

COMUNITÀ, BADANTI, ISTITUZIONI PUBBLICHE **UN'IPOTESI DI LAVORO IN MATERIA DI** **NON AUTOSUFFICIENZA**

8 ottobre 2026 | ore 16:30-18:30

Centro per la Riforma dello Stato

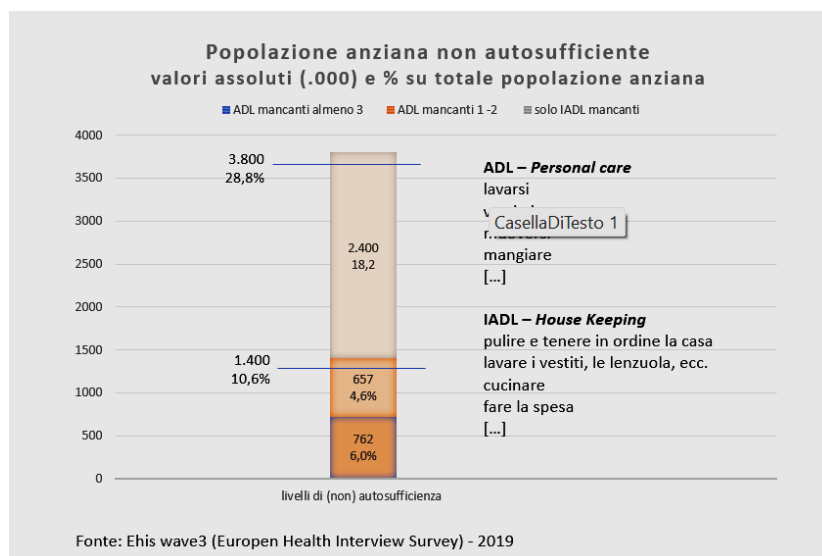
Via della Dogana Vecchia 5, 00186 Roma

Relazione introduttiva

Alessandro Montebugnoli

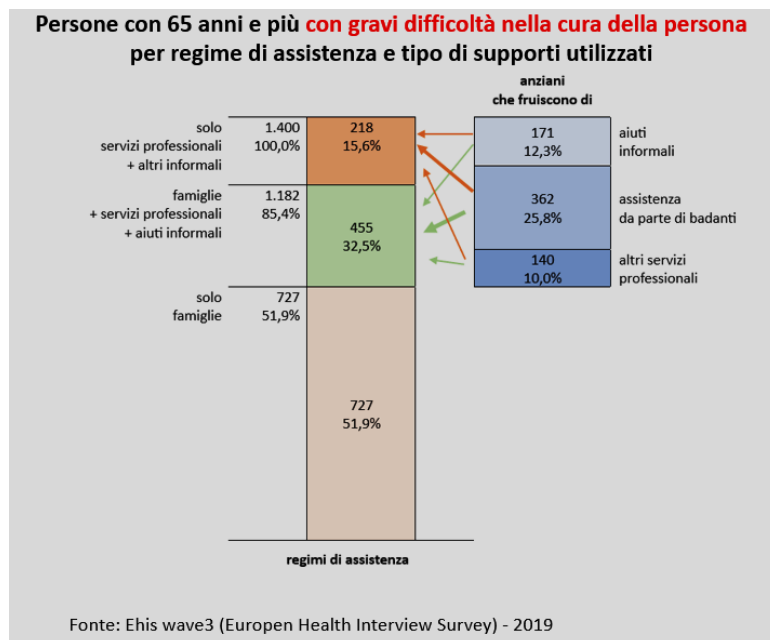
- Dico subito l'idea che soprattutto, in questo incontro, vorrei provare a rendere plausibile. Il mercato dei servizi di cura sul quale le famiglie incontrano le lavoratrici universalmente note come badanti – questo mercato, che in genere non gode di buona stampa, che il discorso pubblico tende a ignorare, che manco è presente in forma autonoma nei conti economici nazionali, che tanta parte dell'accademia vede di cattivo occhio, imputandolo senza residui all'arretratezza della realtà italiana – questo mercato non è invece privo di *ragioni*, è 'difendibile'. A certe condizioni, non banali, impegnative, che mi propongo di enunciare.
- Cominciamo con pochissimi dati essenziali
- La popolazione anziana (65 anni e più) che versa in condizioni di non autosufficienza grave (che non riesce a svolgere una o più delle cosiddette ADL, vale a dire attività tanto elementari quanto lavarsi, vestirsi, camminare, mangiare), è pari a circa 1.400.000 persone (il 10-11% del totale).

Figura 1



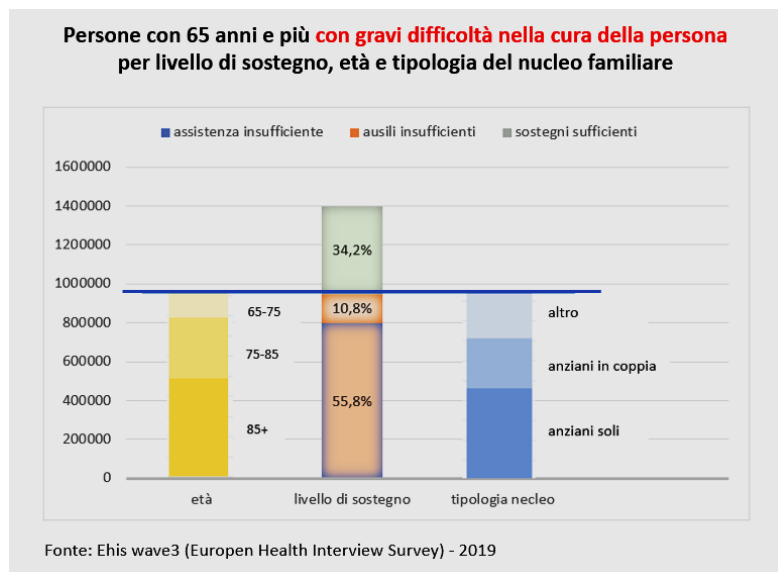
- Nel 52% dei casi queste persone sono assistite soltanto dai loro familiari; nel 48% sono presenti aiuti esterni di vario genere, tra i quali prevalgono nettamente quelli forniti dalle badanti (70% del totale), che perlopiù si combinano con quelli di un qualche familiare.

Figura 2



- Complessivamente, a questa situazione corrisponde un livello di sostegno affatto inadeguato: l'assistenza personale è 'insufficiente' nel 56% dei casi, cui va aggiunto un 10% di casi nei quali si registra un insufficiente livello di ausili, per un totale di quasi il 70%.

Figura 3



- Infine, come portato dalle tendenze demografiche, nel 2050, invece di 1.400.000 persone anziane gravemente non autosufficienti, ne avremo quasi 1.900.000.

Tabella 1

Le condizioni di non autosufficienza delle persone over 65 nel 2019 e nel 2050		
Tipo di limitazione	Popolazione con limitazioni	
	2024	2050
solo nelle IADL (17,7%)	2.400.000	3.300.000
anche nelle ADL (10,1%)	1.400.000	1.900.000
Totale (28,4%)	3.800.000	5.200.000

Fonte: elaborazione CRS su dati ISTAT e EHIS

- La conclusione che si deve trarre dai dati così sommariamente richiamati – in particolare dall’entità dei bisogni che *già oggi* sono disattesi e di quelli che ‘promettono’ di esserlo in futuro – mi sembra fin troppo chiara: il volume dei servizi di *personal care* destinati alle persone anziane deve aumentare ‘drammaticamente’, bisogna produrne e renderne disponibili molti di più. Preso in termini essenziali, l’argomento non è più complicato di così. Da un punto di vista economico, si tratta della necessità di una cospicua operazione riallocativa (e redistributiva): occorre un massiccio spostamento di risorse.
- ✓ D’altra parte, per quanto si tratti di una necessità evidente, è importante rendersi conto degli esatti termini nei quali si presenta. E a tal fine occorre far mente locale sulla circostanza che i servizi di *Personal Care* (PC) necessari a una persona non autosufficiente (in effetti tutti i servizi di PC) *sono essenzialmente lavoro vivo*, cioè lavoro vivo *non sostituibile*. Questa, insieme ad altre che vedremo dopo, è una loro caratteristica *intrinseca*. Detto altrimenti, la quantità dell’*output* non può essere aumentata aumentando la produttività del lavoro per mezzo dell’impiego di tecnologie: la produttività del lavoro è sostanzialmente costante, sicché una maggiore quantità di prodotto si può ottenere soltanto con una maggiore quantità di lavoro. In questo la realtà dei servizi di PC si contrappone nettamente a quella delle attività

di tipo industriale, alle attività ‘ingegnerizzabili’, che tipicamente, invece, fanno registrare aumenti della produttività costanti e rapidi, cumulativi, tendenzialmente esponenziali. Indubbiamente, dopo averla affermata, questa contrapposizione andrebbe essere resa meno *tranchant*. Tuttavia, per quanto importanti, cautele, avvertenze, precisazioni, ecc. non tolgono che in ogni caso l’economia comprende settori che presentano condizioni di crescita della produttività completamente diverse, che questa circostanza dispiega effetti di primaria importanza e che i servizi di PC, in particolare, contengono un ‘nucleo’ fatto di lavoro vivo al quale si connettono condizioni di (non) crescita della produttività in certo modo ‘estreme’. Fino a ieri questa affermazione poteva darsi per scontata. Oggi bisogna difenderla dalle pretese avanzate da chi, grazie all’AI, pensa di poter affidare le attività di cura a robot umanoidi. Impossibile, qui, dedicare all’argomento lo spazio necessario anche soltanto per impostare il suo: l’ho citato solo per sottolineare l’urgenza del suddetto compito di ‘difesa’, maggiore di quanto si può pensare.

Prospetto 1

I servizi di *Personal care*

**Caratteristiche intrinseche
e condizioni di crescita della produttività**

- ☐ I servizi di *Personal care* destinati agli anziani non autosufficienti (come tutti gli altri)
 - sono *essenzialmente* lavoro, *lavoro vivo*,
 - consentono soltanto contratti (largamente) ‘incompleti’,
 - comportano ingenti ‘investimenti specifici’.
- ☐ Economic activities can [...] be grouped into two types: technologically progressive activities in which innovations, capital accumulation, and economies of large scale all make for a cumulative rise in output per man hour and activities which, *by their very nature*, permit only sporadic increases in productivity*.

W. J. Baumol, *Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis*, The American Economic Review, Vol. 57, No. 3 (Jun., 1967), pp. 415-426).

- Dunque la necessità di un massiccio trasferimento di risorse, perseguito in modo *intenzionale*: non è dal normale corso della crescita, trainata dallo sviluppo tecnologico, che possiamo aspettarci gli aumenti di produzione necessari a soddisfare i bisogni degli anziani non autosufficienti.

- Forse, in questa sede, possiamo dare per scontato che l'operazione deve essere mediata dalla mano pubblica. Però segnalo che la necessità del suo intervento lascia impregiudicato il problema dei *modi* nei quali conviene che essa intervenga. Appunto: *come* realizzare, da parte delle istituzioni pubbliche, il trasferimento di risorse del quale v'è bisogno?
- Risposta: nel modo articolato illustrato nel Prospetto 2, che d'altra parte – per quanto articolato – riposa interamente sui principi cardine della geriatria, che qui devo per forza dare per scontati, ma che veramente reggono per intero lo schema (il 'modello') che propongo. In particolare
 - il principio della valutazione multidimensionale, affidata alle omonime unità, e
 - il principio (o il 'costrutto') dei piani di intervento personali.
 Nonché, in chiave appena diversa
 - la domiciliarità come *first best*, come assetto da perseguire tutte le volte che sia possibile. E naturalmente, per renderlo possibile, è necessario che i piani di intervento individuali – insieme alle prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, ecc. – comprendano i servizi di cura destinati a colmare le lacune nelle ADL: in pratica, le prestazioni che *tipicamente*, oggi, sono fornite dalle badanti (conviventi o no).

Prospetto 2

L'intervento in materia di non autosufficienza: contesti e modalità			
profili delle famiglie responsabilità delle istituzioni	nessun deficit	deficit oggettivi (insufficienza del reddito disponibile)	deficit soggettivi (limiti culturali, relazionali, cognitivi)
valutazione dei casi, orientamento, counselling	X	X	X
definizione di piani personalizzati	(X)	X	X
sostegno della domanda		X	
Interventi di organizzazione del mercato	X	X	
fornitura diretta dei servizi			X

➤ Su questa base.

- a) La prima riga dello schema istituisce quello che potremmo chiamare un *diritto universale alla valutazione e all'accompagnamento*, cioè: a una valutazione iniziale e a una 'sponda' permanente di interlocuzione, in chiave di valutazione ricorrente, *counseling*, monitoraggio, ecc.
- b) All'altezza della seconda riga, dobbiamo immaginare che la valutazione iniziale si sia conclusa con la constatazione che sì, effettivamente c'è bisogno di un 'piano di intervento individuale', di nuovo da concepire come un diritto universale, valido *erga omnes*.
- c) L'intestazione della prima colonna – 'nessun deficit' – si riferisce al caso di una famiglia che sta decisamente bene, ricca, coesa, culturalmente attrezzata; e l'idea è che una famiglia del genere possa provvedere alla parte propriamente 'domestica' del regime di assistenza domiciliare in modo autonomo, acquistando i corrispondenti servizi sul mercato, come già fa quando assume una badante. Questo non significa 'benedire' l'attuale configurazione del mercato: però, in effetti, significa assumere che abbia senso ragionare *in termini* di mercato piuttosto che di fornitura pubblica. Per il resto,
 - le altre parti del progetto d'intervento saranno in capo alle competenti istituzioni pubbliche, precisamente in termini di produzione/fornitura dei servizi dei quali c'è bisogno, e
 - il presidio del progetto nel suo complesso sarà assicurato nell'ambito delle già previste attività di accompagnamento.
- d) L'intestazione 'deficit oggettivi' si riferisce a una famiglia parimenti solida, coesa, culturalmente attrezzata, per la quale, però, l'acquisto dei necessari servizi di PC rappresenti un costo che mette a dura prova il suo bilancio (il che può accadere anche nel caso di famiglie non precisamente 'povere', i cui redditi, per altri versi, siano più o meno sufficienti). In casi del genere, coerentemente con la natura del problema, il modello prevede che le istituzioni intervengano per mezzo del trasferimento di risorse monetarie vincolate, grazie alle quali, combinandole con le proprie, anche questa famiglia potrà acquistare sul mercato le prestazioni necessarie a compensare le ADL mancanti.
- (e) Sebbene abbia cercato di farla 'suonare bene', in realtà non pretendo che l'appropriatezza di quest'ultima modalità di intervento sia *self evident*. Quindi cercherò di chiarire le sue ragioni, ma prima è meglio completare l'esame dei casi previsti. La penultima riga riflette l'idea di trattare il mercato come una 'infrastruttura sociale' che può ben oggetto di intervento, nella fattispecie per aumentare i livelli di trasparenza, affidabilità e simili. In concreto si tratta di prevedere procedure di

accreditamento, albi, luoghi istituzionali di incontro tra domanda e offerta, ecc., del resto secondo esperienze già realizzate in vari contesti regionali e locali.

- (f) Infine il caso dei ‘deficit soggettivi’, locuzione il cui significato dovrebbe essere già chiaro – come già chiaro dovrebbe essere ciò che ne discende. Si tratta appunto della presenza di problemi relazionali, cognitivi, culturali, ecc. abbastanza gravi da rendere improponibile l’idea che i servizi di PC siano acquisiti sul mercato grazie all’esercizio di un’autonoma funzione di domanda. In questo caso, è inevitabile che *tutte* le parti del piano di intervento individuale siano impostate nei termini di una (pesante) presa in carico e della fornitura diretta, da parte delle istituzioni pubbliche, delle prestazioni delle quali vi è bisogno.
- Detto questo, veniamo finalmente alle ragioni per le quali ritengo che, quando si può, conviene intervenire dal lato della domanda, sostenendola per mezzo di trasferimenti monetari condizionati.

Prospetto 3

dal lato della domanda

**È appropriato che le famiglie
indossino la veste di *employer*?**

- ☐ L’adeguatezza delle loro facoltà di *agency*
- ☐ Le condizioni di ‘incompletezza’ che caratterizzano i contratti
- ☐ Gli ‘investimenti specifici’ che si realizzano nel corso delle relazioni

- ✓ Intanto una ragione permissiva, che in sostanza ho già detto, ma sulla quale conviene insistere. A meno che non sussistano condizioni di deprivazione relazionale, cognitiva, culturale, ecc., l’acquisto presso una persona fisica dei servizi di cura necessari a realizzare un regime di assistenza domiciliare – come propriamente, nello schema, viene a configurarsi il rapporto con una badante – non è un compito che superi le normali facoltà di *agency* di una famiglia. Pertanto, a me sembra, conviene fornire alle famiglie i mezzi finanziari necessari a svolgerlo (se quelli che possiedono non sono sufficienti) piuttosto che ‘sostituirle’. Mai e poi mai sosterrai qualcosa del genere nel caso dei servizi sanitari, o di quelli educativi, o di altri ancora; e del resto non lo sostengo neanche per il disegno generale (valutazione e piani di intervento individuali) e per la parte sanitaria delle politiche in materia di non autosufficienza. Ma quando si tratti delle ordinarie faccende domestiche e degli ordinari

bisogni di cura della persona non vedo perché non far conto delle capacità di domanda presenti 'in situazione', possedute dai diretti interessati, sostenendole, se del caso, in chiave finanziaria – dove per 'capacità di domanda' si deve intendere, complessivamente, la capacità di instaurare e 'mandare avanti' un rapporto contrattuale che consenta di ottenere risultati 'abbastanza buoni'.

- ✓ E poi, centralmente, si tratta di riconoscere quelli che definirei i vantaggi 'transazionali' del fatto che le famiglie assumano direttamente il ruolo di *employer* – rispetto a una situazione nella quale quest'ultimo sia svolto da una parte terza (qui non importa tanto se pubblica o privata), la quale acquisti forza lavoro e la impieghi (la 'mandi') nelle case delle persone anziane. Qui dobbiamo tornare alle 'caratteristiche intrinseche' dei servizi di cura, innanzi tutto per citare
 - le ampie e inevitabili condizioni di 'incompletezza dei contratti', vale a dire l'impossibilità che le attività da svolgere siano tradotte in 'elenchi di istruzioni' rigorosamente univoche, come pure di specificare compiutamente, ex ante, tutte le contingenze che prenderanno forma nel corso delle attività. In situazioni del genere, al fine di ottenere una relazione 'abbastanza buona', le parti devono realizzare infiniti 'aggiustamenti' reciproci, dei quali nessun soggetto terzo può stabilire i termini perché la loro necessità si rende manifesta soltanto *all'interno* della relazione, a ridosso delle infinite incertezze che la circondano. E poi, nel conto dei vantaggi 'transazionali', non minore importanza rivestono
 - gli 'investimenti specifici' che si realizzano nel corso delle relazioni. Naturalmente non si tratta di investimenti in denaro o in capitali fisici, bensì della conoscenza reciproca e della fiducia che si accumulano in qualsiasi relazione che riesca a essere non fallimentare. Di qui discendono alti costi di sostituzione dei partecipanti, pari appunto al valore dei patrimoni 'moralì' che inevitabilmente, se l'uno o l'altro cambia, sono destinati a essere perduti. È fin troppo chiaro che qualsiasi relazione può finire per l'indisponibilità a proseguirla di una o di tutte e due le parti, e che il problema di operare una sostituzione, in tal caso, risulta ineludibile. Ma avvicendamenti dei fornitori che non siano dovuti a cause del genere, di tipo endogeno, bensì decisi da qualcuno che controlla la forza lavoro 'da fuori', dall'esterno della relazione personale tra chi assiste e chi è assistito, costituiscono rotture fondamentalmente ingiustificate, foriere di danni gravi ed evitabili.
- Sono queste le ragioni che mi sento di portare a sostegno della tesi enunciata in apertura. E che ripeto in questa forma: non si tratta di far valere un argomento di puro e semplice 'realismo', che beninteso ha la sua forza, perché nessuno può seriamente pensare di ricondurre al quadro dell'offerta pubblica i circa 600.000 anni-

uomo – *rectius* -donna – forniti oggi dalle badanti. Al di là di questa constatazione empirica, il fatto è che il mercato dei servizi forniti dalle badanti *makes sense* – per dirla in modo paludato, può riscattare importanti pretese di validità.

- Dunque tutto bene? Certo che no. Come ho già detto, la tesi che sostengo riguarda la possibilità di ragionare *in termini* di mercato. Il resto è tutto da vedere. E una cosa importante, però, l'abbiamo già vista. Nel modello, pur conservando la sua sostanza contrattuale, il rapporto famiglie-badanti viene a iscriversi *all'interno* dei piani di intervento individuali definiti dalle unità di valutazione geriatrica, come un 'momento' della loro messa in opera. Per fissare le idee, tutto quello che sappiamo in materia di multidimensionalità, multidisciplinarietà, integrazione, ecc. si può riassumere nell'idea che i piani di intervento individuali comportano la definizione e la distribuzione di molteplici parti in commedia, destinate a coinvolgere una pluralità di attori – e in questa vena, però, si può senz'altro guardare alle badanti come alle interpreti di una delle parti in commedia di cui vi è bisogno, la loro presenza può ben essere *concepita* in questi termini, così che davvero, in modo 'preciso', operabile, la loro figura possa diventare parte integrante delle reti di servizio di cui, da più di trent'anni, ci diciamo che c'è bisogno, senza riuscire a combinare niente, forse anche perché l'esistenza delle badanti è come messa tra parentesi, se non proprio 'vista male'.
- Avviandomi alle conclusioni, consentitemi di insistere sulla portata di un cambiamento del genere. In un certo senso la figura delle badanti resta uguale se stessa, perché si conserva il tratto distintivo di un rapporto contrattuale autonomo, tuttavia, al tempo stesso, cambia pelle, diventa 'un'altra cosa'; il rapporto resta privato, ma salta oltre l'ombra di un rapporto *privatistico*, 'nascosto', vissuto in condizioni di isolamento, da parti affidate soltanto a se stesse, e proprio per questo, anche, esposto a tanta irregolarità. Cioè: ammesso che riesca a configurarsi come una cosa seria, mi sembra che l'incardinamento della figura delle badanti nelle reti di servizi destinati alle persone non autosufficienti meriti di essere considerato un cambiamento 'vero',
 - ✓ di atteggiamento, di 'visione';
 - ✓ di assetto, di *lay out* organizzativo; e poi, crucialmente,
 - ✓ di pratiche, di comportamenti, perché dovrebbe essere chiaro che il 'contenitore' fornito dai piani di intervento personalizzati (in quanto accompagnati, monitorati, ecc.) modifica (positivamente) gli 'incentivi' (come direbbe un economista) di tutte le parti in causa.

- Cambiamenti (più o meno radicali) sono però necessari anche dal lato dell'offerta. L'insistenza sulle ragioni di un rapporto contrattuale diretto tra le lavoratrici (in quanto persone fisiche) e le famiglie non toglie la possibilità che le prime realizzino comunque forme di aggregazione orientate al superamento delle condizioni di solitudine che oggi si trovano a sperimentare. Notevole interesse, in questo senso, riveste la prospettiva di aggregazioni di tipo 'associativo', ispirate alla logica delle cooperative 'di servizio' (o degli studi professionali). Beninteso, nulla vieta di pensare alla realizzazione di 'cooperative sociali', che sono piuttosto cooperative 'di produzione e lavoro'. Anche sotto questa ipotesi si può ragionare in termini di sostegno della domanda, e può benissimo darsi che una cooperativa sociale sia abbastanza 'democratica' da prevedere i margini di autonomia dei quali le lavoratrici hanno bisogno. Tuttavia, qui voglio insistere sul fatto che anche lavoratrici che abbiano ognuna i propri 'clienti' possono realizzare esperienze di condivisione in grado di ottenere risultati importanti, tanto in termini di rafforzamento della loro *identità* professionale, quanto in termini *pratici*, di servizi e supporti dei quali posso avvalersi.

Prospetto 4

dal lato dell'offerta

La 'ragione sociale'
di un'associazione delle lavoratrici

- ✓ carte dei valori,
- ✓ codici di comportamento,
- ✓ formazione esperienziale,
- ✓ gruppi di supporto,
- ✓ supervisione,
- ✓ sostituzioni,
avvicendamenti,
- ✓ *job sharing*

- Certamente, qui, bisogna riconoscere l'esistenza di un problema di *organization building*, che non ho il tempo di affrontare, ma circa il quale, almeno, vorrei suggerire un possibile collegamento con la realtà – *in fieri*, da 'inventare' – delle 'case della comunità', che comunque hanno competenza in materia di assistenza domiciliare e di integrazione socio-sanitaria. Ha senso immaginare che esse possano proporsi di creare condizioni favorevoli alla nascita e alla crescita (pur sempre autonoma) di

esperienze aggregative del tipo che ho accennato? E più in generale, ha senso pensare che le case della comunità possano essere un punto di riferimento (e come di ‘applicazione’) dell’intera prospettiva che ho cercato di delineare?

- Infine c’è il nodo della co-residenza, decisamente difficile da sciogliere, ma che in un modo o nell’altro bisogna pure cercare di affrontare. Qui l’ipotesi di lavoro verte sulla possibilità di ripensare le condizioni abitative delle badanti *insieme* a quelle degli anziani, secondo modelli residenziali di tipo innovativo (*co-housing*, *housing* sociale, alloggi assistiti, ecc.). Mettendo in conto che i modelli abitativi non cambiano dall’oggi al domani, quindi scontando un orizzonte temporale di medio-lungo periodo, diciamo quello stesso delle dinamiche demografiche. Senza cadere nella trappola che siccome una cosa non è possibile al presente è inutile pensarci, come se non fosse possibile *tout court*. Piuttosto, mettendo in conto la necessità, come per tutto il resto, di elevate dosi di *creatività sociale*.