 50 e le 75 ore al mese, venga predisposto un assegno con un valore che varia dai 154,20 € ad un massimo di € 1.655.80, mentre per un livello 7 le ore di assistenza stabilite ammontano a più di 180 ore al mese in combinazione con l'immobilità completa¹²².

Tabella 10: Criteri di ammissibilità per i livelli di assegni di cura e indennità al mese.

Livello	Bisogno di assistenza al mese	Cura indennità € al mese
I	+ di 50 ore di assistenza necessaria al mese	154.20
II	+ di 75 ore di assistenza...	284.30
III	+ di 120 ore di assistenza...	442.90
IV	+ di 160 ore di assistenza...	664.30
V	+ di 180 ore di assistenza...	902.30
VI	+ di 180 ore di assistenza necessarie al mese, se 1) sono necessari interventi di assistenza, che non possono essere coordinati in termini di tempo e questi sono forniti su base regolare durante il giorno e la notte o 2) è necessaria la presenza continua di un care giver durante il giorno e la notte, poiché è probabile che ci sia un pericolo per l'assistito o per altre persone.	1.242.00
VII	+ di 180 ore di assistenza necessari al mese, se 1) non si può muovere autonomamente o 2) si verifica una situazione analoga	1.655.80

Il livello concesso è molto importante per i destinatari di assistenza, non solo a causa dell'assegno di assistenza in sé, ma piuttosto per poter usufruire di altri benefici, come l'ammissione in case di cura, per es. le case gestite dalla città di Vienna (o, più precisamente, dal Fonds Soziales Wien) accettano persone con almeno un livello III. In Austria la maggioranza delle strutture residenziali è di proprietà pubblica mentre un terzo circa delle strutture sono di proprietà di organizzazioni non profit e la quota rimanente di società commerciali, mentre per quanto riguarda l'assistenza

¹²² *Ibidem*, pag.3

domiciliare il ruolo principale viene svolto dalle organizzazioni non profit¹²³.

L'incidenza del costo della non autosufficienza sul Pil è dello 0,7% pari a 14 miliardi e 700 mila euro per assistere il 70,6 della popolazione over 65 ed il 29,4% della popolazione over 75¹²⁴.

Norvegia: il sistema pubblico norvegese eroga un rilevante volume di servizi e prestazioni finanziati dalla fiscalità generale con una compartecipazione degli utenti. La fornitura delle prestazioni è organizzata su base locale. Per i requisiti di accesso, viene fatta una valutazione da un team di esperti, che colloca i soggetti in uno dei tre seguenti gruppi di prestazioni: cure residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Anche in Norvegia, com'è accaduto in altri paesi, dalla fine degli anni '80, si è sviluppata una politica di contrasto all'istituzionalizzazione, attraverso la realizzazione di "alloggi adeguati" per gli anziani. La posizione del Governo, in quegli anni, sosteneva la volontà di dare l'opportunità agli anziani che lo volevano, di continuare a vivere nel proprio ambiente domestico, il più a lungo possibile fornendo loro un'abitazione adeguata, i servizi e l'assistenza necessari a raggiungere l'obiettivo del mantenimento a domicilio. Si invertiva in questo modo una politica che in precedenza promuoveva il ricovero in strutture residenziali. Il tema centrale diventava così quello della progettazione di "alloggi adeguati" per gli anziani, la discussione e l'interesse si dimostrarono tanto vivi, da coinvolgere anche gli aspetti progettuali delle nuove strutture residenziali che si andavano a realizzare, e portò ad affermare che la struttura ideale doveva assomigliare ad un appartamento tradizionale. Si sono così sviluppate varie tipologie abitative per anziani che prevedevano la possibilità di poter usufruire di servizi assistenziali e sanitari forniti da personale con presenza permanente in struttura o solo per alcune ore. I nuovi orientamenti sono stati finanziati dalla Norwegian State Housing Bank che ha sostenuto, in modo quasi integrale, la realizzazione degli alloggi a condizione che gli stessi seguissero talune indicazioni costruttive¹²⁵. L'assistenza domiciliare prevede 2 tipi di intervento:

- l'assistenza domiciliare home help, con fornitura di cure ed assistenza domiciliare con partecipazione al costo;
- home nursing, con fornitura di assistenza medica senza alcun onere per l'utente. E' previsto un sussidio retributivo per le persone che si prendono regolarmente cura di una persona non autosufficiente. Il costo incide per il 3,5% del Pil, pari a circa 22 miliardi e 900 mila euro¹²⁶.

¹²³ Franco Pesaresi, Cristiano Gori, Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa, Tendenze nuove, 4-5/2003, luglio-ottobre, pag.451

¹²⁴ Dal sito internet: <http://www.cislmilano.it/files/10039/allegati/b0975ba7bc31f6b212cfd5f2bf1e593b.pdf>

¹²⁵ F.Pesaresi, C.Gori, *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani...*, pag.443

¹²⁶ Dal sito internet: <http://www.cislmilano.it/files/10039/allegati/b0975ba7bc31f6b212cfd5f2bf1e593b.pdf>

Con queste azioni, la Norvegia si è aggiudicata il primato del paese in cui si registra il maggior numero di anziani assistiti a domicilio.

I criteri da rispettare sia per gli alloggi per anziani che per le nursing homes sono i seguenti:

- accessibilità ed usabilità per persone con qualunque tipo di disabilità;
- un servizio di assistenza nelle 24 ore, (staff fisso o a richiesta);
- le funzioni abitative complementari sono fornite dalle strutture comunali per le unità individuali inferiori a mq.55.

Le strutture che sono state realizzate ed ancora oggi utilizzate sono le seguenti:

- abitazioni singole: hanno una superficie minima di mq.55 ed una articolazione in ingresso, cucina, stanza da letto e bagno; il soggiorno/pranzo può anche essere facoltativo.
- abitazioni con spazi comuni; hanno una dimensione compresa fra mq. 40 e 55. L'unità individuale è molto simile a quella delle abitazioni singole con qualche sacrificio di spazio per la cucina e, in misura minore, per il bagno. Pertanto sono questi ultimi gli spazi che vanno compensati con gli spazi comuni. In questi casi la progettazione prevede per i pazienti che necessitano di aiuto domestico, spazi per il pranzo per più persone, una cucina in comune ed uno spazio soggiorno, oltre ad un bagno accessibile ai disabili motori.
- abitazioni collettive: le unità individuali hanno una dimensione inferiore ai mq. 40. In sostanza, sono quasi identiche a quelle delle nursing homes, comprendendo un ingresso, un bagno ed una stanza soggiorno/letto. Gli spazi comuni dovrebbero garantire lo stesso standard dell'alloggio autonomo.
- Nursing home: si tratta della tradizionale struttura residenziale collettiva per anziani non autosufficienti, seppur di grande qualità. Gli standard abitativi non differiscono molto dalle abitazioni collettive anche se rispetto a queste la dimensione degli spazi individuali potrebbero essere minori¹²⁷.

La maggior parte dei comuni (80%) fornisce un'assistenza domiciliare 24 ore su 24. I servizi di home care includono la pulizia, gli acquisti, la cucina, la lavanderia e l'igiene personale per chi non può affrontarli nella propria casa. I servizi di cure includono anche le cure di sollievo, i servizi di fisioterapia, l'attività di educazione (training) per le attività della vita quotidiana e di assistenza personale. Si registra anche un consistente aumento dell'uso delle tecnologie informatiche, promosso dalle politiche pubbliche, per migliorare la sicurezza e l'indipendenza dell'anziano al proprio domicilio. Nel 2000, circa 96.500 anziani ricevevano servizi di home care, una cifra in costante crescita¹²⁸.

¹²⁷ C.Gori, F.Pesaresi, *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani...*, pag.444

¹²⁸ *Ibidem*, pag.443

Paesi Bassi: durante l'età d'oro i Paesi Bassi hanno cercato un sistema di protezione sociale ibrido che comprendesse caratteristiche di tipo universalistico e conservativo–corporativista allo stesso tempo.

Già nel 1968 fu introdotto un modello di tipo universalistico a copertura totale con il fine di proteggere i cittadini bisognosi di cure e assistenza, dalle criticità poste dalla non autosufficienza, grazie all'introduzione di un'assicurazione sociale obbligatoria nazionale che mirava a coprire i costi per spese mediche straordinarie (la Awbz, *Algemene wet bijzondere ziektenkosten*). Questa assicurazione, assieme alle pensioni minime e ai sussidi alle famiglie, si presentava come uno dei principali tratti di tipo universalistico nel sistema di welfare olandese. Con l'introduzione dell'Awbz lo stato sociale olandese si fece carico della maggior parte degli oneri organizzativi e finanziari per il sostegno delle persone anziane bisognose di cure continuative, consentendo un certo livello di de-familizzazione dell'assistenza¹²⁹.

Lo sviluppo iniziale e le caratteristiche di tipo universalistico di tale programma si riflettono nei tassi di copertura dei servizi relativamente alti rispetto alla popolazione target e al livello alto di spesa sociale per la *long-term care* (Ltc).

Secondo i dati dell'Ocse, nel 2006 circa il 20% delle persone di o sopra i 65 anni hanno usufruito di assistenza domiciliare (13%) o servizi di assistenza di tipo residenziale (7%), una delle percentuali più alte nei paesi facenti parte dell'Ocse assieme alla Norvegia (21%), rispetto alle percentuali di copertura più basse in Italia (3%), Regno Unito (11%), Germania (10%), Francia (13%), Danimarca (14%), Austria (16%) e Svezia (17%). Nel 2008 la spesa dedicata a programmi inerenti alla Ltc come percentuale del Pil ha raggiunto il 3,5% nei Paesi Bassi e il 3,6% in Svezia, mentre è variata tra l'1% e il 2% nella maggior parte dei paesi di cui sopra¹³⁰.

Se si legge tra le pagine di storia del welfare dei Paesi Bassi, si può vedere come nonostante i diversi progetti governativi, i Paesi Bassi non hanno avuto un sistema di assicurazione sanitaria collettiva fino alla seconda guerra mondiale, infatti solo nel 1941 fu introdotto uno schema di assicurazione sanitaria obbligatoria per tutti i lavoratori e per le loro famiglie che fossero al di sotto di una certa soglia di reddito e allo stesso tempo quei cittadini con un reddito superiore al reddito prestabilito per poter accedere al sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria continuavano a aderire ad assicurazioni private¹³¹. Solo dopo la fine della guerra, a seguito di un acceso dibattito, venne introdotto un programma nel sistema pensionistico, che includeva una assicurazione di base

¹²⁹ Barbara da Roit, *Le riforme per la non autosufficienza nei paesi bassi*, la Rivista delle Politiche Sociali, 4/2011, pag.177

¹³⁰ *Ibidem*, pag.177-178

¹³¹ *Ibidem*, pag.179

forfettaria e assegni familiari e uno schema di previdenza sociale nazionale alle quali si affiancavano le così dette assicurazioni alla classe operaia. Il periodo della seconda guerra è stato fondamentale per politiche relative all'assistenza e alle case popolari, in quanto, la guerra aveva devastato tutto, distruggendo molte case, nasceva così il bisogno di supplire la mancanza di alloggi; nacquero le nuove case per gli anziani, cioè le case di riposo, così da consentire alle giovani famiglie di vivere da sole.

Furono create delle regolamentazioni sull'alloggiamento e la cura degli anziani, come il finanziamento pubblico per quelle che rispettavano i criteri posti.

Nel 1960, iniziarono a svilupparsi le strutture residenziali socio sanitarie¹³², dedicate alla cura e all'assistenza di quelle persone che necessitavano di cura sanitaria intensiva (malati cronici), ma le assicurazioni si rifiutarono di coprire le spese relative alla cura di questi. La proposta del governo di estendere l'assicurazione sanitaria obbligatoria già esistente a tutta la popolazione e, conseguentemente, l'allargamento della sua portata alla Ltc, fu rifiutata sulla base dell'opposizione mossa da diversi stakeholders.

Da questa situazione però, le assicurazioni private presagirono il restringimento delle loro opportunità di mercato, i datori di lavoro temettero un incremento del costo del lavoro, e la professione medica invece temette che i controlli del governo si estendessero anche alle tariffe applicate dai professionisti a chi era coperto dall'assicurazione privata, così la soluzione alternativa venne rappresentata dall'introduzione di un diverso schema assicurativo obbligatorio per la Ltc (la Awbz) che coprisse tutta la popolazione olandese.

Nel 1964 con la legge sull'assicurazione sanitaria venne confermata, ciò che era emerso durante la guerra, cioè il sistema dualistico che caratterizzava l'assistenza sanitaria acuta, tale legge venne attuata solo nel 1966¹³³.

Al contrario, il dibattito sulla necessità di coprire i rischi di assistenza sanitaria eccezionali portò allo sviluppo di un sistema universalistico basato sul cittadino, tramite l'istituzione di un'assicurazione sociale nazionale obbligatoria.

L'introduzione delle Awbz del 1968 risolse queste controversie. Il risultato fu che dal 1968 la Ltc per la residenza intensiva è stata finanziata da un'assicurazione nazionale obbligatoria specifica. Quest'ultima copriva non solo i rischi sanitari eccezionali degli anziani che necessitano cura e assistenza, ma anche quelli dei malati di mente e dei disabili adulti. Il sistema di assicurazione Ltc olandese si è conseguentemente sviluppato attorno alla Awbz. Fino agli inizi degli anni '70, i

¹³² Barbara da Roit, *Le riforme per la non autosufficienza nei paesi bassi*, la Rivista delle Politiche Sociali, 4/2011, pag.180

¹³³ *Ibidem*, pag.180

servizi coperti dalla Awbz erano principalmente di tipo residenziale¹³⁴.

La percentuale di anziani istituzionalizzati è aumentata notevolmente negli anni, tanto che i Paesi Bassi negli anni '70 e '80 avevano il più alto tasso di anziani istituzionalizzati in Europa¹³⁵. La Awbz, però, che era stata originariamente creata per finanziare l'assistenza fornita dalle case di cura, venne progressivamente utilizzata per coprire le spese degli alloggi per gli anziani e dei servizi domiciliari.

Dagli anni '80, inoltre, prestazioni come le cure psichiatriche, così come altri servizi, ausili e attrezzature, vennero tolte dal pacchetto assicurativo coperto dalla Legge sull'assicurazione sanitaria (Zfw) e incluse nel pacchetto della Awbz¹³⁶.

A seguito di questi sviluppi (e fino alla riforma del sistema sanitario del 2006), il sistema sanitario nei Paesi Bassi viene solitamente visto come una struttura a tre comparti (Barbara de Roit 2011).

Il primo, costituito dalla Awbz, copre tutti i residenti olandesi, indipendentemente da età e nazionalità, dai rischi della Ltc.

Il secondo comparto, che copre i rischi sanitari nell'ambito dell'acuzie e le assicurazioni private per coloro che erano esclusi dai fondi pubblici.

Nel terzo comparto, inoltre, troviamo le assicurazioni sanitarie aggiuntive.

Agli inizi del 2000, la Awbz ha assorbito circa il 43% della spesa sanitaria totale¹³⁷.

Nel 1986 nel Rapporto Dekker vennero proposte una serie di manovre volte a ridurre i costi e migliorare l'efficienza del sistema, tramite l'introduzione di meccanismi di mercato e l'unificazione dell'assicurazione che copriva i costi delle acuzie, sotto uno schema singolo. Nonostante diversi governi avallarono la proposta, questa venne realmente implementata, e solo in minima parte, negli anni '90¹³⁸.

Nel 1995, con l'introduzione del personal budget (*Persoonsgebonden budget*, Pgb) ad un numero limitato di persone aventi diritto all'assistenza domiciliare venne fornita un'indennità in denaro in sostituzione dei servizi. Questa indennità non era costituita da un pagamento diretto in contanti, quanto piuttosto da un budget che i beneficiari potevano utilizzare per organizzarsi l'assistenza.

Dal 2001, chiunque venga considerato idoneo a ricevere assistenza domiciliare per almeno tre mesi, viene dichiarato idoneo a ricevere il Pgb. Il numero di riceventi del personal budget è aumentato notevolmente dalla seconda metà degli anni '90: da poco più di 5.000 persone, a 60.000 nel 2003 e

¹³⁴ B. da Roit, *Le riforme per la non autosufficienza nei paesi bassi...*, pag.180

¹³⁵ *Ibidem*, pag.181

¹³⁶ *Ibidem*, pag.181

¹³⁷ *Ibidem*, pag.182

¹³⁸ *Ibidem*, pag.182

80.000 nel 2007¹³⁹.

Nella riforma del 2005 il governo decise che i rischi venissero coperti da assicurazioni private, pur mantenendo la natura sociale del sistema assicurativo sanitario, l'assicurato era libero di scegliere la propria assicurazione, la riforma del 2005 eliminò i dualismi del secondo comparto introducendo uno schema unico obbligatorio per tutti i residenti. La riforma che venne attuata nel 2006 non eliminò né trasformò in modo radicale l'Awbz e i meccanismi di competizione introdotti nel sistema sanitario dell'acuzie non vennero estesi anche alla Awbz¹⁴⁰.

Vennero introdotti dei nuovi tentativi di mettere il bilancio della Awbz sotto controllo. Oltre ad un incremento dei copagamenti degli utenti, vennero imposti dei budget regionali per la Awbz sulla base delle spese sostenute in passato: gli uffici di assistenza regionali erano quelli che avevano la responsabilità di gestire questi budget, negoziando le tariffe e i livelli di massima produttività con i fornitori di assistenza.

Se si guarda agli sviluppi della spesa nel lungo periodo, la strategia di contenimento dei costi, ha avuto effetti limitati. I costi reali sono quasi raddoppiati tra il 1985 e il 2005: gli aumenti sono stati contenuti per l'assistenza domiciliare (il 25% in venti anni) e più consistenti nel settore di assistenza in strutture residenziali (più del 100% di aumento)¹⁴¹.

Tuttavia, la strategia di controllo diretto dei costi ha effettivamente limitato l'aumento annuale delle spese fino agli inizi degli anni 2000, in quanto la maggior parte degli aumenti sono avvenuti nel periodo 2001-2005.

Il numero assoluto di utenti dell'assistenza domiciliare è rimasto stabile su circa 260.000 persone all'anno nel periodo 1985- 1997 ed è aumentato a 410.000 nel 2005. Il numero di caregiver nel settore dell'assistenza domiciliare è aumentato da 50.000 a 60.000 tra il 1985 e il 1997 e poi a 80.000 nel 2005. Conseguentemente, il rapporto numero di utenti per numero di lavoratori è rimasto relativamente stabile intorno a 5, dimostrando che non c'era una diminuzione di intensità dei servizi offerti¹⁴².

Nel 2007, un terzo degli utenti faceva affidamento esclusivamente sull'assistenza informale, un terzo su quella formale e un terzo su una combinazione delle due.

Il sistema di assistenza olandese ha subito una sostanziale trasformazione nel 2007 con l'attuazione della nuova Legge per il supporto sociale (Wmo). Alcune delle prestazioni tradizionalmente coperte dalla Awbz (cioè l'aiuto in casa), sono state attribuite alle municipalità. Le conseguenze sono state dupplici: da una parte, i diritti dei cittadini sono stati trasferiti nel territorio della politica sociale,

¹³⁹ B. da Roit, *Le riforme per la non autosufficienza nei paesi bassi...* pag.192

¹⁴⁰ *Ibidem*, pag.189

¹⁴¹ *Ibidem*, pag.192

¹⁴² *Ibidem*, pag.191

l'assistenza sociale e la cura, che sono gestite a livello locale, dove il potere discrezionale ha maggiore importanza; dall'altra parte un servizio che precedentemente era integrato (cura della salute, assistenza sociale e assistenza domestica) è stato diviso in due prestazioni distinte (cura della salute e assistenza sociale da un lato e assistenza domestica dall'altro), che rispondono a logiche diverse¹⁴³.

Nel 2010, per la prima volta, il governo ha annunciato che a partire dal secondo semestre di quell'anno non sarebbe stato possibile pagare un personal budget ai nuovi utenti della Awbz: i nuovi richiedenti potevano optare per i servizi in natura o sarebbero stati messi in lista di attesa per il Pgb¹⁴⁴. Il Pgb, inoltre, favoriva solo in parte un crescente coinvolgimento di caregiver informali, anzi sembra sia stato utilizzato principalmente per remunerare i carer familiari già esistenti. Sebbene questo possa essere interpretato come un affiorare legittimo della domanda inespressa e di bisogni precedentemente insoddisfatti, ha certamente contraddetto la logica del contenimento dei costi.

Il Pgb nei Paesi Bassi è stato generalmente considerato un modello di successo con un alto livello di soddisfazione da parte degli utenti.

Attualmente il sistema olandese assicura una larga copertura delle funzioni e del tempo dedicato all'assistenza anche in ambito domiciliare.

Il risultato di questa politica è stato, che gli obiettivi distinti e possibilmente conflittuali di garantire un'assistenza accessibile e di buona qualità e allo stesso tempo di contenere i costi nei Paesi Bassi sono stati il fulcro del dibattito politico e dello sviluppo delle politiche nell'ambito della Ltc negli ultimi trenta anni.

Spagna: Il processo di riforma delle politiche per la non autosufficienza avvenuto in questo paese può essere definito di "riforma graduale", anche se porta in sé un cambiamento radicale, avvenuto nel 2006 con il passaggio da un generico diritto alla cura ad un diritto universale e soggettivo per tutti i cittadini non autosufficienti¹⁴⁵.

La riforma spagnola del Dicembre 2006, che ha istituito un nuovo sistema di protezione sociale per le persone non autosufficienti, è stata il risultato di una serie di trasformazioni istituzionali, sociologiche e ideologiche che si sono sviluppate progressivamente nel corso di quasi quindici anni (1992-2006)¹⁴⁶.

¹⁴³ B. da Roit, *Le riforme per la non autosufficienza nei paesi bassi...* pag.193

¹⁴⁴ *Ibidem*, pag.194

¹⁴⁵ Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa. Assetti nazionali e processi di riforma a confronto*, La rivista delle Politiche Sociali, n°4/2011, pag.83

¹⁴⁶ GR.Cabrero, V.M. Gallego, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa...*, pag.84

Il modello spagnolo, come per la maggior parte dei modelli di welfare adottati in altri paesi europei per la non autosufficienza, è all'insegna della condivisione delle responsabilità tra la persona non autosufficiente, la famiglia e il settore pubblico, al fine di promuovere la qualità della vita della persona assistita e di chi ne ha cura. Questo modello mira a favorire la libertà di scelta tra diversi sistemi di assistenza, nel quadro di un'offerta ben limitata di servizi sul territorio, e che sembra voler favorire una nuova etica fondata sulla condivisione delle responsabilità tra Stato e famiglia, così come tra uomini e donne.

In secondo luogo, nasce dalla convergenza di profonde trasformazioni sociali e demografiche, a partire innanzitutto dalla posizione conquistata dalle lavoratrici nella società, dalla crescente europeizzazione delle politiche sociali, nonché dalla mobilitazione di attori sociali e istituzionali favorevoli alla riforma (soprattutto il terzo settore e l'importanza assunta dal dialogo sociale).

In terzo luogo, si tratta anche di un modello di cura che sostituisce la vecchia logica assistenziale con una concezione di natura universalistica incentrata su un ben preciso assetto istituzionale, che obbliga lo Stato e le Regioni autonome a cooperare nel quadro di vincoli che interessano le competenze, i processi decisionali e le modalità di finanziamento del sistema¹⁴⁷.

La legge spagnola n. 39/2006 sull'autonomia personale e sull'assistenza delle persone non autosufficienti (nota come la Ley de dependencia) è entrata in vigore il 1° gennaio 2007, istituendo un nuovo sistema di protezione sociale, risultato di un lungo dibattito iniziato nel 1992, con la formulazione del primo Piano gerontologico statale, e proseguito attraverso il cosiddetto "Patto di Toledo per le pensioni" del 1995, il Libro Bianco sulla non autosufficienza del 2005, sfociato in un processo di riforma da un sistema basato sulla cura della persona attraverso forme di assistenza e di sicurezza sociale finanziate pubblicamente, a un nuovo sistema ottimizzato del precedente modello, che è stato trasformato in un sistema di copertura di natura universalistica¹⁴⁸.

La legge per la non autosufficienza sancisce un diritto soggettivo universale per tutti coloro che, a prescindere dall'età, possono dimostrare una residenza stabile da almeno cinque anni e un determinato grado di non autosufficienza (moderato, grave, molto grave), in base a quanto stabilito dalla legge. Questi gradi di non autosufficienza vengono stabiliti in base alla frequenza e all'intensità dell'assistenza necessaria (un sostegno intermittente almeno una volta al giorno: moderato; un sostegno intensivo almeno due o tre volte al giorno: grave; un sostegno indispensabile e continuativo molte volte al giorno: molto grave). Il grado di non autosufficienza viene valutato tramite una serie di criteri applicati, dopo che un professionista qualificato ha effettuato alcune interviste e un'osservazione diretta, all'interno del suo ambiente quotidiano di vita, della persona

¹⁴⁷ GR.Cabrero, V.M. Gallego, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa...*, pag.108-109

¹⁴⁸ *Ibidem*, pag.85

coinvolta.

Per quanto riguarda il tipo di prestazioni, la legge attribuisce priorità ai servizi rispetto alle erogazioni monetarie. Le persone valutate non autosufficienti hanno infatti diritto a un pacchetto di prestazioni (telecare, assistenza domiciliare, centri diurni, case protette) definito sulla base dello stato di dipendenza. In caso le autorità locali non siano in grado di offrire questi servizi, pubblici o convenzionati, al beneficiario viene assegnata una prestazione economica compensativa che gli consenta l'acquisto di servizi di cura nel mercato privato¹⁴⁹ (art.17).

Altre erogazioni monetarie una tantum comprendono le prestazioni economiche per gli operatori addetti all'assistenza (per le persone con un livello molto grave di non autosufficienza) (art. 19), e le prestazioni per familiari e badanti non professionisti che svolgono un lavoro di cura (art. 18), in questo caso l'assistenza fornita dalla famiglia deve essere registrata presso il sistema di sicurezza sociale (r.d. 615/2007, 11 maggio)¹⁵⁰.

Il finanziamento dei servizi avviene tramite la fiscalità generale, con il governo centrale che finanzia la copertura di base, e comune e Regioni che contribuiscono per una somma di pari entità. Il resto viene finanziato tramite le tariffe a carico degli utenti che vengono calcolate in base al reddito e al livello di benessere economico di questi ultimi.

Con l'approvazione della legge, già in un breve periodo, era possibile prevedere alcuni effetti come:

- l'estensione della copertura pubblica;
- la creazione di occupazione nel settore dei servizi sociali;
- l'ampliamento della rete integrata di servizi pubblici di natura sociale;
- avanzamenti e tensioni nella cooperazione tra le Regioni;
- un utilizzo innovativo dei servizi sociali e un tentativo di sviluppare una cooperazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.

Tutto ciò è avvenuto in un contesto di risorse finanziarie limitate, di tensioni tra il governo centrale e le Regioni autonome, e di una estrema disomogeneità tra Regioni e Comuni nelle modalità di attuazione del modello¹⁵¹.

Prima di questa riforma, il sistema di servizi per la non autosufficienza era organizzato su due livelli:

- il sistema di sicurezza sociale che, in quanto sistema contributivo, garantiva un beneficio economico ai soggetti terzi che svolgevano un lavoro di cura nei confronti di lavoratori divenuti incapaci di svolgere le proprie mansioni a seguito di un infortunio sul lavoro verificatosi prima del

¹⁴⁹ Franca Maino, Ilaria Madama, *Le politiche per la non autosufficienza in Italia: quali prospettive?*, Primo welfare, 20 Aprile 2012

¹⁵⁰ GR.Cabrero, V.M. Gallego, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa...*, pag.95

¹⁵¹ *Ibidem*, pag.84

compimento dei 65 anni di età. Qualsiasi grave forma di incapacità funzionale sviluppata dopo i 65 anni non veniva riconosciuta a tal fine. Il sistema era, all'epoca, molto restrittivo nonché vincolato a rigorosi controlli medici e amministrativi.

Al contempo, in seguito alla legge sulle prestazioni non contributive e le pensioni del 1990, il sistema di sicurezza sociale garantiva un'indennità anche ai soggetti terzi che svolgevano un lavoro di cura nei confronti di persone non autosufficienti con una disabilità superiore al 75% e impossibilitati a lavorare¹⁵²;

- il sistema dei servizi sociali alla persona, che tutelava coloro che si trovano in condizioni di non autosufficienza, soprattutto gli anziani privi di mezzi o di un'assistenza informale di qualsiasi tipo. Le condizioni di reddito e la verifica dell'assenza di ogni forma di sostegno informale erano i criteri in base ai quali si poteva ottenere l'accesso a un'assistenza di tipo sostanzialmente residenziale, e il cui finanziamento ed erogazione erano responsabilità delle regioni autonome¹⁵³.

A partire dal 1985, si è avviato un processo progressivo di decentramento, che ha portato all'attribuzione di poteri esclusivi alle Regioni e ai Comuni in materia di erogazione dei servizi sociali, incentivando l'erogazione di servizi sociali, soprattutto di natura territoriale (centri diurni, assistenza domiciliare e teleassistenza). In secondo luogo, si sono verificati rapidi e profondi mutamenti a livello di domanda sociale, dovuti all'ingresso delle donne nel mercato del lavoro e alle trasformazioni socio demografiche delle famiglie spagnole.

Questi due fenomeni hanno spinto verso la creazione di nuove combinazioni di cura quello formale e quello informale.

Tra il 1985 e il 1995 il settore pubblico regionale e locale si è dotato, in ciascun territorio, di un proprio sistema di servizi sociali, nonostante l'assenza di una legge o di un sistema istituito a livello nazionale¹⁵⁴.

Due i pilastri della riforma del 2006:

- il progressivo passaggio da un sistema di assistenza sociale per le persone prive di mezzi o al di sotto della soglia di povertà, ad un sistema di servizi per la non autosufficienza destinati all'intera popolazione e, in particolare, alla classe media urbana che chiedeva servizi sociali di qualità (nonché un'assistenza sanitaria universale);

- a discapito del modello di cura incentrato sulle strutture residenziali, una maggiore attenzione alle esigenze presenti nel territorio per quanto riguardava la domanda di servizi sociali da parte della popolazione anziana, desiderosa di continuare a vivere in casa propria, da parte degli operatori

¹⁵² GR.Cabrero, V.M. Gallego, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa...*, pag. 86

¹⁵³ *Ibidem*, pag.86

¹⁵⁴ *Ibidem*, pag.87

professionali nonché da parte delle famiglie, che chiedevano alle istituzioni maggiore sostegno senza voler tuttavia rinunciare al proprio ruolo nella sfera della cura informale¹⁵⁵.

Nell'insieme, l'introduzione della legge spagnola per la non autosufficienza è stata scaturita dalle richieste dei gruppi professionali e dalla pressione esercitata dalle organizzazioni dei disabili e dei pensionati nonché dai sindacati, come anche dal ruolo predominante svolto dalle Regioni nella stesura di programmi ad hoc di varia natura¹⁵⁶.

La configurazione del sistema di Ltc spagnolo ha assunto alcune caratteristiche specifiche; tali specificità tengono insieme la persistenza di tendenze passate (la preferenza per gli aiuti in denaro rispetto ai servizi e per l'assistenza informale rispetto a quella erogata da soggetti istituzionali, o piuttosto per forme combinate in cui il lavoro di cura informale continua a svolgere un ruolo centrale) con le trasformazioni attualmente in corso (universalizzazione della cura, peso crescente dell'assistenza socio-sanitaria, creazione di un mercato dei servizi sociali).

Il sistema spagnolo per la non autosufficienza si basa su cinque capisaldi fondamentali i quali, in un certo senso, rappresentano le diverse forze sottostanti alla riforma (Rodríguez Cabrero, 2007):

- il diritto universale all'assistenza per le persone non autosufficienti;
- un sistema di prestazioni che investe maggiormente nei servizi piuttosto che nei sostegni economici;
- un sistema di governance in cui il decentramento e la cooperazione degli enti pubblici si combinano con alcune forme di partecipazione istituzionale degli attori sociali ed economici;
- un sistema a finanziamento misto che riceve risorse dalla fiscalità generale, dai contributi sociali e dalle tariffe a carico degli utenti;
- un sistema di controllo della qualità dell'assistenza¹⁵⁷.

I potenziali beneficiari dello schema sono stati circa 1.4 milioni di persone, e priorità è stata data alle situazioni di bisogno più gravi. Ancora oggi il governo nazionale sta svolgendo un importante ruolo di coordinamento, orientamento e monitoraggio dei territori (le Comunità autonome e gli enti locali) attraverso il sistema SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia), appositamente costituito. In particolare, con il coinvolgimento dei territori, sono state definite delle linee guida per la misurazione dello stato di non autosufficienza (gradi e livelli di dipendenza) e sono stati individuati standard minimi di prestazione da garantire a tutte le persone riconosciute in condizioni di non autosufficienza a seconda del grado di dipendenza. Rilevante anche la quota di

¹⁵⁵ GR.Cabrero, V.M. Gallego, *Le politiche per la non autosufficienza in Europa...*, pag.87

¹⁵⁶ *Ibidem*, pag.88

¹⁵⁷ *Ibidem*, pag.97

cofinanziamento a carico del livello centrale, che ha raggiunto 1,2 miliardi di euro nel 2009¹⁵⁸.

Attualmente in Spagna, i due terzi dell'offerta residenziale sono forniti da strutture private.

I responsabili dell'assistenza residenziale, in questo paese, sono i servizi sociali comunali. Il numero dei posti letto, nel 1999, era pari a 3,2 per ogni 100 anziani. L'offerta totale era di 198.358 posti letto (in 3.720 strutture), soprattutto privati (78.000 pubblici e 120.350 privati) ed in aumento rispetto al 1994 quando si registravano 163.338 letti. Nel 1988 erano invece 100.000 circa. La crescita del settore dell'assistenza residenziale è sostenuta dal governo che nel Piano gerontologico nazionale prevedeva di assistere il 4% degli anziani in strutture residenziali entro il 2006¹⁵⁹.

Per molti anni l'assistenza in queste strutture è stata considerata non adeguata, soprattutto in quelle private, anche perché non c'erano ancora criteri uniformi di accreditamento, non si utilizzavano strumenti per la valutazione del grado di dipendenza e non c'erano trattamenti personalizzati rispetto alle necessità dei pazienti, solo con l'intensificarsi dei bisogni legati alla non autosufficienza il governo centrale spagnolo a guida socialista, a metà degli anni Duemila, si è soffermato a fare una prima riflessione sulle iniziative che bisognava intraprendere per fronteggiare questo nuovo rischio sociale.

Con la pubblicazione nel 2005 del I Libro bianco in materia di disabilità e non autosufficienza, è stato fatto il primo passo, in previsione dell'approvazione della riforma organica del 2006.

L'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata organizzata su base regionale ed il finanziamento proviene dalla fiscalità generale. Variano da regione a regione i criteri di eleggibilità, i servizi offerti, le compartecipazioni al costo. In generale è previsto il means test. Inoltre, per i beneficiari, è prevista, una compartecipazione al costo del 75% della pensione oltre ad un contributo aggiuntivo per coloro che hanno un reddito superiore ai 70.000 euro l'anno. Le modalità di assistenza domiciliare variano anch'esse da regione a regione e per le prestazioni monetarie si prevede un sussidio per la soglia di indigenza. Il costo totale rappresenta lo 0,7 del Pil pari a 18 miliardi e 300 mila euro per assistere¹⁶⁰.

In termini generali, possiamo affermare che il sistema spagnolo di cura è un mix dei vari modelli europei in materia di non autosufficienza, che vede le donne prestatrici di cura assumere un ruolo centrale nelle reti assistenziali, sebbene gli uomini stiano lentamente iniziando ad apportare il proprio contributo. C'è anche una certa tendenza a sostituire i servizi pubblici con le prestazioni economiche, così che il beneficiario possa decidere in che maniera soddisfare i propri bisogni (bilancio personale) e, quando necessario, a chi affidare l'erogazione di un dato servizio. Infine, c'è

¹⁵⁸ C.Gori, F.Pesaresi, *Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani...*, pag.451

¹⁵⁹ *Ibidem*, pag.451

¹⁶⁰ Dal sito internet: <http://www.cislmilano.it/files/10039/allegati/b0975ba7bc31f6b212cfd5f2bfl1e593b.pdf>

una tendenza generale che vede l'assistenza diurna sul territorio sostituita dall'assistenza di tipo residenziale. Tutti questi cambiamenti stanno avendo luogo in un contesto di contenimento della spesa pubblica e di riequilibrio dei rispettivi poteri degli attori istituzionali e sociali ascrivibili al sistema spagnolo di welfare (Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego 2011).

Svezia: Negli anni '70 e '80, la Svezia aveva un sistema ben sviluppato di servizi per le persone anziane, finanziati attraverso la fiscalità generale ed erogati prevalentemente attraverso una rete pubblica, e un sistema relativamente sviluppato di servizi destinati alle persone con problemi di non autosufficienza.

Dopo gli shock petroliferi degli anni '70, la Svezia è entrata negli anni '80 con la percentuale di persone anziane più alta del mondo, rispetto al totale della popolazione, e un deficit di bilancio che peggiorava invece di migliorare¹⁶¹. È stato così necessario attuare un programma di ridimensionamento dei servizi per gli anziani non autosufficienti, manifestatosi in una riduzione della spesa pubblica, in una minore copertura dei servizi di assistenza e in una maggiore concentrazione di questi ultimi verso le fasce maggiormente bisognose.

Questo sviluppo ha condotto ad una informalizzazione del lavoro di cura per alcuni gruppi di anziani, costringendo i familiari di questi a fornire quell'assistenza di cui le generazioni precedenti avevano usufruito all'interno del servizio pubblico¹⁶².

Quello che è cambiato, nel nuovo clima economico e politico, è stato il tipo di bisogni che il sistema riconosceva, il tipo di servizi erogati alle persone anziane, l'organizzazione del lavoro di cura e della forza lavoro in esso impiegata, l'assistenza domiciliare; in quanto i servizi sono stati finalizzati in maniera più specifica verso le persone che bisognavano di cure maggiori, così che una percentuale inferiore di persone anziane riceveva un'assistenza più intensiva.

In Svezia i servizi per gli anziani non autosufficienti e i disabili vengono forniti nel contesto di un regime assistenziale di tipo universalistico, supportato da una cultura della responsabilità del lavoro di cura, a carico del pubblico o della collettività.

Questo sistema è organizzato all'interno di una struttura politica fortemente decentrata che è stata dominata a livello nazionale dal Partito socialdemocratico, intervallata da periodi più brevi di governo della destra. In questa cornice più ampia, i ruoli che la famiglia e il settore pubblico e privato hanno svolto nell'erogare e finanziare l'assistenza, sono stati ben definiti e si sono evoluti.

Le amministrazioni locali hanno la responsabilità primaria di organizzare i servizi alla persona

¹⁶¹ Gabrielle Meagher, Marta Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia: tendenze, attori e conseguenze*, la rivista delle politiche sociali 4/2011, pag.124

¹⁶² Gabrielle Meagher, Marta Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia: tendenze, attori e conseguenze*, la rivista delle politiche sociali 4/2011, pag.115

finanziati pubblicamente, sia quelli domiciliari che quelli residenziali. I Comuni hanno anche i poteri impositivi sostanziali necessari per coprire la maggior parte dei costi dell'assistenza fornita agli anziani (85%) e ai disabili (70% circa)¹⁶³.

I Comuni sono anche liberi di decidere la distribuzione dei diversi tipi di assistenza (ad esempio tra l'assistenza domiciliare e quella di tipo residenziale nei servizi per gli anziani) e dei servizi che rispondono ai bisogni di diversi gruppi sociali (ad esempio i servizi per gli anziani, per l'infanzia e per i disabili).

Tramite i meccanismi legislativi e regolamentari, lo Stato svedese stabilisce a quali fasce della popolazione i Comuni siano tenuti a fornire assistenza, quanto possano farsi pagare per questi servizi, e che tipo di organizzazioni siano autorizzate ad erogare i servizi.

Dal 1982 con l'approvazione della legge sui servizi sociali (*Social services act*, Ssa), sono stati regolamentati i servizi di assistenza domiciliare e quelli di tipo residenziale, incluse le case di riposo¹⁶⁴.

La Ssa è una legislazione finalizzata specificamente a garantire il diritto generale a richiedere un sostegno, qualora non sia possibile soddisfare in altra maniera i propri bisogni, in maniera tale da garantire un livello di vita ragionevole.

Nel corso degli ultimi decenni, le misure di indirizzo economico con conseguenze sui servizi alla persona sono cambiate molte volte, compreso il passaggio, nel 1993, dai sussidi mirati per alcuni ambiti di particolare importanza nel settore dei servizi, alle block grants¹⁶⁵; e la successiva introduzione, oltre a questi ultimi, dei fondi speciali finalizzati, per incentivare i Comuni a cambiare le proprie modalità gestionali o attività in linea con gli obiettivi stabiliti dal governo nazionale.

In Svezia, a differenza della maggior parte degli altri paesi europei, l'erogazione dei servizi per gli anziani non autosufficienti è diminuita in relazione alla percentuale di persone anziane nella popolazione; se trent'anni fa, il 16% delle persone dai 65 anni in su riceveva un'assistenza domiciliare pubblica, e l'8% circa era ricoverato in residenze assistite, entro il 2000 si prevedeva che la quota di persone che ricevevano un'assistenza domiciliare era crollata all'8%, mentre la percentuale di persone nelle strutture residenziali era rimasta più o meno stabile¹⁶⁶.

Nel corso dell'ultimo decennio, c'è stato un calo significativo dell'assistenza di tipo residenziale, che è stato compensato solo in parte da un aumento dei servizi domiciliari. Di conseguenza, in base alle statistiche più recenti, nel 2008, il 9% della popolazione anziana (dai 65 anni in su) riceveva un'assistenza domiciliare, mentre il 6% si trovava in strutture residenziali, compresi i rifugi di

¹⁶³ G.Meagher, M.Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia...*, pag 117

¹⁶⁴ *Ibidem*, pag.118

¹⁶⁵ *Ibidem*, pag.118

¹⁶⁶ *Ibidem*, pag.120

accoglienza. Il calo del numero di beneficiari può essere spiegato solo parzialmente da un miglioramento della salute tra le persone anziane; ne deriva che la probabilità di ricevere un'assistenza domiciliare pubblica sia ora nettamente più bassa rispetto a trent'anni fa¹⁶⁷.

La spesa pubblica per l'assistenza agli anziani è aumentata nel corso degli anni '80 (da 55 a 64 miliardi di corone svedesi tra il 1985 e il 1990), nonostante una diminuzione della copertura. Tra il 1990 e il 2000, la spesa è aumentata solamente del 5%, in relazione al numero di persone dagli 80 anni in su, nella popolazione questo corrisponde ad un calo del 14%¹⁶⁸.

Bisogna però considerare che nel corso degli anni '90, a seguito della crisi economica, che ha compresso le risorse per l'assistenza agli anziani, a causa della diminuzione del gettito fiscale dei Comuni e della maggiore richiesta di sussidi sociali, in conseguenza dell'aumento della disoccupazione, passata dall'1,7% nel 1990 all'8,3% nel 1993; i servizi per gli anziani non autosufficienti hanno subito un'ulteriore pressione in conseguenza degli sviluppi specifici delle politiche in materia di sanità e assistenza sociale e degli sviluppi generali delle finanze comunali¹⁶⁹.

Nel 1993, il governo di centrodestra ha approvato la rimozione dei meccanismi di regolamentazione, da parte del governo centrale, delle tariffe a carico degli utenti anziani riscosse dai Comuni, ma i socialdemocratici si sono opposti alla deregolamentazione delle tariffe, e alla fine hanno invertito questa decisione nel 2002 con la riforma che istituiva un tetto massimo alle tariffe, come risposta alle richieste che le organizzazioni dei pensionati hanno ripetutamente avanzato nel corso degli anni.

I cambiamenti hanno assunto un particolare rilievo per l'assistenza agli anziani, giacché l'ambiziosa legge sulle disabilità approvata da un Parlamento a maggioranza socialdemocratica nel 1990, e in vigore dal 1992 (Riforma Ädel), ha trasferito la responsabilità delle strutture residenziali per anziani dal settore dell'assistenza sanitaria, amministrato e finanziato a livello di Contea, al settore dell'assistenza sociale, amministrato e finanziato a livello comunale.¹⁷⁰

Questa riforma è stata il risultato di una lunga contesa tra gli schieramenti politici di destra e di sinistra e interna a essi, e di un palese conflitto istituzionale tra le Contee e i Comuni, che è durato più di un decennio.

In base alla riforma, ai Comuni è stato chiesto di pagare il ricovero delle persone anziane considerate dimettibili sul piano medico, creando un forte incentivo alla deospedalizzazione degli anziani. Lo scopo principale affermato dalla riforma è stato quello di migliorare la qualità della vita delle persone anziane tramite la "de-medicalizzazione" della loro assistenza. Tuttavia, la riforma è

¹⁶⁷G.Meagher, M.Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia...*, pag.120

¹⁶⁸*Ibidem*, pag.121

¹⁶⁹*Ibidem*, pag.125

¹⁷⁰*Ibidem*, pag.127

stata attuata proprio quando la Svezia era precipitata in una recessione profonda, e l'attenzione era stata spostata sulle sue potenzialità di risparmio dei costi, in un momento in cui si irrigidivano le misure di austerità di bilancio.

Nonostante questi cambiamenti di profilo nelle politiche per la non autosufficienza, le risorse pubbliche destinate ai servizi per gli anziani sono rimaste comunque considerevoli, in Svezia.

Tra il 1994 e il 2006, quando la coalizione di centrodestra è andata nuovamente al governo, si è verificata una lenta ma costante introduzione dei principi di mercato e della presenza dei privati nei servizi sociali finanziati tramite la fiscalità generale¹⁷¹.

Il calo dei servizi a carico della fiscalità generale ha avuto conseguenze diverse per le persone anziane provenienti da gruppi sociali diversi, e anche per le loro famiglie.

A luglio del 2007, il governo di centrodestra ha introdotto alcune detrazioni fiscali sul lavoro domestico e di cura della persona. In base a questa riforma, i contribuenti hanno diritto di detrarre il 50% del costo dei servizi di lavoro domestico fino a 100.000 corone (quasi 11.000 euro) annui a persona, se l'azienda erogatrice di questi servizi dispone della necessaria certificazione fiscale.

I servizi possono essere erogati all'interno del domicilio privato dell'avente diritto o, elemento importante, nel domicilio di un familiare¹⁷². Il governo ha espresso molti obiettivi quando ha introdotto questi sgravi fiscali, compresa la parità di genere (ridurre il carico di lavoro domestico e di cura dei genitori, che ricade prevalentemente sulle donne), l'emersione del sommerso, e la promozione delle piccole imprese (disegno di legge governativo 2006-07/94).

Queste detrazioni fiscali sono disponibili per tutti i gruppi d'età e non fanno parte delle politiche per gli anziani non autosufficienti, eppure, si tratta di una misura che interagisce palesemente con il sistema dell'assistenza agli anziani. Nella grande maggioranza dei Comuni, per le persone anziane che necessitano di un livello di assistenza relativamente basso e con redditi medio alti, diventa più conveniente utilizzare le detrazioni per acquistare i servizi sul mercato privato, piuttosto che utilizzare i servizi di assistenza forniti dai Comuni.

Il 1° Gennaio del 2009 è entrata in vigore la nuova legislazione chiamata "Legge sui sistemi basati sulla libera scelta", come sostenuto dalla Commissione, cui faceva eco il ministro, l'obiettivo di questa legislazione era trasferire potere dai politici ai cittadini, per dare agli utenti più potere e possibilità di scelta e promuovere una varietà di fornitori¹⁷³.

Per coloro che scelgono un erogatore privato per soddisfare i propri bisogni di assistenza domiciliare riconosciuti dal servizio pubblico, le detrazioni dimezzano il costo dei servizi extra. In

¹⁷¹ G. Meagher, M. Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia...*, pag.138

¹⁷² *Ibidem*, pag.142

¹⁷³ *Ibidem*, pag.139

pratica, la combinazione tra i modelli basati sulla scelta del fornitore e le detrazioni crea un incentivo per gli anziani benestanti a scegliere i fornitori privati per i propri servizi di assistenza domiciliare finanziati tramite la fiscalità generale e basati su bisogni riconosciuti dall'autorità pubblica, che essi possono integrare acquistando servizi extra dallo stesso erogatore, e pagando la metà del costo effettivo grazie alle detrazioni fiscali. Per lo stesso gruppo sociale di anziani, ma con bisogni inferiori, lo sgravio fiscale serve come incentivo per sottrarsi totalmente dai servizi pubblici di assistenza domiciliare e acquistare servizi privati al loro posto.

La nuova legge incoraggia i Comuni a introdurre modelli basati sulla libera scelta del fornitore da parte del consumatore, con un sistema di quasi-voucher. Non si vuole sostituire il vecchio sistema con il nuovo; piuttosto il nuovo sistema deve funzionare come uno strumento volontario per sviluppare il modello di mercato. L'erogazione diretta da parte dei Comuni resta una delle alternative a disposizione dell'autorità pubblica secondo la legge, insieme alle forme basate sulla distinzione acquirente/fornitore introdotte nel 1992 e al nuovo strato fondato sulla libera scelta del fornitore da parte del consumatore.

Esistono prove di un aumento del ricorso ai servizi di assistenza domiciliare acquistati privatamente in Svezia, ora ulteriormente incoraggiato dall'introduzione delle detrazioni fiscali. Tuttavia, in confronto ai servizi di assistenza domiciliare finanziati tramite la fiscalità generale, la detrazione è ancora utilizzata da un numero inferiore di persone anziane (il 3,5% delle persone dai 65 anni in su nel 2009, in aumento rispetto all'1,7% nel 2008), in confronto al 9% di utenti dei servizi di assistenza domiciliare basati sulla valutazione dei bisogni ed erogati da soggetti pubblici o privati. Anche il profilo di reddito varia: la detrazione viene utilizzata prevalentemente dagli anziani con redditi alti, mentre i servizi di assistenza domiciliare sono utilizzati da tutti i gruppi sociali. Nel 2009, il 10% degli anziani con un reddito annuo alto (più di 500.000 corone) aveva usufruito della detrazione, in confronto al 2% degli anziani con un reddito basso (meno di 120.000 corone). Inoltre, anche se le detrazioni medie annuali erano piuttosto basse (una media di 2.900 corone, che servirebbero ad acquistare circa 20 ore di lavoro), le persone anziane con un reddito più alto avevano detratto circa il doppio di coloro che avevano un reddito più basso. Infine, questo provvedimento sta diventando sempre più costoso: i dati preliminari per il 2010 riportano una spesa di 1,3 miliardi di corone, un aumento rispetto ai circa 450 milioni del 2008¹⁷⁴.

Il modello svedese di long-term care, con servizi generosi, finanziati ed erogati dal settore pubblico, si presenta più o meno intatto; certamente la spesa è alta, e meno di un quinto dei servizi di assistenza agli anziani finanziati pubblicamente è in mani private. Eppure, dietro alla media nazionale del 19% di servizi per gli anziani non autosufficienti finanziati con fondi pubblici ma

¹⁷⁴ G. Meagher, M. Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia...*, pag.143

erogati privatamente, c'è un'ampia variabilità tra le amministrazioni locali. In più di metà dei Comuni (54%) non c'è alcun tipo di struttura residenziale privata, e in due terzi (65%) dei Comuni, tutti i servizi di assistenza domiciliare sono erogati dal settore pubblico. Viceversa, quasi nel 5% dei Comuni, più di metà dei servizi di assistenza domiciliare e più di metà dei posti letto nelle strutture residenziali sono forniti da privati¹⁷⁵.

Il costo per la non autosufficienza, in questo paese, rappresenta il 3,8 del Pil, circa 22 miliardi e 600 mila euro per assistere il 75,7% della popolazione over 65 ed il 24,3% della popolazione over 75¹⁷⁶.

Tabella 11: Spesa dei trasferimenti monetari, in percentuale sulla spesa complessiva LTC¹⁷⁷

Paese	Spesa per trasferimenti monetari
Austria	57%
Francia	0
Germania	24%
Norvegia	8%
Spagna	14%
Svezia	3%
Svizzera	20%
Italia	42%

¹⁷⁵ G. Meagher, M. Szebehely, *Le politiche per la non autosufficienza in Svezia...*, pag.144

¹⁷⁶ Dal sito internet: <http://www.cislmilano.it/files/10039/allegati/b0975ba7bc31f6b212cfd5f2bf1e593b.pdf>

¹⁷⁷ C.Gori, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti...*, pag.126

CAPITOLO 3

IL PROFILO DELLE ASSISTENTI FAMILIARI

Assistente familiare o badante? L'uso dei termini

L'assistente familiare, nella sua accezione più diffusa è definita con il termine di badante. La parola badante, ha un'origine incerta e dialettale, e c'è chi sostiene sia nata "per disperazione", per rappresentare un mutamento sociale. La parola fa la sua comparsa nel 1989, quando su un importante quotidiano nazionale si trova la locuzione "badanti notturne". C'è chi ne attribuisce la paternità a Umberto Bossi.¹⁷⁸

Il vocabolo deriva dal verbo "badare", che a sua volta proviene da badar, bada che significa sentinella ovvero colui/lei che si prende cura di un'altra persona o di una cosa. A questo si unisce il significato di tenere a bada, ovvero osservare e verificare un certo comportamento perché non degeneri, si usa dire anche "Bada" se qualcuno si comporta male¹⁷⁹.

La badante entra nel 2002 tra le parole nuove dell'Accademia della Crusca, "una volta era usato per chi accudiva gli animali"¹⁸⁰.

La Treccani definisce la badante come: "una persona, priva di particolari qualificazioni, che accudisce anziani, malati o persone non autosufficienti"¹⁸¹.

Oggi la parola è davvero molto utilizzata ed è rivolta esclusivamente a quelle persone, per lo più donne straniere, che vengono assunte da famiglie al cui interno è presente un anziano o un disabile non più autosufficiente da accudire. La badante si comporta come la "tata" di un bambino piccolo: lava, veste e mette in ordine l'anziano perché sia in buono stato, lo porta a passeggio, gli prepara da mangiare e gli tiene compagnia, insomma bada a lui perché non gli manchi nulla.¹⁸²

Comunemente la si immagina donna, giovane o di mezza età, proveniente dai paesi dell'Europa dell'Est, con scarsa conoscenza della lingua italiana all'arrivo. La parola trae in inganno perché ormai è ammantata di ufficialità e sembra neutrale.¹⁸³

A consacrare definitivamente la parola sono stati i decreti flussi e le sanatorie per 'colf e badanti'. Con la Finanziaria del 2005, Legge n. 311 del 2004, è stata introdotta per la prima volta la definizione del termine "badante", affermando che altro non è che il lavoratore addetto all'assistenza

¹⁷⁸ Dal sito internet: <http://www.parlarecivile.it/argomenti/immigrazione/badante.aspx>

¹⁷⁹ Dal sito internet: <http://www.sapere.it/sapere/dizionari/neologismi/gergo/badante.html>

¹⁸⁰ Dal sito internet: <http://www.parlarecivile.it/argomenti/immigrazione/badante.aspx>

¹⁸¹ Dal sito internet: <http://www.treccani.it/vocabolario/badante/>

¹⁸² Dal sito internet: <http://www.sapere.it/sapere/dizionari/neologismi/gergo/badante.html>

¹⁸³ Dal sito internet: <http://www.parlarecivile.it/argomenti/immigrazione/badante.aspx>

personale nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana¹⁸⁴; entrato anche nella legge di sanatoria per la regolarizzazione dei lavoratori stranieri. Ma l'uso del termine badante ha suscitato delle osservazioni da parte di molti, ad esprimersi su l'uso del termine la Presidente della Commissione Nazionale Parità, dove in una lettera al Presidente del senato Sen. Marcello Pera e a tutti i capigruppo, scriveva in proposito: "Il termine 'badante' normalmente usato oggi per l'assistenza agli anziani rimanda a un lavoro meccanico e privo di relazionalità, non corrispondente alla delicatezza e all'importanza di tale professione e mortificante la dignità sia di chi cura che di chi è curato. Per questo suggeriamo che vada sostituito con quello più attinente di 'curante'" ¹⁸⁵. Poi, Cinzia Caporale, membro del comitato nazionale di bioetica, afferma che: "Il termine badante è offensivo, usa un lessico mortificante, incapace di descrivere una realtà spesso differente"... "Meglio parlare di operatori dell'assistenza".¹⁸⁶

Ancora, Giuseppe Faso, lo considera "un termine dispregiativo imposto da Bossi e seguaci a una stampa pigra e servile", tanto che lo inserisce nel lessico del razzismo democratico, perché la sua ripetizione ossessiva, al pari di altri termini "generalizzanti e inferiorizzanti", come clandestino e vu cumprà, ha l'effetto "di generare sospetto e disprezzo"¹⁸⁷.

Riprendendo un'affermazione dal contributo di Cristina Lonardi nel libro *Occupazione senza professione? Il lavoro nel settore dei servizi sociali*, "Tale termine ci fa comprendere la rappresentazione sociale delle assistenti familiari nel contesto generale e nel mancato riconoscimento di un certo grado di dignità al lavoro che svolgono"¹⁸⁸.

Nel corso della stesura della mia tesi ho deciso di non utilizzare il termine più diffuso nel gergo comune, perché in accordo con questi studiosi lo ritengo stigmatizzante, riduttivo e dalla connotazione negativa, sono da preferirsi locuzioni che mettono in primo piano la persona e il lavoro di cura, quindi userò termini come: assistente familiare, assistente agli anziani, lavoratrici di cura (migranti), assistenti domiciliari¹⁸⁹.

¹⁸⁴ Dal sito internet: <http://www.studiocassone.it/glossario/badante>

¹⁸⁵ Dal sito internet: <http://www.vita.it/it/article/2002/06/27/commissione-pari-opportunita-non-chiamatele-badanti/14176/>

¹⁸⁶ Dal sito internet: <http://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2006/01/21/no-alla-parola-badante-umilia-gli-anziani.html>

¹⁸⁷ Dal sito internet: <http://www.parlarecivile.it/argomenti/immigrazione/badante.aspx>

¹⁸⁸ Costantino Cipolla, Stefano Campostrini, Antonio Maturo, *Occupazione senza professione? Il lavoro nel settore dei servizi sociali*, Franco Angeli, Milano 2013, pag.201

¹⁸⁹ Dal sito internet: <http://www.parlarecivile.it/argomenti/immigrazione/badante.aspx>

Quante sono?

Da quando le assistenti familiari hanno messo per la prima volta piede nelle nostre case, alla fine degli anni '90, gli studiosi hanno continuato ad affermare che tale fenomeno non sarebbe durato a lungo e che si trattava di un avvenimento circoscritto e transitorio. I fatti però hanno smentito questa previsione di fenomeno passeggero e anche i dati raccolti ed analizzati in pieno periodo di crisi, quando la maggioranza delle famiglie italiane si è trovata in difficoltà, hanno dimostrato che quel ridimensionamento tanto annunciato non è avvenuto, ma il risultato è apparso agli stessi livelli degli anni precedenti.

Non è facile calcolare il numero preciso di assistenti familiari presenti nel nostro paese, infatti le cifre rilevate sono quasi sempre approssimative, principalmente per due motivi:

uno perché una parte consistente non è regolarmente assunta, il secondo motivo perché quelle che possiedono un regolare contratto di lavoro sono ricomprese nella più ampia categoria delle lavoratrici domestiche, delle colf e delle tate.

La mancanza di una definizione precisa per le assistenti familiari, e la confusione nell'uso dei termini per indicare i lavoratori domestici è la causa dell'attuale mancanza di riconoscimento (Sergio Pasquinelli, Giselda Rusmini 2013).

L'Istat, nel "Rapporto sulla situazione del Paese 2013", indica per l'anno 2012 un totale di 719.000 "addetti ai servizi alle famiglie", ruolo assimilabile ai lavoratori domestici, in aumento di 69.000 unità rispetto all'anno precedente, quando se ne contavano 65.000.

Per l'Inps i numeri sono completamente diversi: i lavoratori domestici (regolarmente assunti) risultavano di più, 881.700 secondo gli ultimi dati disponibili ("Osservatorio sui lavoratori domestici", anno 2011). Si tratta di 232.000 unità di differenza: non proprio un dettaglio. Oltretutto, dovrebbe esserci una differenza in meno e non in più rispetto all'Istat, dato che l'Inps si riferisce solo a chi ha un contratto di lavoro¹⁹⁰.

Quello che manca è un contratto di lavoro specifico per le assistenti familiari, che continuano ad essere assunte con quello delle collaboratrici domestiche, ne consegue che nemmeno i dati dell'Inps riescono a darci una risposta esaustiva, almeno per le assistenti familiari regolarmente assunte.

Per una corretta stima, bisogna unire fonti ufficiali a fonti informali (Pasquinelli 2013); il calcolo si basa, quindi, su dati relativi ai lavoratori domestici forniti dall'Inps, le quote flussi, cioè i dati sul numero dei cittadini non comunitari che raggiungono il nostro paese, e le continue testimonianze degli interlocutori, nei centri d'ascolto, nei sindacati, nelle associazioni, nelle cooperative sociali,

¹⁹⁰ Dal sito internet: <http://www.qualificare.info/home.php?id=678>

nel volontariato e nei servizi per l'accompagnamento e l'inserimento lavorativo, che hanno contribuito negli anni a fornire dei dati più precisi sulla misura dell'irregolarità.¹⁹¹

Il risultato ricavato dalla complessità della misurazione ci dice che in Italia operano complessivamente almeno 830.000 assistenti familiari, di cui il 90% stranieri¹⁹² e senza un regolare contratto. Numero che si sta ridimensionando con la crisi, ma non da destare allarmi. Bisogna tenere presente che molte di esse seguono più di una persona anziana, il numero di anziani assistiti da una badante, si può ragionevolmente stimare intorno al milione di ultra 65enni. Si tratta del più del triplo di anziani ricoverati in strutture residenziali in Italia e del doppio di quelli seguiti a domicilio¹⁹³. Nonostante la crisi e la perdita di potere d'acquisto delle famiglie, il lavoro privato di cura rimane una risposta fondamentale e difficilmente sostituibile, davanti al problema della non autosufficienza.

Chi sono le assistenti familiari?

Il lavoro di cura è svolto quasi interamente da donne, e di origine straniera, anche se la presenza delle lavoratrici italiane, in questo settore, sta aumentando; sono passate da 56.000 a 63.789 (+13,9%)¹⁹⁴, tendenza facilmente attribuibile all'aumentato bisogno di molte famiglie, di trovare un nuovo reddito a causa della crisi.

In alcuni contesti italiani il peso delle assistenti familiari italiane raggiunge il 15-20% del totale¹⁹⁵, ma a differenza di quelle di origine straniera, le italiane vanno ad offrire prevalentemente un lavoro ad ore.

L'età media è di 37 anni, contro i 42 delle donne arrivate in Italia prima del 2005, le più anziane sono le Europee dell'Est (49 anni) e le italiane (48). Le assistenti familiari con oltre 40 anni rappresentano quasi il 60% del totale, e quelle con più di 50 anni sono un quarto.

Vista la giovane età, il numero di quelle sposate è relativamente contenuto, solo il 60% ha un marito, e il 62% delle assistenti familiari ha figli, ma in otto casi su dieci li ha lasciati nel Paese d'origine¹⁹⁶.

¹⁹¹ S.Pasquinelli, G.Rusmini, *Badare non basta....*, pag.42

¹⁹² *Ibidem*, pag.42

¹⁹³ *Ibidem*, pag.43

¹⁹⁴ Dal sito internet: <http://www.secoloditalia.it/2015/06/conseguenze-crisi-in-aumento-badanti-italiane-in-calo-quelle-straniere/>

¹⁹⁵ S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta....*, pag.43

¹⁹⁶ Dal sito internet: <http://www.sordelli.net/da-leggere-e-vedere-mainmenu-106/pubblicazioni-di-settore-mainmenu-108/676-badanti-la-nuova-generazione>

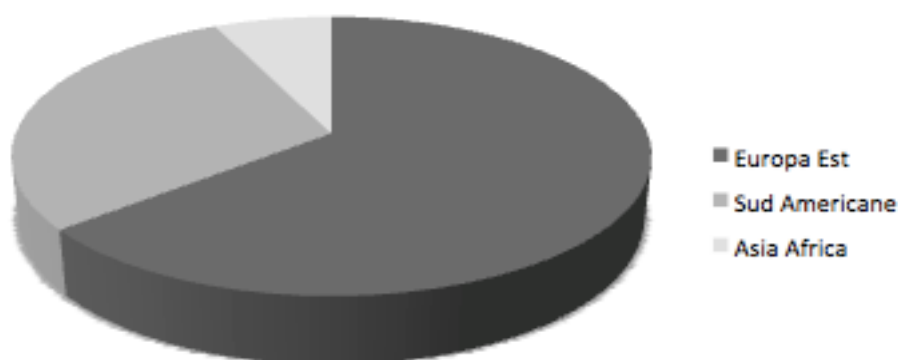
La maggioranza proviene dai paesi dell'Europa dell'Est (Ucraina, Romania e Moldavia) e del Sud America (Ecuador e Perù). Volendo riportare, ancora una volta, dei dati sulla provenienza delle assistenti familiari straniere, quelle provenienti dall'Est Europa sono il 57,3%, un 34,2% provengono dal sud America e solo il restante 8,5% arriva dall'Asia e Africa.

Tabella 12: Provenienza delle assistenti familiari straniere



Se prima del 2006 la presenza di donne provenienti dall'Europa dell'Est era del 49%, dopo il 2006 si è registrato un notevole aumento pari al 64%. Tendenza inversa ha avuto l'arrivo di donne Sud Americane giunte prima del 2006 dove i dati ci danno una percentuale del 40%, per diminuire al 29% dopo il 2006. Anche i dati riguardo la provenienza di donne da Asia e Africa ci mostrano come rispetto a prima del 2006 vi era una percentuale dell'11% e come questa sia scesa dopo il 2006 al 7%. Sono quindi le donne provenienti dall'Europa dell'Est ad avere il primato di presenze nel nostro paese.

Tabella 13: Provenienza delle assistenti familiari straniere dopo il 2006



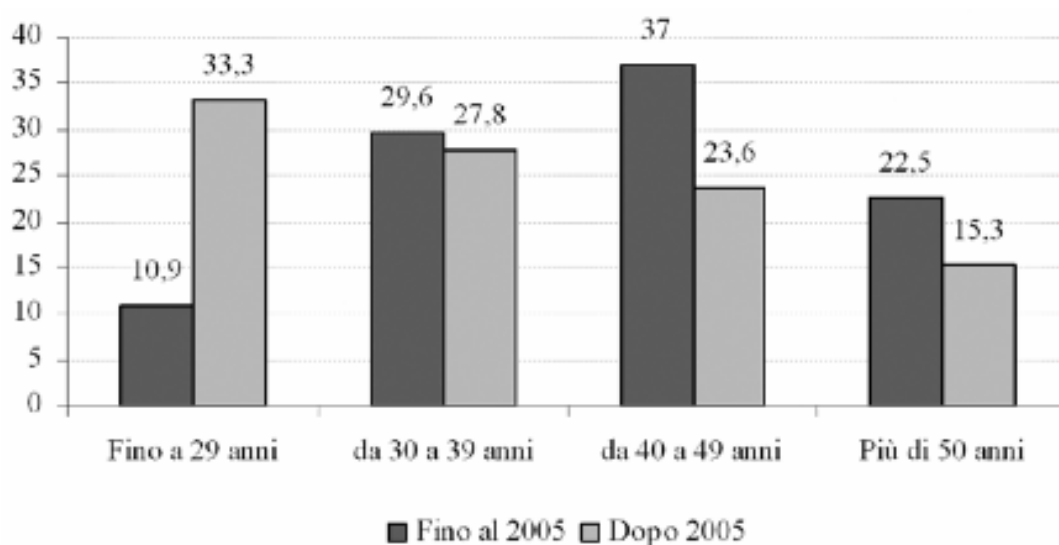
Il profilo delle donne dedite al lavoro di cura di origine straniera, può essere diviso in tre diverse categorie: le donne più anziane, le donne più giovani e le migranti transitorie.

Le donne più anziane, che formano anche il gruppo più consistente, le prime ad affrontare il percorso migratorio, hanno un'età compresa tra i 40 e i 55 anni, in genere sono in possesso di quello che, per il nostro sistema scolastico, è un diploma di scuola media superiore o istituto professionale o di una laurea ed hanno acquisito un'alta professionalità, esercitandola fin dal lontano 1990/91. In genere sono sposate e con figli adolescenti, altre sono separate o hanno alle spalle matrimoni non felici, da dove ne deriva anche la scelta di andarsene utilizzando la migrazione come valida motivazione.

Una caratteristica specifica di chi è giunto più di recente riguarda l'età. Le nuove assistenti sono più giovani: hanno un'età media di 37 anni, contro i quasi 42 delle donne giunte prima del 2005.

L'analisi per classi d'età evidenzia che le badanti giunte più di recente hanno meno di trent'anni in un caso su tre.

Tabella 14: Fasce di età per periodo di arrivo



Quasi sempre si sente parlare di ricongiungimento, e poco o mai di disgiungimento familiare, è il caso delle separazioni coniugali, frequente è il caso della donna che decide di emigrare dopo il divorzio o la separazione, sia perché è diventata un peso per la famiglia, sia per poter mantenere i figli, altre volte il disgiungimento si verifica con la decisione della partenza, in altri casi dopo che la permanenza in Italia si è prolungata per lungo tempo.

Alcune ricerche hanno evidenziato come nei flussi migratori le donne separate o vedove sono presenti in numero superiore rispetto agli uomini separati o divorziati.¹⁹⁷

¹⁹⁷ Dal sito internet: <http://www.click.vi.it/sistemiculture/berlatoVI.html>

Le donne più giovani, hanno un'età che va dai 23 ai 33 anni, sono in genere appena diplomate, nubili o già separate, con figli piccoli che vengono lasciati nel paese di provenienza, alle cure di parenti; l'Unicef calcola che siano almeno 350 mila in Romania e 150 mila in Moldavia¹⁹⁸, sicuramente le cifre sono sottostimate, in genere hanno l'intenzione di insediarsi stabilmente nel nostro paese.

Complessivamente, consultati i dati delle ricerche, gli studiosi hanno affermato che le assistenti familiari giunte nel nostro paese in un secondo momento, sono meno istruite, e meno sicure del proprio operato, ma consapevoli dei propri limiti e disposte a formarsi, con un occhio volto alle possibilità che questa potrebbe avere nel futuro, probabilmente ha una rilevanza non trascurabile anche l'età più giovane di chi è giunto in Italia in anni recenti.

Le donne giovani che giungono in Italia, arrivano inizialmente nel periodo estivo per imparare la lingua e per svolgere qualche lavoro supportate da qualche familiare ben integrato nel nostro sistema, finita la stagione queste tornano al loro paese per continuare gli studi.

Cosa fanno?

Per le assistenti familiari la parola d'ordine è responsabilità, si sentono investite dai loro datori di lavoro di responsabilità nei confronti dell'anziano e della casa, a loro viene delegata la responsabilità dell'accudimento, della cura, della guarigione, del miglioramento ma anche dei rapporti con i sanitari, in quanto si rivolgono al medico per le esigenze del badato giocando un ruolo di intermediazione tra medico e curato, con il quale dialogano e sono ascoltate, al quale descrivono dettagliatamente le condizioni del curato evidenziandone i cambiamenti e gli umori nel corso della giornata; a livello pratico si occupano di tutto: farmaci, posologia, richiesta di controlli clinici, terapie riabilitative. Si occupano dell'intera gamma dei bisogni espressi dal loro accudito, fisico e psicologici, andando oltre il solo aiuto materiale e specialistico della cura, occupandosi dell'assistenza emotiva, del sostegno negli affetti, del supporto nelle relazioni sociali offerto ad anziani e familiari.

Sanno scegliere quando è opportuno chiamare il medico, imparano a fronteggiare le situazioni di crisi da sole, mostrando la solidità del loro ruolo anche nel caso di bisogni sanitari¹⁹⁹.

L'assunzione di responsabilità richiede impegno, serietà, affidabilità, prontezza, comprensione,

¹⁹⁸ Dal sito internet: <http://www.familydea.it/news/orfani-bianchi-auguri-ai-figli-delle-nostre-badanti/>

¹⁹⁹ Raimondo Catanzaro e Asher Colombo, *Badanti e co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, il Mulino, Bologna 2009, pag.282

gesti amorevoli, relazioni complesse e articolate fatte di vicinanza fisica, di attenzioni verbali e non verbali, dense di emozioni e significati affettivi.

Alle assistenti familiari viene sempre più spesso richiesto un lavoro di cura che comprenda tutti gli aspetti della vita di una persona, di giorno e di notte, quindi la disponibilità ad effettuare lunghi orari di lavoro, ma anche la coresidenza nonostante non sempre vi siano tutte le condizioni (uno spazio tutto per se, una camera propria) e le possibilità economiche da parte delle famiglie per poter pagare per tutte le ore di lavoro effettuate.

Queste donne oltre ad accudire gli anziani, occupandosi della vestizione, della deambulazione, dell'igiene personale, della sorveglianza durante il riposo, offrendo aiuto nell'alzarsi e nel coricarsi, hanno nelle loro mani anche la gestione domestica della casa, come pulire, far da mangiare, stirare.

Il lavoro di cura è molto articolato perché la cura è un'operazione complessa, dotata di temporaneità imprevedibili, richiede molte responsabilità e una grande disponibilità, che attraverso gesti effimeri produce qualcosa di materiale come la "vita dei corpi", è un'attenzione multipla e mutevole, un vero corpo a corpo che di volta in volta subisce misure diverse per la sua stessa azione²⁰⁰.

L'attesa dei datori di lavoro è quella di un coinvolgimento olistico (Maurizio Ambrosini 2013); il lavoro di cura è un intreccio di più dimensioni, quella pratica/organizzativa, quella relazionale, quella emozionale affettiva, quella etica, è un intreccio di mani, cervello e cuore (Patrizia Taccani 2013).

Nonostante tutte le difficoltà che ogni giorno incontrano, e che anche nei prossimi paragrafi approfondiremo, questo lavoro continua ad essere svolto; e se per alcune è l'unico lavoro che si è trovato, per altre è una scelta perché permette di risparmiare e quindi inviare molti soldi a casa, perché nonostante tutto è ben pagato e consente di transitare verso altri orizzonti lavorativi.

Cenni storici del progetto migratorio

Le diverse modalità di arrivo o i diversi motivi che hanno spinto ed ancora spingono le donne a partire condizionano o plasmano fortemente il modo di articolarsi delle singole donne nel nuovo contesto, pur all'interno di cornici culturali comuni. Questa storia individuale oltre ad essere tracciata in relazione al luogo di provenienza è condizionata dal progetto migratorio che ogni donna ha maturato personalmente e/o con il contributo della famiglia, del gruppo culturale di

²⁰⁰ Maria Teresa Battaglino, Angela Gherardi, Albalisa Sampieri. *Il lavoro di cura nel mercato globale: responsabilità e diritti*, Punto di partenza, 2005, pag.27

appartenenza, sono progetti e percorsi condizionati dalla classe, dall'età²⁰¹.

Fra i principali microfattori che stanno alla base della biografia migratoria della donna ricordiamo:

- progetto economico
- progetto di libertà
- progetto di turismo
- progetto di fuga
- progetto di matrimonio imposto (modello di provenienza), elettivo (modello di arrivo)
- progetto culturale
- strategia familiare
- progetto temporaneo
- progetto di stabilizzazione
- per ricongiungimento
- nessun progetto²⁰².

Tali motivazioni si combinano di volta in volta con i fattori di attrazione e/o con i fattori di espulsione che condizionano il modo di articolarsi delle donne nel nuovo contesto, con i percorsi e le strategie che guidano le donne nel loro progetto migratorio, sia che esso sia deciso in prima persona, o che venga subito.

Le donne che arrivano nel nostro paese non sono solo mosse da motivi economici, ma anche dalla voglia di nuovo, di regole di vita moderne (Tognetti, Bordogna 2004). Il desiderio di miglioramento, le aspettative verso il futuro, la ricerca della mobilità sociale, sono le motivazioni che spingono le donne a decidere di intraprendere il percorso migratorio. Lo fanno per un sentimento di responsabilità nei confronti della famiglia, per il bisogno di provvedere ai figli in modo adeguato, per il desiderio di un progetto di cambiamento, di miglioramento e di emancipazione che le coinvolge in prima persona. È l'intera famiglia di appartenenza che affida alla donna le proprie aspettative per una vita migliore e spesso anche il denaro per attuarlo.

Infatti ancora oggi il progetto inizia in patria, con la predisposizione del progetto, la ricerca del denaro per attuarlo, il collegamento con persone e gruppi che possono favorirlo.

Partono dai loro paesi con il carico delle loro responsabilità familiari e con l'obiettivo di ricavare sufficienti soldi per meglio fronteggiarle, lo fanno per i fratelli minori, per i figli per offrirgli la possibilità di studiare e formarsi, così un giorno da poter lavorare e produrre ricchezza sia su piccola che su grande scala, dandogli la possibilità di modernizzazione e sviluppo di una coscienza

²⁰¹ Mara Tognetti Bordogna, *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste*, la rivista delle politiche sociali n°3/2004, pag.196

²⁰² *Ibidem*, pag.197

civile e politica, di democratizzazione. Lavorare all'estero, inoltre, offre la possibilità di ricavare soldi per i propri genitori e per i mariti spesso disoccupati a volte per altri familiari, per reperire risorse sufficienti per acquistare una casa, un terreno o per l'apertura di un'attività autonoma.

I flussi migratori femminili, in Italia, possono essere divisi in quattro grandi periodi, ognuno dei quali corrisponde a specificità e provenienza di progetto. A differenza degli altri paesi europei, nei quali le immigrazioni femminili sono state per la maggior parte determinate dal ricongiungimento dei nuclei familiari, in Italia, a partire dai primi anni Settanta, si è verificato un insolito processo migratorio, nel quale non è stato l'uomo ad emigrare per primo e a creare le condizioni per il ricongiungimento della moglie, ma esattamente il contrario.

Le prime donne straniere sono arrivate in Italia negli anni Sessanta. Sono anni che seguono la forte industrializzazione, il passaggio dalle città alle campagne, l'inserimento nel mercato produttivo delle donne autoctone, con conseguente forte richiesta di lavoro di cura, che può essere svolto dalle donne immigrate.

Si è trattato in gran parte di donne, impiegate come domestiche fisse nelle famiglie italiane. I due principali canali di arrivo erano costituiti dalle famiglie di ex coloni rientrate in Italia o dalla mediazione svolta da alcuni gruppi religiosi.

La chiesa con le sue vevoli strutture si è fatta carico, in molti casi, dell'accoglienza di queste donne, di indirizzarle e collocarle nel mondo del lavoro e di soddisfarne anche i bisogni primari.

I gruppi più rappresentativi erano le eritree, le capoverdiane, le latino-americane, di fede cattolica, che in seguito alla spinta del regime di Marcos, e con il supporto dei missionari cattolici hanno deciso di emigrare per motivi di lavoro. In questo decennio aumentò il numero delle donne filippine giunte in Italia grazie all'intermediazione di agenzie non sempre riconosciute ufficialmente. In quegli anni poi si venne a creare un reticolo informale di sostegno all'immigrazione femminile, in cui le donne emigrate in precedenza preparavano e organizzavano la partenza e la prima accoglienza alle nuove arrivate, da parenti e amiche, le quali andavano ad occupare i posti lasciati liberi dalle "vecchie immigrate", secondo un avvicendamento lavorativo che prevedeva il passaggio dalla situazione di domestica fissa a quella di lavoratrice a giornata.²⁰³

La realtà migratoria femminile di questo periodo, non ha posto problemi al nostro sistema di welfare in quanto non ha posto domande, non ha richiesto risorse particolari perché il lavoro era nella maggior parte dei casi garantito dalla catena migratoria arrivata dalla chiesa, che si è dimostrata una vera e propria agenzia per il collocamento al lavoro, mentre vitto e alloggio erano messi a disposizione dai datori di lavoro. Sono donne che sono state inserite nel lavoro domestico, definite donne della "tripla invisibilità", invisibili perché non si vedevano per strada, invisibili

²⁰³ Dal sito internet: <http://www.click.vi.it/sistemiculture/berlatoVI.html>

perché stavano all'interno, in un mercato del lavoro molto particolare, segregato, invisibile perché ricercatori e mass media non le vedevano e non le facevano di conseguenza diventare oggetto di attenzione. Altra particolarità di quegli anni è che le donne erano “bianche” a parte le Eritree, e quindi si confondevano bene con le autoctone (Mara Tognetti Bordogna 2004).

Sono quindi gli anni delle pioniere e dell'invisibilità; mantenevano contatti epistolari, con il paese di provenienza, dove vi facevano ritorno solo dopo molti anni. Spesso hanno lasciato figli e mariti, anche se nei dati dei flussi erano presenti anche donne vedove e separate²⁰⁴.

Gli anni '80 sono stati caratterizzati da un processo migratorio prevalentemente maschile, ad arrivare in Italia erano uomini di origine africana e asiatica, che a seguito delle politiche di stop poste da molti paesi come la Germania, l'Inghilterra, la Francia, si orientavano verso il nostro paese. Le donne comunque continuavano ad arrivare, arrivavano per motivi economici, per lavorare, ma anche per un'esigenza di libertà, un bisogno di crescita culturale.

Molte erano e sono anche le esigenze di tipo economico, la voglia di conoscere un mondo nuovo, le esigenze familiari, la mancanza di risorse, il conflitto coniugale, la voglia di sfuggire a una situazione di sottomissione, che cultura e tradizione del paese di origine riservano loro. Spesso vi è la necessità di sottrarsi alle violenze maschili e all'autorità parentale. La migrazione è un modo per sfuggire ad una cultura non più condivisa e non più condivisibile (Mara Tognetti Bordogna 2004).

I flussi degli anni '80 sono stati caratterizzati da una maggiore visibilità per un maggior equilibrio tra appartenenza di genere.

Il progetto migratorio avviene con il sostegno delle donne già emigrate, che fanno da mediatrici, stabilendo contatti con le agenzie, andando a creare una “catena migratoria” dove le prime donne immigrate ne fanno venire altre, loro parenti o conoscenti.

Le donne non svolgono più il lavoro domestico e di cura a tempo pieno, ma a ore.

Nasce così il processo di emancipazione legato al fatto che si può entrare in relazione con gli autoctoni, dove ci sono tempi e spazi per dialogare con la “società di accoglienza”, verso una conoscenza maggiore del contesto di inserimento²⁰⁵.

Le donne in quegli anni iniziano ad aggregarsi per condividere lo spazio di una casa, iniziano a porsi il problema degli eventuali figli lasciati al paese d'origine e dei mariti.

La presenza di entrambi i sessi inizia ad essere più equilibrata, anche se permangono flussi che mantengono una forte incidenza femminile. Le provenienze sono più differenziate fra i diversi continenti si ha un maggiore interscambio con il paese d'origine, anche perché contatti e viaggi diventano più frequenti.

²⁰⁴ M. Tognetti Bordogna, *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste...*, pag.201

²⁰⁵ *Ibidem*, pag.202

È in quegli anni che nasce e si sviluppa una relazione familiare transnazionale²⁰⁶.

Verso la fine degli anni Ottanta l'arrivo delle donne è coinciso con l'ottenimento del ricongiungimento familiare, questo però ha riguardato soprattutto le donne provenienti dai Paesi Arabi (Egiziane, Tunisine, Marocchine).

Nel corso degli anni abbiamo, quindi, potuto assistere a flussi di lavoratori provenienti da diversi paesi che, non sono andati a sostituire quelli arrivati precedentemente, ma hanno iniziato a far parte del mercato del lavoro insediandosi e occupandone porzioni rilevanti, per essere poi raggiunti da lavoratori provenienti da altre aree, quasi a formare quella che Giuseppe Sciortino definisce "stratificazione geologica dei lavoratori".

Negli anni '90, i flussi migratori si presentavano in equilibrio fra maschi e femmine, ed erano caratterizzati dall'incremento del numero di donne coinvolte nel ricongiungimento familiare. Nel nostro paese sono arrivate le donne che raggiungevano i loro familiari: le mogli, coloro che sono state identificate con un ruolo tradizionale nell'emigrazione e che sono state definite "donne della tradizione o donne velate"²⁰⁷.

A fianco a molte donne che si ricongiungono ai mariti, vi sono molti uomini che si ricongiungono alle proprie mogli e madri nel nostro paese, a quelle donne pioniere partite negli anni '70²⁰⁸.

Gli anni '90 sono anni della grande visibilità delle donne, sono anni della sovraesposizione delle donne straniere in Italia a causa della tratta di donne e minori, della prostituzione, che diventa realtà costituita dalla migrazione al femminile.²⁰⁹ Tale fenomeno pur rappresentando un piccolo tassello della scena migratoria, mette sulla scena pubblica le donne rendendole fortemente visibili.

Sono anche gli anni in cui la segregazione occupazionale del lavoro domestico e di cura si riduce ulteriormente, le donne continuano a fare il lavoro di cura, ma lavorano anche nelle imprese di pulizie, iniziano a mettersi in proprio, entrano in piccole cooperative, svolgono lavoro autonomo come ambulanti, soprattutto per prodotti etnici, mentre altre entrano nelle industrie come operaie generiche. A fianco a queste troviamo l'imprenditoria etnica femminile, la creazione di cooperative e/o associazioni per l'attività di mediazione linguistica e culturale che troverà legittimazione solo alla fine degli anni '90.

Alla fine degli anni '90, con l'inizio del nuovo millennio, assume grande visibilità per l'impatto che ha sul nostro welfare un gruppo particolare di donne che svolgono lavoro di cura: le assistenti familiari.

²⁰⁶ M. Tognetti Bordogna, *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste...*, pag.203

²⁰⁷ Mara Tognetti Bordogna, *Arrivare non basta. Complessità e fatica della migrazione*, Franco Angeli, Milano 2007, pag.16

²⁰⁸ M. Tognetti Bordogna, *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste...*, pag.203

²⁰⁹ *Ibidem*, pag.203

Queste si inseriscono in modo visibile nei flussi migratori verso il nostro paese, provengono dai paesi dell'ex Russia e dell'est in generale, avvalendosi spesso di agenzie specializzate nel trasporto²¹⁰. Sono donne, che in seguito al collasso dell'Unione Sovietica e la ristrutturazione economica, sociale e politica dei nuovi stati indipendenti nati dalle sue polveri ha causato un processo di rapido impoverimento di ampie fette della popolazione che a sua volta si è tradotto in una pluralità di nuovi flussi migratori. A partire dalla seconda metà degli anni '90 un sempre più consistente numero di donne di mezza età ucraine, ma anche moldave, bielorusse e russe, comincia a emigrare, sulle orme delle polacche, che avevano iniziato a partire alla volta dell'Italia già alla fine degli anni '80. Tale flusso non è stato innescato solamente dalla riorganizzazione capitalista del mercato del lavoro, ma anche dallo smantellamento del welfare state socialista. La ristrutturazione neo liberale delle politiche economiche ha imposto, infatti, una ridefinizione del contratto di cittadinanza in cui sono aumentate le responsabilità individuali e si sono ridotte le responsabilità dello stato rispetto al benessere del cittadino. Senza poter contare su significativi aumenti salariali le famiglie si sono trovate, quindi, a dover far fronte a un decisivo incremento del costo della vita causato dall'imposizione di pezzi di mercato a servizi precedentemente forniti dallo stato, come l'istruzione, l'assistenza sanitaria, l'alloggio, e alla diffusione della corruzione nei pochi servizi pubblici sopravvissuti ai tagli come ospedali e scuole. Le donne sono tornate al centro della sfera domestica e gli uomini nella sfera pubblica del lavoro salariato. Questi cambiamenti ideologici hanno coinciso con la progressiva riduzione delle politiche pubbliche di conciliazione tra lavoro e famiglia, come i servizi per la cura dei bambini, lasciando le lavoratrici senza alcun sostegno. In Ucraina, ma anche nella Repubblica Moldava e in Romania, il lavoro domestico e di cura delle persone non autosufficienti, ricade oggi quasi totalmente sulle spalle delle donne, esse però non possono dedicarsi a tempo pieno a tali attività poiché il salario del marito non è sufficiente per il mantenimento dell'intera famiglia. La partenza delle donne è così intimamente legata ai nuovi regimi di welfare che si sono affermati nei paesi post-sovietici, che a loro volta hanno profondamente influenzato il dibattito pubblico relativo all'emigrazione femminile²¹¹. Un numero sempre maggiore di donne proviene da questi paesi per fronteggiare la criticità economica, che interessa la propria famiglia, o per far terminare gli studi ai figli o mantenere la famiglia²¹². Anche in questi anni, il percorso inizia in patria, con la predisposizione del progetto, la ricerca del denaro per attuarlo, il collegamento con persone e gruppi che possono favorirlo; due le situazioni da distinguere: quella delle famiglie che hanno una somma di risparmi da investire nel progetto, come

²¹⁰ M. Tognetti Bordogna, *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste...*, pag.204

²¹¹ S.Pasquinelli, G.Rusmini, *Badare non basta*, pag.101-102

²¹² M. Tognetti Bordogna, *Fasi e flussi migratori: le donne come protagoniste...*, pag.207

già affermato, e il caso invece di quelle famiglie che debbono rivolgersi al prestito, entrando così in contatto con la “mafia”, per arrivare nel nostro paese da clandestini.

In entrambi i casi il fatto di non ricorrere agli uffici pubblici è dovuto sia alla loro corruzione sia alla rigidità delle leggi sull’espatrio, (nel caso di alcuni paesi, compreso il nostro ancor oggi è praticamente impossibile arrivare in Italia per vie regolari) e sull’ingresso (i paesi meno rigidi, o secondo alcuni più corruttibili, sono Grecia e Portogallo). Sono infatti, molte le donne che per arrivare in Italia si sono rivolte alla mafia per avere prestiti, ma questo fa sì che si trovino nell’impossibilità di gestirsi autonomamente, dovendo per forza arrivare in Italia perché altrimenti a rischiare è la loro famiglia. Molte di loro, che per partire hanno fatto ricorso ad organizzazioni criminali, possono rischiare di essere ricattate con continue richieste di somme di denaro. Ma anche chi non ha fatto ricorso a queste, arrivate in Italia hanno due possibilità o rivolgersi agli amici (gli stessi che magari le hanno indicato la città) o rivolgersi alle organizzazioni clandestine che chiedono soldi in cambio di un lavoro, complici spesso di agenzie italiane²¹³.

Almeno all’inizio, queste migrazioni femminili, si caratterizzano per la forte irregolarità e il forte pendolarismo, fra un posto di lavoro e l’altro, pur non rientrando sistematicamente al paese d’origine, anche a causa del loro stato di irregolarità.

Le provenienze vedono oggi l’Europa orientale come principale bacino di reclutamento: il 19,4% proviene dalla Romania, il 10,4% dall’Ucraina, il 7,7% dalla Polonia e il 6,2% dalla Moldavia. Le Filippine storicamente le prime arrivate al servizio delle famiglie italiane a partire dagli anni ‘60-‘70 del secolo scorso, si inseriscono al terzo posto con il 9%²¹⁴.

Tre su quattro sono coniugate. Il 51% ha superato i 40 anni, il 18% è laureata e il 40% ha una scolarizzazione superiore, guadagnano 20-30 volte di più di quello che potrebbero guadagnare al paese d’origine, anche svolgendo la professione di medico o ingegnere²¹⁵.

Oggi le donne straniere entrano in Italia secondo tre differenti modalità:

- 1) le domestiche per chiamata nominativa, con un contratto di almeno 4 ore settimanali della durata di due anni e con l’obbligo di risiedere presso l’abitazione del datore di lavoro;
- 2) per ricongiungimento familiare, anche se le difficoltà burocratiche non mancano, le richieste sono in continuo aumento.

²¹³ Gianvittorio Lazzarini, *La famiglia chiusa nel welfare nascosto. Il silenzio e l’invisibilità delle “badanti”. La genitorialità ferita della famiglia del disabile*, 2004, pag.23, dal sito internet <http://www.redadultosmayores.com.ar/docsPDF/Bibliografia/Regiones%20Italia/la%20familia%20cerrada%20-Alzheimer%20Italia.pdf>.

²¹⁴ Paolo Boccagni, Maurizio Ambrosini, *Cercando il benessere nelle migrazioni, L’esperienza delle assistenti familiari straniere in Trentino*, Franco Angeli, Milano 2012, pag.31

²¹⁵ M.Tognetti Bordogna, *Arrivare no basta complessità e fatica della migrazione*, Franco Angeli, Milano 2007, pag.94

3) quelle che arrivano per motivi umanitari e politici, provenienti nella maggioranza dei casi dalla Libia, dalla Somalia e dall' ex Jugoslavia.

Oggi giorno i filippini, nel complesso, rappresentano il sesto gruppo straniero per presenza in Italia, dopo Romania, Albania, Marocco, Cina e Ucraina, e sono insediati soprattutto nelle grandi città.

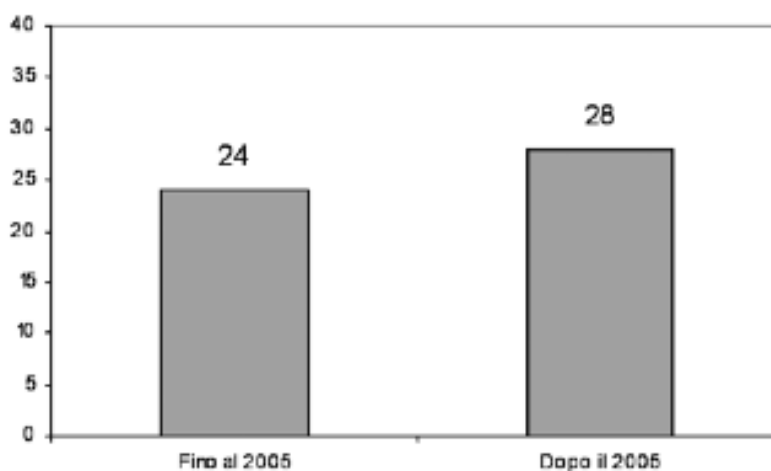
L'ingresso delle donne provenienti dall'Est Europa è avvenuto in seguito al processo di disintegrazione del sistema politico, economico e della struttura sociale sovietica che ha portato dissoluzione dell'Unione Sovietica, tra il Gennaio 1990 e il Dicembre 1991; tale processo che ha portato l'ingresso nell'economia di mercato e alle conseguenti situazioni di instabilità economica e sociale, non ha permesso uno sviluppo di condizioni di vita e di lavoro tali da poter permettere ai propri cittadini un regolare sostentamento delle famiglie, facendo prendere la decisione a molti di emigrare.

Le donne straniere giunte in Italia all'inizio degli anni 2000 avevano una prospettiva migratoria di breve periodo, con l'obiettivo di ritornare in patria una volta raggiunto l'obiettivo economico che le ha portate alla scelta migratoria, ma nel corso della loro permanenza, molte di loro, hanno cambiato idea, e l'intenzione di tornare in patria è vista in un medio lungo periodo.

Sta crescendo l'idea di insediarsi stabilmente in Italia, come è possibile notare osservando la tabella numero 15, a cambiare idea sono le donne dell'Est, a fare progetti a lungo termine sono le romene, quasi 4 su 10 di quelle arrivate negli ultimi anni dichiarano di volersi stabilire definitivamente nel nostro paese. In passato l'idea di insediarsi per lunghi periodi nel paese d'arrivo era assai rara, soprattutto tra le est europee, più propense ad un modello migratorio caratterizzato da pendolarismo, modello che invece oggi si sta affievolendo; tanto che oggi prima della loro partenza iniziano ad individuare mete, ad evocare nuove regioni per protrarre la permanenza nel nostro paese, delineando in certi casi anche intenzioni per il ricongiungimento familiare²¹⁶.

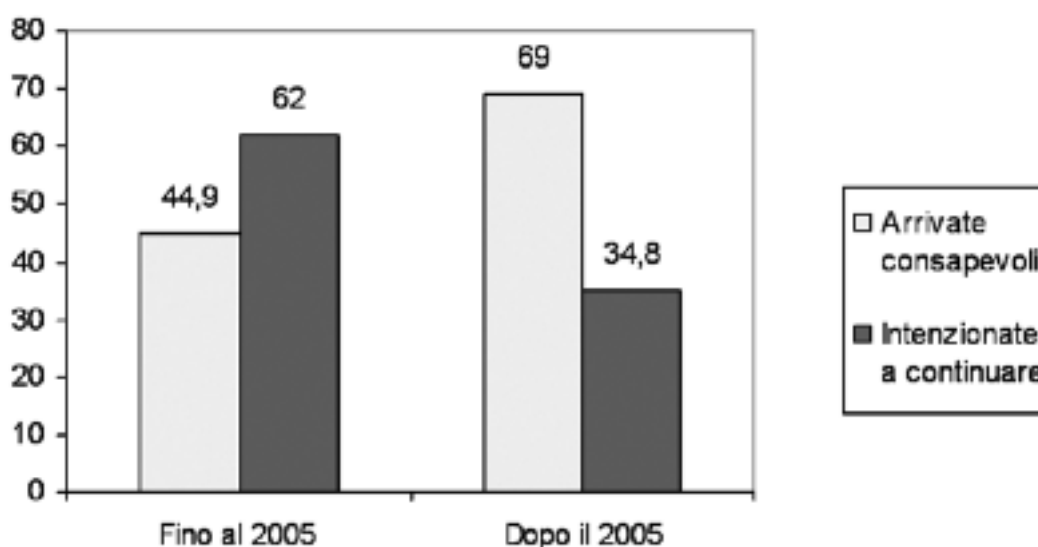
²¹⁶ G. Lazzarini, *La famiglia chiusa nel welfare...*, pag.23

Tabella 15: Assistenti familiari intenzionate a rimanere per sempre in Italia, quando vi sono arrivate.



Rispetto alle prime donne arrivate nel nostro paese, oggi, come si può notare nel grafico riportato qui sotto, arrivano in Italia con un'idea ben definita sul lavoro che andranno a svolgere, sanno che si occuperanno dell'assistenza ad anziani poco o per niente autosufficienti. Questo è favorito anche dall'arrivo di consistenti numeri di persone con la stessa provenienza che favorisce l'arrivo di connazionali preparate e consapevoli del lavoro che le spetta, ma anche dei propri diritti e delle possibilità, sapendo di poter usufruire di una catena di aiuti da parte delle connazionali, giunte da più tempo in Italia, sia per l'alloggio che per trovare lavoro.

Tabella 16: Assistenti familiari giunte in Italia consapevoli del lavoro che avrebbero svolto e intenzionate a svolgerlo in futuro, per periodo di arrivo.



Da ricerche effettuate negli ultimi anni, è emerso che ad una prospettiva di insediamento più stabile si unisce una prospettiva di lavoro di cura più transitoria, le assistenti familiari sanno che tale lavoro non lo svolgeranno sul medio lungo periodo, perché il loro desiderio è di fare altro.

Quello che colpisce, è che spesso di fronte al prolungamento della condizione di dipendenza e all'appesantimento dei compiti di cura ad esse richiesti, tendono a trasformarsi da fornitrici dirette di cure a responsabili della gestione di un sistema di cure che si impernia sulla figura dell'assistente familiare. A lei delegano le incombenze più faticose e le responsabilità della supervisione costante della persona assistita, dovendo però occuparsi della gestione della sua situazione giuridica e dei molti eventuali problemi connessi al suo soggiorno all'estero, lontano dalla casa e dalla propria famiglia. Il care manager oltre a regolare i rapporti economici e a governare l'eventuale intervento di altre figure (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione), esse stesse si fanno carico spesso di subentrare alle assistenti familiari, quando queste si assentano per i giorni di riposo previsti o per altre necessità, come pure di tamponare eventuali emergenze²¹⁷.

Il lavoro di cura: lavoro in regola, lavoro nero, fisso o a ore

Il lavoro per le famiglie, rappresenta per le donne immigrate un bacino molto vasto di opportunità occupazionali. Com'è stato dimostrato da un'ampia letteratura in merito, i motivi sono vari:

la crescente partecipazione al lavoro delle donne italiane senza che mutasse la divisione del lavoro di cura in seno alla famiglia, ne migliorasse l'offerta di servizi di assistenza; l'aumento della popolazione molto anziana; la stigmatizzazione culturale per l'istituzionalizzazione degli anziani (Paolo Boccagni 2012), il rifiuto delle donne italiane per mansioni servili e spesso penose, le frequenti situazioni di coresidenza e di irregolarità delle attività per le famiglie che le rende particolarmente adeguate alle necessità di chi è entrato in Italia senza un permesso di soggiorno per motivi di lavoro e non soltanto non può avere un'occupazione in regola, ma ha anche pressanti esigenze di risparmiare quanto più possibile. Più scarsa luce, invece, è stata gettata sul funzionamento di questo mercato del lavoro, ormai largamente etnicizzato²¹⁸.

Al fine di comprendere i comportamenti, nel mercato del lavoro per le famiglie, delle donne immigrate, non dobbiamo dimenticare la loro origine geografica e socio culturale, perché ad es. per

²¹⁷ Maurizio Ambrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile, Il lavoro di cura attraverso le frontiere*, il Mulino, Bologna 2013, pag.39-40

²¹⁸ Raimondo Catanzaro e Asher Colombo, *Badanti e co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna, il Mulino, 2009, pag.299

le donne provenienti da un paese dell'Europa Centro orientale sarà più probabile che adottino un progetto migratorio di breve durata, in particolare le bulgare e le rumene che sfiorano il 15%, le ucraine superano il 12% e le polacche il 10%, mentre le donne emigrate dall'Asia, dall'Africa e dall'America Centro-meridionale oscillano fra il 15 e il 19%. Tra le donne vi è un elevato numero con alti livelli di istruzione e con esperienze lavorative qualificate nel paese d'origine. Infatti il 26% delle assistenti familiari e il 18% delle domestiche e babysitter dichiarano di essere laureate e ben il 59% delle assistenti familiari e il 62% delle domestiche e baby sitter di avere un diploma di scuola superiore.

Prima di emigrare, appena il 15% ha dichiarato di esser stato disoccupato o inattivo, mentre il 40% ha dichiarato di aver svolto professioni intellettuali, tecniche o impiegatizie e quasi nessuno un lavoro di assistenza²¹⁹. Siamo quindi davanti ad un processo di dequalificazione professionale e sociale che si giustifica soltanto con la possibilità di ben maggiori ricompense economiche, come d'altronde accade per la quasi totalità degli immigrati in Italia (Istat 2008).

Spesso le donne faticano ad identificarsi professionalmente, perché il lavoro svolto consiste in attività legate ai normali comportamenti quotidiani compiuti gratuitamente in famiglia; spesso in aggiunta al vero mestiere per la quale hanno studiato e grazie al quale si è definito il loro ruolo sociale.

Il lavoro di cura, da sempre, è considerato un lavoro che non richiede specifiche competenze, che si apprende sul campo e non necessita di corsi di preparazione, è facile da trovare, e può risultare un'ottima sistemazione iniziale per poi transitare verso altro.

Soprattutto inizialmente, appena giunte in Italia, la coresidenza può rappresentare per la donna straniera una buona prima soluzione di sistemazione, che le permette di accumulare il maggior guadagno nel minor tempo possibile e quindi di inviare molti soldi alla famiglia rimasta nel paese d'origine. Inoltre la convivenza è scelta, anche, da quelle donne che sono arrivate nel nostro paese e che non possiedono ancora tutti i documenti in regola.

Pasquinelli in una sua ricerca, ha rilevato dai dati raccolti, che delle 830 mila assistenti familiari che si stima lavorino nel nostro paese, molte stanno in una condizione di irregolarità. Ha calcolato che:

1. Oltre un quarto (43 per cento), lavora e, trattandosi di straniere senza permesso di soggiorno valido, risiede irregolarmente in Italia (216.000 lavoratrici);
2. oltre un terzo (36 per cento), pur risiedendo in maniera regolare perché italiana o straniera con permesso valido, lavora senza contratto (299.000);

²¹⁹ R.Catanzaro e A.Colombo, *Badanti e co...*, pag.300

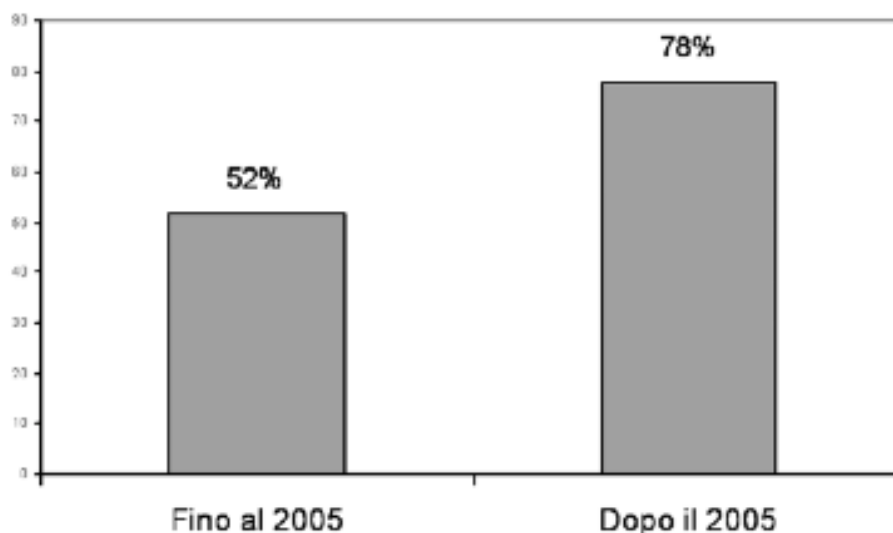
3. infine vi è chi lavora in regola con un contratto, che rappresenta il 38% del totale (315.000).

Tabella 17: Presenza per condizione delle assistenti familiari

Condizione	%
Con contratto	38%
Senza contratto	36%
Irregolare	26%
Totale	100%

Complessivamente, quindi, l'irregolarità contrattuale riguarda quasi due terzi delle assistenti familiari operanti nel nostro paese²²⁰, a una quota di donne irregolarmente presenti nel nostro paese si accompagna un vasto numero di donne regolarmente soggiornanti, ma senza contratto di lavoro. Le nuove badanti sono quindi marcate da una diffusa condizione di irregolarità, sia in termini di presenza sul territorio italiano, sia in termini lavorativi²²¹.

Tabella 18: Assistenti familiari che lavorano senza un contratto per un periodo



Chi risiede irregolarmente in Italia, perché è entrato clandestinamente o perché i documenti con il quale è entrato non sono più validi, è considerato l'invisibile tra gli invisibili, non avendo alcuna prospettiva di formazione, sviluppo professionale, connessione con i servizi pubblici. Il 26% è una quota che risulta molto elevata, rispetto alle stime degli stranieri irregolari presenti in Italia; le

²²⁰ S.Pasquinelli, G.Rusmini, *Badare non basta...*, pag.47

²²¹ S.Pasquinelli, G.Rusmini *Badanti: La nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Istituto per la Ricerca Sociale, Novembre 2008, pag.33

assistenti familiari rappresentano quasi la metà degli stranieri irregolari presenti nel nostro paese. L'irregolarità è accompagnata nella maggior parte dei casi da segregazione lavorativa e sociale: in genere sono questi a coesistere con l'anziano bisognoso di cure, dove si instaura un rapporto di dipendenza personale, con minori possibilità di integrarsi nel contesto²²². La coabitazione si riduce nettamente, passando dall'83,4% al 72,0% per le assistenti familiari, se si confronta tra i primi e ultimi episodi di lavoro. La dipendenza abitativa è una condizione che le immigrate ricercano quando sono appena arrivate in Italia, ma dalla quale cercano di fuggire successivamente. A fronte di questa transizione possono giocare più fattori come l'esperienza accumulata, una situazione economica e lavorativa più sicura e la stabilizzazione nel nuovo paese, favorita magari dal ricongiungimento familiare²²³.

Le prime esperienze di lavoro prevedono molto più spesso delle successive la coresidenza. Chi è arrivato nel nostro paese dopo il 2000, ha una minore propensione rispetto a chi è in Italia da prima del 1995, a lavorare in coresidenza. È probabile che coloro che sono arrivati più recentemente possano ormai contare su reti sociali più estese e forti di quelle di cui potevano contare gli esploratori e quindi, appena giunti in Italia ricevano il sostegno e l'ospitalità di connazionali²²⁴, la solidarietà familiare ed etnica assume in proposito un rilievo saliente (Maurizio Ambrosini 2013).

Inoltre le reti di connazionali sono il principale strumento di ricerca di lavoro usato dagli immigrati, si formano così anche figure specializzate di brokers del mercato del lavoro immigrato, cioè intermediari specializzati nel mettere in contatto connazionali disoccupati con potenziali datori di lavoro²²⁵, ovviamente non sempre tale servizio, come quello del provider di servizi, sono gratuiti o ricompensati soltanto in termini simbolici²²⁶. A tali si aggiungono quelle che coinvolgono gli italiani e/o le associazioni locali per lo più legate alla chiesa. Il canale principale grazie al quale le immigrate hanno trovato un lavoro è quello delle reti di connazionali (oltre il 52% degli episodi) o di altri stranieri (oltre il 5%), seguono a grande distanza le reti di italiani (quasi il 20%), cui si aggiungono i precedenti datori di lavoro (7%). Anche associazioni e parrocchie hanno avuto un ruolo rilevante (quasi il 13%), mentre marginale è quello dei canali impersonali (centri per l'impiego, agenzie interinali e giornali non raggiungono il 3%).

²²² S.Pasquinelli, G.Rusmini *Badanti: La nuova generazione*, pag.47

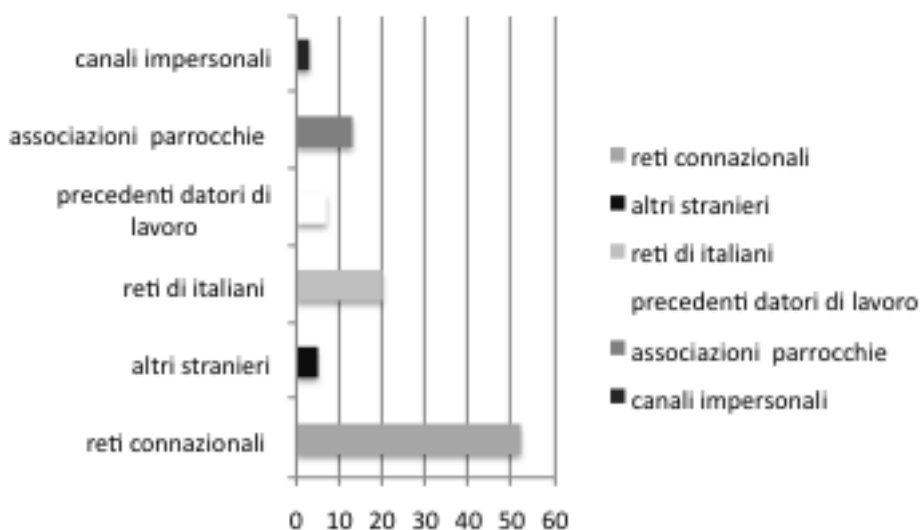
²²³ R. Catanzaro e A. Colombo, *Badanti e co....*, pag.306

²²⁴ *Ibidem*, pag.307-308

²²⁵ MAmbrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*, pag.66

²²⁶ *Ibidem*, pag.6

Tabella 19: Canale principale grazie al quale le immigrate hanno trovato un lavoro coincidente con la prima esperienza nel territorio italiano



Confrontando il modo grazie al quale si è trovato lavoro per i primi episodi lavorativi con quello utilizzato per gli ultimi si nota una netta riduzione del ruolo dei connazionali (dal 52% al 45%), mentre aumenta di molto il ruolo delle segnalazioni degli italiani (dal 12% al 24%) e dei precedenti datori di lavoro (da nullo a 9%)²²⁷. Anche il diverso contesto sociale influisce sui canali con cui si trova lavoro. Infatti le associazioni e le strutture legate alla chiesa hanno avuto un ruolo molto più rilevante al nord (18%) e al centro (20%) che al sud (6%), mentre nel mezzogiorno maggiore è stato quello delle reti dei connazionali e di altri immigrati (quasi il 64% contro neppure il 51% al Nord e poco più del 53% al Centro) e delle segnalazioni di italiani (oltre il 22% contro, rispettivamente, il 19 e il 15%). Questa differenza si spiega con il diverso peso che le strutture associative hanno nelle regioni italiane²²⁸.

Il secondo gruppo, cioè chi è in possesso del permesso di soggiorno, ma lavora in nero, ha delle possibilità di integrazione sociale e lavorativa, può partecipare a corsi di formazione, iscriversi ad albi, accedere a sportelli, anche se la sua situazione lavorativa è spesso precaria e professionalmente incerta. La situazione di irregolarità porta a convenienze per le famiglie, perché pagano meno e le assistenti familiari decidono di rinunciare ad un insieme di garanzie e di tutele in cambio di rapporti liberi da vincoli e di un salario più vantaggioso. Lo stato di irregolarità impedisce di chiedere il ricongiungimento familiare e di iscriversi a corsi professionalizzanti e ad albi o registri per personale qualificato nella cura, oggi molto diffusi.

²²⁷ R.Catanzaro e A.Colombo, *Badanti e co....*, pag.309

²²⁸ *Ibidem.*, pag.309

Il lavoro nero è largamente diffuso in attività svolte per le famiglie. Se si mettono a confronto i primi episodi con gli ultimi nella storia lavorativa di molte donne immigrate, è possibile rilevare un fenomeno analogo a quello visto per la durata dei rapporti di lavoro; infatti la percentuale di episodi in regola da poco più del 24% tra i primi cresce sino a sfiorare il 54% tra gli ultimi²²⁹.

La possibilità di accedere ad un rapporto di lavoro registrato sembra anche collegata con la modalità con cui si è trovato il lavoro. Infatti, in caso di intermediazione formale il rapporto di lavoro è per lo più regolare, mentre le segnalazioni di connazionali o di altri immigrati portano perlopiù a impieghi non in regola (rispettivamente 63% e il 74%). Con percentuali di rapporti in regola tra il 41% e il 46%, le occupazioni trovate tramite italiani, precedenti datori, associazioni e parrocchie sono in una posizione intermedia²³⁰.

I dati a riguardo non si modificano di molto neanche a seguito della presa in considerazione dell'anno di ingresso nel nostro paese, quindi vuol dire che le differenze tra soggetti provenienti da paesi diversi rimangono stabili anche a seguito della permanenza da più tempo in Italia.

Come si può ben immaginare gli episodi di lavoro svolti nelle regioni meridionali d'Italia sono molto più frequentemente irregolari di quelle svolte nelle regioni settentrionali e centrali. Man mano che aumenta la durata del rapporto lavorativo aumenta la possibilità che questi siano svolti con un regolare contratto di lavoro. Le nuove badanti sono le più esposte a condizioni di irregolarità sia in termini di presenza sul territorio italiano, sia in termini lavorativi, solo all'aumentare della durata del periodo lavorativo, aumenta anche la probabilità che siano regolarizzate, questo avviene perché nel primo periodo l'assistente familiare risulta in prova, e solo in un secondo momento se idonea alle richieste del datore di lavoro si provvede alla regolarizzazione.

Gli episodi di irregolarità coinvolgono soprattutto lavoratrici provenienti dall'Europa dell'est (Polonia, Romania, Bulgaria, Moldavia e altri paesi dell'est Europa) seguite a breve distanza dalle sud Americane. I coefficienti relativi ai paesi di origine non si modificano di molto neppure considerando l'anno d'ingresso in Italia. Mentre le immigrate con la più alta frequenza di regolarità contrattuale, sono quelle provenienti dallo Sri Lanka²³¹.

Il terzo gruppo, è rappresentato da coloro che lavorano in regola con un contratto, è quello che ha più possibilità di integrarsi nel tessuto sociale e lavorativo nel nostro paese²³².

Ma questo gruppo ricomprende sia le donne che hanno un rapporto di lavoro registrato, sia chi ha un regolare contratto ma le ore di lavoro dichiarate sono inferiori a quelle effettivamente svolte, quindi in molte si trovano a lavorare in situazioni ambigue con la copertura previdenziale di una

²²⁹ R.Catanzaro e A.Colombo, *Badanti e co...*, pag.312

²³⁰ *Ibidem*, pag.313

²³¹ *Ibidem*, pag.313

²³² S.Pasquinelli, G.Rusmini, *Badare non basta*, pag.48

parte delle ore di lavoro, secondo le stime Censis quasi 6 ore su 10 effettivamente lavorate sono prive di copertura previdenziale²³³; inoltre va sottolineato che con l'arrivo della crisi è ulteriormente diminuita la possibilità economica da parte delle famiglie di stipulare un regolare contratto, e ciò ha favorito la crescita di assistenti familiari che "lavorano in nero", ma come più volte abbiamo affermato questo comporta minori garanzie.

Anche dal punto di vista dei contratti regolarmente registrati presso l'inps, dal 2009 il loro numero, cresciuto rapidamente in precedenza ha preso a diminuire.

Proprio per le minori tutele che questo comporta, in genere le più giovani e le donne provenienti dal Sud America desiderano cambiare lavoro o le modalità, cercando di trovare altri lavori per poter diminuire l'intensità e il carico, per abbandonare la coresidenzialità con l'assistito, con il fine di potersi dedicare ad un'attività diversa, che permetta una maggiore libertà e un insediamento più stabile nella nostra società. Anche le donne che riescono ad ottenere il ricongiungimento familiare preferiscono trovare un nuovo e diverso impiego che permetta loro di dedicarsi alla propria famiglia.

La ricerca di un lavoro diverso avviene attraverso la frequenza a corsi di specializzazione professionale considerandoli come una strada più diretta alle professioni di operatrice socio sanitaria, di assistente domiciliare, di infermiera, di mediatrice culturale, di operatrice turistica.

Bisogna sottolineare che, per chi ha un progetto migratorio di breve-medio periodo, quindi fortemente orientato alla prospettiva di ritornare il prima possibile nel paese d'origine, appena raggiunto l'obiettivo prefissato, questo andrà ad esercitare una notevole influenza sulle strategie occupazionali e le relazioni di lavoro, quindi l'idea di lasciare il lavoro di cura per cercarne un altro non verrà presa in considerazione se non in specifici casi.

La giornata lavorativa per un'assistente familiare convivente è di massimo 10 ore non consecutive, per una non convivente ne sono previste 8 non consecutive.

In una settimana lavorativa media, l'assistente familiare convivente può lavorare per un massimo di 54 ore non consecutive oppure 30 ore non consecutive se la lavoratrice è inquadrata in uno dei livelli C, B e B super e anche nel caso in cui sia iscritta ad un corso di studi per conseguire un titolo di studio riconosciuto dallo stato e abbia un'età compresa tra i 16 e i 40 anni. Se l'assistente familiare non è coresidente sono previste 40 ore settimanali non consecutive.

Per quanto riguarda la pausa prevista per ciascuna giornata lavorativa, se è caratterizzata da coresidenza questa è di almeno 2 ore al giorno nel pomeriggio, se invece non vi è convivenza con l'anziano, spetta alle parti accordarsi in merito al riposo intermedio soprattutto se è pari o supera le 6 ore al giorno.

²³³ P.Boccagni, M.Ambrosini, *Cercando il benessere nelle migrazioni*, pag.32

Per il riposo notturno, tra la fine di una giornata di lavoro e l'inizio della successiva la legge dispone che per l'assistente familiare convivente siano previste almeno 11 ore consecutive ogni 24 e se non convivente almeno 8 ore consecutive ogni 24 ore. Ogni settimana, l'assistente familiare, sia coresidente che non, ha diritto ad avere molte ore consecutive libere dal lavoro. Per le assistenti familiari conviventi ne sono previste almeno 36 ore ogni 7 giorni di cui 24 ore la domenica da accordare rispettando anche la fede religiosa della lavoratrice e le restanti 12 ore in qualsiasi altro giorno della settimana, le lavoratrici non conviventi invece hanno diritto a 24 ore consecutive la domenica o in un giorno da stabilire. Nella fascia oraria di lavoro considerato notturno cioè quando l'assistente familiare convivente svolge la propria attività lavorativa tra le 22 e le 6 della mattina, ha diritto ad una retribuzione maggiorata, mentre l'assistente familiare non coresidente si considera prestazione lavorativa notturna quella che va dalla mezzanotte alle 5 della mattina per un totale di sette ore consecutive²³⁴. Da questa breve sintesi degli orari di lavoro e di riposo si può ben capire perché per molte assistenti familiari viene preferito il lavoro ad ore rispetto alla convivenza. Il primo motivo è che il lavoro ad ore offre una grande libertà anche se rimane accessibile a chi ha un'abitazione autonoma, quindi spesso questa soluzione non appartiene a chi è arrivata da poco, inoltre prevede delle spese per l'affitto dell'alloggio e quindi, in genere, non viene scelta da chi ha nel suo progetto di accumulare più risorse possibili nel minor tempo e tornare nel paese d'origine. Le assistenti familiari sono consapevoli del fatto che la coresidenza genera contrasti ricorrenti.

Il secondo motivo, è legato ai livelli retributivi, è risaputo che un'efficace organizzazione del lavoro a ore genera uno stipendio netto mensile pari o superiore a quello ricavato da un lavoro fisso presso lo stesso datore, ovviamente se ben organizzato.

La fascia delle assistenti familiari con guadagni medio alti, diciamo sopra i mille euro netti al mese, fa parte di questa fascia di reddito solo il 20% di chi coresiede, contro il 30% di chi lavora a ore²³⁵.

Non esiste una tabella salariale, e in genere il pagamento è gestito su un passaparola del "si fa così" o del "così fan tutti", di conseguenza i salari dichiarati sono molto diversi, si va dai 750 euro mensili ai 4000 per il lavoro 24 ore su 24. La stipula di questa parte avviene a partire da quanto sanno che è possibile chiedere. Molte lavoratrici decidono di non utilizzare i loro giorni di riposo, le ferie e preferiscono accumularle per utilizzarle quando decidono di rientrare a casa presso le loro famiglie.

Le retribuzioni si collocano, tutte, in una fascia bassa, ma le differenze interne sono tutt'altro che

²³⁴ Dal sito internet: <http://www.euriclea.it/area-documentale/normativa/il-rapporto-di-lavoro/orario-di-lavoro-e-riposi/51>

²³⁵ S.Pasquinelli, G.Rusmini, *Badare non basta...*, pag.51

trascurabili: il 32,4% percepisce un salario superiore ai 1000 euro mensili, un altro 24,5% guadagna tra 800 e i 1000 euro, il 20,2% tra i 600 e gli 800 euro e i rimanenti 22,9% sotto i 600 euro. In media il guadagno è inferiore del 20% rispetto a quello degli italiani occupati nello stesso ambito²³⁶.

Nella stipulazione del contratto, orario di lavoro, ferie, permessi, mansioni non sono ben specificate, e tale indeterminatezza si estende andando a penalizzare altri aspetti e regole.

La situazione di precarietà lavorativa, che la donna immigrata vive si può tradurre anche nell'improvvisa fine del rapporto di lavoro causata dalla morte dell'anziano, o dalla ritrovata autonomia, che la costringono a trovare un nuovo posto di lavoro. Così spesso questi cambiamenti repentini, non permettono alla donna di chiedere ferie. A volte alla morte dell'anziano, la donna prende la decisione di far rientro a casa per vari mesi. A volte l'impossibilità di fruire delle ferie è dovuta al fatto che il datore di lavoro chiede all'assistente familiare di seguire l'assistito nei luoghi di villeggiatura in cui si reca. A volte le lavoratrici hanno il timore ad assentarsi per lunghi periodi, per la paura di essere sostituite, e di perdere il posto.

²³⁶ P.Boccagni, M.Ambrosini, *Cercando il benessere nelle migrazioni*, pag.33

CAPITOLO 4

TRA SOGNI INFRANTI E DIRITTI VIOLATI

Dalla decisione di partire agli ingaggi in loco, dalla separazione dalla famiglia ma soprattutto lo strazio del distacco dai figli piccoli gestiti per telefono, il viaggio da strozzinaggio (specie se clandestine) con pulmini molto “polivalenti”, l’arrivo nei nostri territori e il dramma della lingua, ma anche il ruolo ambiguo delle assistenti familiari più anziane connazionali, che sistemano a pagamento le nuove “reclute”; ma anche l’esperienza della solitudine, dello straniamento e dell’umiliazione, il muoversi nei territori da invisibili e senza nessun luogo proprio, l’arrivo nella nuova famiglia e l’esame di competenza da superare, la voglia di tenerezza e di affetto e il problema della lealtà coniugale²³⁷, sono tutte situazioni emotive che ogni donna giunta nel nostro paese, per assistere i nostri anziani, vive.

I legami familiari transnazionali

La migrazione non viene intesa come un movimento unidirezionale, bensì come un flusso bidirezionale e continuo di persone, beni, capitali, idee che connettono i due poli della migrazione²³⁸.

Il forte coinvolgimento degli immigrati nella vita transnazionale aumenta la probabilità di mantenere influenze e modelli culturali del paese d’origine anche nel paese di destinazione.²³⁹

Alla base delle pratiche transnazionali quotidiane vi sarebbe la famiglia, ed è a questa che molti studiosi hanno rivolto la loro attenzione, concentrandosi sulle modalità di costituzione e le dinamiche familiari che si innescano e caratterizzano la famiglia transnazionale, a partire dalla ridefinizione della maternità e del ruolo genitoriale vista la distanza che separa madri e figli. Inoltre hanno rivolto uno sguardo agli effetti della migrazione dei genitori sui figli rimasti al paese d’origine, il loro stato psicologico e di salute, la loro condotta di vita, il successo scolastico...

²³⁷ Daniela Ricci e Catia Iori, *Esperienze e analisi del lavoro di cura, Da badanti ad assistenti familiari*, dossier, 18 dicembre 2007, dal sito internet <http://www.noidonne.org/articolo.php?ID=01528>

²³⁸ R. Catanzaro, A. Colombo, *Badanti & Co...*, pag.195

²³⁹ *Ibidem*, pag.195

Infine hanno valutato le conseguenze della separazione spaziale sui rapporti tra coniugi. Questo fa capire come la famiglia transnazionale non è unica, ma che sono molteplici le variabili che contribuiscono a formarla.

La scelta di partire, come abbiamo visto anche nel capitolo precedente, è la risposta alla situazione di destabilizzazione che la persona vive; e se questo riguarda di più le donne provenienti dall'Europa dell'est, per le Filippine ad es. a favorire la partenza sono i familiari già insediati, anche economicamente. Se le modalità di partenza sono diverse, le prospettive anche, ma a legare il progetto migratorio di entrambe, vi è il bisogno di rispondere ai bisogni della famiglia, dal sostenere le spese di tutti i giorni, al garantire un'istruzione scolastica ai figli, alla possibilità di accesso alle cure mediche e al poter comprare una casa, un terreno, ad avviare un'attività nel proprio paese, perché tutto ciò nel paese d'origine è diventato inaccessibile per la maggior parte della popolazione, dopo il passaggio ad un'economia di mercato che ha avuto conseguenze drammatiche sulle condizioni di vita: inflazione, salari non regolarmente retribuiti, disoccupazione, sottoccupazione innalzamento del costo della vita, privatizzazione e conseguente mancanza di un'abitazione.

Ma anche la presenza di mariti disoccupati, spesso alcolizzati, costituisce un fattore incentivante la migrazione delle donne, che da un lato sono costrette a compensare la mancanza di un reddito da parte del capofamiglia, in alcuni casi sono invece costrette a "scappare" da una situazione di violenza domestica. Come accennato anche nei paragrafi precedenti non sono pochi i casi di donne separate e divorziate, e come la crisi coniugale influisca sulla decisione di partire, e come tale scateni definitivamente la crisi coniugale latente.

Tra le donne coniugate, a volte il marito viene ricongiunto in Italia, in altri casi le emigrate hanno costruito nuove famiglie nel nostro paese e hanno quindi due famiglie: una al paese d'origine, e una al paese d'arrivo (Martina Cvajner 2009). Durante il periodo di permanenza nel paese d'arrivo la madre continua ad essere parte attiva nelle decisioni che riguardano l'intero nucleo familiare, con ritorni frequenti, ed un continuo scambio di informazioni. A favorire il pendolarismo, anche l'obbligo di rinnovare il visto ogni tre mesi per mantenere una condizione di regolarità, oltre al desiderio di rimanere vicine alla famiglia e partecipi agli avvenimenti e alle decisioni importanti di questa.

Questo, però, avviene difficilmente tra le donne filippine che, quasi la metà di quelle che vi hanno fatto ingresso, arrivano in Italia con un visto turistico, dalla durata limitata e alla scadenza rimangono nel nostro paese con uno stato di irregolarità, quindi il tornare a casa diventa impossibile, e ottenere la regolarizzazione una priorità. Possono passare anche sei anni, prima di riabbracciare un figlio lasciato alle cure di altre donne quando aveva solo pochi mesi di vita.

Ottenuto il permesso di soggiorno la frequenza e la durata dei rientri a casa sono influenzati dal contratto, spesso avvengono nel periodo estivo, per un periodo che va da 1 mese ai 3 mesi, e diminuiscono al crescere dei figli, quindi i ritorni sono più frequenti quando i figli sono piccoli.

Anche per le donne filippine la presenza dei figli nel paese d'origine fa superare il lungo viaggio e l'elevato costo del biglietto aereo, garantendo la regolarità delle visite.

A parte i viaggi estivi si torna a casa in occasioni particolari, come il periodo che precede e segue il parto sia che riguardi la donna in prima persona o la figlia, o per malattia, o decessi che coinvolgono i membri della famiglia, si torna a casa quindi anche per rituali, quali funerali, comunioni, matrimoni.

I ritorni al paese d'origine sembrano gli unici veri collanti della relazione madre figlio, anche se i tempi della permanenza devono essere abbastanza lunghi così da poter rimarginare "le ferite" che i mesi di lontananza hanno creato, un incontro breve potrebbe essere così intenso da accentuare il dolore per entrambi.

Anche se lasciati a mani fidate, al centro delle preoccupazioni e delle strategie delle madri sta il benessere dei figli sia a distanza sia nei processi di ricongiungimento, malgrado le difficoltà da fronteggiare. La vulnerabilità economica e sociale non impedisce loro di continuare a porre il ruolo materno come elemento saliente della loro identità e del loro percorso migratorio. La volontà di provvedere alle loro famiglie, di assicurare un futuro migliore ai loro figli, eventualmente di poter vivere di nuovo insieme a loro, diventa l'obiettivo fondamentale delle madri migranti.

L'accudimento dei figli può essere organizzato in diversi modi, e non sempre si basa sulla vita in comune tra i figli e la madre naturale, ne tanto meno sulla famiglia nucleare stabile²⁴⁰.

Questa separazione fisica ed emotiva tra madri e figli ha sicuramente dei risvolti emotivi su entrambi. La lontananza da spesso origine a sensi di colpa, impotenza, senso di rimorso da parte della madre, i figli invece manifestano sentimenti di solitudine, vulnerabilità insicurezza. In molti casi, la separazione è così dolorosa da sopportare, da creare dei veri e propri stati di depressione, di sviluppo di dipendenza da droghe e alcool, che spesso li porta a prendere la strada dell'illegalità. Nei casi più drammatici arrivano a togliersi la vita, e i suicidi non sono rari già a partire dai 10-11 anni. Alcuni studiosi hanno coniato il termine di "orfani bianchi", secondo l'Unicef sono almeno 350mila in Romania, 100mila in Moldavia²⁴¹, questi bambini crescono con i padri, le nonne, le zie, i vicini di casa, le babysitter, da amici, spesso in una situazione di condivisione educativa, o addirittura da soli in istituti per minori. Soprattutto nei paesi dell'Est Europa la condivisione della

²⁴⁰ M.Ambrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*. Il lavoro di cura attraverso le frontiere, il Mulino, Bologna 2013, pag.247

²⁴¹ Dal sito internet: <http://www.linkiesta.it/orfani-bianchi-badanti-silvia-dumitrache>

cura dei minori, avviene poichè i membri della famiglia rimasti a casa sono anziani che appartengono ad una fascia d'età che ha anch'essa bisogno di cure. Bryceson e Vuorela hanno parlato della famiglia migrante come di una “comunità immaginata”, simile alla nazione o all'etnia: un costrutto ideologico e astratto, e dunque relativo e cangiante²⁴². Questo desiderio di rimanere vicino ai figli anche se lontane, di prendersi cura di loro, di mantenere salda questa relazione unica che è quella tra madre e figlio, viene definita caring, in mancanza di un termine italiano altrettanto espressivo. Il caring è l'aspetto cruciale che si riflette nelle relazioni con i parenti, nelle pratiche comunicative, nei comportamenti economici.

Le responsabilità assunte dai padri sono di poca rilevanza, soprattutto in caso di coppie separate o divorziate, inoltre a gravare sulle relazioni vi sono i problemi legati all'alcolismo, anche se di recente si è però riscontrato un positivo cambiamento per quanto riguarda i padri polacchi, dove vi è una suddivisione delle mansioni domestiche e nell'accudimento dei figli.

Molte immigrate filippine, invece, affidano la cura dei propri figli a una o due donne, Hochschild la definì catena globale di cura, le donne occidentali delegano la cura dei propri figli a donne immigrate che a loro volta esternalizzano la cura dei figli nei rispettivi paesi di origine a donne di classe sociale inferiore.

Davanti a questa situazione si può ben capire come le madri siano costrette a rivedere il proprio ruolo, la propria maternità, davanti ad un'esperienza tanto dolorosa, che le fa vivere con l'angoscia che i figli si dimentichino di loro, che abbiano bisogno di loro, del loro affetto, di un loro abbraccio...

Se al paese d'origine hanno lasciato figlie adolescenti, saranno queste ad occuparsi di eventuali fratelli minori, trascurando o abbandonando gli studi per sostituirsi alla madre.

Per colmare questo vuoto affettivo che le fa sentire delle “cattive madri fisicamente assenti”, come riportato nel libro Badanti & co, inviano soldi e regali e mantengono continue comunicazioni, con un appuntamento fisso, a cadenza mensile o addirittura settimanale²⁴³.

In genere queste madri inviano in patria pacchi che contengono soprattutto quattro tipi di beni: prodotti alimentari, capi di abbigliamento, apparecchiature elettroniche (telefoni cellulari, ipod, computer portatili...), beni di consumo durevoli (complementi d'arredo, elettrodomestici, biciclette, motorini...). Anche i significati attribuiti ai doni inviati possono essere ricondotti a quattro categorie:

²⁴² M.Ambrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*, pag.246

²⁴³ M.Ambrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*, pag.191

-basilare: fornire generi di prima necessità difficilmente reperibili o accessibili a chi sta nei paesi d'origine, sia per ragioni economiche, sia logistiche o di malfunzionamento dei sistemi di fornitura e dei mercati locali.

-funzionale: fornire beni durevoli, acquistati con il preciso intento di spedirli ai propri familiari oppure inviati dopo un periodo di utilizzo, come se si eliminasse il superfluo facendolo arrivare dove invece c'è una mancanza.

-morale: rimarcare la presenza e la vicinanza affettiva a chi è lontano attraverso la spedizione di doni che simbolizzano l'assente e tendono a compensare l'impossibilità di esprimere direttamente il proprio senso di accadimento verso chi è rimasto in patria.

-ostentativa: mostrare il successo economico raggiunto, comunicare ai propri cari un senso di orgoglio per avere un familiare all'estero, o comunque offrire un risarcimento economico per la propria assenza²⁴⁴.

Sono donne che soprattutto nei primi anni di permanenza nel nostro paese, caratterizzati da senso di solitudine e da molte difficoltà, si impongono di risparmiare rinunciano a tutto, a qualsiasi loro desiderio superfluo, ma questa continua rinuncia, questo tempesta di emozioni continuamente placate unite alla fatica della sopravvivenza in una condizione precaria e povera di diritti trova senso solo nella speranza di donare loro una aspettativa di vita migliore, attesa che diventa più acuta quando le distanze sono grandi e i figli piccoli²⁴⁵.

Quando la segregazione diventa sociale, psicologica, esistenziale.

Nell'economia sommersa il ricorso alle lavoratrici immigrate è un fenomeno particolarmente esteso, che è aumentato progressivamente grazie all'incremento della domanda di servizi identificati come lavoro femminile e con il taglio alle risorse dello stato sociale.

È nel lavoro sommerso, quando ci si allontana dal lavoro decente e garantito, e ci si avvicina al lavoro nero e al lavoro gravemente sfruttato, che le discriminazioni si fanno più intense.

Gran parte delle lavoratrici impegnate nel lavoro di cura, sono confinate in questi ambiti dove sono sottoposte a durissime condizioni di vita e di lavoro, tale segregazione diventa sociale, psicologica, esistenziale.

²⁴⁴ M.Ambrosini, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*, pag.191

²⁴⁵ *Ibidem*, pag.193

Una prassi diffusa è ad es. è quella di inquadrare gli immigrati al livello minimo e di riconoscere loro un minor numero di scatti di carriera, ciò comporta, insieme al fatto di essere occupati nei lavori meno qualificati anche una retribuzione media molto bassa.

Quando la situazione lavorativa non è regolarizzata anche in caso di infortunio la lavoratrice è costretta a celare e a non richiedere assistenza, a ricorrere a “ferie forzate”, o a recarsi ad ospedali lontani facendo figurare l’infortunio come un incidente domestico o ad un avvenimento successo al di fuori del luogo di lavoro, o è costretta ad optare di andare a lavorare nonostante l’infortunio.

Bisogna valutare che se la gran parte delle lavoratrici immigrate è impegnata in lavori nocivi e faticosi non è difficile intuire dove e quali problemi sorgeranno.

Diversi studi pur mancando il supporto di analisi qualitative hanno sostenuto che il caregiving rappresenti un fattore di rischio per la salute del caregivers²⁴⁶. Le assistenti familiari sono particolarmente soggette alle patologie tipiche del personale socio assistenziale (patologie allergiche ed irritative, specialmente dermatiti ed eczemi causati dal contatto con prodotti chimici e sostanze nocive; malattie infettive prodotte dal contatto con anziani afflitti da pluripatologie, che porta all’abbassamento delle difese immunitarie, in particolare quelle derivate dalle classiche operazioni di assistenza), ma anche affezioni dei dischi intervertebrali e tendiniti²⁴⁷.

Tra queste lavoratrici poi si riscontra una forte criticità rispetto alla salute mentale: in questo settore, caratterizzato dal sommerso e da un sistema di relazioni opprimenti, basato sulla triade malato- assistente familiare- familiare, si moltiplicano le manifestazioni di stati depressivi²⁴⁸.

Altri hanno dimostrato che i caregivers sono esposti a molteplici fattori di stress che compromettono il funzionamento cognitivo. In generale a un peggioramento del soggetto non autosufficiente corrisponde un progressivo declino del caregiver²⁴⁹.

Il passaggio obbligato attraverso la clandestinità conferma che uno degli esiti delle politiche migratorie italiane è stato e continua ad essere la produzione strutturale di clandestinità per quel che riguarda il soggiorno e di occupazione irregolare per quel che riguarda l’ingresso nel mercato del lavoro.

²⁴⁶ Mara Tagliabue, Tiziana Tesauo, *Soluzioni “made in Italy” alla non autosufficienza: dall’utopia della de- istituzionalizzazione alla domiciliarità della cura*, In: Quaderno n.16 / 2011, dal sito internet http://www.istud.it/up_media/cureacasa2011/tesauo.pdf, pag.20.

²⁴⁷ Marco Ferrero, Fabio Perocco, *Razzismo al lavoro. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela*, Franco Angeli, Milano 2011, pag.83

²⁴⁸ *Ibidem*, pag.83

²⁴⁹ Mara Tagliabue, Tiziana Tesauo, *Soluzioni “made in Italy” alla non autosufficienza: dall’utopia della de- istituzionalizzazione alla domiciliarità della cura*, In: Quaderno n.16 / 2011, dal sito internet http://www.istud.it/up_media/cureacasa2011/tesauo.pdf, pag.21

Gli immigrati senza il permesso di soggiorno raramente sono riusciti ad ottenere un lavoro in regola in breve tempo: per emergere da una condizione di sommerso ci vogliono 2-3 anni²⁵⁰; il passaggio per il lavoro sommerso è considerato un fenomeno ordinario.

Le esperienze di lavoro nell'ambito del sommerso non si concludono in genere con l'ottenimento del permesso di soggiorno, ma sono in genere riproposte come lavoro nero, grigio, come inserimento lavorativo continuativo, inserimento nel lavoro intermittente, come fonte di reddito principale o sussidiaria, tanto fra chi si è regolarizzato quanto fra chi è stato regolare fin dal suo ingresso in Italia.

L'inserimento nell'economia sommersa si pone come uno dei principali canali attraverso cui normalizzare la precarizzazione dei rapporti lavorativi e il peggioramento delle condizioni di lavoro e giungere all'abbassamento delle aspettative e rivendicazioni dei lavoratori stessi, riducendo in ultima istanza il costo del lavoro e il peso politico della classe lavoratrice. La giornata lavorativa tipica degli immigrati impiegati nell'economia sommersa può durare anche il 50% in più rispetto alla sempre meno tipica giornata lavorativa nell'economia regolare, senza considerare le giornate senza orari, proprio delle assistenti agli anziani.

Oltre alle discriminazioni di classe, razza si sommano anche quelle di genere. La segregazione di genere è confermata dal fatto che per la maggior parte delle intervistate la prima esperienza lavorativa in Italia è stata nell'ambito del settore domestico e di cura. È facile trovare un impegno in questo settore a causa della forte richiesta proveniente dal mercato del lavoro di cura, alimentata, come abbiamo visto, dalla destrutturazione del welfare state, dal tendenziale invecchiamento della popolazione autoctona e dalla crescente femminilizzazione del mercato del lavoro italiano.

L'esperienza lavorativa nel sommerso, solitamente iniziata nel periodo dell'irregolarità, tuttavia ha teso a prolungarsi anche una volta ottenuto il permesso di soggiorno, continuando a costituire l'attività lavorativa da cui proveniva il reddito principale, soprattutto nel caso di progetti migratori portati avanti da donne sole, oppure all'interno di nuclei familiari, diventando spesso una forma di reddito sussidiaria, ma indispensabile al bilancio familiare. Il lavoro in questo settore è caratterizzato da lunghi orari, paghe basse, forte turn over, le condizioni di lavoro sono molto dure, sia sul piano fisico che psicologico: in caso di convivenza presso una famiglia per cui si lavora, la segregazione occupazionale spesso comporta un forte isolamento, imposto direttamente, attraverso il divieto o la limitazione di uscire, oppure indirettamente, con la saturazione e l'estensione della giornata lavorativa, elemento che di fatto impedisce di avere relazioni con il mondo esterno e che incide profondamente sulla vita affettiva e sociale della lavoratrice. Dopo aver lasciato il lavoro di

²⁵⁰ M.Ferrero, F.Perocco, *Razzismo al lavoro...*, pag.93

cura o domestico, specialmente quello 24 ore su 24, alcune lavoratrici hanno potuto avviare il ricongiungimento dei figli o sposarsi e formare una propria famiglia in Italia.

Il lavoro di cura tra coinvolgimento emotivo e conflitto

Alcuni tra gli studi più recenti sulle lavoratrici della cura immigrate concordano nel sottolineare l'ambivalenza della loro condizione di lavoro. All'asimmetria di potere, costitutiva di ogni rapporto subordinato e alla differenza di status sociale si uniscono, infatti un legame affettivo e un senso di intimità personale che offrono al datore di lavoro l'opportunità sia di perpetuare un rapporto di tipo paternalistico, sia di regolare a proprio vantaggio la relazione di lavoro. È nella sovrapposizione della sfera pubblica e di quella privata quindi che la lavoratrice può essere trattata come parte della famiglia (nel quadro di regole informali, derivate dalle abitudini e dalla tradizione) quando si presentano, ad es., problemi di orario o di esecuzione di compiti non previsti, o può essere trattata solo come lavoratrice dipendente (in una cornice normativa definita dal contratto delle leggi), quando ad es. viene deciso lo scioglimento del rapporto di lavoro. L'ambivalenza può determinare infine una serie di equivoci quando la collaboratrice viene trattata come un soggetto da proteggere ed educare e non come una persona matura e autonoma, quando un rapporto di lavoro è considerato come elargizione di un beneficio e non come relazione regolata da norme vincolanti, quando lo scambio di doni diventa un surrogato della retribuzione pattuita²⁵¹.

I soggetti coinvolti sviluppano autonomamente empatia e vicinanza affettiva. La lavoratrice può gradire questo processo di familiarizzazione, essendo anche un modo che la aiuta a superare la difficoltà di sentirsi sola, di sopperire alle mancanze, ma può essere anche un modo per contenere eventuali attriti e dissapori nella propria esperienza lavorativa.

Come abbiamo già affermato, il disagio e le difficoltà che spesso si trovano a vivere le lavoratrici familiari immigrate, impegnate nel lavoro di cura possono essere varie.

Il lavoro di cura è considerato, da molte, come un periodo di passaggio in cui non si identificano professionalmente, perché da sempre svolto gratuitamente in famiglia in aggiunta al loro vero mestiere per il quale hanno studiato e rispetto a cui si è definito il loro ruolo sociale.

Il curare a tempo pieno o "ad ore" non è ritenuta una prospettiva a lungo termine, ma per la maggioranza delle donne immigrate è un lavoro di "transizione", da lasciare non appena possibile per altri lavori dove la libertà personale non sia vincolata.

²⁵¹ R.Catanzaro, A.Colombo, *Badanti e co....*, pag.329-330

La fatica provata è dovuta proprio alla totalità del tempo che viene messa a disposizione dell'assistito, la necessità dell'assistenza, dell'accudimento e della sorveglianza continui. Infatti alle assistenti familiari viene chiesta massima copertura temporale e disponibilità per tutte le esigenze che si presentano.

La lavoratrice di solito si trova in una posizione di inferiorità rispetto alla sua controparte (Marchetti 2009). In genere si trova in una situazione di isolamento e deve confrontarsi non solo con il datore di lavoro ma anche con i suoi familiari e talvolta con i suoi amici: entra in contatto non solo con persone, ma anche con un'istituzione le cui regole e codici di condotta, almeno all'inizio, le sono del tutto estranei²⁵².

Da alcuni studi effettuati, anche attraverso interviste, emerge come il conflitto tra assistenti familiari e datori di lavoro si manifesti di rado nel corso dei rapporti di lavoro, le donne coinvolte hanno riferito di conflitti latenti o impliciti, si tratta per la maggioranza di disagi psicologici ed emotivi dovuti alla condizione lavorativa ritenuta pesante e a volte impossibile da sostenere a causa della limitazione della libertà personale. Questo è dovuto al fatto che le donne difficilmente riescono a non farsi coinvolgere nella situazione, e quindi a mantenere separati aspetti contrattuali e personali. Se il conflitto si manifesta, in genere il rapporto di lavoro si dissolve²⁵³.

Le cause del venir meno del rapporto possono essere raggruppate in due tipi principali:

- a) questioni economiche, dovute alla richiesta di un aumento salariale che non viene accettata e al mancato rispetto nei confronti della lavoratrice;
- b) frustrazioni psicologiche ed emotive derivanti dal mancato riconoscimento dei loro bisogni o da avvenimenti gravi, a volte addirittura inaccettabili che provocano la rottura del rapporto lavorativo²⁵⁴.

Nel primo caso la rottura avviene in seguito alla ripetuta richiesta di aumento di stipendio e al continuo rifiuto da parte del datore di lavoro, o dal mancato rispetto di alcune condizioni contrattuali (pagamento dei contributi, tredicesima).

Nel secondo caso, ad incrinare le relazioni tanto da arrivare alla rottura, sono avvenimenti che hanno provocato incomprensioni, che vanno a ledere il rapporto.

Se le situazioni non fanno arrivare al più esplicito conflitto, in molti casi non bisogna sottovalutare screzi e tensioni che se non risolti e negoziati nel breve periodo, possono portare ad una inclinazione del rapporto sia personale che lavorativo e professionale.

Gli scopi sono quindi molteplici sia per il lavoratore che per il datore di lavoro. Il conflitto può

²⁵² R.Catanzaro e A.Colombo, *Badanti e Co....*, pag.331

²⁵³ *Ibidem*, pag.331

²⁵⁴ *Ibidem*, pag.331

assumere configurazioni anche molto diverse, può essere diretto e quindi riconoscibile o indiretto e più difficile da comprendere e gestire. Solo alcuni conflitti si rendono manifesti, il periodo in cui il conflitto può rimanere latente può essere anche molto lungo a volte può avere la stessa durata del rapporto di lavoro.

A volte la lavoratrice entra in conflitto, con il datore di lavoro, per molteplici obiettivi che si pone, può battersi per il riconoscimento dei diritti più elementari (sicurezza, rispetto, libertà di movimento), ambire ad un reddito, rivendicare il rispetto dei diritti contrattuali, aspirare al permesso di soggiorno, chiedere il ricongiungimento familiare, desiderare il ritorno al paese di origine, esigere la cittadinanza italiana. Ma anche il datore di lavoro può perseguire obiettivi eterogenei: può richiedere soprattutto certi comportamenti (obbedienza, disponibilità, sottomissione), desiderare un servizio professionalmente adeguato, combattere la solitudine e cercare affetto, amicizia, comprensione (Marchetti 2009), ma anche amorevolezza, affidabilità e rispetto.

Gli orari e gli altri aspetti del tempo di lavoro sono occasione frequente di abusi e prevaricazioni. Le norme sul rapporto tra orario di lavoro, contributi sociali e retribuzione, spingono spesso le parti a trovare un equilibrio, spesso ciò che viene dichiarato non corrisponde alla realtà, ma si tratta di soluzioni molto fragili, perché anche se le scelte potevano essere approvate da entrambi gli attori, nel corso del tempo le strategie di questi possono cambiare e le decisioni prese precedentemente possono apparire non più convenienti. La lavoratrice è spesso condiscendente di fronte alle inadempienze contrattuali del datore di lavoro, e di come sia necessario affrontare in mutuo accordo i problemi per non rovinare il rapporto di complicità instauratosi.

Un primo es. riguarda l'assunzione che in certi casi avviene senza la stesura del contratto, oppure senza la consegna di una copia alla lavoratrice, che è disposta per varie ragioni ad accettare tale situazione perché ad es. ancora clandestina o ad es. per l'accordo dell'orario di lavoro.

Soprattutto per chi sceglie o è costretto a scegliere la coresidenza questa può dimostrarsi molto faticosa, l'essere presenti giorno e notte, il vivere a stretto contatto con un estraneo, adattarsi ai suoi ritmi di vita e alle sue abitudini quotidiane, fa percepire una diminuzione della libertà personale.

Questo entrare in contatto tra due persone, il mettersi in relazione, l'instaurare un rapporto interpersonale, fa vivere in modo ancor più gravoso l'esperienza. Se poi alla coabitazione si aggiunge anche lo stato di clandestinità questo peggiora ulteriormente la libertà della donna, che vede ridursi anche gli spazi per trascorrere il poco tempo libero che le viene concesso, per il rischio di subire un controllo ed essere di conseguenza rimpatriata²⁵⁵.

Spesso, poi, i permessi per motivi personali non vengono concessi, il periodo di ferie non viene

²⁵⁵ R.Catanzaro, A.Colombo, *Badanti & Co...*, pag.128

utilizzato, oppure è trascorso assieme alla famiglia a cui si è impiegate. Gli orari lavorati sono spesso prolungati, le assistenti familiari denunciano spesso una condizione di segregazione per la materiale impossibilità di abbandonare la persona assistita, per l'indisponibilità da parte di un familiare a prendere il loro posto durante i periodi di riposo e per le pressioni a cui sono sottoposte da parte della persona accudita.

Ad es. le ore del riposo previste per l'assistente familiare coresidente possono non essere rispettate, se nessuno in quelle due ore si sostituisce al lavoro di cura svolto da lei, dando ancora una volta l'idea di una durata ininterrotta.

Per i datori di lavoro si tratta solo di rimanere disponibile in caso di bisogno, ma per l'assistente familiare la sensazione è quella di lavorare sempre, questo stato non è irragionevole se si pensa al grado di attenzione dedicata e alla necessità di rimanere in ascolto di un possibile richiamo anche durante le ore di riposo, poiché i tempi di una persona anziana o in stato di sofferenza non rispettano orari definiti. Separare il tempo dedicato effettivamente ad una persona bisognosa di assistenza da quello in cui si attende che tale bisogno si manifesti diventa materia di inestricabili contese.²⁵⁶

Spesso l'assistente familiare si accontenta di dormire nella stessa stanza dell'anziano, su un divano del salotto, su un letto improvvisato su un corridoio, nel sottoscala, nel solaio, ma questo a lungo andare e sommato ad altre ingiustizie può andare a danneggiare l'integrità morale e fisica della lavoratrice, e sfociare in un conflitto manifesto o meno. Risulta quindi molto importante, onde evitare l'annullamento della privacy, salvaguardare gli spazi intimi, senza dimenticare che le protagoniste in questa occupazione sono le relazioni interpersonali.

Altre volte, motivo di conflitto possono essere cose che riguardano campi diversi e più complessi di quelli che vengono percepiti dal datore di lavoro o dal lavoratore.

I familiari richiedono alla lavoratrice empatia con l'anziano, che si renda comprensiva paziente e rivesta un ruolo para-familiare. Non sono rari i casi di conflitto, di gelosie e tensioni tra i familiari dell'accudito e l'assistente, proprio perché quest'ultima li supplisce con successo e precisione nell'accudimento. Questo coinvolgimento, per sua natura ambivalente, domandato e tenuto allo stesso tempo, ha natura olistica in quanto coinvolge la lavoratrice nell'interezza della sua personalità²⁵⁷.

Inoltre bisogna considerare che l'assistente familiare viene percepita soprattutto dagli anziani maschi, con problemi cognitivi ma anche dagli altri, come una donna, e questo può essere difficile da gestire soprattutto se in solitudine.

²⁵⁶ R.Catanzaro, A.Colombo, *Badanti & Co...*, pag.340

²⁵⁷ *Ibidem*, pag.128

Per non considerare poi il fatto che gli anziani si stanno adattando alla cura delle badanti bianche, ma episodi di resistenza sono all'ordine del giorno, a volte si manifestano in modo diverso, a volte nascosto, ma che portano a sostituire una badante dopo l'altra.

La spiegazione, dell'insorgere del conflitto, va quindi ricercata nello stato di disagio e debolezza in cui spesso si trova la lavoratrice, per la stringente necessità economica, le condizioni di clandestinità, l'isolamento, la mancanza di alternative. Il conflitto rinviato nel tempo, in attesa che si offra l'occasione per far valere tutti i propri diritti, deve essere per molte lavoratrici una causa di profonda sofferenza, questo spiega anche il fatto che quando viene allo scoperto, spesso è molto aspro, aperto e radicale.²⁵⁸

Le assistenti familiari nel lavoro di cura danno molta importanza al "saper stare con", al "tempo continuo", e al "saper fare" che si rifà alla loro cultura familiare ma non pensano che il loro lavoro vada riconvertito ad una situazione che le vede schierate in prima fila con situazioni di pluripatologie, spesso non ancora diffuse nei loro paesi e che hanno bisogno di apprendere tecniche assistenziali ben precise.

Le assistenti familiari si fanno carico del bisogno di cura di soggetti, spesso anziani ma non solo, che non sono autonomi, interessati da un processo degenerativo e involutivo con cui, chi si occupa di loro, deve "fare i conti" quotidianamente; un processo che determina la perdita delle funzioni e delle abilità del soggetto bisognoso di assistenza. Un processo, quello degenerativo e involutivo, che spesso è imprevedibile, e che soprattutto finisce per risucchiare le energie e risorse del soggetto curante²⁵⁹.

Bisogna quindi non sottovalutare che le assistenti familiari diventano le principali portatrici di una nuova vulnerabilità sociale: quella della cura.

Tuttavia manca ancora l'evidenza del dato quantitativo e la possibilità di calcolare l'incidenza statistica tra condizioni di lavoro, isolamento sociale e insorgenza di eventuali patologie, evidenza statistica che sarebbe necessaria per parlare anche per le badanti di possibili malattie professionali²⁶⁰.

²⁵⁸ R.Catanzaro, A.Colombo, *Badanti & Co...*, pag.333

²⁵⁹ Mara Tagliabue, Tiziana Tesauo, *Soluzioni "made in Italy" alla non autosufficienza: dall'utopia della de-istituzionalizzazione alla domiciliarità della cura*, In: Quaderno n.16 / 2011, dal sito internet http://www.istud.it/up_media/cureacasa2011/tesauo.pdf, pag.20

²⁶⁰ *Ibidem*, pag.21

CONCLUSIONI

In questo mio lavoro ho cercato di mettere a fuoco il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, le conseguenti politiche e pratiche di Long terme care messe in atto in Italia, con uno sguardo volto anche alle politiche di protezione alla non autosufficienza adottate in alcuni paesi Europei, cercando infine di comprendere le ragioni che continuano a far ricorrere le famiglie italiane all'assunzione delle assistenti familiari, per concludere, infine, con una fotografia delle assistenti familiari operanti nel nostro paese.

L'aumento della partecipazione femminile al lavoro extradomestico, i cambiamenti nella concezione del ruolo sociale delle donne, la fragilità delle unioni matrimoniali, la conseguente variabilità e complessità delle strutture familiari hanno generato, all'interno della nostra società, un aumento della richiesta di assistenza, che non riesce ad essere soddisfatta né dall'offerta di lavoro nel nostro paese, né dai servizi sociosanitari presenti nel territorio.

Fin dai tempi passati ad occuparsi degli anziani erano le donne, in quanto madri, figlie, sorelle, nuore, soprattutto nei paesi dell'Europa meridionale, dove il welfare pubblico non si è sostituito alla solidarietà familiare in una vasta gamma di servizi alla persona.

La tendenza che da sempre ha prevalso nel nostro paese è quella volta al contenimento della spesa sociale e all'espansione di sussidi alle famiglie impegnate nell'assistenza e cura di persone in condizione di dipendenza, ma non sono mai stati né previsti né effettuati dei controlli sull'impegno di questi.

Misure così congegnate rappresentano un incentivo all'assunzione di lavoratrici spesso irregolari e prive anche di regolare soggiorno, ma ciò che fa ricorrere le famiglie all'assunzione di queste è spesso l'inefficienza dell'assistenza domiciliare che non riesce a rispondere in modo esaustivo alle richieste degli utenti, in molti casi infatti l'assistenza copre un raggio di poche ore al giorno, massimo 10 ore alla settimana, non riuscendo quindi a rispondere alla richiesta di supervisione costante e con una vasta gamma di interventi.

Così le famiglie sono costrette a fare ricorso alle assistenti familiari, scelta che viene fatta in quanto ritenuta più rispettosa nei confronti dell'anziano familiare, ma il voler mantenere l'anziano nella propria abitazione e il volergli assicurare un'assistenza personalizzata e continua, comporta un grande sacrificio sia di libertà che di impegno di lavoro, per chi viene incaricato/a.

Come abbiamo affermato nei capitoli precedenti il lavoro domestico di cura, che ha una lunga storia nel nostro paese, ha visto aumentare la domanda negli anni '90. Il ricorso alle assistenti familiari è

diventata una soluzione a “buon mercato” e necessaria per le famiglie italiane, per delegare i problemi di una società che invecchia, per le esigenze di cura non facilmente sostenibili con altre soluzioni, e per le mancate risposte del welfare; a differenza di quello che alcuni studiosi pensavano, con la crisi, il ricorso non è diminuito ma è risultato agli stessi livelli²⁶¹, siamo quindi davanti ad un fenomeno inarrestabile, e data la presenza di lavoratrici straniere sul totale (oltre il 90%) è evidente che le politiche da considerare vadano coordinate con quelle riguardanti l’immigrazione e quelle del contrasto del lavoro irregolare.

La domanda di coabitazione, i lunghi turni 24 ore su 24, i mancati riposi, ma anche il contatto con la malattia rendono questa attività pesante e in contrasto con una normale condotta di vita familiare e sociale.

Per tale motivo tale attività risulta sgradita sia alle lavoratrici nazionali che a quella fetta di lavoratori immigrati stabilmente insediate nel nostro paese. Dobbiamo però considerare che il lavoro di cura continua ad essere svalutato e invisibile, ma dobbiamo anche considerare come questo sia di grande aiuto, per non dire fondamentale, nella gestione di anziani almeno fino a quando il nostro sistema nazionale non deciderà di approvare un nuovo disegno di legge che possa offrire migliori risposte ai bisogni dei nostri anziani, ma anche alle famiglie e comunque cercando di definire e regolarizzare anche la posizione e le competenze delle assistenti familiari; per ora in mancanza di una politica nazionale sulla non autosufficienza, sono andati proliferando servizi regionali e locali, volti a sostenere questo settore²⁶².

Si pone la necessità di una riforma a livello nazionale, che riesca a far fronte alle nuove necessità poste in essere dall’invecchiamento della popolazione, ma a questa si affianca l’esigenza di promuovere un “welfare transazionale”, ovvero la dinamica d’interdipendenza tra sistemi sociali ai due poli del processo migratorio, al delinarsi di problematiche e opportunità comuni e, come conseguenza di ciò, all’emergere di una sfera in cui la co-gestione dei processi sociali legati alla migrazione diviene un elemento importante per rispondere a problematiche e potenzialità cruciali per i regimi di welfare su entrambe le sponde del processo migratorio (Flavia Piperno 2012).

La continua interconnessione tra contesti di origine e di arrivo comporta la necessità di aprire canali di contatto tra i paesi; alcune proposte a riguardo sono state fatte, con il fine di andare ad agire su ciò che chiaramente sembra non funzionare. Appare chiaro, ad es., come sistemi di welfare collocati alle due sponde del processo migratorio siano legati da rapporti di interdipendenza crescente. Il mercato della cura privata, che consente alle famiglie italiane di ritrovare un equilibrio interno,

²⁶¹ S.Pasquinelli, *Qualificare il lavoro...*, pag.310

²⁶² Sergio Pasquinelli, *Qualificare il lavoro privato di cura*, Welfare. Ruoli del pubblico e cultura del privato, Rivista delle politiche sociali, n°2/2011, pag.310

nonostante il crescente impegno lavorativo delle donne e il progressivo invecchiamento della popolazione, impone, infatti, un drenaggio di risorse di cura dalle famiglie di origine e dunque, potenzialmente, un indebolimento della coesione sociale in loco. Nel contempo, la possibilità per il nostro sistema di welfare di risparmiare risorse, grazie alla mancata spesa in prestazioni socio-sanitarie, obbliga i sistemi di welfare locali ad aumentare la spesa per far fronte a nuovi bisogni di servizi alle persone scaturiti dalla migrazione, e in particolare dall'emigrazione femminile²⁶³.

L'azione necessaria dovrebbe prevedere progetti di ampio spettro, e non singoli progetti pilota, che comprendano processi di integrazione nel nostro paese, il mercato della cura a cui affidiamo i nostri anziani, i processi di ricongiungimento, la possibilità per chi lavora sul nostro territorio di tornare nel proprio contesto di origine, e ancora la convivenza e la coesione sociale²⁶⁴.

Altro punto che andrebbe affrontato e rivisto, riguarda l'erogazione in contanti della principale prestazione di assistenza (l'indennità di accompagnamento), che porta in sé diversi errori, come già descritto nel capitolo 1, oltre a non porre alcuna esigenza di rendicontazione a carico del beneficiario, impedendone la "tracciabilità" delle risorse²⁶⁵, è una prestazione ad importo fisso che non varia in base alla gravità della non autosufficienza, ma viene concessa a tutti gli inabili, in questo modo vengono date risorse economiche anche a chi non ne avrebbe bisogno ma piuttosto preferirebbe ricevere servizi, mentre a chi è in difficoltà economica viene corrisposto un contributo insufficiente per le cure²⁶⁶.

Negli anni questa misura ha raccolto la pressione di una montante domanda di aiuti senza risposte, o con risposte limitate, nel sistema dei servizi territoriali, un sistema carente e penalizzato dai recenti tagli. La spesa è così lievitata fino a 13 miliardi di euro nel 2012²⁶⁷. Molte proposte a riguardo, sono state fatte in questi anni, ad es. Luca Beltrametti, propone di trasformare l'indennità di accompagnamento in dote di cura, che valuta l'idea di:

- calibrare l'importo in base ai livelli di non autosufficienza e di capacità di spesa del richiedente l'indennizzo e della sua famiglia,
- non lasciare che le famiglie utilizzino il denaro a piacimento per acquistare servizi,
- orientare l'uso delle somme elargite.

²⁶³ Dal sito internet: <http://fieri.it/2012/07/13/welfare-transnazionale-un-libro-e-una-nuova-prospettiva-sul-nesso-migrazioni-welfare/>

²⁶⁴ S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta...*, pag.107

²⁶⁵ Cristiano Gori, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti, Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, La qualificazione delle assistenti familiari, di Luca Beltrametti, Progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ottobre 2010

²⁶⁶ S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta...*, pag.194-195

²⁶⁷ S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta...*, pag.214

Con la dote di cura verrebbe data la possibilità di scegliere tra il ricevere la somma di denaro senza necessità di rendicontazione e il corrispettivo di un budget individuale utilizzabile per fruire di servizi pubblici o privati accreditati, compresi ricoveri in residenza e interventi di assistenti familiari accreditate, sottoforma di voucher²⁶⁸.

La regione Liguria per es. aveva attuato, circa una decina di anni fa, un programma denominato “assegno servizi” con il quale si attribuivano ai beneficiari buoni per accedere a servizi per la non autosufficienza²⁶⁹.

Questi provvedimenti andrebbero ad intervenire sulla condizione di lavoro sommerso che da anni dilaga nel lavoro privato di cura, questa diffusa irregolarità è favorita da una fitta rete di reciproche convenienze.

Valutando gli interessi dei datori di lavoro e delle lavoratrici vediamo come questi siano molto diversi. Da una parte a prevalere è l’interesse verso un aiuto continuo, affidabile e competente, dal costo contenuto, mentre per le lavoratrici gli interessi possono essere diversi dalla massimizzazione del guadagno, alla tutela dei diritti, alla qualificazione professionale²⁷⁰. Esistono anche degli interessi convergenti tra le parti, ad es. a parità di ore lavorate le famiglie pagano meno e le assistenti guadagnano di più.

Alcuni studiosi sostengono che per favorire il reclutamento di forza lavoro regolare, si potrebbe agire sulla leva fiscale, per es. potenziando la possibilità di detrazioni e rendendo meno svantaggiosa l’assunzione.

Attualmente per quanto riguarda le spese per addetti all’assistenza personale nei casi di non autosufficienza certificata, è prevista una detrazione del 19% fino ad un importo massimo di 2100 euro, ma solo se il reddito complessivo non supera i 40.000 euro. La cifra massima che si ottiene è di 399 euro, che va a diminuire l’imposta da pagare²⁷¹.

È poi prevista una detrazione dei contributi previdenziali e assistenziali versati per gli addetti ai servizi domestici e all’assistenza personale o familiare, per la parte a carico del datore di lavoro, per un importo massimo 1549 euro. Questa cifra va a ridurre il reddito complessivo su cui viene calcolata l’imposta. A fronte di oneri contributivi che possono raggiungere i 3000 euro all’anno, l’attuale sconto fiscale sfiora nel migliore dei casi il 15% di tali oneri. È stato calcolato che un impiego a tempo pieno (54 ore settimanali), in regime di coresidenza, comporta un costo fino al

²⁶⁸ *Ibidem*, pag.215

²⁶⁹ S. Pasquinelli, *Qualificare il lavoro...*, pag.192

²⁷⁰ S. Pasquinelli, *Qualificare il lavoro...*, pag.312

²⁷¹ S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta...*, pag.213

40% in più rispetto ad un impiego irregolare²⁷². Il mercato del lavoro irregolare risulta quindi, sempre, più conveniente.

Infatti l'assenza di un contratto di lavoro è visto dall'assistente familiare come la via per massimizzare il guadagno e dal datore come il modo per minimizzare i costi e i vincoli di rapporto affrancandosi da un contesto di diritti e doveri²⁷³.

Quello del lavoro di cura è un lavoro alienante stigmatizzante, dove la sensazione di essere sfruttate e l'essere sfruttate sono frequenti.

Inoltre, come trattato nel capitolo 4, il lavoro di cura chiuso tra le mura domestiche amplifica rapidamente le difficoltà, porta ad assenza di tutele, precarietà, ma anche demotivazione nell'investire sulla propria formazione professionale, soprattutto se prive di contratto.

Ma anche nei casi in cui la situazione è regolarizzata con la stipulazione del contratto, come abbiamo precedentemente considerato non è garanzia di tutela e regolarità.

Il favorire la regolarità contrattuale e la tracciabilità dell'utilizzo dell'assegno di cura comporterebbe l'assunzione di assistenti familiari regolarmente presenti nel nostro paese.

Inoltre bisogna favorire la creazione di un mercato regolare, ideando interventi diversi dagli attuali, vista la limitatezza dei risultati, come il sostegno alle famiglie, le facilitazioni dell'incontro tra domanda e offerta²⁷⁴.

Quello che oggi sembra mancare è, inoltre, un'ufficializzazione dell'incontro tra domanda e offerta, questo in genere avviene nella fretta di gestire una situazione di emergenza, dal bisogno di trovare una persona che accudisca il proprio familiare ad es. a seguito della dimissione ad un ricovero in ospedale, o dopo una situazione di aggravamento dello stato di salute, e come abbiamo visto in genere avviene attraverso un "passa parola".

Negli anni, con l'obiettivo di fornire maggiori garanzie e la necessità di regolarizzare la situazione sono stati creati diversi sportelli. A dare una risposta sono state le Regioni e gli enti locali, che riscontando la necessità di trovare un contesto dove essere ascoltati, in grado di valutare capacità e bisogni, di cui ci si possa fidare, appoggiare, capace di accompagnare sia le assistenti familiari nel reperire un lavoro, senza fare ricorso all'aiuto fornito spesso a pagamento dalle connazionali; sia a quelle delle famiglie alla ricerca di un consistente aiuto. Sono sorti così degli sportelli con la funzione di fornire informazioni, orientamento, accompagnamento o addirittura sostegno continuativo.

²⁷² *Ibidem*, pag.213

²⁷³ S. Pasquinelli, *Qualificare il lavoro...*, pag.311

²⁷⁴ *Ibidem*, pag.315

I migliori risultati sono stati al primo livello, con una grande quantità di primi contatti, sia tra chi domanda lavoro, sia e soprattutto tra chi lo offre. I numeri diminuiscono se si passa dai primi contatti agli abbinamenti, i matching realizzati, nonché ai contratti regolarmente stipulati²⁷⁵.

La pura intermediazione di lavoro se non collegata ad altri interventi come la formazione o il sostegno monetario rischia di rimanere inefficace.

Quello che viene offerto all'interno di questi servizi non è che un offerta qualificata e professionale, perché per assistere gli anziani, spesso affetti da pluripatologie, con uno stato di salute instabile è necessario essere formati, ma tra le assistenti familiari, coloro che hanno una preparazione specifica sono una minoranza: in media solo due su dieci hanno seguito una formazione sul lavoro di assistenza (Pasquinelli, Rusmini 2008).

I corsi sono stati attivati in maggior misura a partire dalla metà degli anni 2000, sono stati in genere organizzati in modo disomogeneo, nelle diverse regioni, facendo ricorso delle disponibilità finanziarie del momento.

Alcune regioni hanno anche definito iter formativi specifici, con una certa convergenza nei contenuti riconducibili a quattro aree tematiche²⁷⁶.

- Istituzionale, normativa in materia di assistenza socio-sanitaria, analisi della rete dei servizi e delle figure professionali.
- Contrattuale, diritti e doveri del lavoratore, della persona assistita e dei familiari, Ccnl colf, la condizione giuridica dello straniero in Italia.
- Relazionale, psicologia dell'anziano, tecniche di comunicazione, modalità relazionali, gestione delle emozioni e della capacità di ascolto, la mediazione delle tensioni.
- Tecnico operativa, igiene della persona, mobilitazione, tecniche di spostamento e sollevamento, preparazione e somministrazione dei cibi, elementi di geriatria, nozioni di pronto soccorso, igiene domestica e governo della casa²⁷⁷.

La formazione è spesso vista come un dispendio di risorse più che come una risorsa, da studi effettuati, le uniche lavoratrici disposte a pagare e a seguire un corso sono le sudamericane, probabilmente, perché orientate a superare il lavoro privato di cura²⁷⁸. La volontà di partecipare a corsi professionalizzanti diminuisce se è necessaria la contribuzione economica da parte delle assistenti familiari.

²⁷⁵ S. Pasquinelli, *Qualificare il lavoro...*, pag.316

²⁷⁶ *Ibidem*, pag.314

²⁷⁷ *Ibidem*, pag.314

²⁷⁸ *Ibidem*, pag.53-54

La possibilità di partecipare a corsi mirati all'assistenza di persone anziane risulta inoltre fortemente correlata alla disponibilità del proprio datore di lavoro²⁷⁹. Per le famiglie rinunciare anche solo per qualche ora all'assistente familiare può rappresentare un vero problema.

Così, al fine di far accrescere la partecipazione e il conseguente livello di formazione, i corsi sono stati adeguati alle esigenze, facendoli rientrare in una durata complessiva di 80 ore, inoltre è stato stabilito che vengano attribuiti dei crediti formativi per incentivare la frequenza e la voglia di crescita professionale. Ma perché tutto ciò prenda rilevanza è necessario che la formazione non resti “un elemento a sé”, ma venga racchiusa in un progetto più ampio. Bisogna riuscire a qualificare il lavoro di cura senza renderlo troppo oneroso e riuscendo ad inserirlo nella “Rete della cura”, ovvero quella situazione in cui i servizi sono in grado di intervenire e di rispondere alle differenti necessità con cui si devono rapportare le famiglie ma anche le assistenti familiari.

Infine possiamo anche continuare a idealizzare cooperative di assistenti familiari, andando a superare quel modello tipicamente individuale, ovviamente nel caso in cui le condizioni degli assistiti lo permettano, con interventi come quello attivato a Milano, nel luglio del 2015, dove è stato avviato un esperimento di “assistenza condivisa”, dove ad essere in condivisione è l'assistente familiare, progetto che può essere applicato in contesti diversi e rivolto a soggetti che non necessitano di assistenza continuativa oppure a famiglie che hanno bisogno di specifiche forme di supporto. La sperimentazione ha coinvolto 6 persone, tutte residenti nello stabile, con un'assistente familiare disponibile per 24 ore settimanali²⁸⁰.

Il servizio della badante di condominio rientra nell'ambito di tutti i servizi di assistenza domiciliare garantiti dal Comune di Milano e per cui vengono complessivamente impiegate risorse per circa 19 milioni di euro²⁸¹.

Altra tipologia di risposta alla richiesta delle famiglie, è la creazione di agenzie dei servizi: prevede la creazione di servizi strutturati che proponendo e coordinando una certa quantità di assistenti familiari in un dato territorio, generino economie di scala e di specializzazione; per ora non esistono tentativi pienamente riusciti in questa direzione.

È difficile raggiungere delle economie, quando la presenza stessa di una struttura, di un'organizzazione fa comunque lievitare i costi che ricadono sulle famiglie.

²⁷⁹ S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta...*, pag.53

²⁸⁰ Dal sito internet:

http://www.comune.milano.it/wps/portal/ist/it/news/primopiano/Tutte_notizie/politiche_sociali/badante_con_dominio

²⁸¹ Dal sito internet:

http://www.comune.milano.it/wps/portal/ist/it/news/primopiano/Tutte_notizie/politiche_sociali/badante_con_dominio

È la ragione sociale per cui la cooperazione sociale non è ancora entrata in questo mercato: facilmente battuta sul piano economico da persone che si propongono individualmente.

Il mutualismo solidale, è l'idea di aggregare la domanda delle famiglie attraverso mutue territoriali, che prevedano servizi per i propri associati ma anche per altri cittadini²⁸².

Negli ultimi anni si parla anche di lavoro somministrato, vi sono alcune esperienze di lavoro somministrato, dove alle famiglie viene proposta un'assistente familiare assunta da agenzie per il lavoro accreditate. Il vantaggio per le famiglie è quello di affrancarsi dall'assunzione diretta dell'assistente familiare.

Lo svantaggio consiste nel differenziale tra costo orario di una badante assunta direttamente dalla famiglia 6-7 euro e somministrata da un'agenzia 10-14 euro. Le famiglie possono essere disposte a pagare la differenza se: a) apprezzano il fatto di non essere datrici di lavoro, con tutti gli oneri collegati, b) valorizzano le garanzie e la qualità offerta dal personale dell'agenzia c) percepiscono un sostegno pubblico per pagare la badante.

Quello che è necessario è il riuscire a costruire una rete di interventi che si sostengano in modo circolare: sportelli rivolti alla domanda/offerta, formazione registri, albi professionali delle assistenti familiari accreditate, sostegni economici, perché singole azioni di risposta ai problemi portano a poco o a nulla.

Davanti ai problemi sorti a seguito dell'espansione di questo fenomeno, perdurando la mancanza di una politica nazionale sulla non autosufficienza e sul lavoro di cura, che hanno fatto attivare le singole regioni ed gli enti locali con progetti ed interventi, persiste la necessità di attuare a livello centrale politiche per l'immigrazione, per incentivare l'emersione del sommerso, ma che siano allineate con politiche per il lavoro, per la formazione per la non autosufficienza.

²⁸² S.Pasquinelli, G. Rusmini, *Badare non basta....*, pag.218

BIBLIOGRAFIA

- ◆ Ricerca pubblicata dal Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione UNFPA, New York e HelpAge International, Londra
- ◆ Bertin Giovanni, Invecchiamento e politiche della non autosufficienza, Trento, Erickson, 2009
- ◆ F. Franzoni, M. Anconelli, La rete dei servizi alla persona. Dalla normativa all'organizzazione, Roma, Carrocci Faber, 2007
- ◆ Gabriele Cavazza, Cristina Malvi, La fragilità degli anziani. Strategie, progetti, strumenti per invecchiare bene, editore Maggioli, Santarcangelo di Romagna
- ◆ Emmanuele Pavolini, Regioni e politiche sociali per gli anziani. La sfida per la non autosufficienza, Roma, Carrocci Faber, 2004
- ◆ Sergio Pasquinelli, Giselda Rumini, Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche, Roma, Ediesse, 2013.
- ◆ AA.VV, L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Maggiori Editore, 2011, Santarcangelo di Romagna (RN)
- ◆ Emmanuele Pavolini and Costanzo Ranci, Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries, Journal of European Social Policy, 18 2008
- ◆ Giovanni Fosti, Eisabetta Notarnicola, Il Welfare e la Long Term Care in Europa. Modello istituzionali e percorsi degli utenti, Egea, Milano 2010
- ◆ Monika Riedel, Markus Kraus, The Austian Long-Care System, Centre for European Policy Studies (CEPS), Brussels, Belgium, Research Report NO.69, Maggio 2010
- ◆ Franco Pesaresi, Cristiano Gori, Servizi domiciliari e residenziali per gli anziani non autosufficienti in Europa, Tendenze nuove, 4-5/2003, luglio-ottobre
- ◆ Barbara da Roit, Le riforme per la non autosufficienza nei paesi bassi, la Rivista delle Politiche Sociali, 4/2011
- ◆ Gregorio Rodríguez Cabrero, Vicente Marbán Gallego, Le politiche per la non autosufficienza in Europa. Assetti nazionali e processi di riforma a confronto, La rivista delle Politiche Sociali, n°4/2011
- ◆ Franca Maino, Ilaria Madama, Le politiche per la non autosufficienza in Italia: quali prospettive?, Primo welfare, 20 Aprile 2012

◆ Gabrielle Meagher, Marta Szebehely, Le politiche per la non autosufficienza in Svezia: tendenze, attori e conseguenze, la rivista delle politiche sociali 4/2011

◆ Fabio Perocco, Marco Ferrero, Razzismo al lavoro. Il sistema della discriminazione sul lavoro, la cornice giuridica e gli strumenti di tutela, Milano, Franco Angeli, 2011

SITOLOGIA

◇ <http://www.tuttitalia.it/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

◇ http://www.spazioimpresa.biz/marketing_comunicazione/anziani-di-ieri-e-di-oggi-588.php

◇ http://www.terzaeta.com/news/marzo2001/12_03_2001.html

◇ <http://cronacaeattualita.blogosfere.it/post/449398/censimento-2011-siamo-di-piu-ma-solo-grazie-agli-stranieri>

◇ http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/ictus_cerebrale

◇ http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/depressione_senile

◇ <http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/arteriosclerosi>

◇ http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/malattie_respiratorie_bronchite_asma_ed_enfisema

◇ http://www.intrage.it/SaluteEPrevenzione/morbo_di_parkinson

◇ http://www.provincia.novara.it/PoliticheSociali/documenti/WEL_FaticaAnziano.pdf

◇ <http://www.cgmagazine.eu/articoli%202014/giugno%202014/IDA%20ROSARIA%20NAPOLI/generazioni.htm>

◇ <http://www.sociologiadellasalute.it/trasformazioni-familiari-criticita-legate-allinvecchiamento/>

- ◇ http://www.assistentsociali.org/servizio_sociale/legge-quadro-328-2000-sistema-integrato-servizi-sociali.htm

- ◇ <https://it.wikipedia.org/wiki/Telesoccorso>

- ◇ http://cittametropolitana.mi.it/export/sites/default/affari_sociali/che_area_ti_interessa/Anziani/teleassistenza/index.html

- ◇ <https://it.wikipedia.org/wiki/Telemedicina>

- ◇ <http://docplayer.it/2904242-L-assistenza-agli-anziani-non-autosufficienti-in-italia.html>,

- ◇ <http://www.forumterzosettore.it/2014/01/09/rapporto-non-autosufficienza-2013/>

- ◇ http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_ASSIDOM

- ◇ http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf

- ◇ <http://www.cismilano.it/files/10039/allegati/b0975ba7bc31f6b212cfd5f2bf1e593b.pdf>