

**Linee di indirizzo**  
**Assistenti familiari e rete per la domiciliarità**  
**CTSS Bologna**  
**Provincia Bologna**

## Indice

IL CONTESTO .....	3
1. Le Assistenti familiari, straniere e non, in Italia.....	3
2. Ricostruzione del quadro allargato del welfare e criticità del sistema.....	5
3. Regione Emilia-Romagna. ....	7
4. Provincia di Bologna. ....	8
LE LINEE DI INDIRIZZO PROVINCIALI .....	13
1. Laboratorio Provinciale “Assistenti familiari e rete per la domiciliarità” . ....	13
2. Finalità delle linee di indirizzo .....	13
3. Il Governo del sistema (orientamento, pianificazione). ....	15
4. Accesso del cittadino. ....	15
5. L’Interazione tra Servizi ed opportunità a supporto della domiciliarità e la qualificazione-valorizzazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari a favore di cittadini fragili e non autosufficienti. ....	16
6. I Servizi pubblici per il lavoro nel sistema di rete per l’assistenza domiciliare privata. Un modello condiviso di collaborazione. ....	19
7. Il ruolo dei Servizi per il lavoro per la qualificazione dell'assistenza domiciliare privata e per il contrasto al lavoro nero. ....	19
8. L'integrazione dei Servizi per un efficace incontro domanda/offerta di assistenza domiciliare privata.....	20
9. Un modello di collaborazione da condividere in diversi modelli di intervento.....	20
10. Concertazione sindacale.....	21
11. Pari opportunità e azioni di inclusione sociale. Le Assistenti familiari:.....	23
discriminazioni, vite precarie e fragilità.....	23
12. Il Percorso di attuazione .....	24

# IL CONTESTO

## *1. Le Assistenti familiari, straniere e non, in Italia.*

Negli ultimi anni all'interno del panorama socio-economico italiano si è sviluppata una notevole riflessione su fenomeni di importanza capitale per lo sviluppo di un welfare appropriato ed equo, ovvero: assistenza pubblica agli anziani, cultura del buon invecchiamento, lavoro immigrato, lavoro nero.

L'analisi che ne consegue ci mostra un Paese che si distingue per il progressivo invecchiamento della popolazione (le persone con più di 65 anni sono il 20,6 % della popolazione, quasi 6 milioni hanno tagliato il traguardo dei 75 anni, mentre in 17 mila sono ormai oltre i 100 anni<sup>1</sup>) e all'interno del quale mutano, di anno in anno, gli assetti e le relazioni tra familiari che si ritrovano da soli a gestire le necessità di cura dei propri anziani, spesso facendo ricorso alle **Assistenti familiari**<sup>2</sup>.

Fonti diverse, dal Censis all'Istat, sono concordi nello stimare in oltre 2,7 milioni le persone con gravi disabilità, parzialmente o del tutto non autosufficienti, con un trend di crescita proiettato verso i 3 milioni nel 2015.

Le stime relative al fenomeno delle Assistenti familiari in Italia sono molteplici, nel 2008, veniva stimata la presenza di 774.000 Assistenti familiari, delle quali 700.000 straniere<sup>3</sup>, ma è difficile effettuare stime realistiche giacché alcune variabili (come il lavoro nero ed i contratti di riferimento) sono difficili da osservare.

Le lavoratrici domestiche (colf e badanti) continuano a essere in maggioranza straniere: secondo uno studio Censis del 2010 è immigrata la maggior parte di loro (71,6%). Arrivano dalla Romania (19,4% dei casi), dall'Ucraina (10,4%), dalla Polonia (7,7%) e dalla Moldavia (6,2%). Stando sempre al Censis sono un milione e 538 mila (per l'Istat nel 2011 sono arrivate a quota un milione e 611 mila) e lavorano in due milioni e 412 mila famiglie italiane.

Osservando i dati sulle forze lavoro relativi al I semestre del 2012, possiamo constatare che la quota del lavoro immigrato sul totale è pari al 10% e che si concentra maggiormente nel settore dei Servizi collettivi e alla persona con il 37%. A questo va aggiunto che, anche rispetto al tasso di disoccupazione, si assiste ad una forte sofferenza per la componente del lavoro immigrato, considerando che il tasso è cresciuto di 6,1 punti percentuali per i cittadini comunitari, 5,1 punti percentuali per i cittadini non comunitari, mentre per gli italiani di 3,6 punti percentuali.

I lavoratori immigrati pagano un alto conto a causa della crisi, ancor più se consideriamo che il bilancio tra costi-benefici per le casse dello Stato, derivante dal lavoro immigrato, è positivo in quanto le entrate percepite dallo Stato, in termini di tasse, sono maggiori delle spese assistenziali e previdenziali a loro favore<sup>4</sup>. Dall'ultima regolarizzazione per i lavoratori stranieri in nero emerge che, su 129.814 domande registrate, 112.000 sono state presentate da lavoratori impiegati nel lavoro domestico. Ma si può ipotizzare che i lavoratori stranieri impiegati in lavori di cura siano molti di più, se si tiene presente che i costi della crisi, gli stipendi e le pensioni italiane (che risultano essere tra i più bassi d'Europa), spingono le famiglie ad assumere "in nero" o, nel migliore dei casi, a dichiarare meno ore di quelle effettivamente svolte dalle badanti.

D'altronde sarebbe sbagliato qualificare in modo assoluto il lavoro di cura come di esclusivo appannaggio di persone straniere; infatti, pur restando maggioritario il numero degli Assistenti

---

<sup>1</sup> Dossier Statistico Immigrazione, Caritas e Migrantes 2012

<sup>2</sup> Termine che va a sostituire la parola "badante" in un'ottica di definizione delle abilità professionali delle persone che svolgono lavori di cura attraverso iniziative volte alla **certificazione delle competenze**.

<sup>3</sup> "Badanti: la nuova generazione", Irs, 2008.

<sup>4</sup> Fonte Caritas e Migrantes, Dossier Statistico Immigrazione, 2012

familiari stranieri, cresce, anche a causa della perdurante crisi economica, il numero di casi di cittadini italiani che svolgono questa funzione e che chiedono di partecipare ai corsi di formazione per la qualificazione di Assistente familiare. Tale tendenza è messa in rilievo anche da Federcasalinghe, che evidenzia come sia aumentato, negli ultimi due anni, il numero di cittadini italiani iscritti ai relativi corsi di formazione, dato confermato anche da Acli Colf. Negli ultimi due anni il numero dei contratti delle Assistenti familiari italiane è aumentato nettamente: la percentuale è raddoppiata, passando dal 10% al 20%. Secondo i dati Censis-Istat su 1000 operatori, quasi 200 sono italiani. Sono donne più anziane delle loro colleghe straniere, sposate, separate o vedove con età superiore ai 40 anni, o con il marito in cassa integrazione, casalinghe, pensionate o disoccupate ma anche alcune studentesse. Ma ci sono anche uomini, giovani o cinquantenni, in cerca di lavoro, che non lo hanno mai avuto o che lo hanno perso in questo periodo di crisi economica. Spesso, poi, si tratta di persone separate e con figli.

Le italiane, da un'analisi di federcasalinghe, avendo una propria abitazione non vivono con la persona da assistere, ma preferiscono lavorare a ore. Tra le altre differenze, oltre all'età (le straniere sono più giovani) c'è il livello d'istruzione: quello delle migranti è più alto rispetto alle colleghe nate in Italia. Il 37,6 % possiede un diploma di scuola superiore, il 6,8 % una laurea, contro rispettivamente il 23,2% e il 2,5% delle lavoratrici domestiche italiane. Infine le collaboratrici straniere guadagnano, in media, il 20% in meno delle colleghe italiane.

In un welfare di “quasi mercato”<sup>5</sup>, in cui con l'accreditamento si passa dalla logica dell'appalto alla libera scelta del beneficiario, in un momento di transizione da un sistema di welfare basato su mercati amministrati verso mercati relazionali, orientati alla qualità sociale, le **scelte strategiche** da perseguire nei prossimi anni si dovranno concentrare: da un lato su **Servizi di eccellenza che si trovano a concorrere nel libero mercato**, dall'altro nella costruzione di un sistema articolato di “secondo welfare”<sup>6</sup>, complementare rispetto a quello pubblico (che continuerà ad assolvere la sua funzione redistributiva di base) nel quale **livelli differenziati di organizzazione dei Servizi rendano compatibile il costo del servizio con i redditi delle famiglie utilizzatrici meno abbienti. Risulta necessario stabilire fitte e chiare reti di relazione ed interscambio, coproduzione, partecipazione, valorizzazione del lavoro sociale e della coesione territoriale.**

---

<sup>5</sup> Si vedano:

**Enthoven A.C.**, *Reflections on the Management of the National Health Service*. Londra: Nuffield Provincial Hospitals Trusts, 1985; *Introducing forces into health care: a tale of two countries*, Paper presentato alla “Fourth Conference on Health Economics”, Paris nel 2002.

**Le Grand J., Bartlett W.**, *Quasi-markets and Social Policy*. London: Macmillan, 1993; **Lega F., Longo F.**, “Programmazione e governo dei sistemi sanitari locali: il ruolo della regione e delle aziende a confronto”, *Mecosan* (41) 9-21, 2002.

<sup>6</sup> Ferrera M., Maino F., “Il secondo welfare in Italia: sfide e prospettive”, *Italianieuropei* 3/2011; Progetto “Percorsi di secondo welfare – laboratorio sul ‘secondo welfare’ in Italia” <http://www.secondowelfare.it/>

## ***2. Ricostruzione del quadro allargato del welfare e criticità del sistema.***

In Italia i Servizi di assistenza agli anziani non-autosufficienti gestiti da Servizi pubblici, o da questi esternalizzati, sono marginali rispetto all'effettivo fabbisogno della popolazione geriatrica ad alto rischio di non autosufficienza (o già disabile).

La ricostruzione e l'analisi della spesa nazionale per la "protezione sociale allargata" (ovvero le politiche socio-assistenziali, comprese le prestazioni monetarie) porta in evidenza che siamo di fronte ad un'ingente quantità di risorse (4 punti percentuali di PIL per un totale di 62 miliardi di euro)<sup>7</sup> caratterizzate dall'assenza di orientamento pubblico, di valutazione di equità ed appropriatezza complessiva dell'insieme degli interventi pubblici e privati, formali ed informali. Emerge, inoltre, che, la percentuale maggiore di beneficiari in questo sistema percepisce l'indennità di accompagnamento (9,5% degli anziani ultra 65enni), subito seguita dalla percentuale di coloro che ricorrono alle Assistenti familiari straniere stimate (regolari e irregolari, per una copertura del 7,6% degli ultra65enni), mentre è residuale la percentuale dei Servizi gestiti direttamente da committenti pubblici o da questi esternalizzati (l'ADI il 3,3%, strutture residenziali il 3% massimo, il SAD l'1,8% sempre di ultra 65enni)<sup>8</sup>. Il quadro, poi, è completo se consideriamo che questi ultimi interventi, pianificati e orientati dal pubblico, tengono in scarsa considerazione gli altri maggioritari e caratterizzati dal lavoro nero delle Assistenti familiari. Dunque la committenza pubblica in Italia pianifica ed orienta una parte residuale del welfare "reale", lasciando le famiglie sole a ricostruire l'offerta complessiva (pubblica e privata, formale e informale, legale e illegale) che possa soddisfare il loro bisogno di assistenza e di cura in particolare per i non autosufficienti a domicilio. In buona sostanza il sistema produttivo italiano degli interventi socio-assistenziali è così composto:

- 1) pubblico ad alta specializzazione ma di nicchia,
- 2) privato accreditato (il 79% delle residenze e il 59% delle semiresidenze<sup>9</sup>),
- 3) *care giver* individuali informali.

Questi tre ambiti non dialogano tra loro e competono solo su contratti di lavoro in ribasso o in nero (e spesso a spese di donne in situazione di disagio e clandestinità).

Il welfare socio-sanitario italiano presenta, dunque, un quadro della spesa frammentato tra una molteplicità di attori, famiglie comprese, che gestiscono quote diverse di risorse.

Le principali **criticità di questo sistema socio-sanitario si possono sintetizzare nei punti seguenti:**

1. risulta **istituzionalmente molto frammentato**, sprovvisto di un livello di governo che ricomponga gli interventi sul singolo utente o sulla singola famiglia. Gli utenti sono chiamati ad effettuare autonomamente le ricerche per soddisfare le proprie necessità, chi detiene le maggiori competenze di lettura del sistema ottiene i maggiori Servizi (dunque la fascia sociale media e medio-alta);

2. **non esiste un reale riconoscimento del valore sociale, professionale ed economico del lavoro di cura, né una considerazione vera e propria delle condizioni di particolare fragilità delle donne (soprattutto straniere) che effettuano lavori di assistenza.** In particolare in questo contesto incide negativamente l'assetto normativo nazionale che non consente una corretta distinzione/qualificazione del lavoro di cura rispetto al lavoro domiciliare, nonché un'adeguata

---

<sup>7</sup> Fonte: SDA Bocconi, su dati Commissione Onofri 2010.

<sup>8</sup> IRS, anno 2011.

<sup>9</sup> In Emilia Romagna la previsione della situazione di gestione privata al termine del processo di accreditamento transitorio è del 74,4% per le Case Residenze Anziani, 59,3% per i Centri Diurni anziani, 86,9% per Servizi residenziali per disabili e 88,5% per Servizi semiresidenziali disabili. Fonte: Direzione Generale Sanità e Politiche

deducibilità a favore delle famiglie del lavoro di cura prestato a domicilio.

Frequentemente emergono casi di donne straniere che svolgono lavori di cura, in cui emerge il forte stress psicologico, l'isolamento e la frustrazione. Tali condizioni scaturiscono da dinamiche psico-sociali connesse ai fenomeni migratori che andrebbero accuratamente studiate e la cui gestione dovrebbe essere affidata ad operatori dei Servizi accuratamente formati, in modo tale da poter leggere i percorsi esistenziali delle Assistenti familiari per conoscerle realmente e garantire loro un supporto adeguato e per costruire insieme una proficua collaborazione nella cura degli anziani;

3. vi è un **notevole sforzo di programmazione del sistema da parte delle istituzioni locali, in primis i Comuni attraverso i Piani di Zona per la salute e il benessere sociale distrettuali e le Ausl per la componente sanitaria**. Ma i Comuni in realtà governano solo circa il 3% della spesa e, pertanto, i loro ingenti sforzi di programmazione sono sostanzialmente irrilevanti relativamente al trasferimento di risorse dirette. Anche considerando la parte di spesa sanitaria gestita dalle AUSL, resta **al di fuori di ogni logica di pianificazione e controllo più del 40% ca. delle risorse**;

4. nonostante l'annoso dibattito sul federalismo, la situazione attuale è caratterizzata da un forte **disallineamento verticale del governo del sistema** complessivo caratterizzato da una gestione della parte più rilevante di spesa sociale effettuata centralmente dall'Inps, un governo della sanità di livello Regionale, una gestione di pochi Servizi sociali reali da parte dei Comuni e l'*out of pocket* gestito dalle famiglie<sup>10</sup>;

5. le **risorse direttamente in disponibilità alle famiglie** sono costituite dai trasferimenti dell'Inps e dalla loro spesa sanitaria *out of pocket*, per un totale del 40% ca. del sistema. Di questo **40% si ignorano sostanzialmente l'utilizzo e il livello di efficacia**;

6. **l'istituto dell'indennità di accompagnamento**<sup>11</sup>, nonostante la discussione da tempo avviata, ha come prima criticità quella di sfuggire ad una valorizzazione e finalizzazione all'interno del sistema complessivo di spesa per le politiche sociali. Inoltre paragonato al livello europeo è ben lontano dal sistema tedesco o francese. Questi sistemi, che potrebbero costituire un modello a cui tendere nel governo nazionale del fenomeno, sono finanziati da un'assicurazione obbligatoria, viene offerta una combinazione di sostegno economico e di Servizi, privilegiando i Servizi, su base universale e graduata a seconda del livello di non autosufficienza o fragilità, in cui le famiglie possono scegliere in qualche misura il mix preferito di cura familiare, Servizi pubblici e Servizi di mercato, con l'effetto non trascurabile di creare domanda di lavoro regolare. Per chi è dentro il mercato del lavoro e insieme si fa carico di un familiare fragile o non autosufficiente sarebbero più utili, oltre ai Servizi, congedi temporanei, con contributi figurativi per non perdere l'anzianità contributiva.

Tutti questi sistemi di protezione ed assistenza delle persone non autosufficienti si basano "sulla definizione di alcune regole valide in tutto il territorio nazionale, accompagnata da un incremento delle risorse economiche dedicate, basato prevalentemente su finanziamenti statali"<sup>12</sup> In tale ottica, è auspicabile un intervento a livello statale teso a creare un budget unico per la non autosufficienza, mettendo a disposizione degli enti locali le risorse che attualmente vengono erogate per l'indennità di accompagnamento per la quale, nel 2011, a livello nazionale si spendeva una cifra intorno ai 10 miliardi di euro. La spesa pro capite per il welfare socio-sanitario, nel complesso, è pari a circa

---

<sup>10</sup> Secondo il rapporto Inrca (Istituto nazionale ricovero e cura anziani), le famiglie spendono annualmente lo 0,59 del Pil, più o meno quanto lo Stato per l'indennità di accompagnamento.

<sup>11</sup> Istituita con la Legge n. 18 del 1980, modificata dall' art. 1 della legge n. 508 del 1988

<sup>12</sup> Gori C., "Il futuro dell'assistenza continuativa in Italia: scenari a confronto", in *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2010

3mila euro per abitante, una cifra considerevole<sup>13</sup>: **il problema non sono le risorse, ma la loro distribuzione istituzionale frammentata e disallineata e, a cascata, la loro configurazione come Servizi. Nell'attesa di un intervento nazionale che permetta di ricomporre la frammentazione istituzionale che caratterizza questo settore nel nostro paese, a livello locale è pertanto necessario esercitare una funzione strategica di governo e indirizzo delle risorse complessive.**

### **3. Regione Emilia-Romagna.**

Gli **anziani residenti** in Emilia-Romagna al 1° gennaio 2011 sono oltre 986 mila, pari al 22,3% del totale della popolazione regionale. Gli ultrasettantacinquenni sono l'11,7% della popolazione complessiva (circa 517 mila) e le persone che hanno superato gli ottant'anni il 7,1% (314.652).

La stima del numero di Assistenti familiari presenti nel territorio regionale (con tutti i limiti e le criticità già esposte nel quadro nazionale) è di circa 120.000.

Nella programmazione regionale diversi sono gli obiettivi prioritari che coinvolgono e impegnano la rete dei Servizi sociali e sanitari per favorire, attraverso azioni di ascolto e informazione, accoglienza e orientamento, l'accessibilità e la fruibilità dei Servizi destinati agli anziani.

A fronte del progressivo invecchiamento della popolazione, del cambiamento degli stili di vita e dell'aumento della necessità di sostegno e assistenza sia per gli anziani che per i lavoratori impegnati nel settore delle cure, la Regione Emilia Romagna definisce normativa e linee di indirizzo per la costruzione della rete del sistema integrato di Servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, per la realizzazione di un nuovo welfare di comunità capace di rispondere a bisogni complessi e orientato alla cultura del buon invecchiamento.

Una rete territoriale che potrebbe consentire di:

- sviluppare nei vari territori l'incrocio di domanda e offerta delle assistenti familiari;
- promuovere attività di informazione e orientamento sull'offerta locale;
- sostenere l'integrazione, la qualità e la continuità assistenziale attraverso una circolarità di interventi domiciliari e residenziali (temporanei o permanenti), in relazione alla valutazione dei bisogni dell'anziano, attraverso attività di presa in carico dell'assistito e, ove necessario, di tutoraggio;
- sostenere ed accompagnare, anche in termini di sostegno economico, l'attività di cura;
- promuovere un'offerta formativa territoriale strutturata e un sistema di certificazione delle competenze tecnico-professionali e relazionali acquisite dal lavoratore, per garantire all'anziano un tipo di assistenza adeguata al proprio fabbisogno.

Nella costruzione della rete territoriale di particolare rilevanza è il tema dell'integrazione socio-sanitaria e delle interazioni con il lavoro di cura prestato dalle Assistenti familiari a favore di cittadini non autosufficienti. Temi normati dalla Regione Emilia-Romagna con la **DGR 1206/2007 Allegato 3, "Linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA"**, all'interno delle quali si inseriscono le presenti linee della CTSS di Bologna.

Nella consapevolezza della necessità di inserire gli interventi in un **approccio integrato delle politiche per l'inclusione** (immigrazione, casa, formazione, lavoro, cultura) la DGR 1206/2007 precisa che, a livello provinciale, "deve essere assicurato un costante monitoraggio dell'andamento della diffusione e presenza di Assistenti familiari, delle sue dimensioni quantitative e delle sue modifiche qualitative...".

---

<sup>13</sup> Stima così composta: 1686 euro dal SSN, 614 euro da INPS (di cui 119 euro per Assistenti famigliari),

611 euro sanità out of pocket e 91 euro spesa per assistenza da parte dei Comuni. Francesco Longo Direttore CER GAS Università Bocconi, 2011.

Vengono quindi definiti i seguenti **obiettivi**:

- sostenere le famiglie e le persone non autosufficienti nella scelta di mantenimento a domicilio;
- avviare un percorso di progressiva integrazione del lavoro delle Assistenti familiari nella rete dei Servizi;
- favorire l'emersione e la regolarizzazione nell'ambito degli strumenti di sostegno al domicilio, in particolare attraverso l'utilizzo dell'assegno di cura;
- assicurare l'integrazione degli interventi tra Servizi professionali ed Assistenti familiari;
- garantire differenziazione e flessibilità, con attenzione anche al mondo delle assistenti non regolari.

In sostanza con l'avvio del FRNA il sistema dei Servizi deve assumere la realtà delle famiglie e delle persone non autosufficienti che utilizzano Assistenti familiari come un tema centrale nella prospettiva del sostegno alla domiciliarità e definire un sistema ordinario e flessibile di intervento.

Infine la Regione con finalità di **sostegno economico del processo di regolarizzazione** prevede, con la DGR 1206/2007, nel caso di concessione dell'assegno di cura, un contributo aggiuntivo di 160 euro mensili per gli anziani che si avvalgono di Assistenti familiari con regolare contratto di lavoro.

Nella stessa DGR, l'**Ufficio di supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria**, è chiamato a svolgere il ruolo di "cerniera tra il livello provinciale e gli ambiti distrettuali". Ed è appunto nell'assolvere tale funzione che è stato costituito il **Laboratorio provinciale "Assistenti familiari e rete per la domiciliarità"**, che ha svolto l'istruttoria tecnica alla base delle presenti linee provinciali con il coordinamento, per l'Ufficio di supporto della CTSS, dell'Ufficio di Piano del Distretto sociosanitario di Casalecchio di Reno, con la partecipazione per ciascun Distretto di Uffici di Piano, AUSL, ASP/ASC, il coinvolgimento delle OOSS e con la collaborazione del **Servizio politiche attive del lavoro e formazione** della Provincia di Bologna.

La Regione Emilia-Romagna ha anche definito, con la **DGR 2375/2009**, le "**Linee guida per l'innovazione e lo sviluppo delle attività di contatto e aggiornamento delle Assistenti familiari**", indicando come **obiettivi strategici dell'azione regionale**:

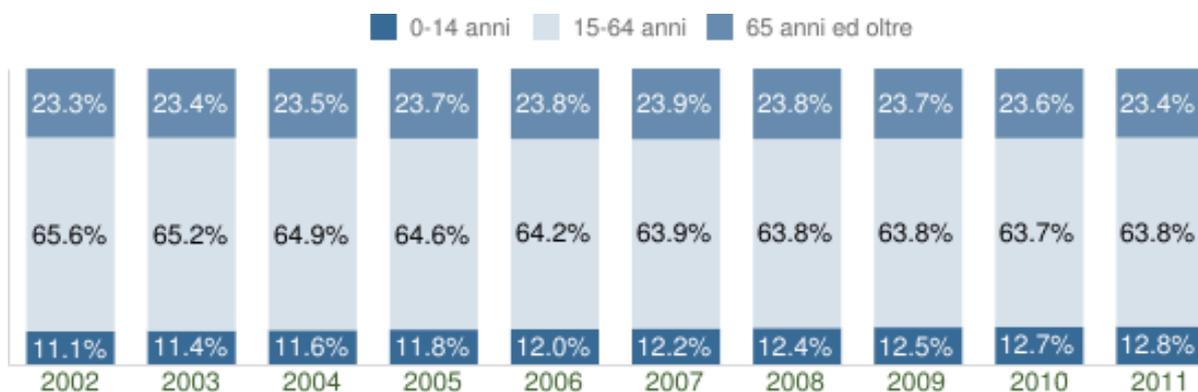
- intercettare percorsi di vita e di lavoro delle AA.FF.;
- sostenerne l'integrazione nella rete dei Servizi;
- promuovere l'integrazione degli interventi dei *care giver* informali con i Servizi professionali attraverso una presa in carico leggera e flessibile delle persone non autosufficienti le cui cure sono assicurate dalle AA.FF.;
- sostenere le famiglie e le persone non autosufficienti nella scelta di mantenimento a domicilio attraverso la qualificazione del lavoro di cura e la creazione di una rete di sostegno che includa l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento.

La Regione, nella DGR 2375/2009, rileva inoltre l'importanza di individuare a livello distrettuale "il soggetto che svolge funzioni di promozione, costruzione delle relazioni e delle collaborazioni, monitoraggio e verifica del percorso di accompagnamento dell'aggiornamento delle AA.FF." e propone che questo soggetto sia, di norma, l'Ufficio di Piano "quale regista generale del percorso".

#### **4. Provincia di Bologna.**

La popolazione della provincia di Bologna al censimento 2011 è risultata pari a 981.807 persone, 66.582 in più rispetto a dieci anni prima (+7,3%), 461.224 i nuclei familiari, quasi 60.000 in più rispetto a dieci anni prima (+14,8%), dato quest'ultimo influenzato anche dalla tendenza, in atto da lungo tempo, a una progressiva riduzione della dimensione media familiare, che scende infatti da 2,26 componenti nel 2001 a 2,12 nel 2011.

La **popolazione anziana** (over 65 anni) residente al 01.01.2012 è pari a 235.954. Di seguito la struttura per età della popolazione anni 2002-2011.



### Struttura per età della popolazione

Per quanto riguarda, invece, **la presenza di Assistenti familiari sul territorio provinciale** le stime sono viziate dal fenomeno della presenza irregolare e del lavoro nero. L'ultima regolarizzazione, con scadenza ad Ottobre 2012, nella Provincia di Bologna ha registrato 3.267 domande di emersione di impiego irregolare di cui 2.985 per lavoro domestico, ben lontano dai numeri registrati nel 2009, quando da Bologna sono state inviate al ministero 6.511 domande solo per lavoro domestico, e nel 2002 quando le richieste erano state circa 13 mila (di cui la metà per Assistenti familiari). Indice di un fallimento causato principalmente dalla complessità della normativa e delle procedure dell'ultima regolarizzazione del 2012.

Per un inquadramento del **lavoro di cura a domicilio** riportiamo di seguito i dati del Rapporto di ricerca realizzato per la Provincia di Bologna dalla Fondazione di ricerca Istituto Carlo Cattaneo pubblicato a Marzo 2012<sup>14</sup>.

Tab. 4.1. *Lavoratori domestici stranieri in Italia, Emilia-Romagna, provincia di Bologna e incidenza percentuale su totale lavoratori domestici. Anni 2001-2010*<sup>15</sup>

	Lavoratori domestici stranieri			Incidenza percentuale sul totale lavoratori domestici		
	Prov. Bo	E.R.	Italia	Prov. Bo	E.R.	Italia
2001	3.220	7.635	139.863	59,6	46,0	51,8
2002	9.159	32.971	419.951	81,3	78,9	75,9
2003	8.990	32.524	404.602	81,9	79,2	75,3
2004	8.170	28.034	366.930	80,9	77,0	73,5
2005	7.912	27.213	345.699	81,6	77,0	72,2
2006	8.081	28.564	345.360	82,5	78,2	72,1
2007	11.945	45.367	484.639	87,3	84,8	77,8
2008	13.926	50.391	530.032	89,0	86,1	78,5
2009	20.524	80.799	782.741	91,6	90,0	83,0
2010	18.803	73.016	710.938	90,8	89,0	81,5

*Elaborazione dell'Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna su dati Inps-Osservatorio sui lavoratori domestici*

<sup>14</sup> "Cittadini stranieri in provincia di Bologna caratteristiche e tendenze. Mercato del lavoro e cittadini stranieri in provincia di Bologna", *Direzione scientifica*: Asher Colombo e Debora Mantovani, *Elaborazione dati e rapporto di ricerca*: Valerio Vanelli, 2012

<sup>15</sup> L'unità statistica di rilevazione è il lavoratore domestico che ha ricevuto almeno un versamento contributivo nel corso dell'anno. La fonte dei dati è rappresentata dagli archivi amministrativi generati dall'acquisizione delle informazioni contenute: a) nella denuncia di assunzione del lavoratore effettuata dal datore di lavoro (modello LD09); b) nei bollettini di conto corrente postale con i quali il datore di lavoro versa i contributi previdenziali all'Inps (essi devono essere versati a cadenza trimestrale, entro il decimo giorno successivo).

Nel periodo 2009-2010 si registra una diminuzione, ma la rilevazione Istat nello stesso arco temporale registra un incremento dei lavoratori domestici, oltretutto per un'entità (72 mila unità a livello nazionale) del tutto simile a quella del decremento evidenziato dalla banca-dati Inps (oltre 71.600 unità). Proprio questo divario porta ad ipotizzare un "divario fra quanto si dichiara e mondo reale", con un aumento del lavoro nero<sup>16</sup>. Anche per il rapporto Caritas/Migrantes<sup>17</sup> un calo non può essere interpretato come un effettivo decremento degli stranieri occupati nel settore (nel quale la domanda di lavoro non dovrebbe essersi ridotta). Ma è ipotizzabile piuttosto una diminuzione delle assunzioni regolari.

Dall'analisi della distribuzione per genere e dal confronto tra italiani e stranieri (vedi tab. successiva) il dato provinciale sui lavoratori domestici non si discosta molto dal dato regionale e nazionale, anche se è interessante rilevare che nella Provincia di Bologna la percentuale di donne tra gli stranieri è superiore (+1,3% rispetto al dato RER, + 1,6% rispetto al dato nazionale), mentre tra gli italiani è maggiore la percentuale di uomini (+1,1% rispetto al dato RER, +1,7% rispetto ad dato nazionale).

Tab. 4.2. *Lavoratori domestici in provincia di Bologna, Emilia-Romagna e Italia per cittadinanza e genere. Anno 2010 (valori percentuali)*

Provincia di Bologna	Emilia-Romagna		Italia			
	Italiani	Stranieri	Italiani	Stranieri		
Uomini	7,6	16,8	6,5	18,1	5,9	18,4
Donne	92,4	83,2	93,5	81,9	94,1	81,6
Totale	100	100	100	100	100	100
(N)	(1.914)	(18.803)	(9.055)	(73.016)	(160.896)	(710.938)

Nota: Con il termine «cittadinanza» si intende, in questo caso, il «paese di provenienza».

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna su dati Inps-Osservatorio sui lavoratori domestici.

Il dato sulle fasce d'età rileva poi una differenza tra italiani e stranieri: questi ultimi sono concentrati maggiormente nella fascia 25-54 anni, mentre gli italiani dai 54 anni in su sono in percentuale maggiore.

Tab. 4.3. *Lavoratori domestici in provincia di Bologna per cittadinanza, genere ed età. Anno 2010 (valori percentuali)*

	Italiani			Stranieri		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Fino a 24 anni	4,1	2,1	2,3	9,7	4,2	5,1
25-34 anni	18,6	9,9	10,6	42,7	19,1	23,1
35-44 anni	22,1	24,5	24,3	27,3	26,2	26,4
45-54 anni	18,6	34,4	33,2	14,6	32,5	29,5
55 anni e più	36,6	29,1	29,6	5,7	17,9	15,9
Totale	100	100	100	100	100	100
(N)	(145)	(1.769)	(1.914)	(3.150)	(15.653)	(18.803)
% riga	7,6	92,4	100,0	16,8	83,2	100

Riportiamo, inoltre, i dati relativi alla distribuzione per area geografica nel periodo 2001-2010, che

<sup>16</sup> Pasquinelli, S. 2012, *Badanti: dilaga il lavoro nero*, in «Qualificare», newsletter sul lavoro privato di cura.

<sup>17</sup> Caritas/Migrantes 2011, pag. 264.

evidenziano un notevole incremento delle provenienze dall'Europa orientale e un decremento altrettanto rilevante di quelle dall'Asia.

Tab. 4.5. *Lavoratori domestici stranieri in provincia di Bologna per area geografica di provenienza. Anni 2001-2010 (valori percentuali)*

Anno	Europa orientale	Americhe	Nord Africa	Resto Africa	Asia	Altro	Totale	(N)
2001	14,1	7,7	9,5	11,5	56,0	1,2	100	(3.220)
2002	55,2	6,5	6,4	5,2	26,1	0,5	100	(9.159)
2003	56,6	6,5	6,0	4,6	25,8	0,5	100	(8.990)
2004	56,7	5,6	5,0	4,3	27,9	0,5	100	(8.170)
2005	57,2	5,3	4,6	3,9	28,6	0,5	100	(7.912)
2006	58,6	5,0	4,3	3,7	28,0	0,4	100	(8.081)
2007	64,7	4,1	4,3	2,5	24,1	0,2	100	(11.945)
2008	63,8	4,0	5,7	2,6	23,6	0,2	100	(13.926)
2009	60,0	4,7	7,7	2,6	24,8	0,2	100	(20.524)
2010	64,5	4,9	6,0	2,5	21,9	0,2	100	(18.803)

Fonte: Elaborazione dell'Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna su dati Inps-Osservatorio sui lavoratori domestici.

Infine, anche nella nostra Provincia, emerge che, a parità di ore lavorate, la retribuzione per i lavoratori domestici stranieri è inferiore a quella mediamente prevista per i lavoratori italiani. Da alcune elaborazioni realizzate a partire dai dati dell'Osservatorio sui lavoratori domestici si è potuta constatare questa relazione: fra i lavoratori domestici che lavorano almeno 35 ore a settimana, gli stranieri che guadagnano almeno 13 mila euro annui sono meno del 18%, mentre fra i lavoratori italiani questa percentuale sale oltre il 26%. È da considerare, però, che la disponibilità dell'alloggio consente al lavoratore e alla lavoratrice domestica stranieri di risparmiare la spesa relativa.

La Provincia di Bologna è impegnata a sviluppare e mantenere un ponte tra la rete dei Servizi territoriali ed il lavoro di cura delle Assistenti familiari straniere, anche attraverso un continuo monitoraggio delle sperimentazioni attive e delle buone prassi rilevate nei singoli distretti. La finalità è quella di definire processi che conducano all'individuazione di standard omogenei su tutto il territorio per un equo accesso del cittadino, attraverso la valutazione e presa in carico dei bisogni dell'assistito e della famiglia da un lato, la comprensione delle condizioni di fragilità e bisogni di assistenza delle lavoratrici straniere impegnate nel lavoro di cura dall'altro.

Per superare la solitudine delle famiglie, orientare gli interventi pubblici in base ai bisogni e alla situazione socio-economica è necessario avviare un percorso per il superamento della “**delega assistenziale bidirezionale famiglia-pubblico**”. Ovvero la dinamica per cui le famiglie delegano, secondo una logica prestazionale, parte della risposta ai loro bisogni al Servizio pubblico, e i Servizi pubblici “delegano” alla famiglia la ricomposizione delle opportunità e dei Servizi pubblici e privati, attestandosi in una posizione residuale in logica assistenziale. E' necessario, invece, il consolidamento di un governo istituzionale pubblico di area vasta, legittimato a ricomporre l'offerta (e la spesa) complessiva. Ciò può accadere solo attraverso lo sviluppo e il rafforzamento di una funzione pubblica di garanzia e controllo, che ponga vincoli ed agisca per un accesso equo ed appropriato a Servizi ed opportunità a supporto della domiciliarità.

E' altresì importante avviare la **ricostruzione del welfare allargato** relativo alla spesa pubblica e privata ed alle opportunità a supporto della domiciliarità, a partire dalla collocazione in questo quadro complessivo della spesa pubblica e dei dati relativi al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza che, in ambito provinciale, al 31/12/2011 ha rimborsato 324.799 ore di Assistenza domiciliare socio-assistenziale per una spesa pari a € 4.649.000,00, ha assegnato a 4.073 cittadini l'assegno di cura per una spesa di € 8.479.000, mentre del “contributo aggiuntivo badanti” hanno beneficiato 1.138 utenti per un costo complessivo pari a € 1.429.000,00<sup>18</sup>

<sup>18</sup> Consuntivo 2011, approvato da CTSS il 18/04/2012.

Per meglio comprendere la rilevanza della ricomposizione del sistema complessivo di offerta a supporto alla domiciliarità, bisogna tener presente che ogni volta che i Servizi territoriali mancano di interagire con il lavoro di cura informale e delle Assistenti familiari gli effetti negativi vanno moltiplicati per tre, poiché colpiscono contemporaneamente le Assistenti familiari, gli utenti e il loro nucleo familiare. Per superare la solitudine delle famiglie di fronte alla necessità di trovare risposta ai bisogni di cura domiciliare si dovrebbe offrire a queste, non esclusivamente un trasferimento economico, ma anche la garanzia di standard qualitativi e di appropriatezza garantiti dal Servizio pubblico, informazioni e indicazioni riguardanti cosa fare e a chi rivolgersi, aspetti per i quali è imprescindibile una **collaborazione con forze sociali, terzo settore e soggetti gestori dei Servizi accreditati**.

Ci sono nella Provincia di Bologna esperienze, tentativi, progetti avviati e altri pienamente operativi che cercano di rispondere all'esigenza di mettere l'anziano non autosufficiente, la sua famiglia, le Assistenti familiari, le organizzazioni sindacali, i Servizi territoriali, la cooperazione sociale, le agenzie di intermediazione in un contesto complessivo di programmazione e governo delle risorse. È da qui che dobbiamo partire.

**Dalla mappatura dello stato dell'arte nei singoli distretti**, condivisa all'interno del Laboratorio provinciale "Assistenti familiari e rete per la domiciliarità", in particolare grazie alla collaborazione del Servizio politiche attive del *lavoro e formazione* della Provincia di Bologna, emerge però un quadro frammentato e disomogeneo, che vede alcune situazioni locali ("Badando" del Distretto di Casalecchio di Reno, "Badabene" del Distretto di Bologna e "Progetto Assistenti Familiari" del Distretto di Porretta T.) che abbiano messo a sistema una risposta consolidata all'interno di una rete locale a favore dei cittadini fragili e non autosufficienti (in allegato una sintesi della mappatura realizzata da IRS per il Servizio politiche attive del *lavoro e formazione* della Provincia di Bologna).

In particolare sono presenti due situazioni più strutturate, nelle quali sono stati sottoscritti anche protocolli sindacali: "Badando" nel Distretto di Casalecchio di Reno e "Badabene" nel distretto di Bologna.

È ormai necessario definire un livello di governo del settore omogeneo in area metropolitana, che permetta di offrire un'interfaccia unica agli utenti e di coordinare l'attività assistenziale direttamente acquistata dalle famiglie con quella pubblica.

In questo processo è fondamentale la definizione con l'AUSL di un modello e uno standard di integrazione tra i diversi interventi, in particolare per l'appropriatezza delle risposte a favore dei cittadini non autosufficienti.

Infine, nel superamento di una sussidiarietà di fatto e non governata, la **lotta all'esclusione sociale, le politiche di interazione culturale e per il riconoscimento di diritti di cittadinanza** assumono un aspetto strategico.

# LE LINEE DI INDIRIZZO PROVINCIALI

## ***1. Laboratorio Provinciale “Assistenti familiari e rete per la domiciliarità”.***

La CTSS di Bologna ha dato mandato all’Ufficio di supporto di avviare, a livello provinciale, un laboratorio di analisi e monitoraggio sugli attuali modelli di interazione tra il lavoro di cura delle Assistenti familiari straniere e la rete dei Servizi territoriali. Il laboratorio, coordinato dal responsabile dell’Ufficio di Piano del Distretto di Casalecchio di Reno (territorio nel quale sul tema dal 2009 sono consolidati un protocollo sindacale e una pianificazione e progettazione rilevati come buone prassi) ha visto la partecipazione degli Uffici di Piano, dei Distretti AUSL, delle ASP e dell’ASC di Casalecchio di Reno, dello IAL Emilia Romagna (per il Distretto di Porretta Terme), delle OOSS.. Per la parte del laboratorio inerenti i temi della qualificazione delle assistenti familiari e dell’incontro domanda/offerta ha partecipato anche il Servizio politiche attive del lavoro e formazione della Provincia di Bologna.

In particolare l’interazione tra il laboratorio della CTSS e il lavoro di analisi e qualificazione dei Servizi formazione e lavoro della Provincia hanno consentito la condivisione approfondita dello stato dell’arte e dei diversi modelli e progetti presenti nei singoli distretti socio-sanitari, nonché di definire percorsi per la qualificazione del ruolo dei centri per l’impiego nei processi di intermediazione e informazione coerenti con le diverse organizzazioni territoriali.

L’istruttoria tecnica condotta all’interno del Laboratorio è alla base delle presenti linee di indirizzo.

## ***2. Finalità delle linee di indirizzo***

All’interno di un approccio integrato per la lotta all’esclusione sociale la **questione cruciale**, considerata l’allocazione di risorse economiche residuali rispetto all’offerta complessiva di interventi ed opportunità a supporto della domiciliarità (che in alcuni casi con fatica si riesce a tenere dentro ad un discorso complessivo di pianificazione strategica), è **il governo pubblico del sistema territoriale, con il contributo di tutte le forze sociali** (*in primis* le organizzazioni sindacali, il terzo settore, i soggetti gestori dei Servizi accreditati, le agenzie preposte all’incrocio tra domanda ed offerta, le associazioni di categoria).

**In un’ottica di governo pubblico del sistema e di integrazione tra i vari soggetti che operano sul territorio**, l’organizzazione dei Servizi deve essere flessibile e selezionata dal basso (dalla cittadinanza); in alcuni distretti, vi sono progetti che possono già costituire la base per sperimentare in concreto disegni e processi che consentano al cittadino di avere un’interfaccia unica in cui ricostruire un “welfare personalizzato”.

Con la costituzione del laboratorio “Assistenti familiari e rete per la domiciliarità” obiettivo della CTSS è la definizione di linee di indirizzo omogenee per l’inserimento del lavoro di cura delle Assistenti familiari straniere nella rete dei Servizi territoriali socio-sanitari e l’emersione del lavoro nero, partendo dalle sperimentazioni avviate in tema nei singoli Distretti e dai protocolli sindacali sottoscritti ed attuati in singoli distretti.

**Finalità principali** delle presenti linee di indirizzo sono:

- individuare criteri, percorsi, linee di sviluppo relativi al processo di inserimento del lavoro di cura prestato dalle Assistenti familiari nella rete dei Servizi ed opportunità a supporto della domiciliarità, per non lasciare sole famiglie nella ricomposizione del welfare territoriale;
- **incrociare i dati e i progetti del sistema a rete per consolidare ed estendere la presa in carico dei soggetti fragili in termini di monitoraggio e prevenzione;**
- avviare un percorso per la definizione di standard omogenei per un accesso equo alla rete di Servizi ed opportunità a supporto della domiciliarità ed una presa in carico appropriata a favore di cittadini fragili e non autosufficienti;
- l'emersione del lavoro nero;
- la lotta esclusione sociale anche tramite azioni di pari opportunità.

**Obiettivi prioritari**, dunque, sono:

- individuazione di linee di sviluppo e criteri omogenei a livello provinciale;
- mantenere aggiornata la mappatura di interventi, progetti e sperimentazioni presenti nei singoli Distretti, avviando altresì un percorso per la definizione di indicatori di processo utili a monitorare l'omogeneità e la sistematizzazione a livello provinciale;
- proseguire nell'approfondimento di buone prassi e criticità attraverso azioni di *benchmarking*;
- avviare il percorso per la formalizzazione di un protocollo provinciale di concertazione sindacale che prenda le mosse da quello definito nei Distretti di Casalecchio di Reno e Bologna nel 2009 e successivamente aggiornati;
- **avviare il percorso per la formalizzazione di un protocollo provinciale di concertazione sindacale che possa estendere l'accordo sul progetto di sostegno alla fragilità e prevenzione alla non autosufficienza siglato tra le OO.SS. il Comune e il Distretto di Bologna il 3/5 2012;**
- definire standard omogenei per il bilancio di competenze e la formazione a favore delle Assistenti familiari;
- articolare un orientamento e un accesso omogeneo ed unico del cittadino alla rete dei Servizi ed opportunità del territorio, tramite la centralità degli Sportelli sociali e dei Servizi territoriali nel percorso di valutazione, che consenta, attraverso la definizione con i Servizi per il lavoro e le forze sociali, un sistema di informazione ed orientamento univoco del cittadino;
- strutturare e formalizzare un'offerta pubblica di Servizi per l'incrocio domanda offerta di lavoro, anche attraverso accordi distrettuali con Servizio politiche attive del *lavoro e formazione* della Provincia di Bologna/Centri per l'Impiego, coerenti con l'organizzazione territoriale dei Servizi socio-sanitari, nell'ottica della semplificazione, flessibilità e tempestività;
- individuare percorsi per eventuali accordi anche con le Agenzie private autorizzate e accreditate al fine dell'ampliamento dell'offerta di lavoro;
- realizzare uno stabile collegamento tra Sportelli sociali e Servizi territoriali per la valutazione e valorizzazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari nella presa in carico e nella definizione del PAI;
- favorire la mobilità delle Assistenti familiari all'interno dell'area metropolitana anche attraverso la condivisione tra i singoli distretti delle disponibilità alla formazione, delle competenze e qualificazioni certificate;
- individuare strategie e percorsi per dare continuità alle sperimentazioni avviate e consentire la realizzazione di un sistema omogeneo a livello provinciale, anche attraverso il superamento del finanziamento dei progetti e delle implementazioni territoriali solo con risorse temporanee e *una tantum*.

### **3. Il Governo del sistema (orientamento, pianificazione).**

Per superare il quadro frammentato attuale occorre lo sviluppo e il rafforzamento di una **funzione pubblica di garanzia e controllo**, che ponga vincoli, definisca standard qualitativi e di processo ed agisca per un accesso equo ed appropriato a Servizi ed opportunità territoriali a supporto della domiciliarità.

Questa funzione va correttamente valorizzata nel processo di pianificazione ed orientamento pubblico del sistema complessivo del welfare territoriale, anche per il tramite delle tecnostrutture a ciò deputate (UdP quale regista generale del percorso secondo la DGR 2375/2009, UOASS, Sportelli sociali, Servizi territoriali, UVM). Essa va, inoltre, **inserita nella rete** di pianificazione territoriale, orientamento e governo di un accesso unico al sistema complessivo dell'offerta pubblico/privata, mettendo in collegamento i Servizi territoriali e creando un ponte stabile tra la valutazione del bisogno e la certificazione delle competenze.

Bisogna creare una sinergia tra le attività dei *care giver* informali, dei Servizi territoriali, delle cooperative, del volontariato in un'ottica di lotta all'esclusione sociale.

Deve restare centrale, dunque, una **funzione pubblica di governo e garanzia**, che può essere esplicitata anche attraverso il consolidamento del tutoraggio e della formazione dei Servizi territoriali e delle AA.FF. L'ambito distrettuale, le **zone sociali** definite dalla L. 328/2000, sono il luogo di analisi, concertazione, monitoraggio e valutazione più vicini ai cittadini. Il Distretto, infatti è il luogo in cui le famiglie cercano le risposte, le Assistenti familiari lottano contro l'esclusione sociale, la cooperazione sociale ha saputo trovare forme di organizzazione efficaci; il luogo in cui le organizzazioni sindacali, il terzo settore e il volontariato sono risorsa quotidiana e svolgono una preziosa azione di supporto agli interventi e una funzione di "antenna" delle fragilità.

Imprescindibile è d'altro canto un'azione di **presidio e governo coincidente con l'area metropolitana**, che cresca parallelamente al procedere del percorso di realizzazione della città metropolitana, innanzitutto a garanzia di un sistema omogeneo ed equo e che abbia tecnostrutture adeguate a svolgere quel ruolo di "cerniera tra il livello provinciale e gli ambiti distrettuali" che la DGR 1206/2007 assegna all'**Ufficio di supporto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria**.

### **4. Accesso del cittadino.**

E' necessario l'avvio di un percorso che conduca all'individuazione di un'**interfaccia unica per gli utenti**, capace di selezionare i bisogni e di offrire loro una risposta integrata, evitando lo *shopping around* per le famiglie e la conseguente esclusione dall'accesso ai Servizi per quei cittadini con minori competenze di lettura del sistema di offerta.

Snodi necessari di questo disegno sono la definizione di **protocolli, accordi territoriali** (tra enti locali, sindacati, Servizi lavoro, cooperazione sociale, agenzie di intermediazione) che definiscano innanzitutto **luoghi unitari in cui il cittadino non trovi solo l'accesso a contributi e Servizi residuali, ma l'informazione e l'orientamento che ricostruisca (in base alla situazione economica e la valutazione sociale del nucleo familiare) l'accesso alle risorse territoriali pubbliche e private.**

Non bisogna commettere l'errore di strutturare il sistema come se la non autosufficienza si desse sempre totalmente da subito, e non si sviluppasse per lo più nel tempo, generando domande di cura di intensità, oltre che qualità, diverse.

Sportello sociale, punto unico di accesso, casa della salute, unità di valutazione multidimensionale, CIP, Sportelli lavoro, medici di medicina generale, patronati, gestori pubblici, cooperative sociali dovranno nei prossimi anni aggregarsi in un processo in cui sia possibile costruire pacchetti modulari di Servizi in cui la compartecipazione del cittadino, il contributo pubblico, l'Assistente familiare regolarizzata, il sollievo, l'assistenza domiciliare, il centro diurno siano modulati sul piano assistenziale di vita e di cure personalizzato.

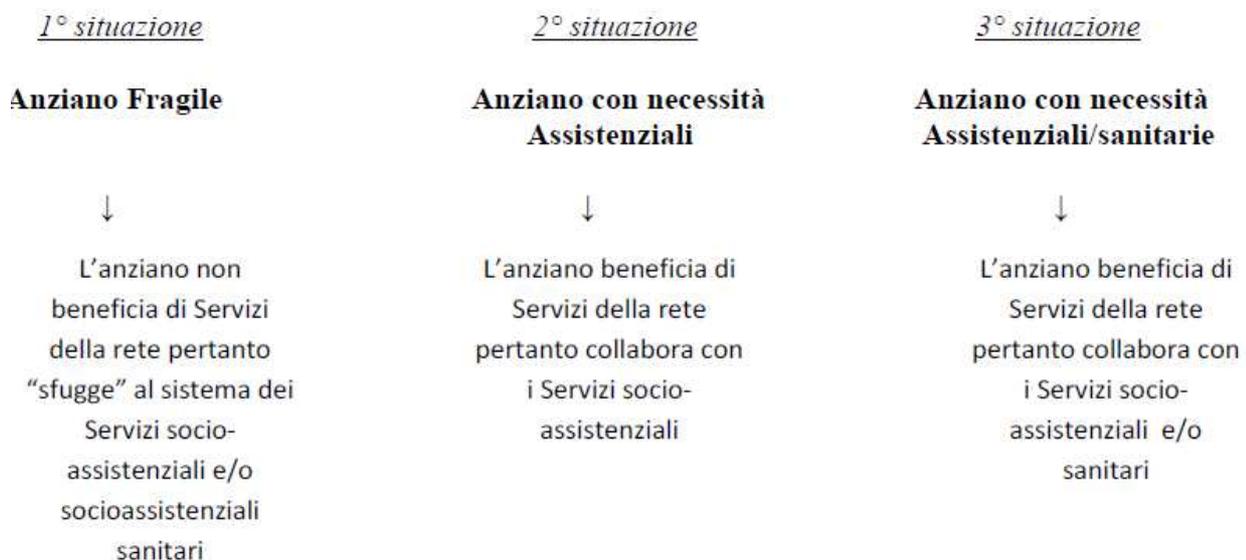
Per avviare questo percorso sono necessari **accesso e valutazione chiaramente riconducibili a una responsabilità pubblica**. Gli Sportelli sociali ed i Servizi socio-sanitari professionali territoriali sono lo snodo di questo sistema.

### ***5. L'Interazione tra Servizi ed opportunità a supporto della domiciliarità e la qualificazione-valorizzazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari a favore di cittadini fragili e non autosufficienti.***

La realtà territoriale è disomogenea nella sua totalità ma ha un unico comune denominatore nella gestione dell'assistenza all'anziano: la presenza presso molti degli anziani fragili o non autosufficienti di lavoro di cura prestato da *care giver* informali e da Assistenti familiari.

Tra i singoli Distretti gli assetti gestionali, la dimensione e la complessità delle rete istituzionali sono diversificate. Ciò rende complesso, quanto auspicabile, individuare e condividere un unico percorso di interazione tra Servizi territoriali e lavoro di cura delle Assistenti familiari, soprattutto quando la suddetta presenza all'interno del nucleo si affianca a quella di professionisti assistenziali e/o sanitari previsti dalla rete dei Servizi.

La presenza dell'Assistente familiare si può individuare in tre situazioni diverse di bisogno di cura dell'anziano:



#### 1° situazione:

Le Assistenti familiari attive presso cittadini "fragili", spesso sfuggono al Sistema della rete della domiciliarità perché, prevedibilmente, questa utenza nello specifico difficilmente sarà presa in carico dai Servizi a sostegno della domiciliarità.

#### 2° situazione

Nella programmazione dei Servizi, la presenza dell'Assistente familiare può rappresentare una criticità o una risorsa e un elemento da conoscere e valutare per la modulazione appropriata degli interventi da attivare. Ad esempio in caso di attivazione dell'Assistenza Domiciliare, si può proporre al *care giver* un numero di accessi tali da favorire una migliore qualità del Servizio di assistenza perché garantito congiuntamente (Assistente familiare ed operatore della rete dei Servizi), soprattutto per svolgere insieme quelle attività di vita e di cura più complesse.

Infine, la presenza di un Assistente familiare, può consentire di evitare un accesso alla rete dei Servizi residenziali non appropriato o prematuro in base alla valutazione del bisogno, consentendo

un percorso di supporto all'assistenza domiciliare anche tramite l'erogazione dell'Assegno di Cura, nel rispetto dei criteri del regolamento aziendale, all'interno di un progetto di vita e di cura.

### 3° situazione

Il supporto dell'Assistente familiare acquisisce importanza ulteriore soprattutto nell'assistenza di anziani con necessità sanitarie. Alle prestazioni sanitarie garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (IP, MMG, altri specialisti, terzo settore...) si può affiancare la presenza continuativa dell'Assistente familiare che, anche solo per la funzione di monitoraggio che riesce a svolgere, permette un supporto alla continuità di cura.

La molteplicità di interventi istituzionali normati da regolamenti, procedure e strumenti, atti a garantirne l'appropriatezza ed omogeneità di risposta professionale, rende necessaria la formalizzazione di Linee Guida e Protocolli Operativi per agevolare l'integrazione delle Assistenti familiari con la rete della domiciliarità secondo gli stessi principi a garanzia della qualità di intervento.

Un percorso di **definizione di protocolli operativi** condivisi, con la partecipazione innanzitutto delle UOASS, degli UdP e dei soggetti gestori accreditati a cui è stata assegnata la subcommittenza dei contratti di Servizio per l'assistenza domiciliare, permetterebbe di valorizzare l'assetto gestionale ed organizzativo di ogni singolo Distretto, curando la definizione di standard e procedure omogenee in area metropolitana. Dovrà inoltre essere favorita una stretta collaborazione con altri Servizi ed opportunità del medesimo territorio (operatori socio-sanitari, Infermieri Domiciliari, MMG, volontariato, associazionismo...).

Sarà altresì opportuno avviare un **confronto con altri istituti fornitori di Servizi** come gli ospedali, le Case di Cura, le CRA, data la competenza e la funzione di fornitura di prestazioni assistenziali. Lo sportello sociale rappresenta l'anello di collegamento per le funzioni di orientamento e primo accesso, quindi rappresenta uno snodo importante nella delineazione di un accesso unitario alla rete dei Servizi, in particolare nella valutazione del bisogno e conseguente proposta di intervento.

È opportuno che si strutturi un sistema di relazioni nella rete degli operatori dei Servizi in grado di svolgere una funzione di "raccordo", fra i vari Servizi attivi, con funzioni anche di monitoraggio, tutoraggio, da attivare nella condivisione di un progetto di vita e di cura a favore della persona non autosufficiente, prevedendone l'adattamento al mutare dei bisogni anche attraverso il coinvolgimento e il rispetto delle competenze proprie delle UVM, UVG.

Per un agevole inquadramento delle opportunità di cura a favore della domiciliarità e come strumento a contrasto del lavoro nero, in tutti i distretti saranno formalizzati protocolli operativi con il servizio per il lavoro e/o le agenzie autorizzate con l'obiettivo di un aggiornamento continuo della disponibilità di assistenti familiari, per le quali sia accertata la valutazione delle competenze e/o la partecipazione a percorsi formativi. Il raccordo con gli Sportelli Sociali e le Assistenti sociali/Responsabili del Caso sarà regolato anche negli accordi territoriali con centri per l'impiego e Servizio lavoro sopra richiamati.

Rilevato il bisogno dell'anziano, potrà essere proposto un intervento di cura dell'Assistente familiare o la valorizzazione e qualificazione e regolarizzazione di eventuali *care giver* informali in base alla valutazione del bisogno dell'utente. Nel caso in cui siano rilevate la necessità o la presenza di interventi di tipo sanitario, l'AS/RC potrà coinvolgere gli operatori sanitari (IP, MMG, ...) per valutare, eventualmente anche attraverso l'attivazione di tutoraggio, le competenze dell'Assistente familiare in situazioni complesse e, se necessario, attivare momenti di formazione in situazione.

Il rapporto tra il sistema dei Servizi territoriali e l'Assistente familiare potrebbe costituire una risorsa per una proficua relazione tra:

1) l'utente e la famiglia collaborante per evitare una de-responsabilizzazione dell'impegno della famiglia stessa;

2) l'utente ed i Servizi della rete, ad esempio in caso di ricovero ospedaliero per la continuità di cure e/o di assistenza, e la variazione delle sue necessità assistenziali.

L'auspicio è quello di creare un contesto che consenta una collaborazione tra le Assistenti familiari ed i Servizi della rete anche per gli interventi in ottica di prevenzione nelle situazioni di fragilità dei cittadini over 65.

L'integrazione tra gli interventi socio-assistenziali e sanitari costituisce il punto cruciale nell'appropriata valorizzazione e qualificazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari a supporto della domiciliarità.

Il programma per la non autosufficienza del "Piano sociale di zona per la salute e il benessere sociale" deve contenere l'articolazione delle azioni indicate nella **DGR 1206/2007, Allegato 3, "Linee di indirizzo per favorire la qualificazione e la regolarizzazione del lavoro di cura delle Assistenti familiari nell'ambito delle azioni e degli interventi del FRNA"**, "per la realizzazione delle quali è possibile utilizzare anche le risorse del FRNA".

In ambito distrettuale, all'interno delle succitate linee, dovranno essere progressivamente strutturati nel tempo, in modo omogeneo nel territorio provinciale, i seguenti aspetti:

- **consolidamento degli Sportelli sociali**, o di sportelli ad esso collegati, in raccordo con i Centri per l'impiego e i patronati, con funzioni di accesso, orientamento ai Servizi territoriali ed alle opportunità pubbliche, private e del terzo settore:
  - a) a supporto della domiciliarità e presa in carico delle famiglie;
  - b) per rispondere agli specifici bisogni delle Assistenti familiari
- ampliamento di un sistema formale di **incontro domanda-offerta di lavoro**, consulenza, orientamento in collaborazione **con i servizi pubblici per l'impiego, le agenzie accreditate per il reclutamento del personale e gli Sportelli sociali** in un'ottica di semplificazione di procedure e percorsi per le famiglie;
- accordi con soggetti del terzo settore e agenzie accreditate per l'incontro domanda/offerta per **assicurare la copertura dei periodi di sostituzione delle Assistenti familiari**;
- percorsi per la definizione di protocolli, accordi, convenzioni per l'**assistenza alle famiglie nell'adempimento di tutte le pratiche necessarie alla regolarizzazione ed alla gestione dei rapporti contrattuali**;
- interventi per **favorire l'emersione e regolarizzazione dei rapporti di lavoro**, anche attraverso azioni di **sensibilizzazione della cittadinanza**, informazione e coinvolgimento dei Medici di medicina Generale;
- **attività formative e di aggiornamento** per Assistenti familiari anche in collaborazione con operatori della rete dei Servizi su tematiche assistenziali specifiche rivolte sia a familiari che Assistenti familiari;
- **tutoraggio, affiancamento e formazione in situazione** svolto da operatori della rete, con funzioni di collegamento tra gli interventi dei Servizi territoriali e il lavoro di cura dell'Assistente familiare, monitoraggio del progetto assistenziale, formazione in situazione dell'Assistente familiare nel caso se ne rilevi la necessità;
- iniziative mirate all'apprendimento della **lingua italiana**;
- promozione di **occasioni di socializzazione** quali azioni di contrasto all'isolamento e all'esclusione sociale delle assistenti familiari, in collaborazione con le Associazioni del volontariato, del terzo settore e della rete dei Centri sociali;
- promozione di azioni specifiche di prevenzione del disagio psichico legato all'attività lavorativa (*burn out*) anche con il coinvolgimento degli operatori della rete dei servizi
- **forme di presa in carico leggera e flessibile per le persone non autosufficienti per le quali le cure possono essere supportate da Assistenti familiari**, attraverso **l'integrazione nei PAI dell'attività delle Assistenti familiari** (aiuto ed integrazione nelle attività complesse e nella gestione delle emergenze) e l'interazione con il **supporto del volontariato e associazionismo**;
- **integrazione dell'attività delle Assistenti familiari nella rete dei Servizi** a favore delle persone

non autosufficienti e delle loro famiglie, in particolare **nell'ambito dei progetti assistenziali che prevedono l'assegno di cura** e/o disponibilità di **accoglienza temporanea di sollievo, gestita** in modo da sostenere la famiglia nei periodi di ferie dell'assistente;

- progetti di sperimentazione di qualificazione delle **Dimissioni protette** facilitate che prevedano l'integrazione con interventi di cura da parte di assistenti familiari per favorire il reinserimento a domicilio ed evitare inserimenti in struttura non appropriati;

- procedure per l'utilizzo dell'**assegno di cura** all'interno di un incrocio delle informazioni relative alle **regolarizzazioni** delle Assistenti familiari ed al beneficio dell'**indennità di accompagnamento**;

- definizione di procedure e protocolli atti a coordinare l'attività assistenziale dell'Assistente familiare con quella del medico o servizio infermieristico domiciliare Ausl.

- opportunità di **consulenza** sulla relazione di cura, dedicati a familiari, Assistenti e assistiti, attivando laddove necessario interventi di **mediazione culturale** integrata con i servizi preposti sul territorio, anche in collaborazione con il terzo settore;

- **attività formative e di aggiornamento** per Assistenti familiari anche in collaborazione con operatori della rete dei Servizi, riconoscimento dei crediti formativi, aggiornamento di breve durata in collaborazione con i Servizi della rete su tematiche assistenziali specifiche rivolte congiuntamente a familiari ed Assistenti familiari;

## ***6. I Servizi pubblici per il lavoro nel sistema di rete per l'assistenza domiciliare privata. Un modello condiviso di collaborazione.***

La centralità del percorso sta nei seguenti 2 aspetti:

- la valutazione della non autosufficienza e della fragilità viene effettuata dai Servizi territoriali professionali e dalla rete esistente di Servizi sociali e sanitari;

- l'incrocio efficace domanda-offerta è svolto esclusivamente dai soggetti competenti in materia.

I modelli di rete tra i Servizi di seguito proposti nascono nell'ambito del progetto RissBo promosso dal Servizio Formazione e Lavoro della Provincia di Bologna e realizzato da IRS - Istituto per la Ricerca Sociale.

Il percorso di tale progetto che prevedeva, in prima istanza, una ricostruzione dello stato dell'arte, degli attori e dei modelli di intervento in materia di assistenza domiciliare privata, si è intersecato con le attività del Laboratorio realizzato dalla CTSS consentendo di condividere con tutti i Distretti gli esiti e le prospettive di azione futura messe a punto.

In particolare, l'interazione tra il Laboratorio della CTSS e il progetto promosso dal Servizio Formazione e Lavoro della Provincia di Bologna, ha consentito di ipotizzare percorsi che, nel rispetto e nella valorizzazione delle azioni già intraprese a livello di singolo Distretto, consentissero di potenziare il ruolo dei Centri per l'Impiego nei processi di qualificazione professionale delle Assistenti domiciliari private e nelle strategie di emersione dal lavoro nero.

## ***7. Il ruolo dei Servizi per il lavoro per la qualificazione dell'assistenza domiciliare privata e per il contrasto al lavoro nero.***

L'incrocio informale di domanda e offerta di lavoro si è consolidato nel tempo, supportato da un reciproco "vantaggio": il contenimento della spesa da parte delle famiglie (spesso impossibilitate a sostenere un contratto di lavoro regolare, soprattutto se a tempo pieno o totale) e una maggiore e immediata monetizzazione da parte delle Assistenti familiari, a prescindere dalla lunghezza o meno del loro progetto migratorio. Tutto ciò, in un quadro che manifesta, anche, una problematica dequalificazione del Servizio erogato alle persone anziane, assistite da persone spesso prive di qualsiasi formazione, nella tradizionale logica che considera il lavoro di assistenza "naturale" per una donna.

In questo contesto, i Servizi pubblici per il Lavoro possono avere un ruolo fondamentale che, a partire dal sensibilizzare famiglie e anziani sull'importanza di richiedere, comunque, un contributo

professionale qualificato, riesca anche, indirettamente, ad aggredire il fenomeno del lavoro nero attraverso una strategia diversificata di supporto complessivo ai bisogni delle famiglie.

La qualificazione professionale delle Assistenti familiari, il supporto alle famiglie nell'intermediazione di lavoro (incrocio domanda/offerta) e la presa in carico globale, insieme agli altri Servizi pubblici, delle esigenze diversificate che sono connesse all'assistenza domiciliare, rappresentano gli obiettivi cui tendere nei prossimi anni, i quali saranno caratterizzati da un progressivo aumento dell'età e da un contenimento del sistema di welfare.

### ***8. L'integrazione dei Servizi per un efficace incontro domanda/offerta di assistenza domiciliare privata.***

Nel corso di questi anni i Servizi per il lavoro hanno messo in atto strategie diversificate per riuscire a governare l'area dell'assistenza domiciliare privata sul fronte della qualificazione professionale e del contrasto al lavoro nero: da un lato, attraverso una consistente attività di formazione delle Assistenti familiari che, tuttavia, per i processi di riduzione della spesa pubblica sono andati progressivamente scemando; dall'altro, attraverso la messa a punto di banche dati di assistenti famigliari qualificate e di percorsi di collaborazione con i Servizi sociali che presidiano il sistema di assistenza domiciliare pubblica. D'altro canto, anche i Servizi sociali hanno messo in atto una serie di strategie diversificate per dare risposte alle famiglie là dove il sistema pubblico non riusciva ad erogare Servizi sufficienti a soddisfare le esigenze di assistenza delle famiglie.

In questo contesto si sono affermati, a livello dei singoli Distretti, modelli differenziati di interazione e integrazione tra Servizi pubblici e privati per il lavoro e Servizi sociali che, tuttavia, pur nella loro diversità, condividono le medesime finalità: qualificare il lavoro di cura domiciliare privato, contrastare il ricorso al lavoro nero, supportare una presa in carico globale delle esigenze assistenziali delle famiglie e degli anziani attraverso un sistema di collaborazione formalizzato sia tra i Servizi pubblici (sociali, del lavoro, della formazione), sia con gli attori privati che operano in questo ambito di attività.

### ***9. Un modello di collaborazione da condividere in diversi modelli di intervento.***

Il ruolo dei Servizi pubblici per il lavoro nella qualificazione professionale delle Assistenti familiari è esercitato non solo attraverso le funzioni istituzionali di accertamento e certificazione delle competenze (acquisite in contesti formali, non formali/informali), ma anche attraverso un software dedicato ("Madreperla") che consente di evidenziare, valorizzare e incrociare, da un lato, le competenze acquisite e le esigenze di formazione delle Assistenti familiari (definendone, di fatto, gli "standard minimi"), dall'altro, le esigenze di assistenza (intese in senso ampio, anche socio-relazionale) della persona anziana.

La banca dati Madreperla, in collegamento con il SILER (Sistema Informativo Lavoro Emilia Romagna), consente di realizzare un efficace e regolare incontro domanda/offerta di lavoro per le persone anziane che non possono usufruire di Servizi erogati dal sistema pubblico di welfare, ma anche per le persone che, pur in carico ai Servizi sociali, non riescono a soddisfare completamente la loro necessità di assistenza.

La disponibilità di una banca dati qualificata, di un Servizio pubblico e gratuito di intermediazione, il sostegno ad una contrattualizzazione regolare (attraverso un sistema convenzionato di tariffe concordate con soggetti titolati), procedure formalizzate di collaborazione e scambio con i Servizi sociali al fine di sviluppare un sistema di **assistenza domiciliare mista** (in parte erogata nell'ambito dei Servizi sociali, in parte sostenuta privatamente dalla famiglia, ma in un quadro governato di supporto, da parte del sistema pubblico, anche della parte tradizionalmente "privata" dell'assistenza domiciliare) consentiranno, nel tempo, di riprendere il governo di questo importante ambito di assistenza e anche di meglio mirare il contributo pubblico in una logica complessiva di soddisfazione dei bisogni.

Il ruolo e le funzioni dei Servizi pubblici per il Lavoro possono essere internalizzati in modelli distrettuali che affrontano il tema dell'assistenza domiciliare in maniera differenziata e, pertanto, i diversi processi di collaborazione saranno formalizzati in Accordi operativi distrettuali che consentano di valorizzare reti di collaborazione e attori che già operano proficuamente sui diversi

territori (per una descrizione dettagliata dei processi di collaborazione, vedi Allegati per Distretto). L'efficacia di tali Accordi operativi sarà garantita anche dall'utilizzo di Madreperla su base provinciale (fattore che, inoltre, consente di affrontare in maniera centralizzata la forte mobilità territoriale che caratterizza le Assistenti familiari) e dalla rete operativa degli operatori dei Servizi per il lavoro e dei Servizi sociali chiamati a condividere conoscenze, procedure, processi e relazioni nell'ottica di rendere quanto più efficace l'obiettivo di presa in carico globale dei bisogni di assistenza delle famiglie e di consolidamento, in particolare, di un modello di assistenza domiciliare mista.

**Saranno dunque formalizzati accordi distrettuali in coerenza con le presenti linee di indirizzo della CTSS.**

### ***10. Concertazione sindacale.***

I rappresentanti dei governi, delle organizzazioni dei datori di lavoro e dei sindacati presenti alla 100ª Conferenza annuale dell'**Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO)** il 16 giugno 2011 hanno preso una decisione storica, adottando un insieme di norme internazionali volte a migliorare le condizioni di lavoro di decine di milioni di lavoratori domestici in tutto il mondo. I delegati alla Conferenza hanno adottato la Convenzione sulle lavoratrici e i lavoratori domestici, e una Raccomandazione che l'accompagna e che fornisce indicazioni dettagliate su come applicare la convenzione<sup>19</sup>.

Il percorso così avviato è sicuramente un passo avanti rispetto alla tutela lavorativa di coloro che lavorano presso il domicilio, ma non è sicuramente risolutivo per le specificità del lavoro di cura prestato dalle Assistenti familiari a favore di cittadini fragili o non autosufficienti.

Spesso, nel contesto frammentato descritto, si sommano due debolezze (la solitudine e la fragilità dell'anziano e il rischio di esclusione sociale dell'assistente familiari) che, in molti casi, non avevano altra scelta; inoltre come effetto della crisi economica cresce e si fa corposa la quota di italiani che "tornano" a ritenere fattibile anche questo tipo di lavoro, mentre permangono forti criticità e le difficoltà relative all'emersione del lavoro nero, peraltro non facilitato dalla normativa vigente in particolare sui flussi migratori.

L'obiettivo principale da raggiungere è una vera integrazione nel sistema pubblico del lavoro di cura delle Assistenti familiari. E' necessario riportare questo tipo di risposta ai bisogni di cura dei nostri cittadini all'interno di una logica di sistema che dia garanzie reciproche a chi lo utilizza e a chi lo gestisce, e che costituisca, perciò, una qualificazione, non solo quantitativa, del sistema stesso.

La concertazione sindacale su questo tema è un aspetto fondamentale che consente, come dimostrano le esperienze di protocolli sindacali siglati nella nostra provincia, una qualificazione e un arricchimento della risposta alle esigenze di cura dei cittadini fragili e non autosufficienti. L'accordo sottoscritto a Marzo 2009, annualmente rinnovato e in attuazione nel Distretto di Casalecchio ("Badando"), l'accordo analogo sottoscritto nel maggio 2009 a Bologna costituiscono una buona prassi ed un viatico per il percorso di definizione di un accordo sugli stessi temi per il

---

<sup>19</sup> A settembre 2012 risultano formalizzate 3 ratifiche da parte di Uruguay, Filippine e Isole Mauritius che hanno permesso l'entrata in vigore della Convenzione a livello mondiale, visto che erano necessarie solo un minimo di 2 accettazioni per rendere il dispositivo operante. In Italia, il contratto collettivo nazionale di lavoro per il settore domestico, copre oggi praticamente tutti gli aspetti relativi alla condizione ed al rapporto di lavoro nel settore. La legge italiana non prevede però per i lavoratori domestici il trattamento che gli altri settori hanno in alcuni importanti temi di tutela: salute e sicurezza sul lavoro; congedo parentale di 6 mesi dopo la maternità obbligatoria pagata al 30% dello stipendio; permessi di 3 giorni al mese per accudire figli/parenti gravemente invalidi; 2 ore di allattamento retribuite al giorno; esenzione dal lavoro notturno fino ad 1 anno di vita del bambino; divieto di licenziamento in caso di maternità fino al compimento di 1 anno di vita del bambino. Differenze che sono state anche alla base delle difficoltà del Governo italiano nell'iter di ratifica della Convenzione 189. Questa infatti prevede che non vi debbano essere differenze di trattamento tra le lavoratrici domestiche e quelle di altri settori, specie in materia di maternità. Da qui la necessità di correggere queste disparità. Recentemente, comunque, l'Ufficio Legislativo del Ministero del Lavoro ha fatto sapere di aver superato le difficoltà e che intende avviare una procedura abbreviata per la ratifica della Convenzione

territorio provinciale.

**Nel processo di definizione dell'accordo di ambito provinciale dovranno essere curati i seguenti passaggi:**

- condivisione dello stato attuale dei progetti e delle procedure attive nei singoli Distretti, aggiornamento della mappatura condivisa all'interno del laboratorio provinciale "Assistenti familiari e rete per la domiciliarità" con il coordinamento dell'Ufficio di Supporto alla CTSS;
- monitoraggio dell'attuazione degli accordi territoriali sottoscritti a cui va riconosciuto un rispetto circa la specificità territoriale di attuazione e un'autonomia, se pur all'interno degli standard che saranno definiti a livello provinciale, che non ne pregiudichi lo sviluppo in sede di concertazione distrettuale;
- costituzione di un tavolo di concertazione sindacale di area provinciale con funzioni di monitoraggio dell'attuazione dell'accordo.

**Nella definizione del protocollo sindacale dovranno essere concertati i seguenti aspetti:**

- l'offerta di formazione per le Assistenti familiari con la definizione di standard da parte di soggetti pubblici per conseguire una buona qualificazione professionale (utile anche per percorsi di professionalizzazione);
- la gestione dell'incontro domanda/offerta ad opera delle agenzie competenti ed autorizzate (con il coinvolgimento di Sportelli sociali), e "riservata" alle badanti in possesso di attestazioni professionali, formate o di cui siano state valutate le competenze;
- l'incentivazione rivolta alle famiglie a rivolgersi allo Sportello sociale per avviare il procedimento di definizione del PAI (Piano di Assistenza Individuale) e l'individuazione del lavoro di cura appropriato rispetto al bisogno rilevato per il caso specifico;
- l'assegnazione alle famiglie, che seguono l'iter definito dall'accordo, di un tutor (operatore dei Servizi collocato all'interno un sistema di controllo e responsabilità pubblica) per il monitoraggio dell'attuazione del PAI, delle competenze di chi assiste e della "tenuta" relazionale tra Assistente familiare/assistito/famiglia;
- le modalità per garantire l'assistenza alle famiglie, che aderiscono al percorso di emersione, regolarizzazione e qualificazione, per gli adempimenti relativi alla regolarizzazione e gestione del rapporto di lavoro, anche attraverso l'affidamento ad agenzie accreditate sulla base di una pubblica selezione che definisca garanzie in caso di contenzioso nel rapporto di lavoro;
- le collaborazioni per la realizzazione di una campagna informativa mirata per la diffusione dell'accordo e la sensibilizzazione della cittadinanza sull'emersione del lavoro nero/grigio (anche attraverso l'informazione e il coinvolgimento di NCP, OO.SS., CAF, MMG);
- le collaborazioni tra tutta la rete dell'associazionismo sociale, le organizzazioni di volontariato, il mondo sindacale dei pensionati, la cooperazione e l'interazione con gli interventi pubblici;
- le collaborazioni per l'analisi del fenomeno di fragilità;
- l'analisi delle condizioni economiche per la definizione degli aspetti socio-economici da regolare per un equo accesso alle opportunità di cura prestate dalle Assistenti familiari;
- la valutazione della sostenibilità di un percorso per la costituzione di un fondo dedicato al sostegno dei progetti attivi e del processo di omogeneizzazione a livello provinciale;
- le politiche per l'emersione del lavoro nero e il perfezionamento dei rapporti contrattuali parziali ovvero del cosiddetto lavoro "grigio";
- le strategie per il coinvolgimento di anziani attivi a supporto della rete per la domiciliarità e dell'inserimento del lavoro di cura delle Assistenti familiari;
- la governance pubblica del sistema complessivo;
- le strategie e gli strumenti per affrontare la criticità del carico sui familiari della gestione dei rapporti contrattuali che li equipara a datori di lavoro.

**L'accordo sarà oggetto di monitoraggio periodico, nonché valutazione ed eventuale rinnovo entro il 2014.**

## **11. Pari opportunità e azioni di inclusione sociale. Le Assistenti familiari: discriminazioni, vite precarie e fragilità.**

I cambiamenti degli ultimi decenni nelle relazioni di genere e l'aumento dell'occupazione femminile (in particolare in Emilia-Romagna) hanno fortemente modificato il lavoro di cura delle persone anziane nelle famiglie italiane. A questo cambiamento, però, non è seguito un adeguato riconoscimento del valore sociale, professionale ed economico del lavoro di cura. C'è stato un graduale spostamento da un ruolo di cura svolto all'interno della famiglia dalle donne italiane ad una delega di questo ruolo a persone esterne alla famiglia: uno spostamento che rimane nella sfera privata, difficilmente valorizzato all'interno di una relazione di tipo professionale<sup>20</sup>. Lo stesso termine "badante" designa chiaramente una mansione che non richiede formazione ed equa retribuzione. Maggiore formazione, emersione dal lavoro nero, piena applicazione dei diritti contrattuali sono aspetti imprescindibili, ma non sono sufficienti: è necessario un cambiamento che sposti il lavoro di cura delle Assistenti familiari dall'informalità e irregolarità alla valorizzazione delle competenze e alla qualificazione tramite formazione e collegamento alla rete dei Servizi, dalla gestione privatistica in capo alle famiglie al governo ed orientamento di tipo pubblico.

Le Assistenti familiari, soprattutto se straniere, vivono spesso in condizioni di particolare fragilità legata a diversi fattori. La quotidianità vissuta senza il supporto di un gruppo di lavoro, a stretto contatto con la malattia e spesso senza un'adeguata formazione, il passare da una morte all'altra, possono essere causa di un forte stress psicologico, anche considerando i legami affettivi che si creano con gli assistiti e i loro famigliari.

Inoltre, per quel che riguarda molte donne straniere, il lavoro di cura è spesso un destino dato dal bisogno (e dalla volontà) di riscatto dalle condizioni di povertà, anziché una scelta: frequentemente si tratta di donne con titoli di studio medio-alti e con passate esperienze di lavoro qualificato e di responsabilità (soprattutto per le donne provenienti dall'Est Europa), che vivono con sentimenti di frustrazione ed umiliazione il mancato riconoscimento della propria storia professionale e delle proprie competenze.

Lo stretto legame tra il permesso di soggiorno e il rapporto di lavoro rendono queste donne estremamente ricattabili, costrette ad accettare condizioni di lavoro molto difficili, per la paura di perdere, in un solo momento, reddito, casa e permesso di soggiorno<sup>21</sup>.

Frequentemente si tratta di donne che lasciano in patria i figli: i lunghi periodi di lontananza, la frustrazione di prendersi cura di altre famiglie delegando ad altri l'accudimento dei propri figli e anche dei propri genitori, sono vissuti dolorosamente.

Tutti questi aspetti rendono estremamente importante un lavoro di rete da parte dei Servizi che possono intercettare le Assistenti familiari per poter supportare le situazioni di maggiore fragilità e prendere in carico i casi di forte disagio psicologico e anche di dipendenze patologiche. Gli assistenti sociali, i Servizi di assistenza domiciliare e i Servizi sanitari possono svolgere un ruolo importante di contatto e osservazione dei contesti di vita e di lavoro di queste donne.

Per fare questo è indispensabile fornire agli operatori dei Servizi un'adeguata formazione per saper leggere i percorsi esistenziali delle Assistenti familiari che incontrano, per saper vedere la persona che è dietro la "badante". Questa formazione può essere molto importante non solo in un'ottica di supporto delle Assistenti familiari, ma anche con l'obiettivo di una proficua collaborazione nella cura dell'anziano. L'assenza di un gruppo di lavoro con il quale condividere il proprio quotidiano operare, di colleghi con i quali confrontarsi e crescere professionalmente, rappresentano un grave limite al lavoro svolto dalle Assistenti familiari e non fanno che accrescere l'isolamento.

---

<sup>20</sup> Si può parlare di un trasferimento su scala globale delle funzioni associate al ruolo tradizionale della moglie alle donne provenienti dai paesi poveri (Barbara Ehrenreich e Arlie Russel Hochschild, *Donne globali. Tate, colf e badanti*, Feltrinelli, 2004).

Il lavoro di rete con i Servizi e gli esperti che sul territorio si occupano di immigrazione è importante non solo per la consulenza ai Servizi relativa alle dinamiche connesse alle migrazioni, ma anche per valutare il coinvolgimento di mediatori linguistico-culturali in casi particolarmente complessi. Inoltre tali Servizi rappresentano un importante strumento per le Assistenti familiari di informazione e orientamento ai Servizi territoriali, di supporto e consulenza sulla normativa sul soggiorno dei cittadini stranieri e di promozione delle opportunità del territorio (primi fra tutti i corsi di italiano).

La scarsa disponibilità di tempo libero, l'assenza di un'abitazione privata per chi risiede a casa dell'anziano, il tipo di lavoro che presuppone rare occasioni di interazione con persone diverse dall'assistito e dai suoi famigliari, conducono spesso a condizioni di forte isolamento delle Assistenti familiari. Spesso le uniche reti a disposizione sono quelle dei connazionali che rappresentano indubbiamente una grande fonte di supporto, ma che, in alcuni casi, rischiano anche di essere limitanti per un'inclusione sociale nel contesto di vita.

Sono numerose le esperienze positive di attivazione delle comunità locali per favorire momenti di socializzazione e scambio. Queste esperienze andrebbero valorizzate e ampliate, ed integrate con altre occasioni che promuovano l'accesso delle Assistenti familiari ad altri spazi di conoscenza e inclusione nel territorio.

## ***12. Il Percorso di attuazione***

In attuazione di quanto sopra descritto si prevede il seguente percorso:

- convocazione del Tavolo di concertazione sindacale per la stesura e sottoscrizione di un protocollo d'intesa provinciale;
- attivazione di Gruppi di lavoro per l'approfondimento su alcune questioni quali l'integrazione socio-sanitaria, i protocolli, la badante condominiale e il co-housing...;
- elaborazione di Progetti: valutazione percorso per la costituzione di un fondo provinciale
- strutturazione di un coordinamento provinciale: ufficio di supporto alla CTSS, evoluzione del laboratorio provinciale;
- realizzazione del monitoraggio;
- verifica annuale ed eventuale aggiornamento delle linee di indirizzo e dell'accordo sindacale entro il 2014.