



VALORE SOCIALE DEL CAREGIVER
COMPETENZE E QUALITÀ DELLA CURA

Attualità dell'assistenza domiciliare e prospettive di innovazione del welfare

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro
Osservatorio Nazionale sui Servizi Sociali Territoriali

CNEL | ROMA 27 marzo 2026, ore 9.30
Viale David Lubin, 2 Roma – Sala Meuccio Ruini

DOSSIER del Seminario:

- Programma dell'evento
- Intervento introduttivo Cons. Alessandro GERIA, Coordinatore dell'Osservatorio Nazionale sui Servizi Sociali Territoriali
- Intervento del Dott. Federico BOCCALETTI, Co-fondatore Cooperativa anziani e non solo
- Rilevazione sulla contrattazione di II livello, Archivio Contratti del CNEL
- Presentazione a cura del Dott. Emanuele BOSSI, Ricercatore Area Economia, lavoro e territorio, CENSIS;
- Presentazione a cura della Dott.ssa Marina PETRINI, già Centro di Riferimento Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità



VALORE SOCIALE DEL CAREGIVER, COMPETENZE E QUALITA' DELLA CURA

Attualità dell'assistenza domiciliare e prospettive di innovazione del welfare

CNEL | ROMA 27 marzo 2026, ore 9.30

Viale David Lubin, 2 Roma – Sala Meuccio Ruini

Il CNEL organizza, nell'ambito dei lavori dell'Osservatorio Nazionale sui Servizi Sociali Territoriali istituito presso il Consiglio, un seminario dedicato alla figura del *caregiver* e alle nuove dimensioni di cura e di assistenza nella cornice delle innovazioni normative in tema di *welfare* sociale e sociosanitario.

Il programma del seminario prevede la presentazione del ***II Rapporto CNEL sul valore sociale del caregiver***, elaborato in collaborazione con il Censis. Tale lavoro si pone un obiettivo conoscitivo della figura del *caregiver* evidenziandone il valore sociale attraverso un percorso di quantificazione e individuazione dell'articolato profilo delle persone che si prendono cura dei propri familiari, approfondendo in particolare gli aspetti legati alla tutela della salute ed alla dimensione lavorativa e dell'interazione con il sistema dell'assistenza domiciliare.

Per tale ragione, a seguire, è prevista anche una specifica riflessione sulle prospettive del lavoro professionale di cura a partire dal volume *“Nuove dimensioni di cura: competenze per cambiare il welfare. Le Linee guida nazionali per la formazione degli assistenti familiari”*, che contiene anche l'illustrazione del documento di osservazioni e proposte in materia approvate dal CNEL.

L'iniziativa si pone, quindi, l'obiettivo di promuovere il confronto e il dibattito sul ruolo dei *caregiver* nei processi di innovazione del *welfare*, anche alla luce della evoluzione demografica, che comporta profonde e radicali trasformazioni nel mondo del lavoro nonché nella struttura e nei rapporti di composizione della popolazione

Agli interventi dei relatori seguirà il confronto tra Istituzioni, Parti sociali ed Esperti della materia così da acquisire il relativo contributo soprattutto in tema di *policy*.



VALORE SOCIALE DEL CAREGIVER, COMPETENZE E QUALITA' DELLA CURA
Attualità dell'assistenza domiciliare e prospettive di innovazione del welfare

CNEL | ROMA 27 marzo 2026, ore 9.30
Viale David Lubin, 2 Roma – Sala Meuccio Ruini

Programma

ore 9,30 **Saluto istituzionale**

Massimiliano MONNANNI, Segretario Generale del CNEL

Apertura dei lavori

Alessandro GERIA, Consigliere CNEL

Coordinatore dell'Osservatorio Nazionale sui Servizi Sociali Territoriali

ore 10,15 **Rapporto CNEL "Il valore sociale del caregiver"**

Emanuele BOSSI, CENSIS

Interventi

Vincenzo FALABELLA, Consigliere CNEL

Capo delegazione Consiglio Nazionale Terzo Settore del CNEL

Federico BOCCALETTI, Co-fondatore Cooperativa anziani e non solo

Marina PETRINI, già Centro di Riferimento Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità

Rossana DETTORI, Consigliera CNEL

Presidente Comitato Pari Opportunità del CNEL

ore 11,30 **Dibattito**

ore 12,15 **Presentazione del volume "Nuove dimensioni di cura: competenze per cambiare il welfare. Le Linee guida nazionali per la formazione degli assistenti familiari"**

Ne discutono:

Fiovo BITTI, Consigliere CNEL

Lucia SCARPITTI, Presidente Officina delle competenze

Olga TURRINI, Officina delle competenze

Ore 13,00 **Conclusioni**

INTERVENTO INTRODUTTIVO

Cons. Alessandro GERIA

Ringrazio il Segretario Generale Massimiliano Monnanni, saluto i nostri autorevoli relatori, i colleghi consiglieri in particolare Rossana Dettori e Vincenzo Falabella, i componenti dell'Osservatorio nazionale sui servizi sociali territoriali, tutte e tutti gli intervenuti in presenza e da remoto ringraziandoli per la partecipazione a questo seminario sul "Il valore sociale dei *caregiver*".

Una iniziativa che rappresenta una tappa del percorso di analisi e studio avviato nel 2024, grazie alla positiva collaborazione tra la II Commissione istruttoria permanente del Cnel unitamente all'Osservatorio nazionale sui servizi sociali territoriali ed il Censis. Nato grazie all'opportuno impulso della Regione Lazio, che quell'anno è entrata a far parte delle realtà regionali dotatesi di una normativa specifica e interessata a monitorarne l'applicazione.

Fin dall'esordio sono emersi tre "paradossi", che hanno orientato l'analisi su «Il valore sociale del *caregiver*».

Tre paradossi caratterizzati da tre S: Snodo, Sovraccarico e Servizi.

Infatti

- I *caregiver* sono una **Snodo** fondamentale per le reti di welfare, ma il sistema della cura sembra non riconoscerli nella complessità delle loro specifiche domande. Una sorta di infrastruttura invisibile, una figura "naturale" che c'è, interviene, supplisce, regge. Ma sappiamo che questa lettura oggi non basta più;
- il **Sovraccarico** assistenziale che impegna il *caregiver* crea situazioni di stress, disagi, limitazioni, rinunce che finiscono per erodere proprio il più valore aggiunto più prezioso della funzione di cura, quello relazionale/affettivo oltre a depauperare le potenzialità offerte dalla loro partecipazione sociale ed economica;
- i **Servizi** sono sfidati dalla presenza del *caregiver* sul piano della adeguatezza e qualità. La loro partecipazione attiva è esaltata laddove vi è una migliore infrastrutturazione del welfare, mentre dove ciò non avviene vi è soltanto la legittimazione della delega.

Non intendevamo limitarci, e speriamo di esserci riusciti, a descrivere una condizione, ma abbiamo deciso di sostenere - insieme all'impegno di istituzioni e tanti soggetti sociali - la necessaria transizione del *caregiver* dalla mera sfera privata alla responsabilità pubblica.

Si tratta in questo senso di conservare (riconoscendolo) e coltivare (promuovendolo e tutelandolo) questo prezioso valore sociale che non è

limitato alle sole attività di assistenza diretta, ma - spesso condividendolo con altri - è teso all'impegno di coordinamento delle attività di cura e di gestione degli oneri burocratici, come anche soprattutto di tessitura delle relazioni e di garanzia di quella affettività che dà qualità alla vita delle persone di cui si occupano.

Infatti, i *caregivers* restano ancora oscurati da un cono d'ombra che li rende "invisibili", tanto che per un verso:

- a fronte di un quadro informativo ancora frammentato, incompleto e non aggiornato, il Rapporto ha dovuto ricomporre un *puzzle* per offrire un contributo all'evoluzione della conoscenza. Per questo un grazie particolare va al Censis nelle persone del dott. Andrea Toma e del dott. Emanuele Bossi che hanno condotto l'attività di ricerca, ma anche alle istituzioni che hanno contribuito come l'Istituto superiore di Sanità ed a quelle coinvolte come l'Istat e le Amministrazioni regionali (Lazio, Emilia-Romagna e Calabria);
- per un altro verso la ricognizione effettuata sulle discipline regionali e lo stato di attuazione in alcune di esse ha fatto emergere ancora una volta il bisogno di una legislazione nazionale organica.

La nostra iniziativa si colloca in una cruciale fase di dibattito parlamentare, riattivato dopo l'impulso offerto dal testo della proposta governativa - esito del processo di riforma più complessivo che sta riguardando le politiche per la disabilità e per la non autosufficienza, cui vorremmo offrire spunti di riflessione come "casa delle parti sociali", a partire dalle evidenze emergenti da una lettura integrata.

Infatti, quello che presentiamo oggi è il secondo Rapporto complementare al precedente:

- il primo era di ricostruzione del contesto e di "mosaicatura" del profilo dei *caregiver*;
- questo secondo è più concentrato su alcune dimensioni fondamentali della vita dei *caregiver* e dei loro bisogni: la salute, il lavoro, il rapporto con il sistema dei servizi domiciliari ed in particolare il ruolo complementare svolto dalle/dagli assistenti familiari nell'ambito del *setting* domiciliare, che risultano essere figure indispensabili ma insufficienti (su cui faremo un *focus* nella seconda parte grazie al prezioso contributo di Officina delle competenze con cui si è sviluppata una proficua collaborazione).

Si tratta quindi di un lavoro che ha l'ambizione, come dicevamo, di offrire una lettura integrata (nei campi prescelti) riconnettendo una gran quantità di informazioni e dati noti e inediti. Sul versante dei dati inediti un apporto da segnalare è quello effettuato dagli uffici del Cnel sulle tutele

contrattuali per le lavoratrici e lavoratori *caregiver* - ulteriori ed integrative rispetto alla legge - introdotte dagli accordi di secondo livello. Una prospettiva da sostenere anche alla luce della recente sentenza della Corte di Giustizia europea che ha esteso la tutela degli accomodamenti ragionevoli anche ai *caregiver*.

Tutto ciò per offrire spunti di riflessione per attivare ineludibili politiche mirate.

Infatti, siamo di fronte ad un fenomeno strutturale e crescente (non più emergenziale):

- la rete dei *caregiver* offre un contributo anche economico consistente pari al 2,5% del PIL, ma questo valore non è contabilizzato e non redistribuito;
- abbiamo circa 8 milioni di persone impegnate tra familiari e persone legate da vincoli affettivi ed amicali (un dato 2019 probabilmente ad oggi sottostimato), un numero più ampio rispetto agli altri Paesi europei;
- sono coinvolte tutte le fasce d'età, specialmente adulti - anche con doppio carico di cura - ed anziani, con una presenza femminile preponderante;
- oltre la metà dei *caregiver* sono lavoratrici e lavoratori, gravati di oneri assistenziali generalmente considerati molto pesanti sia per durata che per intensità di ore dedicate;
- con scarsi supporti specifici, peraltro molto differenziati territorialmente.

Una realtà quindi estremamente articolata per la quale non esiste una figura standard, e caratterizzata da diversi profili mutevoli e fluidi. E' forse qui che risiedono anche le ragioni della complessità del tema, che chiede di adottare un riconoscimento ampio, accompagnato dalla capacità di individuare efficaci supporti e tutele esigibili e personalizzate per evitare quei paradossi di cui si diceva all'inizio.

Proprio tali paradossi producono impatti critici sulla vita dei *caregiver* rilevati nel nostro Rapporto, almeno rispetto alle due dimensioni meglio indagate:

- Salute e benessere: solo un terzo dei *caregiver* dichiara di godere di buona salute, incidono stress, fatica, tensioni, stili di vita non corretti a fronte della scarsità di servizi specifici di sollievo e supporto medico, sociale e psicologico, che sono molto ben indagati dall'Istituto superiore di sanità e che approfondiremo ulteriormente grazie all'intervento della dottoressa Marina Petrini;
- Lavoro e partecipazione economica: si scontano forti tassi di disoccupazione specie femminile (4 punti % in meno rispetto alle donne non *caregiver*) e difficoltà di conciliazione maggiori rispetto

ad altri paesi europei per rigidità organizzative che costringono i *caregiver* a strategie per evitare l'abbandono del lavoro. Ciò ha ricadute sul reddito delle famiglie schiacciato verso il basso e gravate di oneri economici supplementari.

Ma a tal proposito abbiamo voluto quest'oggi porre l'accento non soltanto sulle criticità, ma anche sulle potenzialità che il riconoscimento delle competenze acquisite con l'attività di *caregiving*, può offrire nel mercato del lavoro. Su questo il dott. Federico Boccaletti ci offrirà interessanti piste di lavoro.

In sostanza se non interveniamo prontamente il rischio è duplice: crescente sovraccarico dei *caregiver* e collasso del sistema dei servizi. Ecco che allora è necessaria una risposta integrata costruendo un vero e proprio **ecosistema di supporto**.

In questo contesto la variabile tempo è decisiva e richiede una forte attenzione di tutti gli attori in campo.

Il passaggio chiave offerto dalla normativa nazionale deve poter traghettare il *caregiver* da figura informale a soggetto di *policy*, perché rappresenta - e sempre più rappresenterà - il punto di equilibrio tra sostenibilità del sistema, dignità delle persone e coesione sociale.

La legge è in questo senso un banco di prova della volontà comune di trovare nel dialogo sintesi avanzate.

Per esprimere questo auspicio non potremmo trovare parole migliori di quelle offerte dai coniugi Sciaretta, *caregiver* della figlia Noemi e animatori dell'omonimo Progetto, in occasione della cerimonia con la quale il Presidente Mattarella li ha insigniti del riconoscimento di Cavalieri dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

“Il valore più profondo di questa onorificenza è il riconoscimento che le nostre realtà esistono. Ed è arrivato il momento di prendersene cura in modo strutturale, attraverso un'istituzione che sappia farsi madre e padre, che investa senza esitazioni sulla qualità della cura e della vita”.

CAREGIVER FAMILIARI: UNA MINIERA DI COMPETENZE PER LA CURA di Federico Boccaletti co-fondatore della Cooperativa sociale “Anziani e non solo”

Dott. Federico Boccaletti

Buongiorno a tutte e a tutti.

Ringraziando di cuore il Cnel, in particolare i Consiglieri Geria e Bitti, per l'opportunità, vorrei partire da un fatto che ormai diamo per assodato: **assistenti familiari e caregiver familiari** svolgono ruoli diversi in quello che chiamiamo il lavoro di cura nel long term care. Sembra scontato ma ci sono voluti 15 anni per trasferirlo nella coscienza collettiva e accademica

Gli assistenti sono lavoratrici e lavoratori subordinati, contrattualizzati, orientati a prestazioni assistenziali. I *caregiver*, invece, agiscono in modo volontario e gratuito, mossi da legami affettivi e da un impegno quotidiano che nasce dentro le mura di casa.

Eppure, c'è un elemento che li unisce: è l'**aggettivo “familiare”**. Un aggettivo che non descrive solo un luogo fisico: la casa, ma una dimensione emotiva, relazionale, fatta di presenza, di ascolto, di responsabilità condivisa. E ciò è il fondamento di questo tipo di cura.

Siamo abituati a quantificare il fenomeno dei *caregiver* familiari in termini di numeri, ore, età, genere...Oggi vorrei proporre un'altra prospettiva: **quella delle competenze**.

In Italia abbiamo un patrimonio unico, **una miniera quasi un giacimento di “terre rare”** nel panorama europeo: una rete di legami familiari che, pur avendo forse rallentato lo sviluppo di un *welfare* basato sui servizi, oggi in pieno di rivoluzione della **società dell'invecchiamento**, può diventare una straordinaria opportunità.

Se stimiamo l'impegno medio dei *caregiver* (quelli che per la ricerca Europea EHIS sono quelli primari) lungo tutto l'arco di una cura di lungo periodo, otteniamo un dato impressionante: **50 miliardi di ore di esperienza**.

Un capitale umano che esiste già, che è attivo, che produce valore.

E questo valore non riguarda solo il “dopo”, il cosiddetto *life after care*. Riguarda anche il “durante”.

Un *caregiver* competente può migliorare l’appropriatezza delle cure e ridurre sprechi nella spesa sanitaria farmaceutica anche solo del 5%.

Ciò significa **quasi 2 miliardi di euro** all’anno. E se consideriamo le ore in cui i *caregiver* sostituiscono le assistenti familiari conviventi nei loro periodi di riposo, parliamo di **oltre 2 miliardi di euro** equivalenti.

Ogni anno, circa **600.000 caregivers** escono dal percorso di cura per decesso dell’assistito. Di questi, almeno **200.000** hanno dedicato più di 20 ore settimanali alla cura, rinunciando o riducendo il lavoro.

D’altra parte, fra i dati interessanti dell’Osservatorio si continua a vedere (cito) uno schiacciamento del valore delle dichiarazioni Isee verso il basso e quindi la necessità per tantissimi di integrare o reintegrare cura e lavoro e lavoro dopo la cura. Se solo un terzo di loro rientrasse nel mercato del lavoro dichiarato, avremmo:

- **+1 miliardo di euro di PIL all’anno**
- **+8% di partecipazione femminile al lavoro**

Ma l’OIL ci insegna che senza un patrimonio di competenze ti affacci nudo su un mercato sempre più competitivo.

Ma quali competenze hanno i *caregiver*?

Barbara Da Roit (Università Ca’Foscari) ci invita a guardarle come attraverso un prisma: le competenze richieste al *caregiver* si compongono e si ricompongono a seconda del contesto, della rete sociale, dell’evoluzione della patologia.

Se le **ricette** sono personalizzate gli **ingredienti**, però, sono chiari.

Competenze *hard* (*skill*)

- Igiene della persona e cura dell’ambiente domestico
- alimentazione
- mobilitazione
- salute

- gestione delle emergenze

Competenze soft (come le descrive Shumaker in una memorabile ricerca del 2001)

- monitoraggio proattivo
- interpretazione di fattori concomitanti
- capacità decisionale sotto *stress*
- tempestività di reazione multidimensionale
- adattamento attraverso il *problem solving*
- accesso alle risorse e alle informazioni

E poi c'è un elemento che accomuna tutto il lavoro di cura, professionale o affettivo: **l'esigenza non più negoziabile di umanizzazione delle cure** (non solo gentilezza e buone maniere ma molto altro) Garantire dignità, autonomia, rispetto della volontà e della *privacy* della persona ed esercizio della compassione verso chi soffre. A cavallo tra i due gruppi di competenze hard e soft troviamo **relazione e comunicazione**, il vero collante.

Allora come riconoscere e valorizzare queste competenze?

Il primo passo normativo lo troviamo nell'art. 6 della legge regionale Emilia-Romagna 2/2014, che introduce il riconoscimento delle competenze attraverso una specifica sezione del PAI. Una base inestimabile di evidenze di competenza concordata con i servizi

Altre regioni hanno seguito, come la Lombardia nel 2023 evidenziando specifiche unità di competenza nei profili formativi

La Riforma della non autosufficienza ne sottolinea la necessità. Il tema è presente in diversi progetti di legge e anche nel DDL Locatelli, anche se in questo caso limitato a specifiche categorie di *caregiver* conviventi.

Ma il vero fondamento è un diritto **universalistico**: il Dlgs 13/2013, nato dal processo europeo di Lisbona uno 25 anni fa, a mio parere uno dei punti più alti dell'integrazione europea, riconosce **il diritto di ogni persona a vedere valorizzate e, se necessario, certificate le competenze acquisite per qualunque via**

Le Regioni hanno poi costruito sistemi diversi per l'applicazione della

norma, sistemi a dire il vero non sempre facilmente accessibili. Serve un processo che vada dall'ingaggio alla certificazione, con un approccio **pragmatico** che potrebbe essere basato sul metodo **McLelland** .

Per lui le competenze sono il prodotto visibile di una **intenzione trasformata in azione** cioè eventi comportamentali (*“raccontami quando ti sei sentito efficace nella tua attività”*), “estratti “e portati alla luce attraverso il dialogo, anche in piccoli gruppi per superare l'isolamento e “supportati” da una *ricca biblioteca* di casi d'uso alimentata dalle esperienze connessi agli standard europei e ai PAI e supportati dalle nuove tecnologie dell'IA.

L'obiettivo è garantire insieme

- **empowerment personale**
 - **accessibilità e fruibilità**
 - **rispetto della normativa**
 - **spendibilità nel mercato del lavoro**
-

Verso quali sbocchi lavorativi indirizzare le competenze estratte dalla miniera?

Non solo verso il lavoro di cura.

Certo, c'è la possibilità di diventare OSS con crediti formativi, o assistenti familiari nelle nuove configurazioni che il CNL del settore consente

- operatori di sollievo
- supporto alla qualità dell'ambiente domestico
- accompagnatori all'esterno

Ma emergono anche nuovi ruoli di natura sociale

- operatori dell'informazione e orientamento nelle Case di comunità
- formatori in situazione per l'integrazione socio-sanitaria
- figure come gli *aidant de vie francesi*
- mediatori familiari

E nel mondo delle imprese:

- *diversity manager*
- *welfare manager* e *coach* (promotori del welfare aziendale coordinando gruppi di inclusione dal basso)

Ma le competenze “trasversali” dei *caregiver* come: *problem solving*, gestione delle crisi, comunicazione efficace — possono arricchire anche molti ruoli già esistenti.

E la formazione?

Non si possono riconoscere le competenze senza anche formarle. Mclelland diceva: *la competenza che non puoi insegnare almeno a livello di soglia non è una competenza* .

Ogni operatore che fa incrocio domanda offerta di lavoro di cura vi confermerà che per costruire relazioni di cura efficaci *“Ogni euro investito nella formazione degli assistenti familiari richiede un euro investito nella formazione dei caregiver- datori di lavoro,”*.

La formazione deve essere:

- incrementale
- modulare
- capitalizzabile
- on demand

Le linee guida di cui si parlerà successivamente tracciano la strada.

Una ricerca dell’Università di Padova ci dice che il bisogno formativo dei dai caregiver percepito (in una scala di 4) è quasi 3. I temi più richiesti?

- gestione delle situazioni stressanti
- supporto emotivo

Queste due insieme fanno oltre il 40% delle richieste, sono competenze complesse **multidimensionali**.

E non dimentichiamo i **giovani caregiver**: 300.000 studenti che ogni giorno imparano resilienza, maturità, gestione delle crisi. Necessario che questo impegno venga effettivamente trasformato per tutti in **crediti formativi**.

Riconoscere le competenze si trova perfettamente all’incrocio fra le due

strategie indicate nel saggio *“Giovani caregiver: Sostenere gli adolescenti con responsabilità di cura familiare”*. **Alleggerire lo zaino (del carico di cura) e irrobustire le spalle (della capacità di resilienza)**.

Significa dare valore all’esperienza di cura come parte essenziale della maturità di un ragazzo. Per inciso non solo all’esame di maturità (a cui comunque a giugno moltissimi ragazzi arrivano senza aver compiuto i 18^o anno).

Dall’altra parte le scuole dovrebbero sviluppare quello che gli anglosassoni chiamano l’*“Educational care”*, cioè la narrazione del valore della cura come tessuto connettivo della società

La professoressa Ciucciovino (Università di Roma 3) ci ricorda che la valorizzazione delle competenze ha **fondamenti costituzionali** nell’art. 35 che tutela l’elevazione professionale dei lavoratori. In un mondo basato sulla società della conoscenza lei indica alle parti sociali (tirando loro anche un poco le orecchie) l’esigenza che le competenze nelle relazioni di lavoro non rappresentino più un gioco a somma zero.

In questo contesto mi pare che una definizione ampia del *caregiver* familiare modulata sull’insieme del carico di cura e inserito nel PAI e non solo su requisiti puntuali che possono apparire arbitrari, sostanzi il diritto universalistico costituzionale del caregiver familiare non solo alle competenze ma anche all’accesso a servizi e supporti

I rappresentanti di una Confederazione sindacale, in un recente contributo sulla rivista dell’Inapp, rilevano che nelle esperienze di contrattazione sociale da loro monitorate si evidenzia una crescente e diffusa attenzione ai *caregiver*. Perché allora non immaginare reti promosse dalle parti sociali che presidino anche la valorizzazione delle sue competenze?

Recentissimo un Protocollo operativo fra; Veneto Lavoro i Comuni della val d’Agno e l’Ipab Villa Serena per l’attivazione di un Tavolo finalizzato alla presa in carico dei *caregivers* familiari, per garantire servizi di inserimento/reinserimento lavorativo, segna la strada sostenendo (e questa è una novità assoluta) l’emersione di competenze acquisite

Serve allora per tutto il lavoro di cura **un ecosistema sociale** per la cura in cui servizi territoriali, terzo settore e parti sociali facciano del riconoscimento delle competenze dei caregiver **una pietra angolare del welfare di comunità**.

Il sistema IVC è in evoluzione nei campi di applicazione e negli attori, grazie anche ai Decreti interministeriali del 2021 e 2025 su servizio civile e volontariato.

Nel Terzo settore si stanno formando operatori IVC diffusi sul territorio chi meglio di questo può assicurare **uno sguardo sociale** sul mondo delle competenze di cura.

Ma un sistema universalistico dovrebbe essere **gratuito** per l'utente. Serve allora un po' di "bricolage finanziario":

- programmi come GOL
- fondi della bilateralità
- welfare aziendale

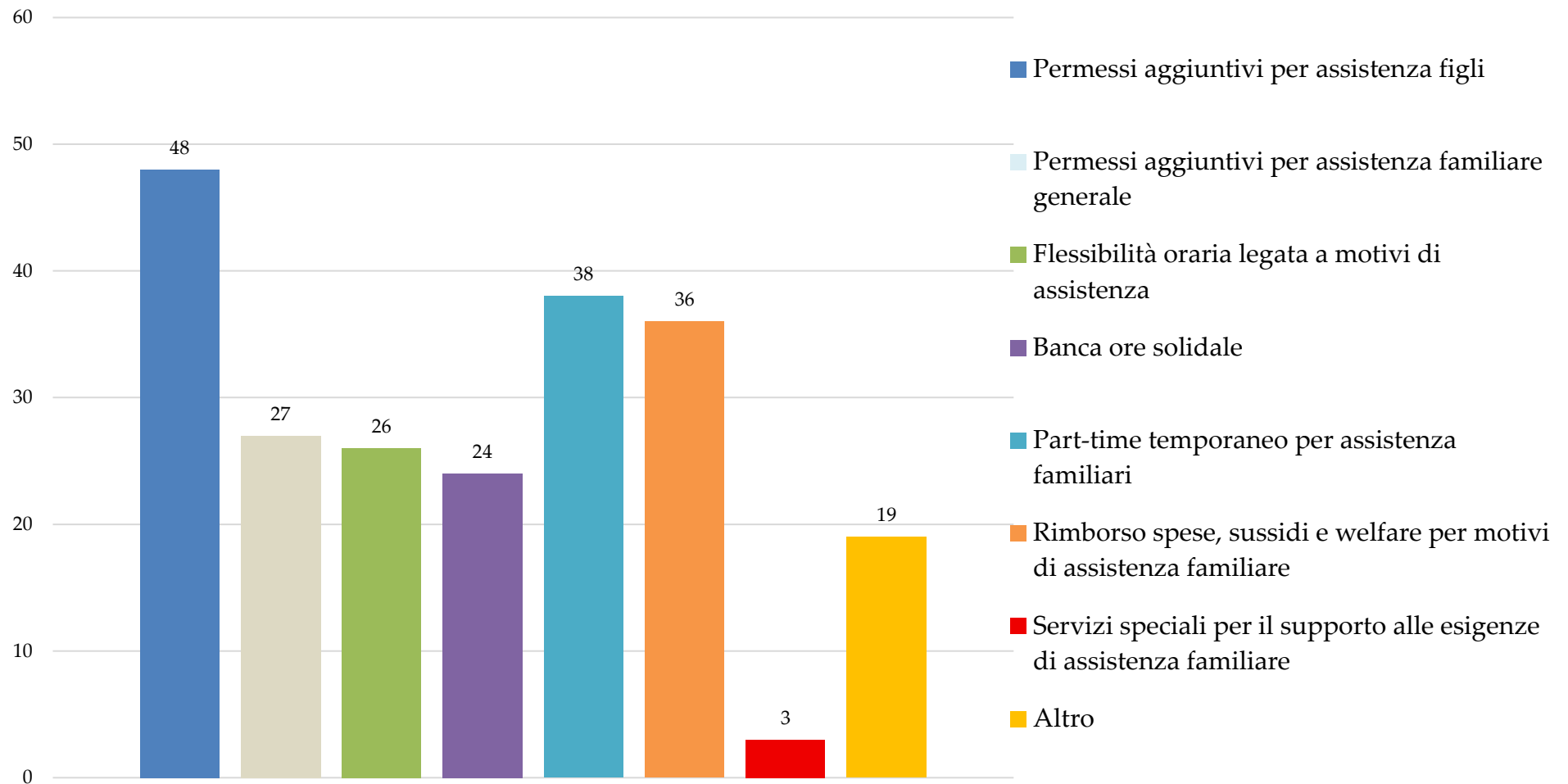
Non è fantascienza immaginare piattaforme di servizi di welfare aziendali che offrano anche la validazione delle competenze. Qualche direzione HR illuminata ci sta già pensando e chissà che non si possa iscrivere fra gli accomodamenti ragionevoli contro la discriminazione indiretta del *caregiver*?

Restituire futuro a chi ha dedicato il proprio presente agli altri è una battaglia che vale la pena combattere.

Jennifer Nedelsky, con la sua utopia della condivisione egualitaria dei tempi di cura e di vita, ci indica un orizzonte. Le competenze dei *caregiver* possono essere il filo che cuce questa tela.

Grazie.

RILEVAZIONE SU CAMPIONE DI 620 ACCORDI 2° LIVELLO, DI CUI 141 RICONOSCONO
DI MISURE DI SOSTEGNO AL CAREGIVER



IL VALORE SOCIALE DEL CAREGIVER

PERCORSO DI
QUANTIFICAZIONE E
INDIVIDUAZIONE DEL
PROFILO EMERGENTE
DELLE PERSONE CHE SI
PRENDONO CURA DEI
FAMILIARI

Roma, marzo 2026



CENSIS

IL VALORE SOCIALE DEL CAREGIVER

1. Bisogni dei caregiver e misure attualmente in essere

- Quadro di contesto entro cui si situa l'iter legislativo. Elementi da considerare nella progettazione di un'architettura di sostegno alle figure dei prestatori di cura informali

2. Chi sono e quanti sono i caregiver in Italia? I dati e le informazioni ad oggi disponibili

- I caregiver in Italia sulla base delle rilevazioni Istat
- Le fonti amministrative: le dichiarazioni Isee e i dati Inps
- I dati di spesa sui servizi sociali territoriali

3. L'impatto dell'impegno di cura sulla salute e il lavoro dei caregiver

- L'impatto sulla vita lavorativa dall'indagine Censis
- Le misure di sostegno presenti nei contratti di secondo livello dall'analisi Cnel
- L'impatto sulla salute dallo studio dell'Iss

4. Il percorso normativo e attuativo della Regione Lazio, Emilia-Romagna e Calabria

- Identificazione della situazione socioeconomica dei caregiver attraverso le fonti amministrative
- Prime elaborazioni dei dati di monitoraggio delle regioni

La centralità della famiglia nella cura

Persone over 65 anni con disabilità e fragili per tipologia di aiuto ricevuto (*), 2023-2024 (val. %)

	Fragili	Con disabilità
% su over 65 anni	15,9	13,7
<i>Di cui ricevono aiuto</i>	<i>98,4</i>	<i>99,3</i>
Soggetti da cui ricevono aiuto		
Familiari	94,5	95,4
Conoscenti, amici	15	12,2
Associazioni di volontariato	1,2	2,4
Persona pagata in proprio	23,6	37
Assistenza a domicilio pubblica	2,8	11,8
Assistenza presso centro diurno	0,4	2,4
Contributi economici	6,6	21,6

(*): la somma può essere diversa da 100 perché erano possibili più risposte

- La quasi totalità riceve **aiuto dalla famiglia**
- Circa **1/3 paga** una persona in proprio
- L'assistenza a domicilio pubblica riguarda **il 2,8%** delle persone fragili, **l'11,8%** per le persone con disabilità
- Sono poche le persone raggiunte dalle **associazioni di volontariato**

Fonte: elaborazione Censis su dati Iss

Lo sbilanciamento della spesa pubblica LTC sui sussidi

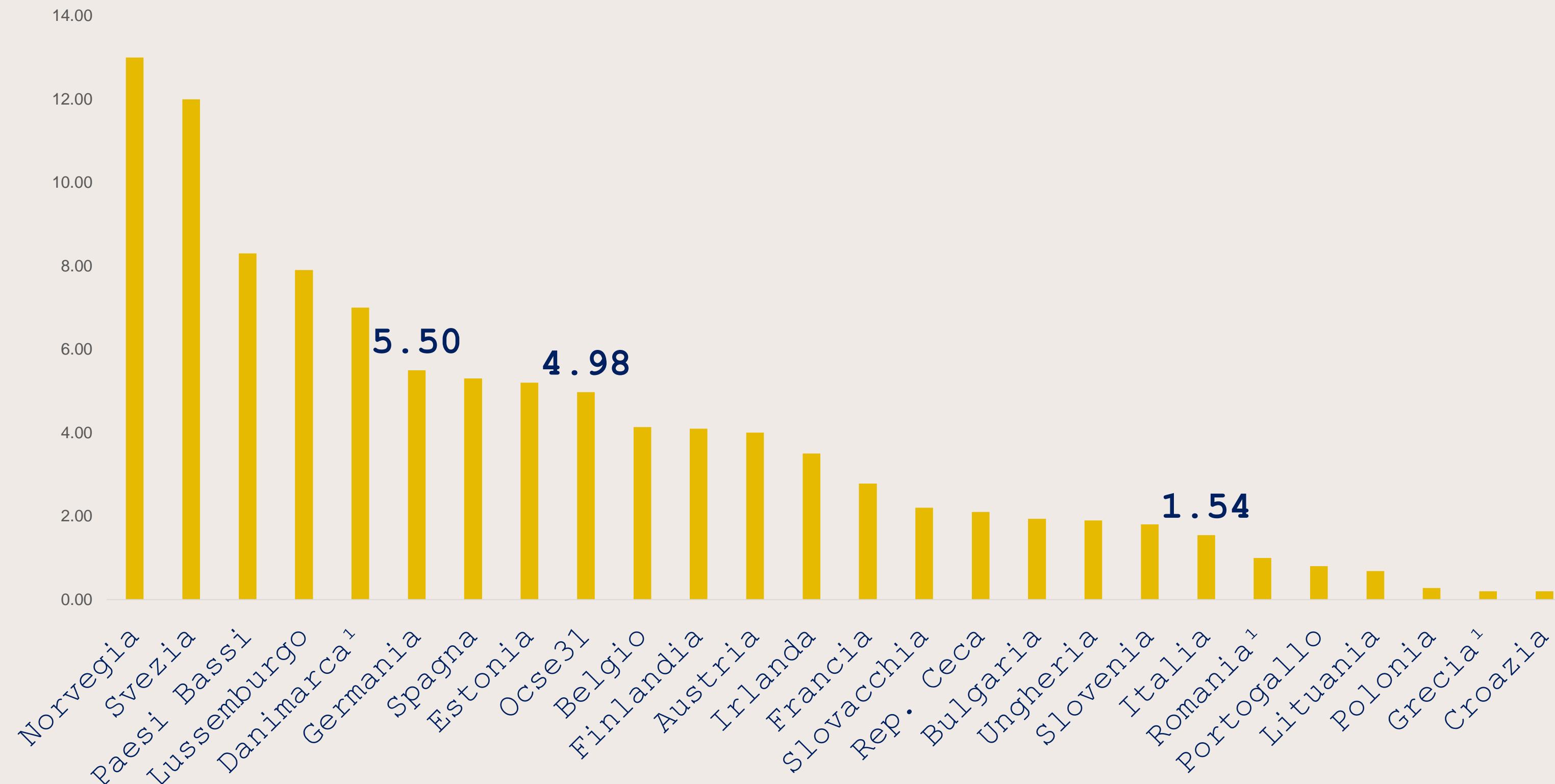
Spesa pubblica per LTC in rapporto al Pil per macrofunzione, 2024

	Totale		Spesa per > 65 anni	
	%Pil	% sul totale	%Pil	% sul totale
LTC <i>at home</i>	0,31	19,2	0,23	19,2
LTC <i>in institutions</i>	0,41	30,7	0,34	29,2
LTC <i>cash benefits</i>	0,89	50,2	0,61	51,6
Totale	1,61	100	1,18	100

Fonte: elaborazione Censis su dati Mef

La carenza di lavoratori LTC

Lavoratori LTC ogni cento abitanti over 65 anni, 2023



Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

- La spesa per LTC è per la **maggior parte in sussidi**
- Se **mancano lavoratori LTC** i sussidi fungono solo da integrazione per il reddito
- Per il **79,1%** dei caregiver l'aiuto di un lavoratore domestico è essenziale ma insufficiente (Censis-Assindatcolf)

L'impatto della disabilità sull'intensità di lavoro delle famiglie

Rischio povertà e famiglie a bassa intensità di lavoro, 2024

	A rischio povertà		persone con <65 anni in famiglie a bassa intensità di lavoro	
	Alcune o gravi limitazioni	Nessuna limitazione	Alcune o gravi limitazioni	Nessuna limitazione
	Italia	20,9	17,7	26,6
Ue	20,7	14,2	18,4	5,5

Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

«Una moltitudine silenziosa»: chi sono e quanti sono i caregiver

7 milioni di caregiver familiari, **7,9 milioni** se si considera anche chi presta cura a un non familiare (Istat, 2019)

- **58%** donne, **42%** uomini
- **22,5%** 15-44 anni, **56,1%** 45-64 anni, **21,4%** 65 anni e più
- **49,3%** meno di 10 ore a settimana, **20%** tra 10 e 20 ore, **29,6%** più di 20 ore

2,9 milioni (*) di persone con disabilità, secondo l'approccio bio-psico-sociale (Istat, 2023)

- **58,2%** donne, **41,8%** uomini
- **12,5%** < 44 anni, **24,3%** 45-64 anni, **16,4%** 65 anni-74 anni, **46,8%** 75 anni e più
- Età media passata da **65** anni nel **2009** a **67,7** anni nel **2023**

(*) Senza contare persone che vivono in residenze

L'emersione del fenomeno dalle fonti amministrative

Dichiarazione Isee



- + **50,6%** di dichiarazioni Isee di nuclei familiari con persone con disabilità tra il 2016 e il 2024

- Valore medio delle dichiarazioni passato da **9,7 a 12,7 mila euro** tra il 2019 e il 2024

Dati Inps sui permessi



- + **35%** di permessi per familiari con disabilità gravi (L. 104/1992), **+31%** congedo straordinario di due anni per l'assistenza a persone con disabilità grave (D. Lgs 151/2001) tra il 2019 e il 2024

- Congedo parentale per bambino con disabilità richiesto per il **75,3% da donne** nel 2023

- **27,2%** della spesa per disabilità e **14,8%** per anzianità nel 2022

Spesa sociale dei comuni



- La spesa per assistenza domiciliare copre meno di un terzo della spesa per anziani con forti **disparità inter e intra regionali** nella spesa

L'impatto dell'impegno di cura sul lavoro dei caregiver

Criticità

- Per **1'89,2%** dei caregiver (**93,4%** tra le donne) il lavoro di cura limita il tempo per il lavoro o attività personali
- **1'83,6%** dei caregiver va incontro a difficoltà economiche rilevanti (Censis - Assindatcolf)
- In Italia è più **difficile ottenere orari di lavoro flessibili** per cura rispetto altri paesi Ue: **14,2%** dei caregiver in Italia hanno avuto questa possibilità, **15,6%** media Ue, **21,4%** in Germania (Eige)

Misure di sollievo nei contratti

- **620 contratti** di secondo livello analizzati dal Cnel, **23%** contemplano almeno un intervento a favore dei lavoratori con responsabilità di assistenza familiare
- Emerge un terreno in evoluzione, in cui la sensibilità delle parti sociali verso il ruolo del caregiver si sta gradualmente affermando, pur **rimanendo lontana dall'essere strutturale**. La contenuta diffusione delle misure conferma **l'esistenza di ampi margini di crescita**, sia sul piano quantitativo che qualitativo.

L'impatto dell'impegno di cura sulla salute dei caregiver dallo studio dell'Istituto Superiore di Sanità

Salute mentale



- **68,8%** (**71,7%** tra le donne) riporta un burden percepito severo, solo il **7,2%** lieve
- **23,8%** riporta sintomi depressivi moderati, **13,6%** moderatamente severi (**15,8%** tra le donne, **6,5%** tra gli uomini), **7,3%** ha sintomi severi

Stile di vita



- **42,1%** ha abitudini alimentari irregolari (**33%** uomini, **44,9%** donne)
- **25,7%** beve alcolici tutti i giorni, **11,8%** fuma più di 10 sigarette al giorno

Stato di salute percepito



- **13,1%** ha una percezione della propria salute come scarsa (**9,3%** uomini, **14,3%** donne), **49,7%** discreta (**42,6%** uomini, **51,9%** donne)
- Solo il **6,1%** ha una percezione del proprio stato di salute come molto buona

La multidimensionalità dei bisogni della *persona* caregiver





VALORE SOCIALE DEL CAREGIVER, COMPETENZE E QUALITÀ DELLA CURA

Attualità dell'assistenza domiciliare e prospettive di innovazione del welfare

CNEL | ROMA 27 marzo 2026, ore 9.30

Viale David Lubin, 2 Roma – Sala Meuccio Ruini

«DATI PRELIMINARI DELLA SURVEY SULLO STATO DI SALUTE DEI CAREGIVER FAMILIARI CON ATTENZIONE ALLE DIFFERENZE DI GENERE»

Centro di riferimento per la medicina di genere-Istituto Superiore di Sanità

Marina Petrini

marina.petrini.lavoro@gmail.com

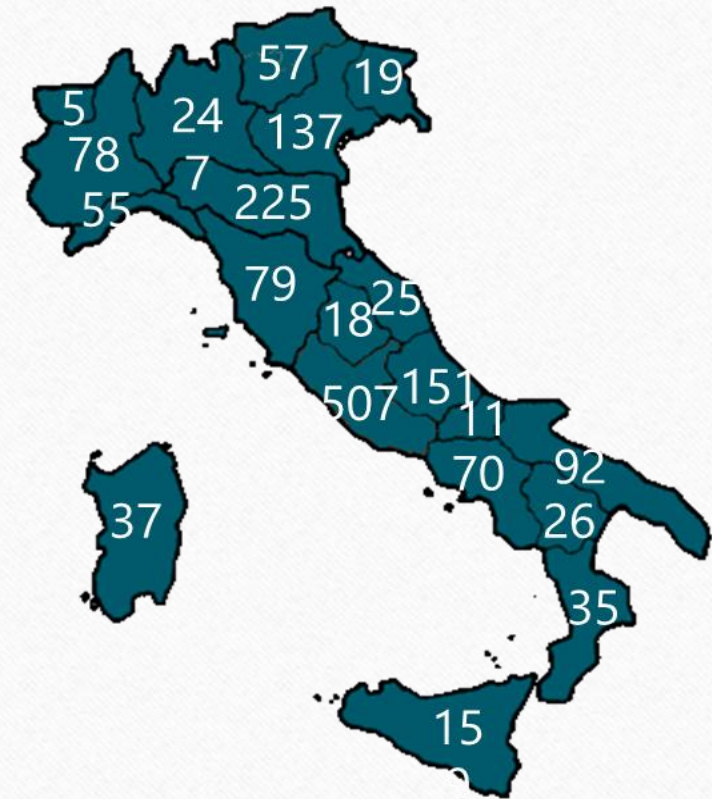


CENTRO DI RIFERIMENTO
MEDICINA DI GENERE

SURVEY 2025

Sono **2033** *caregiver* familiari che hanno risposto a un questionario anonimo online, con una netta prevalenza del genere femminile (83%)

La selezione del campione si è basata sulla definizione di *caregiver* familiare sancita dall'articolo 1, comma 255 della Legge 205/2017.



Il campione è omogeneo per macroregioni

Il campione è eterogeneo per tipologia di diagnosi della persona assistita

Nord-Est	438	21,5%
Nord-Ovest	385	18,9%
Centro	629	30,9%
Sud-Isole	581	28,6%

Dati raccolti e analizzati

DATI SOCIO-DEMOGRAFICI DEL CAREGIVER:

SESSO, ETÀ E ALTRE VARIABILI ANAGRAFICHE.

CARICO ASSISTENZIALE OGGETTIVO:

ORE E COMPITI DI CURA SETTIMANALI

DURATA DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE

STATUS DI CONVIVENZA

CONDIVISIONE DEL CARICO CON ALTRI FAMILIARI

SUPPORTO ESTERNO RICEVUTO

ASSISTENZA A FAMILIARI MULTIPLI NON AUTOSUFFICIENTI

CARICO ASSISTENZIALE PERCEPITO TRAMITE STRUMENTI PSICOMETRICI VALIDATI:

VALUTAZIONE DEL *BURDEN* (*ZARIT BURDEN INTERVIEW* forma breve a 12 item)

VALUTAZIONE DELLO STRESS PSICOLOGICO (*PERCEIVED STRESS SCALE*)

DATI DI SALUTE:

PRESENZA DI PROBLEMI DI SALUTE E NUMERO DI **PATOLOGIE***

VALUTAZIONE DEI SINTOMI DEPRESSIVI** (*PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 /PHQ-9*)

STATO DI SALUTE PERCEPITO

UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI, INCLUSA LA RINUNCIA A VISITE E/O RICOVERI***.

***DI CUI NON SOFFRIVA PRIMA DI ASSUMERE IL RUOLO DI CAREGIVER;** **SOTTOCAMPIONE CHE NON

RIPORTA PATOLOGIE; ***DA QUANDO HA ASSUNTO IL RUOLO DI CAREGIVER



IL CAMPIONE È COMPOSTO DA CAREGIVER AD ALTO CARICO ASSISTENZIALE SIA OGGETTIVO CHE PERCEPITO*

40% con più di 30 compiti a settimana

47% con durata da più di 10 anni

80%, conviventi

57% si prende cura di più di 1 assistito,

43% non riceve assistenza domiciliare istituzionale

75% non riceve supporto psicologico né istituzionale né privato,

60% non ha un supporto sociale

87% non ha supporto spirituale

69% non ha supporto da un badante.

64% percepisce un burden* di grado severo

22% percepisce livelli alti di stress. Le caregiver donne percepiscono più frequentemente livelli alti di stress (23% donne vs 15% uomini).

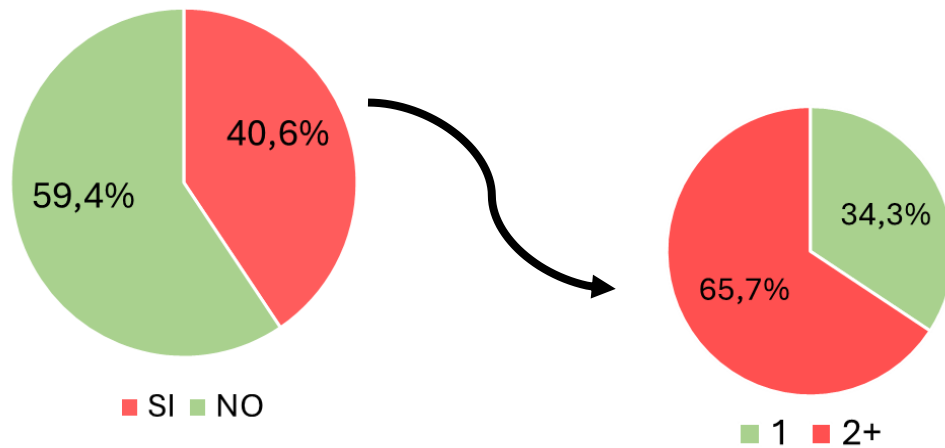
48% con più di 40 ore settimanali

In rosso dove
abbiamo osservato
differenze di genere
a svantaggio delle
donne

*CARICO ASSISTENZIALE PERCEPITO O BURDEN È UN CONCETTO MULTIDIMENSIONALE CHE COMPRENDE LE DIMENSIONI DEL CARICO FISICO, **PSICOLOGICO**, SOCIALE ED ECONOMICO.

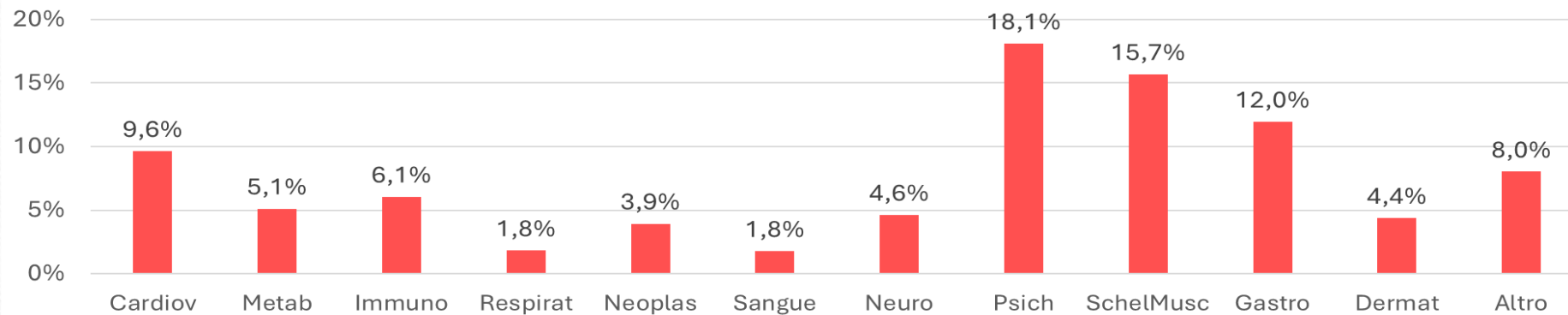
LO STATO DI SALUTE FISICA NEI CAREGIVER

Presenza di problemi di salute di cui NON soffriva prima di assumere il ruolo di caregiver n=2033



Le donne hanno un maggior numero di patologie, in dettaglio 1 patologia a donna in paragone allo 0,6 patologia a uomo.

Frequenza delle patologie nel campione totale



CAREGIVER DONNE A RISCHIO DI SVILUPPARE MALATTIE ANCHE IN GIOVANE ETÀ

Rispetto alla popolazione generale, le donne caregiver **dichiarano con più frequenza** la presenza di 2+ malattie croniche rispetto a quanto atteso (età 55+ non c'è differenza)

20-34 anni: osservato 11,7% vs atteso 0,2%
35-44 anni: osservato 15,5% vs atteso 1,2%
45-54 anni: osservato 28,3% vs atteso 5,1%
55+: nessuna differenza

Rispetto alla popolazione generale, le donne caregiver con malattie croniche **dichiarano con meno frequenza** di percepire la propria salute come 'buona'

20-34 anni: nessuna differenza
35-44 anni: osservato 2,7% vs atteso 11,2%
45-54 anni: osservato 6,1% vs atteso 16,6%
55+ anni: osservato 5,0% vs atteso 15,1%

Confronto con dati ISTAT Stato di salute della popolazione generale Frequenza annuale (2023)

Frequenza % (sesso/gruppo di età)

Campione analizzato: donne

DIFFICOLTA' DI ACCESSO ALLE CURE SANITARIE

Alle problematiche di salute si aggiunge la difficoltà per i caregiver di accedere alle cure sanitarie: il **25%** del campione **deve rinunciare spesso** alle **visite mediche** a causa della attività di cura e il **7%** a **ricoveri ospedalieri**

Rispetto agli uomini, le donne più frequentemente riportano di rinunciare a **visite mediche ('spesso': 28% vs 12%)** e a **ricoveri ('spesso': 7% vs 3%)** in seguito alla attività di cura.

ASSOCIAZIONE STRESS E STATO DI SALUTE

SI AMMALANO DI PIÙ I CAREGIVER CHE PRESENTANO I PIU' ALTI LIVELLI DI STRESS

Del 41% dei partecipanti che hanno risposto SI alla domanda sulla presenza di problemi di salute, il 56% presentano livelli elevati di stress.

I LIVELLI DI STRESS E I SINTOMI DEPRESSIVI SONO ASSOCIATI; $R=0,6845$, $P=0,000$

Dalla letteratura scientifica, la depressione è conosciuta come uno dei fattori che predispongono allo sviluppo di malattie croniche e del 59% partecipanti che hanno risposto NO alla domanda sulla presenza di problemi di salute ben il 37% mostrano sintomi depressivi da moderati a gravi

RINUNCIANO PIU' SPESSO A VISITE MEDICHE I CAREGIVER CHE PRESENTANO I PIU' ALTI LIVELLI DI STRESS

Dei partecipanti che dichiarano di rinunciare spesso a visite mediche, ben il 38% presentano livelli elevati di stress

ASSOCIAZIONE CARICO OGGETTIVO E STRESS

Variabili di influenza del carico sullo stress

- essere donna +
- essere giovane +
- assistere una persona con Alzheimer +
- numero di ore/settimana +

- durata del caregiving -
- Supporti n. totale -

Quali possibili ragioni?

Fattori sociali e culturali?

Conciliazione lavoro e cura?

Solitudine?

Mancanza di tempo per se'?

Capacità di adattamento?

Ricevere i necessari supporti?

IN CONCLUSIONE

I DATI DELLA RICERCA DIMOSTRANO CHE **QUALSIASI SOGGETTO CAREGIVER** PUÒ ESSERE A RISCHIO DI SALUTE A MOTIVO DELL'ATTIVITÀ DI CURA SE PERCEPISCE LIVELLI ALTI DI STRESS PSICOLOGICO CHE NON RIESCE A GESTIRE AUTONOMAMENTE.

ALLA LUNGA LO **STRESS**, PUÒ AVERE UN **EFFETTO DANNOSO SULLA SALUTE** MENTALE E FISICA CON COMORBIDITÀ SOPRATTUTTO NELLE DONNE PIÙ ESPOSTE A LIVELLI ALTI DI STRESS PSICOLOGICO. A FRONTE DI CIÒ, **SOLO IL 25% DEI E DELLE CAREGIVER RIFERISCONO DI RICEVERE UN SUPPORTO PSICOLOGICO.**

IL MODELLO DI STUDIO CHE DERIVA DAI DATI DELLA RICERCA, SUGGERISCE **LO STRESS PSICOLOGICO** QUALE INDICATORE DI SALUTE PER INDIVIDUARE QUEI CAREGIVER CHE SONO MAGGIORMENTE A RISCHIO DI SALUTE SIA MENTALE CHE FISICA

TUTTAVIA, TUTTO CIÒ IMPLICA **L'IDENTIFICAZIONE DEI CAREGIVER FAMILIARI NEI SISTEMI SANITARI E SOCIALI NAZIONALI PER CONSENTIRE LA RACCOLTA SISTEMATICA DEI DATI**, PER INDIVIDUARE I CAREGIVER A RISCHIO SALUTE E PER INFORMARLI SULLA GAMMA DI SUPPORTI A LORO DISPOSIZIONE.

ALCUNE PROPOSTE DI INTERVENTI A TUTELA DELLA SALUTE DEI/LLE CAREGIVER

SUPPORTI DIRETTI AI CAREGIVER

INTERVENTI DI *AUTOCURA* PER LA GESTIONE DELLO STRESS, ATTRAVERSO UNA FORMAZIONE SPECIFICA ANCHE ONLINE (SPECIALMENTE PER I CAREGIVER IN ENTRATA NEL RUOLO)

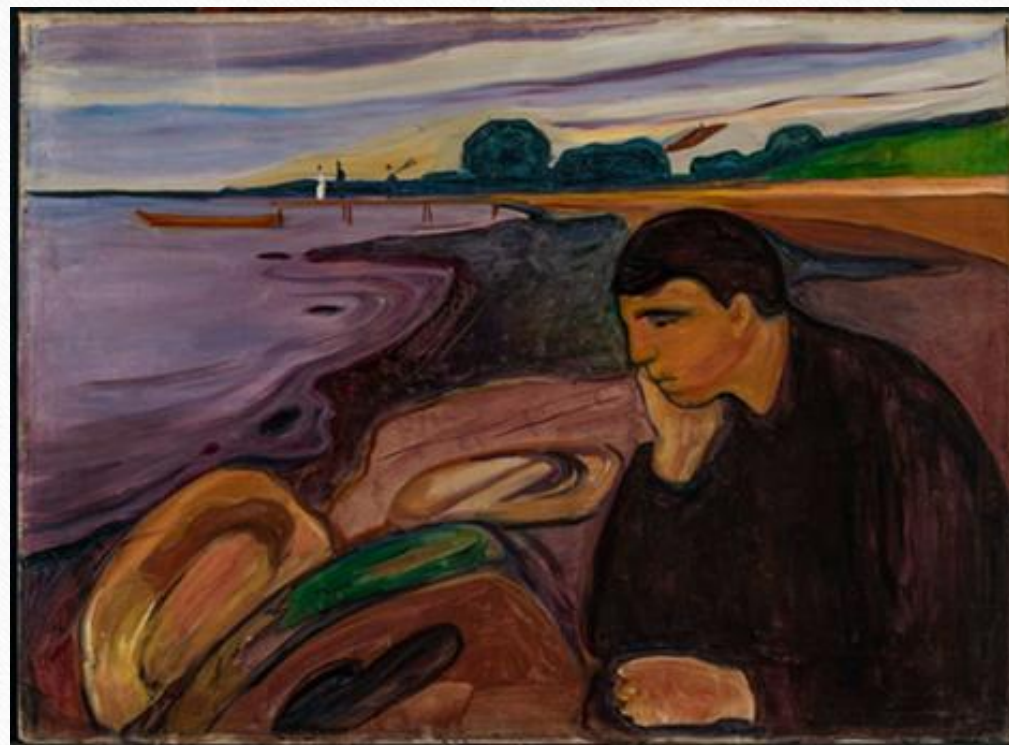
***SUPPORTO PSICOLOGICO* INDIVIDUALE E DI GRUPPO PER I CAREGIVER MAGGIORMENTE A RISCHIO DI SALUTE**

***PERCORSI DI PREVENZIONE E CURA DEDICATI*, FACILITARE L'ACCESSO ALLE CURE CON POSSIBILITÀ DI CONCENTRARE LE VISITE MEDICHE SPECIALISTICHE IN UNA SOLA GIORNATA PRESSO STRUTTURE OSPEDALIERE O CASE DELLA COMUNITÀ E QUANDO NECESSARIO VISITE MEDICHE A DOMICILIO, RUOLO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE NELLA PREVENZIONE.**

***MAGGIORE CONDIVISIONE STATO/FAMIGLIE*, NECESSITA' DI RICEVERE SUPPORTI PERSONALIZZATI, EFFICACI, OMOGENEI IN TUTTE LE REGIONI CHE ALLEGGERISCANO IL CARICO ASSISTENZIALE**

Un caregiver afferma: «Non vedo una grande differenza. Voglio dire, ognuno ha una persona diversa di cui prendersi cura e tutto è leggermente diverso, ma secondo me, per la maggior parte, portiamo tutti lo stesso fardello, portiamo tutti le stesse preoccupazioni, lo stesso dolore»

GRAZIE PER L'ASCOLTO



Team di ricerca ISS

Angela Ruocco

Marina Petrini

Marta Borgi

Antonio D'Amore

Flavia Chiarotti

Alessandro Giuliani

Silvia Vitali

Ilaria Capuano

Rosilde Di Pirchio

Marta De Santis

Antonella Sanseverino

Daria Vaccari

Elena Ortona



CENTRO DI RIFERIMENTO
MEDICINA DI GENERE