

# GLI ANZIANI E IL LAVORO DI CURA



ASsociazione Animazione Interculturale (ASAI) – Sportello Lavoro  
Via Principe Tommaso 4B - 10125 Torino, tel. 0116503301  
[www.asai.it](http://www.asai.it)  
[sportellolavoro@asai.it](mailto:sportellolavoro@asai.it)  
[www.assistentifamiliari.com](http://www.assistentifamiliari.com)

## INDICE CONTENUTI

	pagina
1 - GLI ANZIANI	3
- Aspettativa di vita	3
- Qualità della vita	5
- Non autosufficienza	6
- La famiglia	7
- I servizi sanitari e sociali	8
- I bisogni degli anziani e delle famiglie <i>(esperienza dello Sportello lavoro ASAI)</i>	10
2 - IL LAVORO DOMESTICO	13
- Collaboratore domestico e assistente familiare	13
- Assistente familiare non “badante”	16
- Le donne migranti <i>(esperienza dello Sportello lavoro ASAI)</i>	16
- Le donne e il lavoro	23
- Problemi emersi di recente nel lavoro domestico <i>(esperienza dello Sportello lavoro ASAI)</i>	24
3 - PROSPETTIVE PER IL FUTURO	28
- Il mondo degli anziani	28
- Il lavoro di cura	30

Lo scopo di questo studio è l'analisi del bisogno di assistenza degli anziani e la valutazione delle disponibilità e dei requisiti delle persone dedicate a questa attività utilizzando, oltre ai dati della letteratura, l'esperienza dello Sportello Lavoro ASAI.

Abbiamo affrontato tre aspetti:

1. gli anziani: i bisogni loro e delle famiglie
2. l'assistenza a domicilio
3. i problemi e le prospettive future

## **1 - GLI ANZIANI**

### **Aspettativa di vita**

Il dato più importante da tenere presente è l'aumento del numero degli anziani a livello mondiale e in Italia. Nel mondo si vive oggi più a lungo. Dai dati delle statistiche sulla salute 2019 pubblicate dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) emerge che tra il 2000 e il 2016 l'aspettativa di vita alla nascita della popolazione mondiale è aumentata di 5,5 anni, passando da 66,5 a 72 anni. Un fenomeno questo legato alla migliore alimentazione, alla disponibilità di acqua potabile, ai progressi della medicina e alle vaccinazioni di massa.

Continuano ad esserci però disparità tra paesi ricchi e paesi poveri. Se in Giappone l'aspettativa di vita alla nascita è di 83 anni (86 per le donne) e in almeno metà dei Paesi OCSE supera gli 80 anni, in India è 68,3 anni e in Sierra Leone 50,1. In Italia è 82,8 anni (80,5 anni per gli uomini e 84,9 anni per le donne) (*dati OMS 2018*).

L'OMS afferma che a livello globale la popolazione aumenterà a ritmi sempre più veloci (grafico 1): entro il 2050 la proporzione di anziani tenderà a raddoppiare.

Vengono considerate anziane le persone con più di 65 anni.

Nel grafico 2 è indicata la percentuale di persone con più di 65 in vari paesi. L'Italia è il secondo paese al mondo per numero di anziani dopo il Giappone, seguita dalla Germania. Nei prossimi 20 anni circa anche Cile, Cina, Iran e Russia avranno una proporzione di popolazione con più di 65 anni simile a quella del Giappone. Un fenomeno di questa portata non può non avere importanti ripercussioni sociali ed economiche a livello mondiale.

Grafico 1 - Evoluzione della popolazione mondiale, previsioni OMS

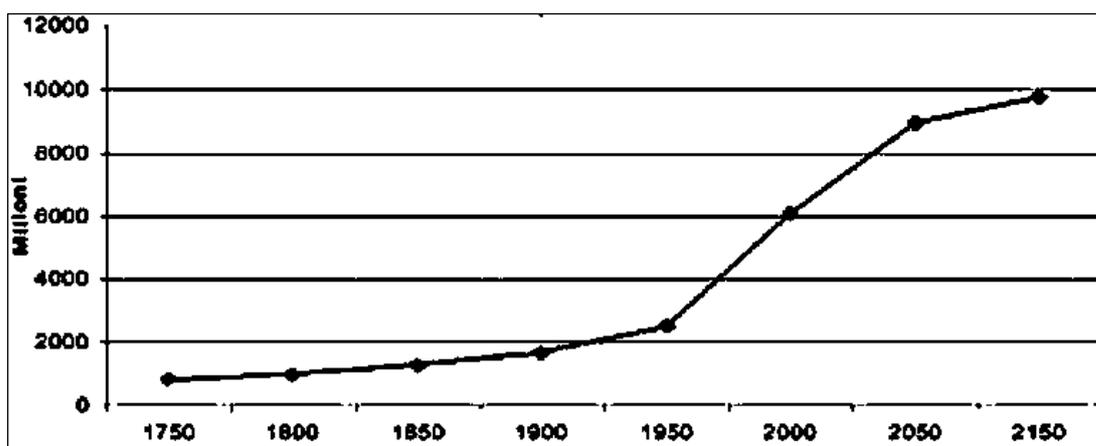


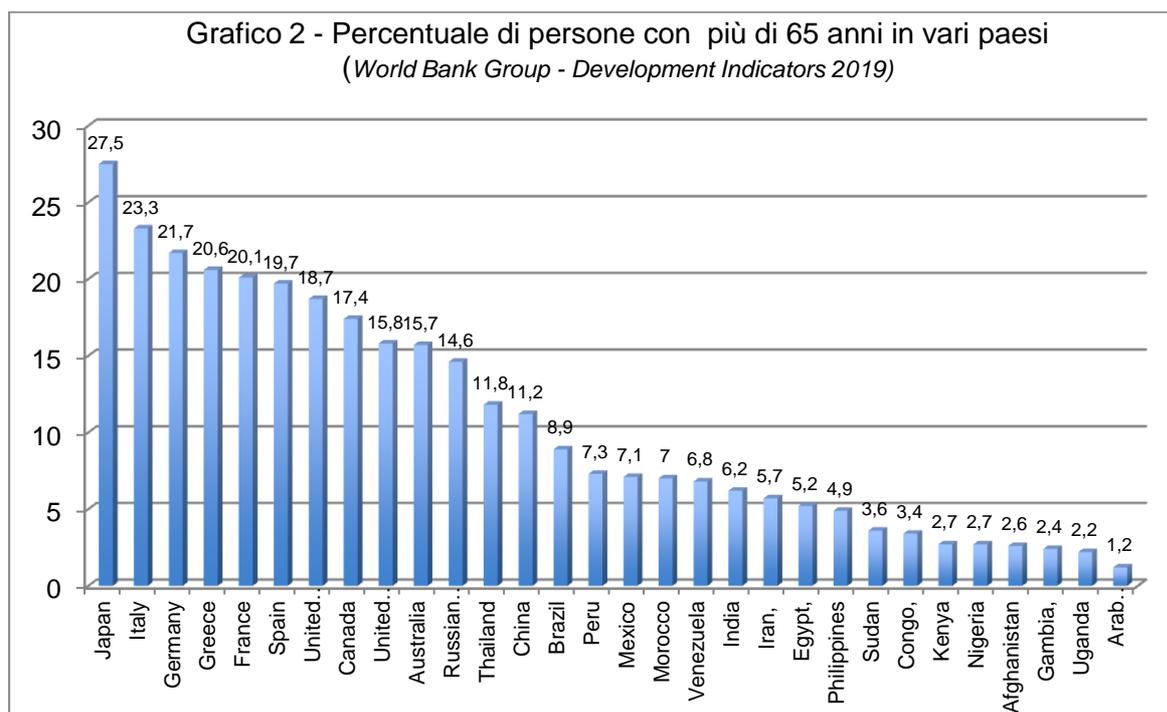
Tabella 1 - Previsioni demografiche in Italia

Anno	2016	2025	2045	2065
Totale popolazione	60.700.000	60.400.000	58.600.000	53.700.000
Anziani con più di 65 anni	22%	24,7%	33,7%	33,1%

Per

quanto riguarda la popolazione italiana, se oggi gli over 65 rappresentano circa un quarto della popolazione, stando alle proiezioni ISTAT, nel 2045 diventeranno più di un terzo, vale a dire 20 milioni di persone (tabella 1) di cui oltre 4 milioni avranno più di 85 anni. Si stima che in quello stesso anno la popolazione complessiva scenderà di 2 milioni e mezzo. Una condizione che creerà seri problemi se non adeguatamente gestita: si avrà infatti un'impennata del numero di persone non autosufficienti, così come la crescita della spesa per cure e assistenza a lungo termine.

Grafico 2 - Percentuale di persone con più di 65 anni in vari paesi  
(World Bank Group - Development Indicators 2019)



I dati italiani aggiornati a gennaio 2019 sono illustrati nella tabella 2

Tabella 2 - Anziani in Italia	
Popolazione Italiana: 60.391.300 (anno 2019)	
Anziani >65 anni = 1.600.000 (22,8%)	
Non autosufficienti in Italia più di 2.800.000	
Popolazione Piemonte: 4.359.300 (anno 2019)	
Anziani >65 anni Piemonte: (25,1%) di cui:	
▪	20% non autosufficienti
▪	29% vive da solo
▪	99% ha almeno una disfunzione o malattia

Anche il tipo di assistenza richiesta sta cambiando perché, purtroppo, non sempre l'allungamento della sopravvivenza si accompagna a una buona qualità di vita, spesso la cura domiciliare diventa molto complessa e impegnativa e il ricovero in strutture difficile. Inoltre è emersa l'inadeguatezza dei servizi socio-assistenziali.

## Qualità della vita

Diventare anziani comporta:

- il progressivo decadimento fisico
- la cessazione delle attività lavorative e sociali
- la diminuzione delle entrate e l'insicurezza
- la perdita di ruolo nella società e nella famiglia
- l'isolamento
- le malattie croniche
- la morte

Molto importante è riconoscere che il profondo cambiamento delle condizioni di vita, che si verifica dopo un pensionamento, può scatenare gravi problemi psicologici che spesso sfociano nel senso di solitudine e nella depressione.

I geriatri preferiscono suddividere la popolazione anziana in "giovani vecchi" (65-74 anni), "vecchi vecchi" (75-84) e "longevi" (over 85).

In Italia, la speranza di vita a 65 anni è di 18,9 anni per gli uomini e 22,2 per le donne, dopo i 75 anni le condizioni di salute sono spesso compromesse.

Le stime ISTAT per Italia ci dicono che, nel 2030, potrebbero arrivare a 4 milioni e mezzo gli ultra 65enni che vivranno da soli, e di questi, 1 milione e 200 mila avrà più di 85 anni.

Le malattie più diffuse tra gli anziani sono:

- Ipertensione e aterosclerosi
- Osteoporosi
- Malattie respiratorie
- Malattie cardiache
- Diabete
- Tumori
- Malattie neurologiche (Alzheimer, Parkinson)

Secondo il Report ISTAT 2017 il 44,7% di anziani dichiara almeno una patologia cronica grave, quota che raddoppia tra gli ultraottantenni (59,0%). Il 49,6% delle persone riporta almeno tre o più patologie croniche contemporanee.

Il 23,1% tra gli anziani ha limitazioni motorie (46,5% tra quelli di 80 anni e più). Per quanto riguarda le limitazioni sensoriali il 5,6% degli anziani lamenta gravi difficoltà di vista o cecità e il 12,2% gravi difficoltà di udito o completa sordità.

Circa la cura della persona (A.D.L. o Activities of Daily Living) l'11,2% degli anziani riferisce gravi difficoltà in alcune semplici attività personali giornaliere, come andare in bagno o fare la doccia (10,3%), sdraiarsi e alzarsi dal letto o sedersi e alzarsi da una sedia (7,3%), vestirsi e spogliarsi (7,3%).

Il 30,3% incontra gravi difficoltà nello svolgere le quotidiane attività di tipo strumentale (I.A.D.L. o Instrumental Activities of Daily Living) come preparare i pasti (11,5%), fare la spesa, prendere le medicine (8,5%), fare lavori di casa, gestire le risorse economiche e le attività amministrative (13,5%) usare il telefono (7,3%).

Complessivamente il 58,1% degli anziani con gravi difficoltà nelle attività di cura della persona o della vita quotidiana avverte la necessità di ricevere un aiuto o un ulteriore supporto, con una netta prevalenza tra gli uomini (64,3% rispetto a 55,6% nelle donne).

## **Non autosufficienza**

La riduzione grave dell'autonomia configura la situazione di "non autosufficienza" e si stima che in Italia riguardi 2.847.814 persone che devono essere seguite con un programma di assistenza a lungo termine (LTC - Long Term Care).

Si definisce non autosufficiente una persona con disabilità fisica, psichica, sensoriale, relazionale accertata attraverso l'adozione di criteri uniformi su tutto il territorio nazionale secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e attraverso la valutazione multidimensionale delle condizioni funzionali e sociali.

Ci sono vari livelli di non autosufficienza così definiti:

- livello meno grave appartengono i soggetti che necessitano di assistenza esterna per almeno una volta al giorno per incapacità riferita ad almeno due delle quattro funzioni base della vita quotidiana;
- livello intermedio appartengono quei soggetti che necessitano di notevole assistenza per almeno tre volte al giorno, per carenza di due funzioni base della vita quotidiana;
- livello più grave si trovano quei soggetti che necessitano di assistenza continuativa nell'arco dell'intera giornata.

I bisogni cruciali di queste persone (e delle loro famiglie) non richiedono solo attività infermieristiche, mediche, riabilitative, ma soprattutto la tutela nelle funzioni della vita quotidiana e il sostegno relazionale e psicologico. La qualità della vita dipende spesso, più che dagli interventi di tecnica sanitaria (certo indispensabili quando appropriati), dalla possibilità di un supporto permanente. E sono proprio queste le risposte più carenti. [L  
SEP]

## La famiglia

L'assistenza diventa critica nel caso di anziani che vivono soli con un netto svantaggio delle donne che spesso devono essere ospitate nella famiglia di un figlio; gli uomini invece nella maggior parte dei casi vivono ancora in coppia, potenzialmente assistiti dalla partner. Il 29% vive solo e bassa è la quota di coloro che vivono come membri nel nucleo familiare di un figlio (tabella 3).

Contesto familiare	65-74 anni	75 e più	Totale
Vive solo	18,8	39,2	29,1
Coppia senza figli	48	38	42,9
Coppia con figli	19,8	7,7	13,6
Vive in altra famiglia	8,9	7,7	8,3
Aiuto esterno	4,6	7,4	6
Totale	100	100	100

Il 6% delle famiglie in cui c'è un anziano si avvale dell'assistenza di una persona esterna, ma tale percentuale aumenta al 28% in caso di famiglie in cui vive un anziano non autosufficiente e supera il 40% se l'anziano è solo. In quest'ultima circostanza diventa sempre più frequente la richiesta di convivenza della persona che assiste.

E' evidente che in Italia la famiglia continua a svolgere la primaria azione di assistenza e cura dell'anziano rappresentando l'elemento essenziale per una

qualità della vita accettabile. Infatti, con l'aiuto dei familiari l'anziano può continuare a vivere nella sua casa, che è l'ambiente cui è affezionato e abituato, in cui si muove attivamente e in cui ci sono tutti i ricordi della sua vita.

Tuttavia sta diventando sempre più indispensabile l'aiuto esterno per la riduzione della possibilità di cura informale svolta dai membri stessi della famiglia. Il coinvolgimento lavorativo delle donne e la riduzione del numero dei figli per nucleo familiare non consentono un'adeguata dell'attività di sostegno, cioè di essere i "caregiver" dell'anziano non autonomo.

Il termine "caregiver" è entrato nell'uso comune e si riferisce a colui che si prende cura direttamente della persona a domicilio. È un ruolo centrale, assunto da un parente o da una persona esterna e costituisce la cerniera tra il paziente, gli altri familiari e gli operatori professionali. A seconda delle condizioni della persona, il caregiver deve avere capacità assistenziali, organizzative e investimento di tempo di grado diverso. Nella maggior parte dei casi l'aiuto esterno è prestato da persone straniere.

E' questo il mondo del "welfare nascosto" o "esercito silenzioso" costituito da circa 8 milioni di familiari responsabili dell'assistenza o caregiver che si auto-organizzano per far fronte ai bisogni dei propri cari non più autonomi, a cui si affianca quasi 1.000.000 di assistenti familiari tra regolari e non.

## **I servizi sanitari e sociali**

L'assistenza domiciliare è la prima scelta per la cura e per la qualità della vita della persona anziana autosufficiente o non autosufficiente e deve garantire il mantenimento delle capacità residue di autonomia e di relazione, la continuità assistenziale, la prevenzione dei ricoveri impropri.

L'assistenza domiciliare è gestita dall'ASL (Assistenza domiciliare Integrata ADI, Assistenza Domiciliare Programmata ADP, Servizio Infermieristici domiciliare SID) e presuppone la presenza di un caregiver cioè di un supporto a domicilio (la famiglia o un aiuto esterno) e di una idonea condizione abitativa.

L'alternativa alla propria casa è il ricovero in struttura. Le RSA (Residenze sanitarie Assistite) rispondono ai bisogni sanitari e assistenziali prevalentemente di anziani non autosufficienti ultrasessantacinquenni che non possono essere assistiti a domicilio, escluse le strutture ospedaliere. Esistono strutture residenziali pubbliche e private convenzionate o non.

Il servizio pubblico prevede la visita in Unità di Valutazione Geriatrica UVG o strutture simili quali l'Unità di valutazione Alzheimer UVA, l'Unità di valutazione Handicap UVH che definiscono anche lo stato di non autosufficienza.

A seguito della valutazione multidimensionale da parte delle unità valutative, le prestazioni vengono erogate in base al Piano Assistenziale Individuale (PAI) e ai

bisogni peculiari della persona e possono indicare l'esigenza di progetti di assistenza domiciliare, semiresidenziale (servizi diurni) o residenziale e, in particolari situazioni economiche, l'assegnazione di un assegno di cura mensile per chi ha bisogno di un'assistenza continua.

Nell'elaborazione dei PAI devono essere garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) (approvati con il dPCM 12/1/2017), cioè le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket).

Sono esclusi dai LEA i contributi per i costi sostenuti dai malati non autosufficienti per assicurarsi le prestazioni di cui necessitano 24 ore su 24 (prestazioni "non professionali" dei congiunti o assistenti familiari).

Per quanto riguarda i ricoveri in RSA questi dovrebbero essere riservati ai casi non gestibili a domicilio perché spesso si assiste al crollo fisico e psichico dell'anziano al momento dell'istituzionalizzazione.

Le tariffe per i ricoveri in RSA sono applicate in maniera uguale su tutto il territorio regionale e sono stabilite dalla D.G.R. 85-6287 del 02/08/2013:

- 50% (quota sanitaria) a carico dell'ASL di residenza che prende in carico l'anziano, anche quando la RSA è nel territorio di una ASL diversa da quella di residenza
- 50% (quota sociale) a carico dell'anziano: se, in base alla valutazione sociale, la persona risulta avere un reddito non sufficiente a pagare la quota spettante, interviene il Comune a integrare o a farsi carico integralmente della cifra.

In Piemonte le RSA sono più di 500 e a Torino 36. Gran parte delle RSA sono private e gestite da importanti holding nazionali e internazionali che hanno visto nel mondo degli anziani importanti spunti economici.

Le RSA sono particolarmente appetibili per gli imprenditori perché, se in convenzione, prevedono cospicui rimborsi da parte di Stato e Regioni e la parte della retta che è a carico dell'anziano.

Sinora la risposta data dai Servizi sanitari e sociali è stata spesso inadeguata, sia sotto il profilo quantitativo sia qualitativo, fondata su una concezione obsoleta del sistema di welfare con una frammentazione di interventi.

I dati su liste d'attesa e prese in carico sono stati comunicati ufficialmente dal direttore generale dell'Asl di Torino, il 4 ottobre 2018 in audizione di fronte alla Commissione Sanità e Assistenza del Consiglio Comunale. Sono 3.504 i malati non autosufficienti ricoverati in RSA in convenzione con l'Asl al 1° ottobre 2019 e quasi 2.800 in lista d'attesa (che se necessitano comunque di un ricovero devono farlo privatamente a circa 3000 euro al mese).

E' sulle richieste di cure domiciliari che il fenomeno esplode: 6.600 in lista di attesa, 2.900 anziani malati presi invece a carico dall'Asl, con prospettiva di raggiungere i 3.200 entro fine anno.

L'attuale carenza di interventi e le lunghe liste d'attesa per ottenerli, producono drammatici effetti sia sulle persone non autosufficienti sia sulle loro famiglie: impoverimento dei nuclei che devono pagarsi assistenti familiari o posti letto in RSA, crisi delle dinamiche familiari e personali quando l'impegno di assistere il congiunto non autosufficiente diventa insostenibile, rinuncia al lavoro per chi non può fruire dei congedi retribuiti, gravi rischi di abbandono per i malati che non hanno familiari. [SEP]

Un altro aspetto importante che i servizi sociali dovrebbero affrontare è il sostegno non solo economico ma informativo e psicologico alle famiglie. Attualmente tale attività è delegata dai servizi assistenziali ad alcune associazioni di volontariato quali ad esempio l'associazione Alzheimer o l'associazione per i malati di Parkinson che vi dedicano volontariamente energie e impegno.

Nel complesso, la spesa dedicata alla "assistenza a lungo termine" (LTC) è in linea con la media europea, tuttavia l'assenza di un progetto sistematico da parte del pubblico lascia quasi sempre alle famiglie l'onere organizzativo dell'assistenza, e in gran parte l'onere economico.

Oltre al bisogno di aiuto esterno molte famiglie hanno difficoltà a sostenere le spese sanitarie (tabella 4) e di gestione dell'assistenza.

Tabella 4 – Percentuale di famiglie con difficoltà per spese sanitarie	
Famiglie con autosufficienti	Famiglie con non autosufficienti
30,5%	51%

*Si può trovare un rapporto completo in: "Il diritto di invecchiare a casa propria" Libereta 2018 - Auser e Spi CGIL.*

## **I bisogni degli anziani e delle loro famiglie (esperienza dello Sportello Lavoro ASAI)**

Lo Sportello Lavoro rappresenta una delle attività dell'associazione ASAI Associazione Animazione Interculturale [[www.asai.it](http://www.asai.it)]. Lo Sportello si propone di sviluppare azioni concrete sul territorio per favorire l'inserimento lavorativo fornendo accoglienza, informazione, accompagnamento nella ricerca di lavoro, sostegno nella realizzazione di un percorso personalizzato e dal 2007 sostegno alle famiglie che cercano un aiuto domestico.

Lo Sportello Lavoro è stato accreditato dalla Regione Piemonte per le attività di Orientamento nelle Macroaree Informazione orientativa, Formazione orientativa, Consulenza orientativa, Sostegno all'inserimento lavorativo fino al 2018 (Accreditamento Regionale n. 859/001 del 15/1/2008).

Dal 2005 tutti i dati degli utenti sono stati informatizzati e dal Gennaio 2007 sono stati gestiti con il programma PILA (Programma Informatico Lavoro ASAI) che consente un rapido e completo inserimento dei dati anagrafici, del curriculum

formativo e lavorativo, la stampa del curriculum in formato Europass e la possibilità di valutazione statistica giornaliera e periodica dell'attività svolta.

Nell'ottica di approfondire le conoscenze sui bisogni delle famiglie che cercano un aiuto per l'assistenza abbiamo pensato di analizzare la situazione di quelle che si sono rivolte allo Sportello Lavoro per cercare un aiuto da gennaio 2008 a dicembre 2018 (11 anni di attività), pur sapendo che è un limitato punto di osservazione.

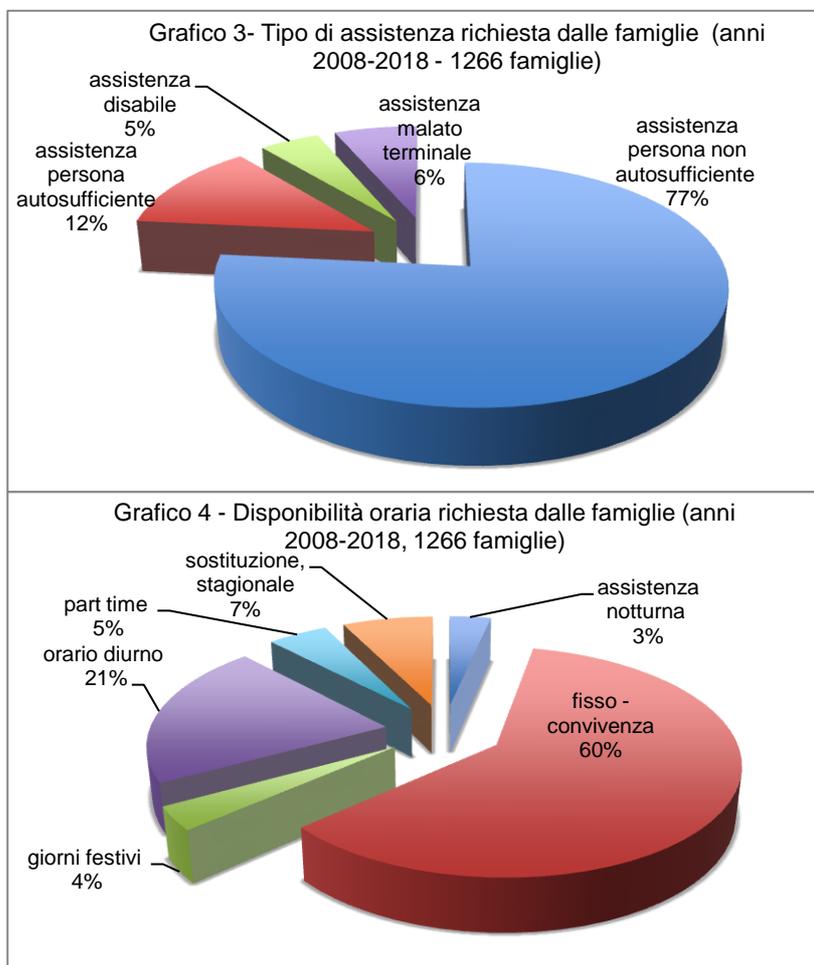
Lo Sportello non gestisce l'incontro domanda offerta, ma, nell'ambito delle attività di orientamento e accompagnamento all'inserimento lavorativo degli assistenti familiari, incontra spesso le famiglie.

Con le famiglie che cercano un aiuto domestico viene effettuato un colloquio per la comprensione della situazione e la valutazione dei bisogni.

Vengono successivamente segnalate due o più assistenti familiari o collaboratrici domestiche con la presentazione del loro curriculum vitae.

Lo Sportello Lavoro non svolge attività di gestione amministrativa, ma da la disponibilità a fornire informazioni sul tipo di contratto lavorativo.

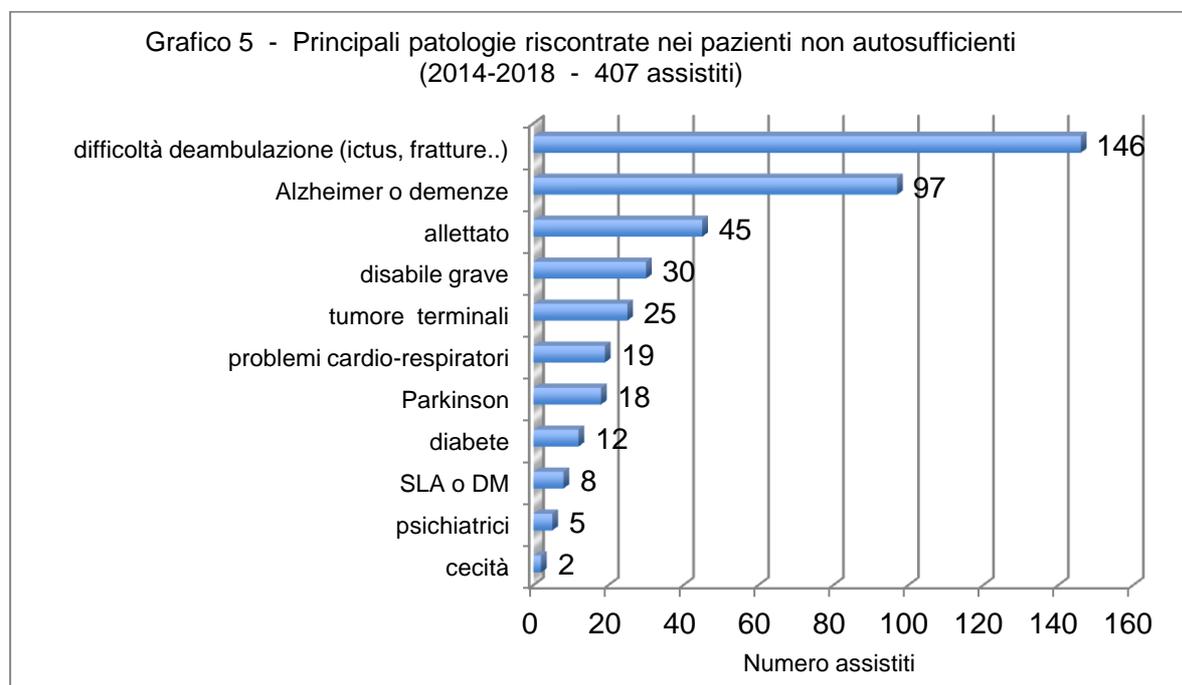
Dal 2008 ad oggi siamo stati contattati da 1266 famiglie di cui sono stati raccolti i dati principali nel programma PILA che ci permette di averne una valutazione statistica. Le persone da assistere erano per il 64% di sesso femminile e l'80% aveva più di 81 anni. Il tipo di attività richiesta è illustrata nel grafico 3.



L'88% delle famiglia ha richiesto assistenza per un anziano non autosufficiente (77%), malato terminale (6%) o disabile (5%) quindi con necessità di cura complessa. Il 60% delle famiglie richiedeva un assistente familiare convivente, e solo il 26% un'attività diurna o part time (grafico 4).

Questo dato è socialmente ed economicamente importante: negli ultimi anni la percentuale di famiglie richiedenti un lavoro residenziale è in continuo aumento. Per approfondire l'analisi delle difficoltà dell'assistenza alle persone non autosufficienti abbiamo analizzato quali erano le malattie o i disturbi delle persone da assistere.

Abbiamo studiato la situazione clinica di 407 non autosufficienti per cui è stato richiesto un aiuto assistenziale. Il 25% delle persone assistite presentava la malattia di Alzheimer o altre forme di demenza con diversa gravità, il 36% era in carrozzina con impossibilità alla deambulazione per pregresso ictus, fratture, artrosi, il 11% era completamente allettato, il 3% era affetto da diabete con tutte le eventuali complicanze, 6% era in fase terminale affetto da tumore, il 2% era affetto da SLA\* (Sclerosi laterale Amiotrofica) o DM\* (Distrofia Muscolare) (grafico 5). Il 33% aveva tre o più patologie importanti contemporaneamente. Gran parte degli anziani da assistere ha una o più patologie importanti: questo è in accordo con le ricerche epidemiologiche e dell'OMS.



Dall'analisi globale dei dati emerge che il 92% delle famiglie richiede un lavoro di assistenza ad anziani o malati mentre poche sono le richieste che ci vengono rivolte per un lavoro di colf o di baby sitter.

Un'altra osservazione che emerge è che spesso l'assistente familiare, specie se convivente (il 60% delle richieste sono per la convivenza) diviene di fatto l'unico

“caregiver” dell’anziano o malato cioè la principale e spesso la sola persona che gestisce l’assistenza e che è il riferimento per i curanti. Questo comporta uno stress psicologico e fisico importante specie nell’assistenza ad alcune patologie quali l’Alzheimer e i tumori.

Per migliorare la situazione di questo mondo del “welfare nascosto” occorrono interventi a livello nazionale, regionale e comunale che promuovano l’assistenza domiciliare a persone non autosufficienti o con cronicità. Dai colloqui con le famiglie sono emerse alcune caratteristiche delle famiglie stesse:

- famiglie con gravi difficoltà economiche e problemi nel rispettare il contratto di lavoro
- famiglie che non hanno mai avuto esperienza con assistenti familiari e non sanno come gestire la persona da assumere e quali sono gli oneri;
- famiglie che da tempo utilizzano il supporto di assistenti familiari con esperienze negative e sono quindi diffidenti e hanno alcuni pregiudizi che rendono difficile l’inserimento di un nuovo assistente (pregiudizi di età, nazionalità, ecc);
- famiglie che non valutano appropriatamente il lavoro assistenziale e richiedono prestazioni eccessive

I principali problemi segnalati dalle famiglie sono stati:

- difficoltà a trovare una assistente adatta alle caratteristiche della persona da assistere (demenza, scontroso, grave peso degli aspetti sanitari dell’assistenza)
- difficoltà di relazione per incompatibilità linguistiche e culturali
- necessità di assistenza continua e difficoltà delle sostituzioni per i turni di riposo.

Dall’altro, come sopra accennato, spesso l’assistente familiare diviene l’unico punto di riferimento per la cura della persona con elevati rischi di stress.

Lo Sportello ASAI si è interrogato su questo aspetto pensando sia alle figure inserite nel mercato del lavoro sia quelle ancora in cerca di lavoro, immaginando di creare uno spazio dedicato esclusivamente alle assistenti familiari un pomeriggio alla settimana creando due momenti separati dedicati rispettivamente all’analisi delle offerte di lavoro e alla condivisione e approfondimento su tematiche specifiche, in alcuni casi dedicando spazio anche a temi lontani dal mondo lavorativo ma legati maggiormente alla sfera relazionale inoltre da almeno dieci anni gestisce incontri periodici mensili di aggiornamento e condivisione.

## **2 - IL LAVORO DOMESTICO**

### **Collaboratore domestico e assistente familiare**

Il lavoro di cura alla persona entra nella categoria del lavoro domestico ed è normato dallo stesso contratto di nazionale (Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro sulla disciplina del rapporto di lavoro domestico). Nel contratto i

Tabella 5 - Lavoratori iscritti all'INPS e loro provenienza nell'anno 2018				
Provenienza	Tipologia di rapporto di lavoro			
	Assist. familiare	colf	non definito	Totale
Europa Ovest	1.011	1.934	5	2.950
Europa Est	219.069	142.800	425	362.294
America Nord	22	103	-	125
America Centrale	6.554	7.342	15	13.911
America Sud	25.688	32.564	27	58.279
Medio Oriente	9.003	3.261	10	12.274
Filippine	9.980	57.970	491	68.441
Asia Orientale	11.835	34.343	42	46.200
Africa Nord	14.417	15.913	37	30.367
Africa Subsahara	5.599	12.660	25	18.284
Oceania	44	77	-	121
Italia	99.190	146.677	97	245.964
Altri	1	1	1	3
TOTALE	402.413	455.645	1.175	859.233

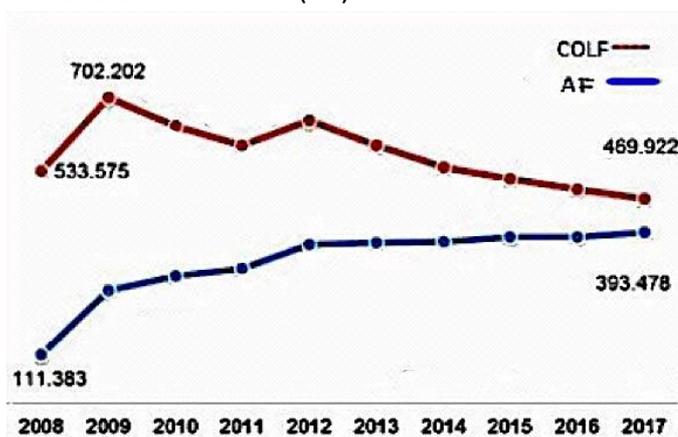
lavoratori sono inquadrati in quattro livelli, cui corrispondono differenti parametri retributivi, la categoria super è quella che prevede lavoro di cura alla persona, gli assistenti familiari sono inquadrati nella categoria B Super o C Super a seconda che seguano persone autosufficienti o non autosufficienti. La categoria DS è quella dei lavoratori con formazione di almeno 500 ore.

Nell'anno 2018 i lavoratori domestici iscritti all'Inps sono stati 859.233, ma si calcola che un gran numero faccia un lavoro in nero (tabella 5).

L'INPS segnala che dal 2014 al 2018 si è verificata una riduzione del 7,1% del numero di lavoratori domestici prevalentemente stranieri, con un aumento di quelli italiani (+ 11,4% dal 2016 al 2018) i quali prevalentemente richiedono lavoro come collaboratori domestici, non un lavoro di assistenza alla persona.

Sul totale dei lavoratori domestici, il 46,8% ha un rapporto di lavoro come assistente familiare (nel 92,3% dei casi di sesso femminile e nel 78,7% cittadinanza non italiana).

Grafico 6 - Numero di colf e assistenti familiari in Italia iscritte all'INPS dal 2008 al 2017.  
Numero di colf e assistenti familiari (AF)



La tendenza all'aumento di assistenti familiari (+8,0% dal 2012) e calo di collaboratrici domestiche-colf (-27,6%) dal 2008 al 2017 (grafico 6) indica chiaramente come la richiesta di aiuto nella collaborazione domestica risenta maggiormente della situazione economica del paese, le famiglie cercano di provvedere autonomamente mentre non ce la fanno nell'assistenza agli anziani o disabili.

Si può anche postulare un aumento del lavoro irregolare (secondo i dati Istat, il tasso d'irregolarità degli occupati nel lavoro domestico è del 58,3%, nettamente superiore rispetto alla media di tutte le altre attività economiche, in cui il tasso di irregolarità è del 13,5%).

Sempre nel 2018 la classe d'età "50-54 anni" è quella con la maggior frequenza tra i lavoratori domestici, con una percentuale pari al 17,5% del totale, mentre il 15,9% ha un'età uguale o superiore ai 60 anni e solo il 2,0% ha un'età inferiore ai 25 anni.

A fronte di una ricchezza a livello nazionale prodotta da questi lavoratori pari a 19 miliardi di valore aggiunto, nel 2017 le famiglie italiane hanno speso 6,9 miliardi di euro per la retribuzione dei lavoratori domestici (stipendio, contributi, TFR). I dati per il Piemonte nel 2017 sono illustrati nella tabella 6.

*(Dati INPS giugno 2019 - Coordinamento Generale Statistico Attuariale per anno 2018 e Rapporto Domina 2018).*

Tabella 6 - <b>Lavoratori domestici in Piemonte</b> - <i>Dati INPS 2017</i>	
Lavoratori domestici totali	69.740
Colf	52,4%
Assistenti familiari	47,6%
Maschi	7,8%
Femmine	92,2%
Stranieri	72,4%
Italiani	27,6%
<b>Provenienza:</b>	
Est Europa	49,8%
Italia	27,6%
Africa	7,6%
America Latina	9,5%
Altro	0,3%
<b>Aspetti economici:</b>	
Spesa globale delle famiglie per lavoro domestico	612 MLN €
Per retribuzione	490 MLN €
Contributi INPS	86 MLN €
TFR	36 MLN €
Valore aggiunto del lavoro domestico	1,51 MLD €

## **Assistente familiare non “badante”**

Dall’esperienza di questi anni ci pare di poter affermare che deve essere rivista e rivalutata la figura dell’assistente alla persona (categorie BS, CS, e DS del contratto di lavoro) che ha compiti molto più complessi e specifici di quelli richiesti alla collaboratrice domestica. Anche considerando che l’assistente familiare si deve occupare della gestione e dell’igiene dell’ambiente in cui vive la persona da assistere è soprattutto importante la capacità di rispondere a tutti i suoi bisogni fisici e psicologici.

Se l’obiettivo del lavoro di cura o “relazione di aiuto” è quello di migliorare la qualità di vita dell’assistito e di stabilire un rapporto di fiducia e di sostegno, vista la complessità clinica delle persone da assistere, la formazione degli assistenti familiari o meglio “assistenti alla persona”, deve essere più approfondita e non lasciata al “fai da te” per evitare sofferenze di utenti, operatori e famiglie.

Inoltre quasi sempre pesa sulle famiglie il carico economico dell’aiuto richiesto agli assistenti familiari il cui lavoro non ha un reale riconoscimento delle professionalità messe in gioco. Il lavoro di cura a domicilio rimane a livello globale in gran parte svolto da donne, poco valutato e spesso effettuato in nero o sottopagato.

L’assistente familiare o assistente alla persona è una professione che ha una qualifica codificata a livello nazionale. Nel nostro immaginario e nel vocabolario dei media esiste “badante”. Il vocabolo badante deriva dal verbo “badare”, che significa tenere d’occhio, controllare un’altra persona o cosa. A questo si unisce il significato di tenere a bada, fare la guardia custodire ovvero osservare e verificare un certo comportamento perché non degeneri, in realtà si badano le pecore, le persone devono essere “assistite”. Fortunatamente nel contratto nazionale di lavoro questa parola è sparita dal 2007 anche se prevedendo il contratto stesso una tipologia di orario in convivenza o residenziale non sempre permette a questi lavoratori la reale gestione della loro vita privata.

## **Le donne migranti: *esperienza dello Sportello Lavoro ASAI***

Abbiamo visto che la maggior parte degli assistenti familiari è di sesso femminile (92,3%) e di nazionalità straniera (86%), abbiamo quindi analizzato la nostra esperienza con il mondo delle donne migranti. Da Gennaio 2007 a Luglio 2019 gli utenti dello Sportello Lavoro sono stati 9550 (6177 donne) in prevalenza stranieri provenienti da 90 diverse nazioni, gli italiani rappresentano l’8,8%.

Il 34% delle utenti donne proviene dall’Est Europa, il 25% dall’America Latina, il 25% dall’Africa le italiane sono il 14% (grafico 7).

## Nazioni



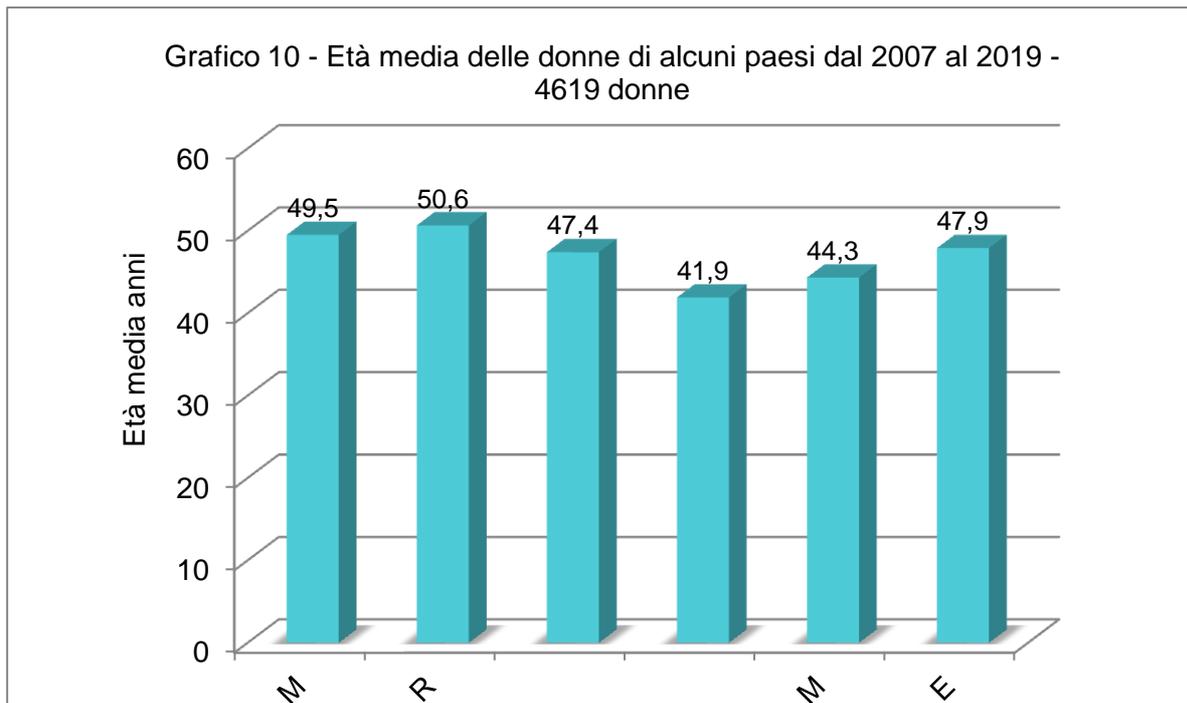
Tabella 7 – Principali paesi di provenienza delle donne

Romania	1674
Perù	1198
Marocco	962
Nigeria	323
Moldavia	259
Ecuador	203
	4619

La presenza delle diverse nazionalità non corrisponde alla reale prevalenza dei migranti in Torino, infatti le persone provenienti Filippine e Cina, presenti significativamente in città solo eccezionalmente si sono rivolte allo Sportello Lavoro e hanno seguito altri canali per la ricerca lavoro.

Nella tabella 7 è indicato il numero di donne provenienti dalle nazioni con più alta presenza: Romania, Perù, Marocco, Nigeria, Moldavia ed Ecuador che globalmente raggruppano il 75% di tutte le donne.





Abbiamo voluto indagare alcuni aspetti che possono interferire pesantemente per le donne straniere, da un lato con la possibilit  di conciliazione tra conduzione familiare e attivit  lavorativa e dall'altro la vita con i figli nati qui, ricongiunti o lontani.

Sul primo punto abbiamo cercato di capire:

- quante donne sono qui a lavorare da sole o senza rete familiare o parentale,
- quanto la presenza di figli pu  ridurre la disponibilit  lavorativa

Abbiamo indagato lo stato civile delle donne che   illustrato nel grafico 11. Il 41 % delle donne   nubile, il 37% coniugata e il 22%   rappresentato da donne vedove, divorziate o separate.

Da questi numeri emerge che il 63% delle donne non ha il supporto di un coniuge con cui condividere i problemi della casa e di eventuali figli.

Per loro la possibilit  di lavoro   legata agli orari dei figli e al reperimento di strutture o persone di supporto nella gestione familiare.

D'altra parte anche le donne coniugate spesso hanno il marito nel paese di origine, oppure, pur avendo il supporto del coniuge che tuttavia quasi sempre lavora, non hanno una rete familiare di sostegno e hanno quindi le stesse difficolt  descritte prima.

Il 60,1% delle donne che si sono rivolte allo Sportello in cerca di lavoro ha figli (3715 donne su 6177) in parte in Italia e in parte nel paese di origine (tabella 8 e grafico 12).

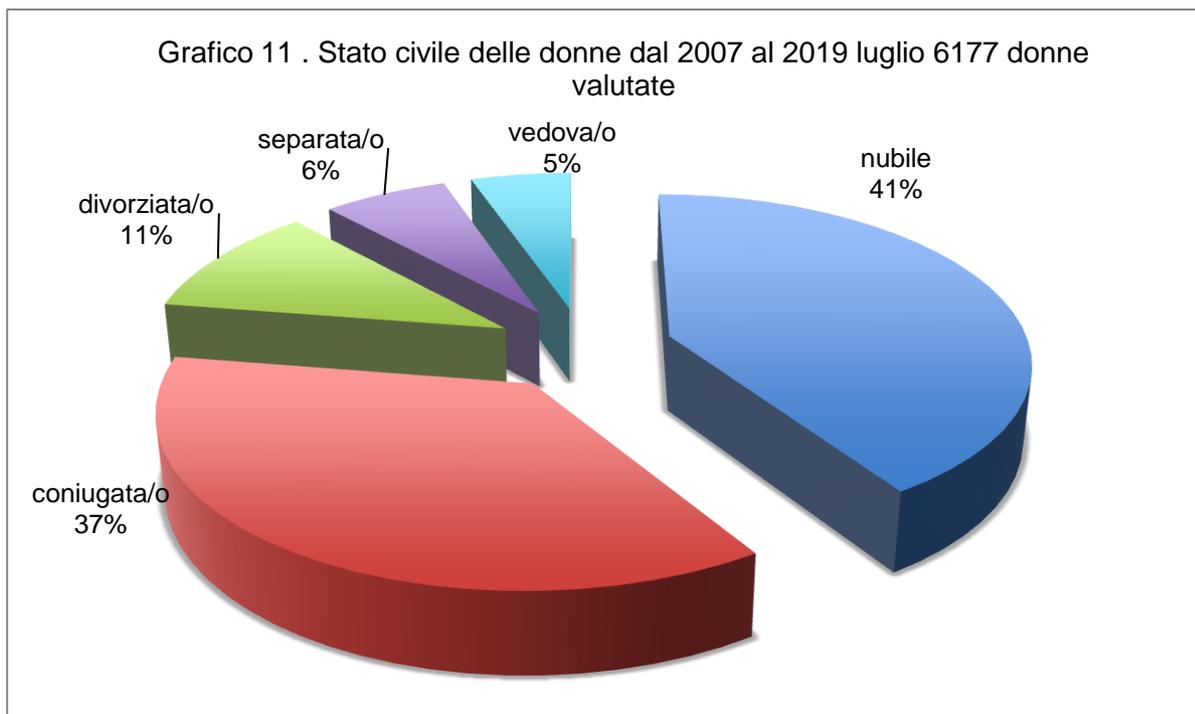


Tabella 8 – Stato civile e numero figli

Stato civile	donne	con figli	%
nubile	2527	760	30
coniugata/o	2259	1811	80,1
divorziata/o	661	530	80,1
separata/o	404	325	80,4
vedova/o	326	289	88,6
totale	6177	3715	60,1

Il numero di figli per donna è illustrato nel grafico 13.

Analizzando la formazione delle donne che si sono presentate allo Sportello lavoro dal 2007 al 2019 luglio, si vede che la maggioranza delle donne ha un titolo di studio, diploma (35%), qualifica (13,6%) o laurea (8%) (grafico 14). Per contro le richieste di lavoro presentate allo Sportello dalle donne sono state prevalentemente per lavori di assistenza alla persona o domestici (70%) o per lavori non qualificati (aiuto cuoco, addetta pulizie, commessa, lavapiatti, cameriera ai piani) (categorie 5.3.1 e 8.2 secondo la classificazione ISTAT e ISCO delle professioni). Solo il 4% ha richiesto lavori impiegatizi, di gestione o intellettuali (categorie 2,3,4). Nell'ambito dei lavori domestici il 59% richiedeva lavoro come assistente familiare, il 22% come collaborazione domestica (Grafico 15).

Grafico 12 - Percentuale di figli in Italia o nel paese di origine delle donne con figli dal 2007 al 2019 luglio 3715 donne

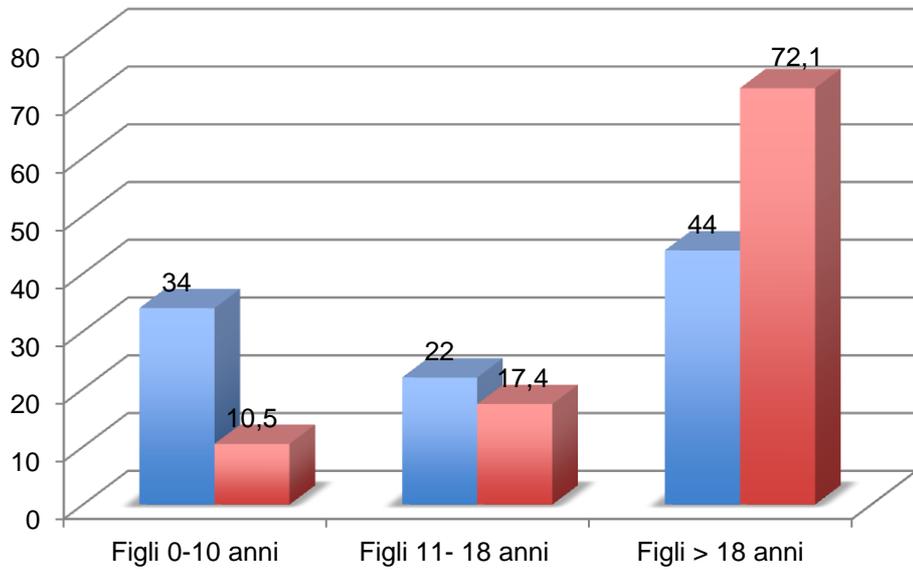


Grafico 13 - Numero di figli per donna dal 2007 al 2019 luglio - 3715 donne con figli (60,1%) - 7273 figli

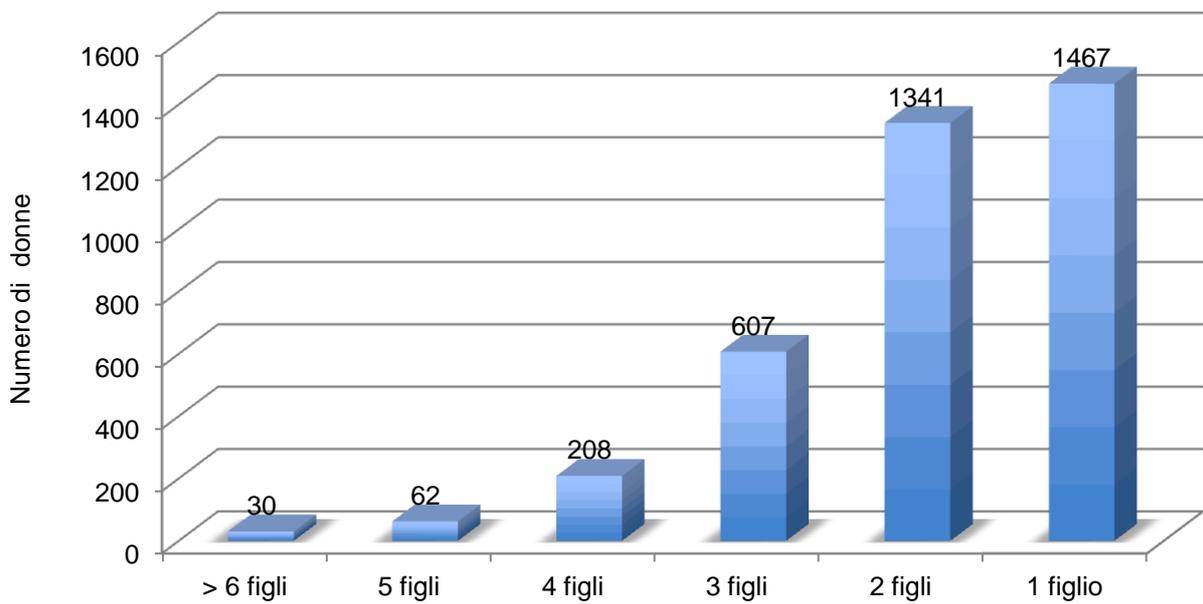


Grafico 14 - Titolo di studio delle donne 2007-2019

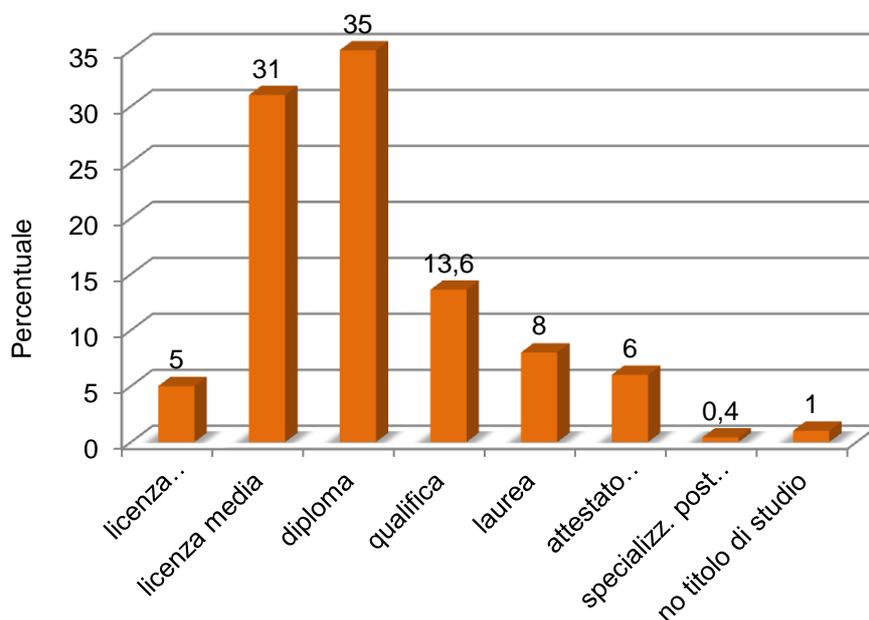
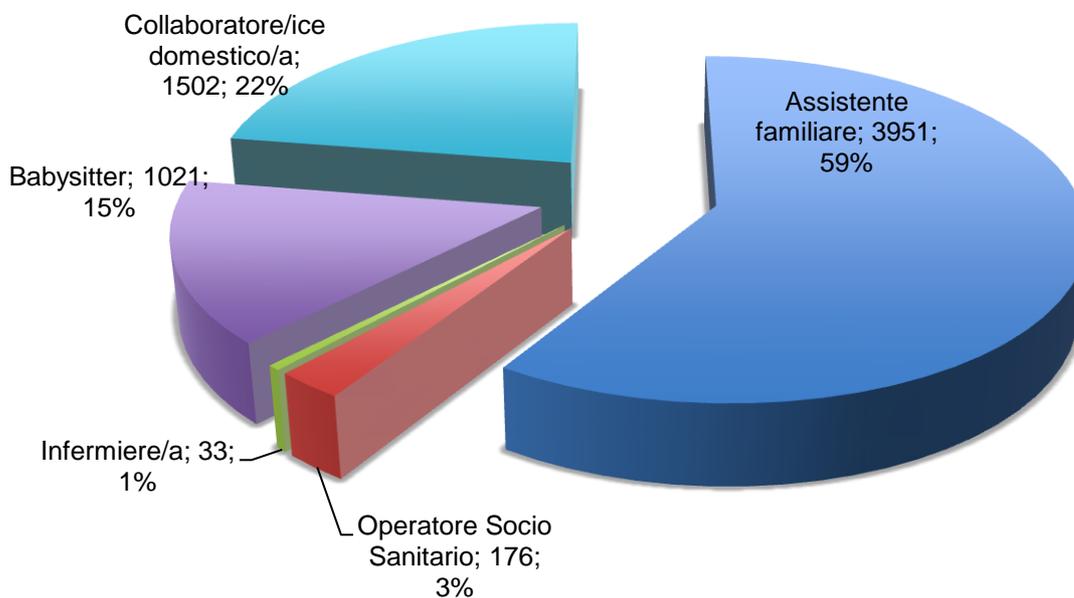


Grafico 15 - Lavoro domestico richiesto dalle donne dal 2007 al 2019 luglio - 6683 richieste



## Le donne e il lavoro

Per le donne migranti le difficoltà per il lavoro, comuni a tutte le donne, (gestione casa, precarietà, ostacoli nell'avanzamento e qualificazione) sono acute e spesso soverchiate da:

- difficoltà a trovare lavoro e scadenza del permesso di soggiorno,
- assenza di rete familiare o parentale
- difficoltà nella gestione dei figli, nati in Italia o ricongiunti,
- necessità di sostenere economicamente i figli nel paese di origine,
- rapporti difficili con la famiglia lontana, solitudine.

I figli in Italia spesso non riescono ad essere inseriti nella rete dei servizi, hanno difficoltà di apprendimento, problemi con le due lingue, discriminazione

Se vivere con i figli in Italia comporta problemi di conciliazione famiglia-lavoro, la lontananza delle madri dai figli, lasciati nel paese di origine e affidati al padre o a un familiare, determina gravi problemi sociali che si stanno ripercuotendo sui rapporti ed equilibri all'interno delle famiglie stesse. L'obiettivo della migrazione per la maggior parte delle donne è quello di assicurare ai figli un futuro migliore e un livello di studi elevato, tuttavia i bambini e gli adolescenti che vivono lontani dalla madre sono stati definiti "orfani bianchi" e sono esposti a fortissime tensioni psicologiche che poco alla volta possono condurre a depressione o ribellione come dimostrato da molti studi recenti.

Lo stimolo che muove una donna a lasciare tutto e trasferirsi in un paese lontano è la ricerca di miglioramenti per se e per la propria famiglia. La donna decide di partire facendo promesse: un ritorno prossimo, l'invio di rimesse periodiche per risolvere problemi di sussistenza della famiglia e se tutto va bene la possibilità di poter fare un ricongiungimento familiare. Un percorso molto faticoso per la donna che arriva senza altri strumenti, con la voglia di fare, di imparare e tanti sogni da concretizzare. Le prime protagoniste del progetto immigratorio sono state donne adulte, disposte a fare qualunque lavoro, pur di guadagnare per aiutare la famiglia lasciata nel paese d'origine, e saldare debiti e il prezzo di un viaggio costato caro.

Le donne senza famiglia o con la famiglia lontana, senza affetti, senza una rete sociale cercano e accettano volentieri lavori che siano congeniali alla loro condizione, nasce così il lavoro di assistenza giorno e notte in convivenza.

Un lavoro che richiede quasi sempre alle assistenti familiari di assumersi totalmente la responsabilità della vita di una persona con diversi gradi di autonomia, di essere un caregiver.

Così è nato un lavoro in qualche occasione senza diritti, a volte senza riposo. Ancora rimane lo stereotipo della donna immigrata disponibile 24 h su 24 e della donna immigrata vista solamente in un'ottica di assistenza. Il lavoro di

cura invece dovrebbe essere una scelta e non l'unica alternativa di occupazione per una donna immigrata.

### **Problemi emersi di recente nel lavoro domestico: *esperienza dello Sportello Lavoro ASAI***

L'afflusso allo sportello è aumentato costantemente nel tempo, dal 2002, data di inizio dell'attività, fino al 2010, anno in cui si è deciso di concentrare l'attività sulle sole categorie dei giovani (16-35 anni) e delle persone coinvolte nel lavoro domestico allo scopo di ridurre il volume degli interventi e poter garantire uno standard di qualità degli stessi (grafico 16).

Da circa due anni abbiamo notato variazioni nella composizione e nel comportamento degli utenti dello Sportello lavoro e abbiamo pensato di approfondire le conoscenze sulle loro caratteristiche e motivazioni concentrandoci sulle nazionalità più frequenti.

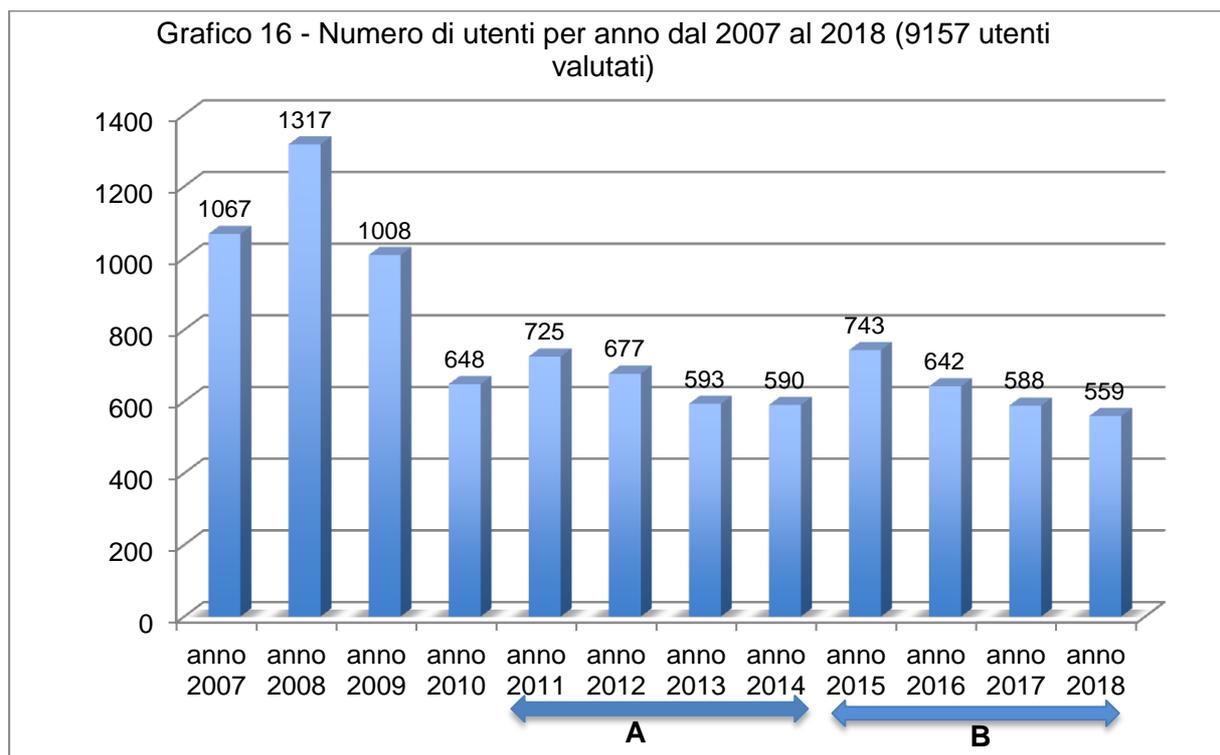


Tabella 9 – Richieste di lavoro di cura dal 2011 al 2018		Donne %
Assistente familiare	2355	88
Operatore Socio Sanitario	137	75
Infermiere/a	21	77
Babysitter	586	98
Collaboratore/ice domestico/a	744	96
<b>Totale</b>	<b>3843</b>	<b>89</b>

Al fine di analizzare le variazioni osservate abbiamo confrontato le caratteristiche degli utenti nei due periodi 2011-2014 (A - 2634 utenti) e 2015-2018 (B - 2587 utenti). Nel presente rapporto abbiamo concentrato l'attenzione sugli utenti alla ricerca di un lavoro di cura. Dal 2011 al 2018 ci sono state 3843 richieste, 11% da utenti di sesso maschile (tabella 9).

Nell'ambito delle richieste per un lavoro di cura abbiamo approfondito lo studio sugli utenti che hanno espressamente cercato un lavoro di assistente familiare per anziani, disabili o malati terminali (livelli BS e CS del contratto nazionale di lavoro domestico) che, presso il nostro sportello, sono la maggioranza. Nei due periodi di osservazione 2011-2014 (A) e 2015-2018 (B) tali utenti sono stati 1398 e 957 con riduzione del 19% nel secondo periodo sia come numero totale sia per le singole nazionalità (eccetto nigeriani) (tabella 10).

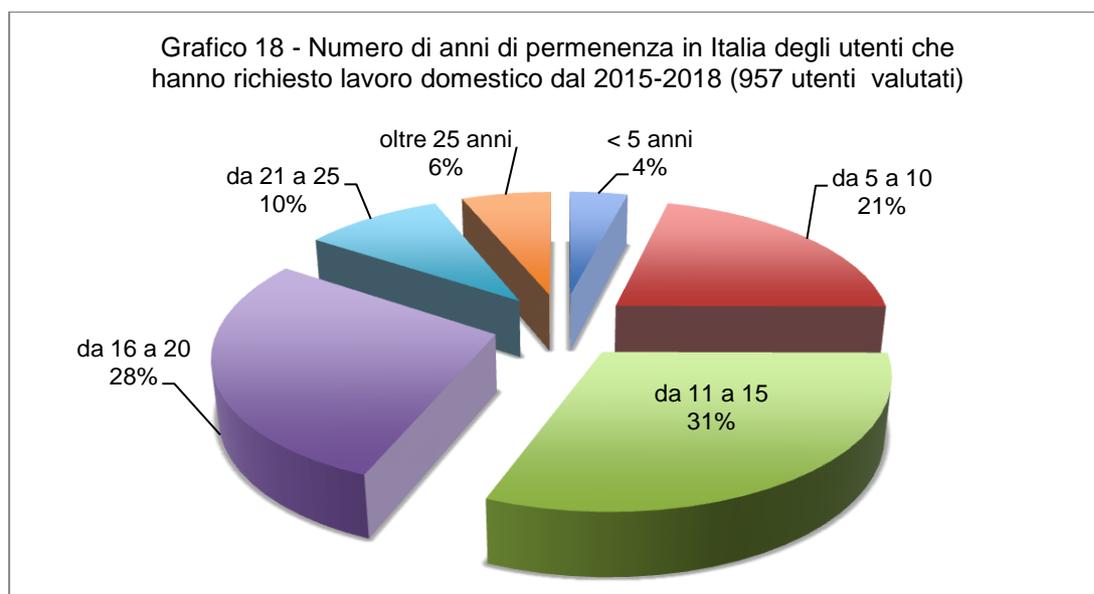
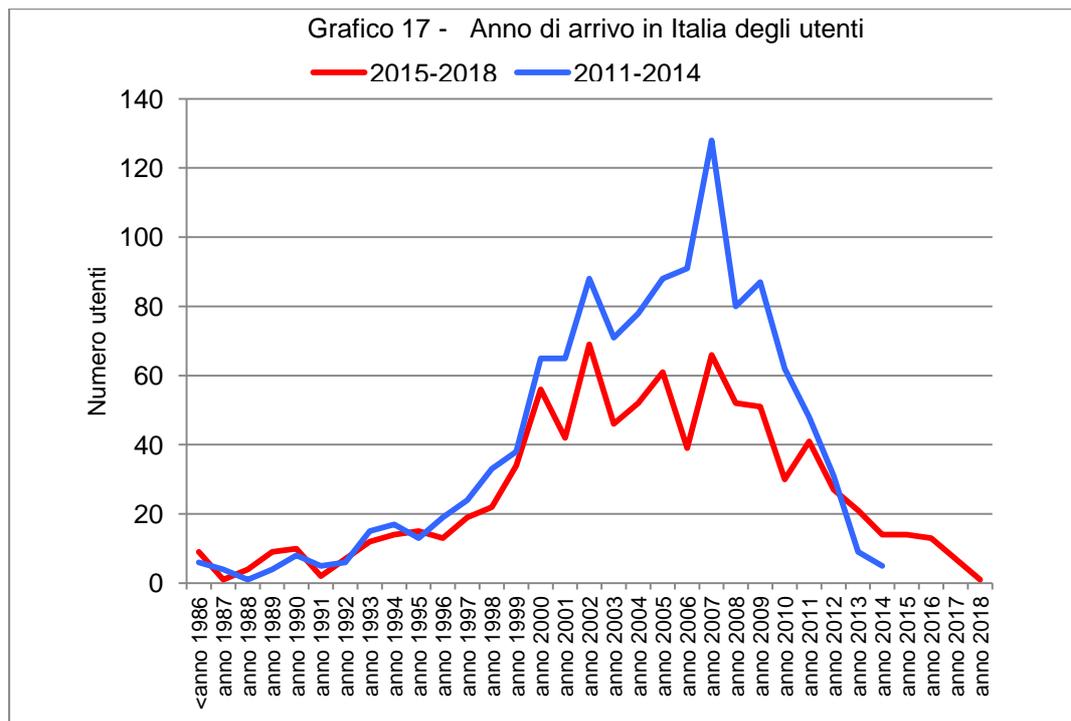
Tabella 10 - Assistenti familiari 2011-2014 e 2015- 2018		
	2011-2014 (A)	2015-2018 (B)
F	1238	837
M	160	120
<>Totale	1398	957
Età media F	49,5	49,3 anni
Età media M	49,3	50,3 anni
Nazionalità più frequenti		
marocchina	171 (M 3,5%)	128 (M 4,6%)
nigeriana	67 (M 0%)	73 (M 0%)
peruviana	381 (M 23,6%)	234 (M 26,5%)
romena	406 (M 5,9%)	252 (M 5,1%)

Analizzando l'anno di arrivo in Italia dei nuovi utenti che si sono presentati allo sportello dal 2011 (grafico 17) e richiedenti un lavoro di cura abbiamo osservato una progressiva riduzione dell'arrivo degli utenti fino a valori minimi dal 2015 in poi (35 utenti dal 2015 in poi, 3,6%).

Per spiegare questa riduzione occorre tenere presente che dal 2011 non ci sono più stati decreti flussi se non per lavori stagionali. Gli utenti arrivati in Italia dal 2015 in poi sono appartenenti alla comunità europea oppure hanno un permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare, per asilo politico o motivi umanitari. Molti utenti romeni, che non hanno problemi di permesso di soggiorno, scelgono di migrare in Svezia, Germania e Francia per motivi economici. Guardando il numero di anni di permanenza in Italia si osserva che il 75% è in Italia da più di 10 anni, il 21% da 5 a 10 anni e solo l'4% da meno di 5 anni (grafico 18).

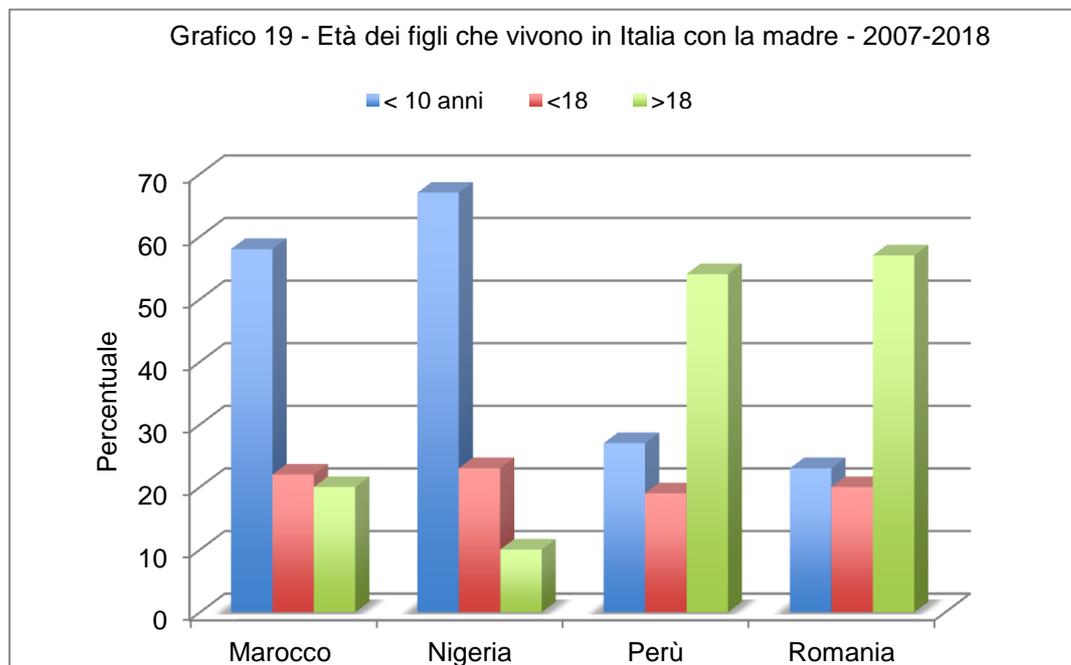
L'età degli utenti è mediamente sui 50 anni. Analizzando la distribuzione percentuale degli utenti secondo le classi di età si osserva una riduzione degli utenti femmina dai 31 ai 45 anni nel periodo 2015-2018 rispetto al periodo

precedente 2011-2014 e un aumento delle utenti dai 46 ai 60 anni anche se globalmente l'età media della popolazione si è mantenuta pressoché invariata. Abbiamo concentrato il nostro studio sugli utenti appartenenti alle quattro nazionalità più rappresentate: Romania, Perù, Marocco e Nigeria. Da questi paesi, da sempre, proviene la maggior parte degli utenti che richiedono un lavoro domestico, in particolare abbiamo valutato il comportamento delle donne.



Dal Perù, dal Marocco e dalla Nigeria vi era migrazione fin dagli anni 90, dalla Romania la migrazione è iniziata alla fine degli anni 90 con un picco tra il 2002 e il 2008. Dal 2008 vi è stata una progressiva riduzione fino a valori minimi dal 2015 in poi.

I maschi sono stati sotto il 5% eccetto che per gli utenti provenienti dal Perù. La percentuale di donne con figli è mediamente del 65,6%, più elevata tra le donne romene e peruviane. Oltre il 50% dei figli delle donne romene e peruviane che vivono in Italia e oltre il 70-80% di quelli rimasti nel paese di origine sono maggiorenni. Le donne nigeriane e marocchine hanno più figli con meno di 10 anni che vivono in Italia con loro e questo riduce la disponibilità oraria al lavoro di cura alla persona (grafico 19).



Come abbiamo notato molti assistenti familiari fanno questo lavoro da molti anni e sono stressati e demotivati. Aumenta anche il numero di richieste per un lavoro di assistenza da parte di persone che non l'hanno mai fatto in precedenza perché coinvolte in altri lavori che hanno perso oppure da parte di rifugiati appena arrivati. Diventano indispensabili per queste persone percorsi di orientamento, aggiornamento e accompagnamento perché possano affrontare professionalmente il lavoro di cura.

Su questi aspetti lo Sportello Lavoro, come già detto, cerca di dare delle risposte, attivando momenti di confronto e dialogo formativo, informativo e aggregativo (con gli incontri sopradescritti), o attivando percorsi formativi per assistenti

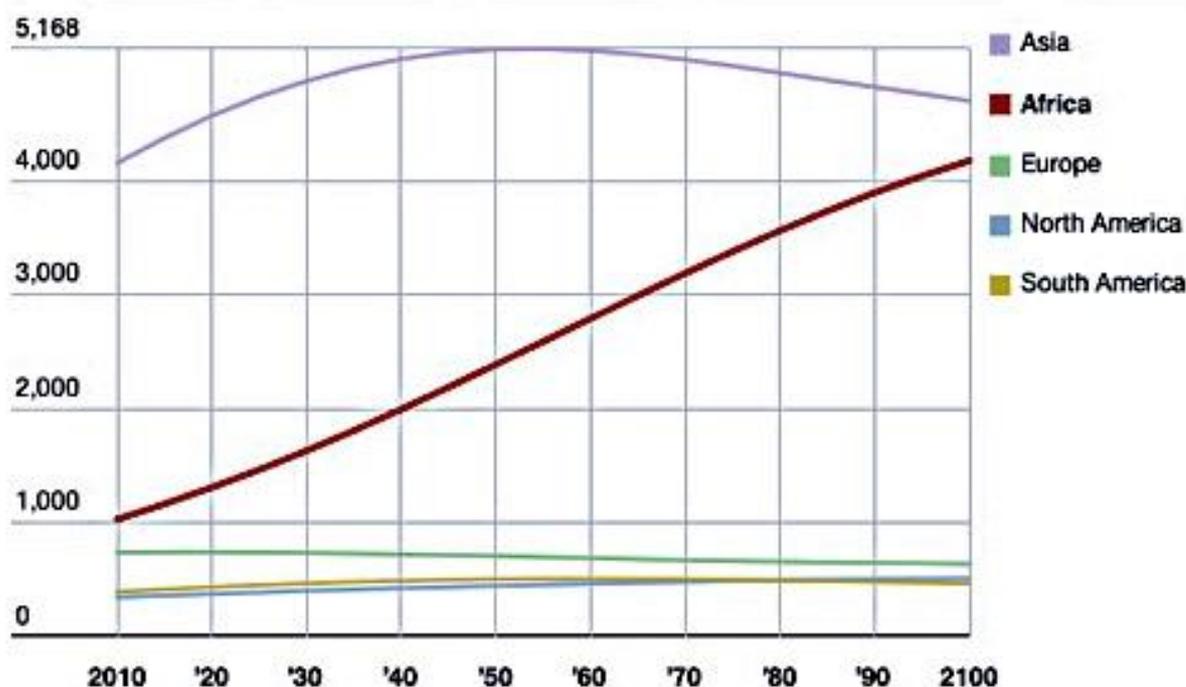
familiari al fine di garantire un aggiornamento periodico delle competenze dei medesimi.

### 3 - PROSPETTIVE PER IL FUTURO

#### Il mondo degli anziani

Secondo i dati dell'OMS, a livello globale, la popolazione aumenterà a ritmi vertiginosi e parallelamente aumenterà l'aspettativa di vita e il numero di anziani. Il ritmo dei cambiamenti varierà sostanzialmente da una nazione all'altra. La popolazione africana, quella a più alta crescita, è destinata a raddoppiare entro il 2050, quella europea si ridurrà (grafico 20).

Grafico 20 – Popolazione mondiale



Il *World Population Prospects 2019 Highlights* mette in evidenza che più della metà dell'aumento di popolazione previsto da qui al 2050 sarà concentrato in nove paesi: India, Nigeria, Pakistan, Congo, Etiopia, Tanzania, Indonesia, Egitto. Attorno al 2027 l'India dovrebbe superare, come popolazione, la Cina che però avrà il primato degli anziani.

Entro il 2050 nel mondo saranno oltre 400 milioni gli ultraottantenni, contro i 14 milioni del 1950, l'80% vivrà nei Paesi a reddito medio-basso (100 milioni nella sola Cina) contrariamente a quanto avviene oggi, dove la maggior parte degli

anziani vive in paesi ricchi. E' quanto emerge dal documento diffuso dall'Organizzazione mondiale della Sanità in occasione della Giornata Mondiale della Salute, dedicata quest'anno a *"Invecchiamento e Salute"*.

L'Italia è la punta di diamante del processo di trasformazione demografica, arrivando ad essere uno dei paesi più longevi del pianeta. Nel 2045 si prevede che le persone con più di 65 anni rappresenteranno il 33,7% della popolazione.

L'altro problema con cui fare i conti è l'aumento delle persone non autosufficienti. Anche se la longevità non significa automaticamente perdita di autosufficienza, l'analisi delle previsioni ci dicono che è da prevedere un aumento di 300.000 non autosufficienti nel 2025, 1.250.000 nel 2045 e 850.000 nel 2065.

“Nei prossimi 50 anni – afferma il professor Tito Boeri, ex presidente dell'INPS, le generazioni maggiormente a rischio di non autosufficienza passeranno da un quinto a un terzo della popolazione italiana. Non è pensabile rispondere a una domanda crescente di assistenza di lungo periodo basandosi pressoché interamente sul contributo delle famiglie. Ci vogliono politiche di riconciliazione fra lavoro e responsabilità famigliari che modulino gli aiuti in base allo stato di bisogno, ad esempio sembra opportuno rimodulare i permessi della L. 104/92 in base al bisogno effettivo di assistenza”. Ed è proprio l'Organizzazione Mondiale della Sanità che chiede un intervento urgente per assicurarsi che tutte le persone che stanno invecchiando sul pianeta possano farlo in salute: una buona salute, infatti, è essenziale per mantenere un'alta qualità della vita.

Occorre tradurre nella pianificazione sociale e sanitaria il complesso di attività e servizi per gli anziani atti a promuovere la loro migliore qualità di vita:

- iniziative di prevenzione quali la promozione delle attività fisiche e intellettuali
- riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali loro dedicati, ad esempio evitando le interminabili liste di attesa per la residenzialità quando questa è necessaria
- potenziare e riorganizzare la domiciliarità con l'inclusione nei LEA delle prestazioni “non professionali” quali quelle degli assistenti familiari.

Un welfare sociale efficiente richiede che accanto all'erogazione di sussidi monetari, oggi messi anch'essi in discussione dalla crisi finanziaria, sia ristrutturata, potenziata e qualificata la rete territoriale dei servizi, all'interno del quale opera a pieno titolo l'assistente familiare.

L'assistenza ai non autosufficienti, oltre a dover essere più regolarmente e adeguatamente finanziata, deve diventare per tutti i suoi aspetti, compresi quelli di LTC, un impegno a totale carico del SSN, scaricando del peso organizzativo ed economico le famiglie.

*Segnaliamo il “Manifesto per “Prendersi cura delle persone non autosufficienti” elaborato da un gruppo di Associazioni tra cui ACLI, Forum del Terzo Settore, Fondazione Promozione Sociale.*

## Il lavoro di cura

La qualità del lavoro di cura si misura nella capacità di offrire livelli di benessere e dignità a chi ha bisogno di essere seguito nella vecchiaia, nella malattia e accompagnato alla morte. Contenuto importante all'interno del lavoro di cura svolto dagli assistenti familiari è chiaramente la capacità di relazione, ma anche la preparazione culturale e tecnica per affrontare situazioni cliniche sempre più complesse. Quando mancano queste basi si verificano disastri nel lavoro con frustrazioni continue e conseguente demotivazione degli assistenti familiari e con scontento e diffidenza nelle famiglie degli assistiti.

Di fronte all'aumento del numero di anziani, se la situazione politica non cambierà, si verificherà nei prossimi anni una carenza sempre maggiore delle persone dedicate alla cura. Abbiamo visto che molti assistenti familiari stranieri sono in Italia da anni e sono stanchi e demotivati; non essendoci decreti flussi, i nuovi arrivi sono di persone rifugiate e in difficoltà che richiedono un lungo percorso di orientamento e formazione prima di essere inseriti nel lavoro di cura. Gli italiani non amano e non desiderano fare un lavoro di assistenza alla persona.

La mancanza di diritti, di riconoscimento sociale, di rivalutazione delle capacità professionali genera un costo pesante per gli assistenti familiari:

- poca stima sia a livello sociale che nell'ambito della propria famiglia perché il lavoro rientra nell'invisibilità tipica del lavoro di cura
- bassi livelli di autostima
- stress e senso di solitudine
- impossibilità di carriera lavorativa
- difficoltà nel cambiare settore di lavoro
- precariato
- mancata possibilità di conciliazione dei tempi di vita e lavoro specialmente nell'assistenza svolta in convivenza che è la più richiesta.

Il lavoro di cura, il lavoro del "caregiver" richiede la capacità di rimanere nel tempo lungo in relazione con una persona fragile, senza perdere la propria autonomia emotiva. E' un lavoro che necessita di competenze specifiche per gestire sia malati cronici sia fasi di emergenza e richiede la capacità di prendere decisioni immediate e in autonomia.

Emerge in modo eclatante la necessità di una formazione specifica e di una professionalità riconosciuta e allora questo lavoro potrebbe rappresentare un'opportunità di crescita e realizzazione personale e professionale.

La definizione a livello nazionale della "qualifica" di assistente familiare o assistente alla persona è il primo passo importante che deve essere attuato e che necessariamente presuppone dei percorsi formativi.

Il bisogno di formazione e aggiornamento è emerso da anni ed è sentita dagli assistenti familiari l'esigenza di approfondire alcuni temi specialistici quali l'assistenza a persone con disabilità fisica, ai malati con problemi cognitivi quali l'Alzheimer o a quelli in fase terminale.

Sopperendo alle carenze organizzative pubbliche, lo Sportello Lavoro, come parecchie altre associazioni di volontariato, da anni organizza brevi corsi informali di 25-30 ore di orientamento per chi si dedica al lavoro di cura.

I corsi hanno lo scopo di aiutare ad approfondire i principali problemi che si possono incontrare sul piano pratico e sul piano psicologico nel rapporto con gli assistiti e ad avere degli strumenti per affrontarli.

La partecipazione ai corsi è gratuita, è messo a disposizione materiale didattico. Globalmente dal 2005 al 2019 sono stati effettuati dall'ASAI 32 corsi con la partecipazione di più di 1000 assistenti familiari.

Abbiamo inoltre visto che anche gli assistenti familiari formati e con anni di esperienza hanno la necessità di un sostegno nei momenti di demotivazione e di stress, di avere dei punti di riferimento e delle opportunità di aggiornamento permanenti nel tempo.

Tale esigenza è sentita ed espressa da molti assistenti familiari e un esempio è rappresentato dall'esperienza "Gruppo Assistenti Familiari di Torino" (GrAFT) che si è costituito presso lo Sportello lavoro ASAI con la finalità di:

- approfondire i problemi del lavoro di cura partendo dalle esperienze acquisite,
- migliorare la professionalità con un confronto e aggiornamento continuo,
- concorrere a far uscire dall'anonimato e dall'invisibilità il lavoro di cura domiciliare mediante l'aggregazione e la partecipazione delle donne che ne sono protagoniste.

Gli incontri hanno luogo regolarmente, da quasi 10 anni, il primo sabato di ogni mese dalle ore 14,30 alle ore 17,30. Al momento di aggiornamento seguono tè e merenda quale opportunità di condivisione e aggregazione. La partecipazione è libera e gratuita e gli argomenti da affrontare sono scelti dagli assistenti familiari all'inizio di ogni anno. Ad ogni incontro sono presenti da 25 a 45 persone.

Argomento altrettanto importante per il lavoro di cura è l'adeguamento del contratto di lavoro che è ancora plasmato sulle colf, anzi sulla figura delle 'persone di servizio' di una volta. E' un contratto che non descrive e quindi non riconosce il reale lavoro degli assistenti familiari, che prevede una tipologia di lavoro residenziale che non permette una reale gestione della vita privata delle lavoratrici.

Le famiglie, come abbiamo visto, richiedono infatti frequentemente il lavoro in convivenza che presuppone, in alcuni casi, la presenza attiva 24 ore su 24 dell'assistente familiare per certi anziani non autosufficienti con il mancato rispetto delle ore di riposo notturno previste dal contratto. Questo avviene per

la difficoltà a introdurre più di una persona nella gestione di un anziano ma, soprattutto, per l'elevato peso economico dell'assunzione di un operatore per il giorno e uno per la notte. E' necessario un intervento sul welfare più efficiente con una strategia di sensibilizzazione e di supporto alle famiglie.

Riassumendo: i punti emersi dalla valutazione di problemi e prospettive nel lavoro di cura sono:

- l'importanza sociale del lavoro degli assistenti familiari nell'organizzazione della vita delle famiglie italiane, nodo fondamentale nella rete dei servizi di assistenza a domicilio
- la necessità di un riconoscimento a livello istituzionale di questa professione che è sottovalutata socialmente e economicamente, cioè la definizione della "qualifica" e quindi anche della rivalutazione contrattuale e l'aggancio al servizio sanitario nazionale (ad esempio modificando i LEA)
- il riconoscimento della complessità del lavoro di cura che comporta la capacità di stare in relazione con la persona da assistere e con la sua famiglia, ma anche sempre di più la conoscenza di nozioni tecniche specifiche in campo medico e infermieristico e l'eventuale
- la necessità di un intervento per il rispetto dei diritti alla conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita degli assistenti familiari, risolvendo il problema della convivenza con attività 24 ore su 24 richiesta in molti casi.
- il bisogno di accompagnare gli assistenti familiari che devono affrontare la stanchezza di un lavoro pesante, effettuato magari per tanti anni, con riduzione delle loro motivazioni e della loro disponibilità istituendo dei punti di incontro e di riferimento.
- data la complessità dell'assistenza diventa indispensabile un'attività di aggiornamento e formazione permanente anche dopo l'acquisizione della qualifica.
- in ultimo emerge la necessità di ridefinire a livello macroscopico le politiche di welfare sociale per garantire da un lato maggiore equità per le lavoratrici e i lavoratori di cura, e dall'altro sostenere maggiormente, anche da un punto di vista meramente economico le famiglie che si trovano a fronteggiare emergenze di cura, al fine di garantire quel benessere tanto declamato ma difficile da raggiungere, sia per la persona seguita che per tutta la rete familiare e di gestione assistenziale che ruota attorno alla medesima.